

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**LEANDRO OLIVEIRA PARANHOS**

DIAGNÓSTICO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO PROGRAMA MÉDICO DE  
FAMÍLIA DE NITERÓI

RIO DE JANEIRO

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Leandro Oliveira Paranhos

DIAGNÓSTICO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO PROGRAMA MÉDICO DE  
FAMÍLIA DE NITERÓI

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadores: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luisa Arueira Chaves  
Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva

Rio de Janeiro  
2023

## Ficha Catalográfica

Paranhos, Leandro Oliveira.

Diagnóstico dos serviços farmacêuticos no Programa Médico de Família de Niterói. / Leandro Oliveira Paranhos. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2023.

210 f.: il.; 31 cm.

Orientadores: Luisa Arueira Chaves; Rondineli Mendes da Silva.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2023.

Referências: f. 135-149.

1.Assistência Farmacêutica. 2.Serviços Farmacêuticos. 3.Acesso a Medicamentos Essenciais e Tecnologias em Saúde. 4.Medicina de Família e Comunidade. 5.Saúde da Família. 6.Atenção Primária à Saúde - Tese. I.Chaves, Luisa Arueira. II. Silva, Rondineli Mendes da. III.Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Andreia de Oliveira Paim CRB - 7 /5183

Leandro Oliveira Paranhos

DIAGNÓSTICO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO PROGRAMA MÉDICO DE  
FAMÍLIA DE NITERÓI

Dissertação para Submissão à Banca Avaliadora.  
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde  
do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de  
Assis.

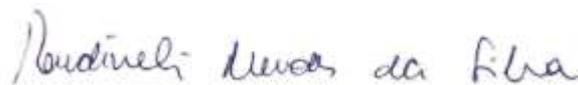
Orientadores: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luisa Arueira Chaves  
Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva

Aprovada em 31 de janeiro de 2023

Documento assinado digitalmente  
 LUISA ARUEIRA CHAVES  
Data: 07/02/2023 15:37:49-0300  
Verifique em <https://verificador.itl.br>

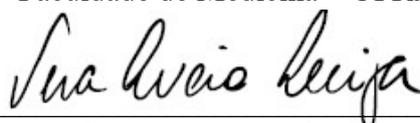
---

Profa. Dra. Luisa Arueira Chaves (Orientadora)  
Faculdade de Medicina – UFRJ



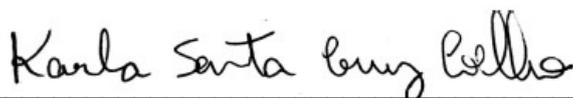
---

Prof. Dr. Rondineli Mendes da Silva (Orientador)  
Faculdade de Medicina – UFRJ



---

Profa. Dra. Vera Lucia Luiza  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP



---

Profa. Dra. Karla Santa Cruz Coelho  
Faculdade de Medicina – UFRJ

Rio de Janeiro  
2023



## RESUMO

PARANHOS, Leandro Oliveira. **Diagnóstico dos serviços farmacêuticos no Programa Médico de Família de Niterói**. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O presente estudo buscou analisar a Assistência Farmacêutica (AF) realizada nas unidades do Programa Médico de Família (PMF) do município de Niterói, especialmente quanto à organização dos Serviços Farmacêuticos (SeFar). Assim, teve-se como metas principais caracterizar a infraestrutura das farmácias; descrever os componentes da AF, bem como fazer recomendações para a organização dos SeFar naquele município. Este trabalho teve sua abordagem metodológica apoiada em pesquisa de caráter exploratório, descritivo e quantitativo. Para isso, utilizou como fonte de informação um banco de dados administrativo-secundário da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde). No que se refere às técnicas de abordagem, o estudo obteve seus resultados através do uso de ferramentas da estatística descritiva, utilizando frequências, médias e proporções para a apresentação dos dados. Dessa forma, os resultados foram apresentados em forma de tabela e quadros, além de serem comparados com achados semelhantes de âmbito nacional, regional ou municipal. Em relação aos resultados obtidos, foi observado que não havia farmacêuticos atuando nos serviços de farmácia do PMF, nem mesmo na sua supervisão, ficando a equipe de enfermagem responsável pelas atividades relacionadas com os SeFar. A infraestrutura mostrou-se insuficiente para as atividades, impactando no atendimento dos pacientes; os registros, quanto à movimentação de estoque, não eram realizados de forma regular, dificultando a programação dos medicamentos; também não foram encontrados procedimentos operacionais padrão (POP), comprometendo a reprodutibilidade das atividades. Pôde-se perceber que o município possui uma Relação de Município de Medicamentos Essenciais (REMUME), consequência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica formalmente instituída. Ademais, foi observado baixa uniformidade nos fluxos e rotinas destinados à entrega de medicamentos para a população, o que pode levar à iniquidades no acesso aos medicamentos para os usuários dos serviços. Conclui-se, nesse sentido, que as informações levantadas permitiram destacar aspectos que podem ajudar na organização da oferta de SeFar de qualidade para a população. As evidências apresentadas por este estudo apontam para a necessidade de maior investimento para a infraestrutura das farmácias e a adequação dos espaços físicos destinados à realização dos SeFar no PMF. Tais fatores

apresentam-se como grande desafio para a gestão local. Além disso, a carência de recursos necessários para o adequado armazenamento e controle de estoque, a indisponibilidade de POP para atividades diversas, somados à ausência de farmacêutico para realização das atividades e/ou sua supervisão, assim como uma equipe exclusiva para os SeFar, revelam-se como pontos que precisam ser revistos para que se alcancem os melhores resultados em saúde.

Palavras-chave: Serviços Farmacêuticos; Assistência Farmacêutica; Programa Médico de Família.



## ATA DA QUALIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Às 14:00hs do dia 25 de agosto de 2020 teve início a Banca de Qualificação da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na APS**. A dissertação com o título: **Diagnóstico dos serviços Farmacêuticos no Programa Médico de Família de Niterói** foi apresentada pela(o) candidata(o): **Leandro Olíveira Paranhos**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 120075898 (SIGA)**. A Qualificação atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na “Resolução CEPG n° 01, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre qualificação e defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, art° 1°”, ( ) **item 2**, com banca remota, presidente da banca e candidato juntos; (X) **item 3**, totalmente remota, com gravação. A qualificação foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Luisa Arueira Chaves (presidente); Rondinelli Mendes da Silva (2° orientador); Vera Lucia Luiza (1° examinador); Karla Santa Cruz Coelho (2° examinador)**, em sessão REMOTA, ( ) **PARCIAL (X) TOTAL** cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribui menção (X) **APROVADO ( ) NÃO APROVADO** à qualificação de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Luisa Arueira Chaves

1° - Examinador(a): Vera Lucia Luiza

2 - Examinador(a): Karla Santa Cruz Coelho

Aluno(a)/Examinado(a): Leandro Olíveira Paranhos

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AF - Assistência Farmacêutica

APS - Atenção Primária à Saúde

CBAF - Componente Básico

CEL - Comissão Executiva Local

CEME - Central de Medicamentos

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CE-SUDS - Comissão Executiva do SUDS

CF - Constituição Federal

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CNMAF - 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

CURAME - Comitê de Uso Racional de Medicamentos

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DAS - Diretoria de Atenção à Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde da Família

FB - Farmácia Básica

FEAFAB - Financiamento Estratégico para AF na Atenção Básica

FeSaúde - Fundação Estatal de Saúde de Niterói

FMS - Fundação Municipal de Saúde de Niterói

FNS - Fundo Nacional de Saúde

GT - Grupos de Trabalho

HUAP - Hospital Universitário Antônio Pedro

IAFB - Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MDB – Movimento Democrático Brasileiro  
ML – Modelo Lógico  
MMF – Módulo de Médico de Família  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB – Normas Operacionais Básicas  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAM – Pronto Atendimentos Médicos  
PDS – Partido Democrático Social  
PDT – Partido Democrático Trabalhista  
PEAFB – Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica  
PFB – Programa Farmácia Básica  
PMF – Programa Médico de Família  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
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  
PR – Policlínicas Regionais  
PSF – Programa Saúde da Família  
PSF – Programa Saúde da Família  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
SCTIE – Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos  
SESH – Secretaria Estadual de Saúde e Higiene  
SeFar – Serviços Farmacêuticos  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SESH – Secretaria Estadual de Saúde e Higiene  
FAMNIT – Federação de Associação de Moradores de Niterói  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SMSPS – Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social

SPA – Serviços de Pronto Atendimento

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos de Assistência Farmacêutica e Serviços Farmacêuticos Segundo PNM, PNAF e OPAS, 2013 .....	54
Quadro 2 - Atividades previstas para os SeFar, segundo o manual Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS – 2009 .....	57
Quadro 3 - Atividades para o SeFar segundo a série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica - 2014 .....	59
Quadro 4 - SeFar considerados na gestão de processos, segundo OPAS – 2013 .....	62
Quadro 5 - Atividades dos SeFar prevista no Modelo Lógico, segundo Pereira e colaboradores, 2015 .....	64
Quadro 6 - Distribuição dos MMF entre as Policlínicas Regionais, número de eSF e população cadastrada - Niterói, 2018 .....	74
Quadro 7 - Comparação entre as principais mudanças ocorridas no roteiro a partir dos questionários da PNAUM .....	77
Quadro 8 - Versão final do roteiro AF - número e tipo de perguntas por bloco .....	78
Quadro 9 - Relação e ordem das visitas às unidades do PMF .....	79
Quadro 10 - Variáveis extraídas a partir do roteiro de visitas da DAS – FeSaúde .....	80
Quadro 11 - Medicamentos fornecidos por tipo de unidade de saúde no município de Niterói.....	84



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica - MS, 2014 .....	58
Figura 2 - Exemplo de processos de SeFar, segundo OPAS - 2013 .....	60
Figura 3 - Síntese do Modelo Lógico Teórico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária, segundo Pereira et al., 2015 .....	64
Figura 4 - Localização de Niterói .....	65



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cargos dos profissionais que responderam ao roteiro de visita .....	83
Tabela 2 – Tempo de trabalho no cargo dos profissionais entrevistados .....	84
Tabela 3 – Tempo de espera para retirada de medicamentos nos dispensários das unidades de saúde de Niterói .....	85
Tabela 4 - Atividades realizadas através do Sistema informatizado nas unidades do PMF de Niterói .....	86
Tabela 5 - Mobiliários e equipamentos disponíveis nos dispensários dos PMF.....	87
Tabela 6 - Aspectos levantados na seção observacional do roteiro de visitas aos dispensários das unidades do PMF .....	88
Tabela 7 - Periodicidade de realização de inventários nas unidades do PMF .....	90
Tabela 8 - Melhorias propostas pelos entrevistados para a organização da AF nas unidades do PMF .....	93
Tabela 9 - Percentual da concordância entre os profissionais do PMF quanto a contribuição do farmacêutico no NASF nas ações para a AF .....	93
Tabela 10 - Fluxos realizados pelas unidades com PMF quando solicitado pelo usuário a liberação de tratamento medicamentoso por períodos superiores há 30 dias .....	94
Tabela 11 - Frequência em que profissionais e usuários do PMF solicitam mudanças nas listas padronizadas do município .....	96
Tabela 12 - Motivos que influenciaram os profissionais do PMF para solicitar mudanças nas listas padronizadas do município de Niterói .....	96
Tabela 13 - Percepção dos profissionais do PMF quanto à disponibilidade de medicamentos nos últimos 3 meses – Período dezembro/2020 a julho/2021 .....	97
Tabela 14 - Causas do desabastecimento de medicamentos no PMF nos anos de 2020/2021, segundo o entendimento dos profissionais dessas unidades .....	98
Tabela 15 - Procedimentos adotados pelos profissionais do PMF quando faltam medicamentos no estoque destas unidades .....	98
Tabela 16 - Procedimentos adotados pelos profissionais do PMF com os usuários quando falta algum medicamento nas unidades .....	98
Tabela 17 - Percepção dos profissionais do PMF quanto à frequência de solicitação de prescrição e mudanças/trocas da prescrição dos usuários das unidades .....	99
Tabela 18 - Aspectos motivadores dos usuários das unidades do PMF para solicitação de mudanças e/ou trocas na prescrição, segundo a percepção dos profissionais .....	100

Tabela 19 - Proporção de solicitação de prescrição pelos usuários, por classes terapêuticas, a partir da percepção dos profissionais do PMF .....	100
Tabela 20 - Proporção de solicitação de mudança/troca da prescrição pelos usuários, por classes terapêuticas, a partir da percepção dos profissionais do PMF .....	101
Tabela 21 - Percepção dos profissionais do PMF quanto ao uso dos medicamentos pelos usuários, no que diz respeito à automedicação e ao uso apropriado .....	101

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	23
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	27
<b>3 PERGUNTAS DE PESQUISA/ESTUDO</b> .....	29
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	31
4.1 OBJETIVO GERAL .....	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	31
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	33
5.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	33
<b>5.1.1 Histórico</b> .....	33
<b>5.1.2 Operacionalização da AF na APS no âmbito do SUS</b> .....	43
5.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS (SEFAR) .....	49
<b>5.2.1 SeFar baseados na APS</b> .....	49
<b>5.2.2 Assistência Farmacêutica X Serviços Farmacêuticos – Conceitos</b> .....	52
<b>5.2.3 Modelos de SeFar - Similaridades e diferenças</b> .....	56
5.3 O MUNICÍPIO DE NITERÓI .....	65
<b>5.3.1 História e Saúde Pública em Niterói</b> .....	65
<b>5.3.2 O Projeto Niterói - 1982-1989</b> .....	67
<b>5.3.3 Fundação Municipal de Saúde (FMS)</b> .....	67
<b>5.3.4 Programa Médico de Família (PMF)</b> .....	68
<b>5.3.5 Programa Médico de Família X Programa Saúde da Família</b> .....	69
<b>5.3.6 Fundação Estatal de Saúde (FeSaúde)</b> .....	70
<b>6 MÉTODO</b> .....	73
6.1 DESENHO DO ESTUDO .....	73
6.2 CONTEXTO DO ESTUDO .....	73
6.3 FONTES DE DADOS .....	75
6.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	80
6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	82
<b>7 RESULTADOS</b> .....	83
7.1 IDENTIFICAÇÃO DOS DISPENSÁRIOS E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS COM AF NO PMF .....	83
7.2 INFRAESTRUTURA DA AF NA UNIDADE NAS UNIDADES COM PMF .....	86

7.3 CONTROLES E REGISTROS DAS ATIVIDADES REALIZADAS NOS DISPENSÁRIOS DE MEDICAMENTOS .....	88
7.4 GESTÃO DA AF E CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF) .....	91
7.5 ATIVIDADES, ROTINAS E FLUXOS REALIZADOS NOS DISPENSÁRIOS DO PMF .....	93
7.6 RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME) E ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS .....	96
7.7 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PMF QUANTO ÀS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS RELACIONADAS AO MEDICAMENTO .....	99
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	103
8.1 ASPECTOS RELACIONADOS AOS DISPENSÁRIOS FRENTE ÀS NORMATIVAS DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF) – ONDE ESTÁ O FARMACÊUTICO? .....	103
8.2 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DA INFRAESTRUTURA E DOS COMPONENTES QUE CONSTITUEM OS SEFAR DO PMF.....	106
<b>8.2.1 Aspectos estruturais e organizacionais dos serviços dos dispensários de medicamentos do PMF – Existem SeFar no PMF?</b> .....	106
<b>8.2.2 Aspectos relacionados à Institucionalização da AF</b> .....	120
<b>8.2.3 Aspectos relacionados à promoção do uso racional de medicamentos no PMF</b> .....	124
8.3 RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SEFAR NO MUNICÍPIO DE NITERÓI .....	127
8.4 LIMITAÇÕES .....	131
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	133
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	135
<b>APÊNDICES</b> .....	151
APÊNDICE 1 – VERSÃO INICIAL DO ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS DISPENSÁRIOS DAS UNIDADES DO PMF .....	151
APÊNDICE 2 – VERSÃO FINAL DO ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS DISPENSÁRIOS DAS UNIDADES DO PMF .....	156
<b>ANEXOS</b> .....	171
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA O RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – AF NO MUNICÍPIO/DF – PNAUM .....	171

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE .....	181
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO PARA O PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL OU FARMÁCIA DA UBS .....	189
ANEXO 4 – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA FARMÁCIA E/OU UNIDADE DE DISPENSAÇÃO .....	201



## 1 INTRODUÇÃO

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata, antiga União Soviética, teve como foco principal as ações realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Tais ações, tinham como estratégia central a organização do sistema de saúde das nações-membros, e buscavam atender de forma equitativa às necessidades de saúde da população mundial (OMS, 1978; MENDONÇA et al., 2018).

Entre as ações propostas configuravam a educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; a saúde materno-infantil; o planejamento familiar; a imunização; a prevenção e o controle de doenças endêmicas; o tratamento de doenças e lesões comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978).

A partir desse marco, a APS tornou-se uma referência para as propostas dos movimentos de reforma sanitária ocorridos em diversos países entre as décadas de 1980 e 1990. Nesse período, no Brasil, observaram-se várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, ter-se configurado em um modelo nacional (MENDONÇA et al., 2018).

Todavia, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal em 1988 e, posteriormente, em 1990, com a publicação da Lei n. 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou-se o processo de descentralização das atribuições do Ministério da Saúde (MS) em relação ao SUS, ficando, então, sob responsabilidade dos municípios, a operacionalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Entre outras coisas, a Lei n. 8.080 atribuiu ao campo de atuação do SUS as ações de Assistência Farmacêutica (AF). Diante disso, a AF, compreendida como componente da assistência terapêutica integral, assume um papel fundamental na garantia do fornecimento de medicamentos dentro do sistema, sendo facultada ao gestor municipal, a autonomia para definir de quais maneiras tais serviços seriam oferecidos à população (BRASIL, 1990; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Nesse contexto, em 1992, no estado do Rio de Janeiro, o município de Niterói instituiu o Programa Médico de Família (PMF), com base no modelo cubano de medicina familiar, estabelecendo-o como uma estratégia de expansão das ações de APS para as áreas de maior vulnerabilidade sanitária, econômica e epidemiológica da cidade, buscando ratificar suas atribuições como indutora do processo de organização da atenção à saúde (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Além disso, no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos no PMF, a gestão municipal optou pelo modelo de entrega de medicamentos a seus usuários diretamente nas unidades do programa, porém, sem a presença do profissional farmacêutico. Para tal, atribuiu aos espaços destinados à guarda dos produtos o termo “dispensários de medicamentos<sup>1</sup>”, dando o entendimento do conceito previsto na Lei 5.991/73 (BRASIL, 1973).

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PMF precisou adequar-se ao modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que a equipe era reduzida e não contava com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém, mantendo a mesma organização da AF para os serviços de farmácia de suas unidades até os dias atuais (BRASIL, 2011; NETO, 2014).

A AF brasileira, por muitos anos, restringiu-se à provisão da disponibilidade do medicamento, onde a sua organização e estruturação têm se dado, principalmente, no fornecimento do produto, baseado no modelo de atenção à saúde, ou seja, fundamentado em ações curativas, centradas no cuidado médico (PEREIRA, 2013).

Todavia, para que se constitua como parte integrante da política de saúde, é imprescindível que a AF atenda às demandas da APS, principalmente no que diz respeito às estratégias relacionadas ao cuidado e à promoção do uso apropriado do medicamento (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Ademais, a garantia do acesso qualificado aos medicamentos passou a ser entendida como indispensável para se alcançar os princípios de universalidade e integralidade do SUS. Entretanto, os resultados relacionados ao uso apropriado dos medicamentos ainda se mostram ineficientes, com ações desarticuladas do processo de cuidado em saúde (PEREIRA, 2013; VASCONCELOS et al., 2017).

Apesar de a AF estar consolidada enquanto direito nas políticas públicas, e integrar as pautas de discussão em todas as esferas do governo, sendo incluída até mesmo nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, não se apresenta plenamente instituída, carecendo de melhor implementação (SANTOS, 2011). Um dos pontos que corroboram para essa situação, pode estar no entendimento equivocado das ações e atividades que a compõem, seja no cotidiano da gestão, ou na prática dos profissionais nas unidades de saúde (MARIN et al., 2003).

---

<sup>1</sup> Segundo Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, dispensário de medicamentos é compreendido como setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente. Porém, para fins de elaboração desse projeto, independente das tipologias a despeito da norma, a terminologia utilizada será farmácia, podendo ser consideradas na estrutura do Médico de Família como dispensários (BRASIL, 1973).

As atividades realizadas nas farmácias das unidades da APS devem promover o acesso qualificado aos medicamentos de forma equitativa, e contribuir para o seu uso racional. A essas atividades é dado o nome de Serviços Farmacêuticos (SeFar), cujas ações são desenvolvidas pelo farmacêutico, ou sob sua coordenação, incorporadas à equipe de saúde, e que buscam garantir a atenção integral, integrada e contínua, tendo como prioridade as necessidades e condições de saúde dos indivíduos e da comunidade que compõem o território (OPS, 2013).

Enquanto a AF relaciona-se a questões da macrogestão do medicamento, como financiamento, seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e sua utilização, onde muitas vezes, equivocadamente, está restrita às atividades logísticas voltadas exclusivamente para o abastecimento, os SeFar são entendidos como um conjunto de ações contidas na AF, localizados nos processos relacionados ao serviço de saúde, direcionados ao cuidado do paciente, no cotidiano das unidades (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

A partir desse entendimento, observa-se que a AF engloba uma grande gama de atividades e ações, conferindo-lhe uma multiplicidade de sentidos. Por esse motivo, torna-se primordial aprofundar-se nos conceitos atribuídos para AF e para SeFar baseados na APS, a fim de estabelecer um modelo organizativo de gestão para os serviços relacionados ao medicamento, executados nas unidades de saúde (BERMUDEZ et al., 2018).

Os modelos que organizam os serviços de fornecimento de medicamentos, sem considerar a capacidade de infraestrutura das farmácias para gestão técnica dos mesmos, ou ainda, que priorizam exclusivamente o produto, não possibilitando a orientação e acompanhamento da utilização do medicamento pelo paciente, podem dificultar a introdução do cuidado integral, indo no sentido contrário dos princípios do SUS (BERMUDEZ et al., 2018).

Nesse sentido, para se organizar os serviços, visando à adequação dos recursos para uma melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas, principalmente às relacionadas à saúde das pessoas, é necessário conhecer a realidade e a funcionalidade instaladas; as formas de execução e os processos de trabalho; os fluxos de informações das atividades desenvolvidas, bem como seus mecanismos de controle e avaliação; a fim de identificar os problemas e desafios existentes, para, então, se propor mudanças (BRASIL, 2006a).

Diante disso, observa-se que, a análise da AF nas unidades do PMF que compõem a APS de Niterói, que tenha o intuito de compreender a organização dos SeFar realizados, pode contribuir para a proposição de melhorias direcionadas aos desfechos para o cuidado do paciente. Tais melhorias podem gerar impactos positivos na qualidade de vida dos usuários,

bem como na diminuição de fatores relacionados à doença e/ou ao mau uso do medicamento, os quais contribuem para a morbimortalidade.

Assim, com vista a estabelecer um encadeamento lógico que facilite a compreensão do estudo, esta pesquisa foi organizada da seguinte maneira: após apresentar a justificativa e os objetivos, iniciou-se o a fundamentação teórica, que está dividida em três tópicos. O primeiro tópico, Assistência Farmacêutica, exhibe o percurso histórico da AF no Brasil, apresentando os principais marcos, ampliando a compreensão do leitor sobre a trajetória das políticas e a institucionalização do acesso ao medicamento como direito social. A seguir, apresenta-se a operacionalização da AF no âmbito da APS no SUS, trazendo as regulamentações e normatizações que compõem os mecanismos de financiamento, bem como os três componentes de dispensação de medicamentos.

No segundo tópico, é realizada a descrição dos SeFar baseados na APS e, na sequência, a fim de conduzir a um maior aprofundamento do tema, são descritos os conceitos de AF e SeFar, bem como a relação, diferenças e similaridades entre eles. Na continuidade, pretendeu-se apresentar e contrastar três modelos de SeFar, que serviu de base para as recomendações de organização dos SeFar para o município de Niterói, conforme previsto nos objetivos específicos.

Adiante, no terceiro tópico da fundamentação teórica, apresentou-se uma caracterização da cidade de Niterói, sua história, a conformação do sistema de saúde local e a configuração da gestão municipal, incluindo a caracterização do PMF, a partir da apresentação do período pré e pós PNAB.

Na seção METODOLOGIA, encontram-se os procedimentos adotados para a coleta de dados, bem como a abordagem e o referencial de análise; as estratégias e técnicas de pesquisa; e a aproximação com o universo do estudo.

Na seção RESULTADOS, são apresentados os achados da pesquisa.

Na seção DISCUSSÃO, foram analisados e discutidos os resultados encontrados, tendo tomado por base as publicações do MS e outros órgãos afins, bem como em autores que discutiram o tema, em consonância com a finalidade de atender aos objetivos do estudo. Ainda nessa seção foram apresentadas as recomendações para a organização dos SeFar em Niterói e as limitações encontradas no estudo.

Na seção CONSIDERAÇÕES FINAIS foi apresentada a conclusão final do trabalho.

Por fim, foram apresentadas as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

## 2 JUSTIFICATIVA

Ao integrar a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), da Fundação Estatal de Saúde (FeSaúde) do município, atuando na coordenação de farmácia, muitos eram os questionamentos a respeito da organização e operacionalização dos serviços de farmácia do PMF de Niterói. Assim, o interesse pelo tema para a realização desta dissertação surgiu das indagações geradas acerca da AF, e das condições em que os SeFar eram executados neste nível de atenção.

Sendo este um mestrado profissional na APS, optei por realizar a pesquisa em meu campo de atuação. Sendo assim, utilizou-se o diagnóstico gerado por esta pesquisa como instrumento para subsidiar a compreensão da organização dos SeFar realizados nas atividades de gestão técnica e assistencial relacionadas ao medicamento, bem como dos componentes que os constituem, a partir do trabalho realizado pelas equipes nas unidades do programa.

A relevância de um diagnóstico da AF realizada no PMF surgiu da necessidade da análise dos serviços ofertados à população pelos dispensários de medicamentos das unidades, uma vez que tais atividades podem produzir um impacto direto nos resultados em saúde, contribuindo para melhorar ou não a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade, sendo, a oferta qualificada do medicamento, entendida como um componente essencial para a resolutividade das ações de saúde, sobretudo na APS, que tem como princípio norteador a prevenção aos agravos das doenças e a promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

A organização dos SeFar oferecidos na ponta dos serviços de saúde ficou a critério dos municípios, aos quais cabe definir de que maneira tais serviços serão oferecidos à população (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). Diante desse fato, somado à escassez de informações disponíveis sobre esse tema no município de Niterói, surgiu a necessidade de compreender de que forma e por quem são oferecidos tais serviços no PMF, uma vez que todas as unidades são dotadas de farmácia e realizam entregas de medicamentos, mas não possuem farmacêuticos ou qualquer pessoal exclusivo para tais atividades.

Muitos estudos corroboram a necessidade desse tipo de análise, a fim de apresentar e avaliar as diversas configurações existentes na organização da AF no âmbito do SUS, tanto no nível nacional quanto no estadual e municipal, especificamente na APS e no Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de produzir informações que contribuam para o aprimoramento da AF nesse seguimento (BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006; BITTENCOURT, 2014; BITTENCOURT et al., 2017; BRASIL, 2017a; EMMERICK, 2006; LEITE et al., 2015; OPS, 2005; PEREIRA, 2013, 2019; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Nesse sentido, passados 30 anos desde a criação do PMF, estudos referentes à organização da AF no programa são inexistentes, indicando, assim, uma lacuna no conhecimento.

A reorientação da AF, prevista nas políticas públicas do setor, demandam cada vez mais investimentos dos gestores públicos, sobretudo no que se refere à obtenção de informações que assegurem maior racionalidade ao planejamento voltado para a implementação do acesso de qualidade da população ao medicamento. Além disso, no que pese ao uso apropriado de tais medicamentos, com o propósito de produzir evidências que permitam alinhar as políticas públicas farmacêuticas aos princípios e diretrizes do SUS (ARAÚJO et al., 2017b; PEREIRA, 2013). Neste cenário, observa-se a necessidade de estruturação dos SeFar, a fim de ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, buscando adequá-los às reais necessidades dos usuários do SUS, qualificando, também, o cuidado em saúde ofertado.

Levando-se em consideração as necessidades aqui apresentadas, espera-se que o levantamento e análise das atividades desenvolvidas nas farmácias do PMF através deste trabalho, bem como a identificação das condições de ofertas dos serviços, além dos fatores que facilitam e comprometem o acesso qualificado aos medicamentos, sirvam como instrumento para auxiliar na organização dos SeFar no PMF de Niterói e também em outros municípios.

### **3 PERGUNTAS DE PESQUISA/ESTUDO**

- Quais são os serviços farmacêuticos oferecidos, de que forma são oferecidos, e quem os realiza no Programa Médico de Família de Niterói?



## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a Assistência Farmacêutica realizada nas unidades com Programa Médico de Família do município de Niterói, especialmente quanto à organização dos Serviços Farmacêuticos.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a infraestrutura das farmácias das unidades do Programa Médico de Família de Niterói;
- Descrever os componentes da Assistência Farmacêutica do Programa Médico de Família de Niterói;
- Fazer recomendações para a organização dos Serviços Farmacêuticos em Niterói.



## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

#### 5.1.1 Histórico

No Brasil, até o início do século XX, o termo “Assistência Farmacêutica” esteve relacionado às atividades clínico-assistenciais, ou seja, ao cuidado em saúde direcionado ao paciente. Nesse sentido, a palavra “assistência”, como prática profissional, traduzia-se em “ação de assistir, dar auxílio ou ajudar” (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

No entanto, a partir da década de 1930, a sua interpretação voltou-se para outro lado, valorizando as atividades administrativas e gerenciais, passando a representar apenas as ações e atividades relacionadas à aquisição e distribuição dos medicamentos, distanciando-se da prática do cuidado em ato, reforçando o caráter curativo das ações de saúde (SANTOS, 2011). A industrialização dos medicamentos, e a supervalorização destes como bens de consumo, foram fatores que contribuíram para o distanciamento relacionado ao cuidado (BERMUDEZ et al., 2018).

No âmbito das políticas sociais, a AF entra em cena a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), com um modelo ainda muito distante do que entendemos hoje como direito à saúde. Nesse período, somente os beneficiários do IAP poderiam contar com descontos em alguns medicamentos, custeados a partir de recursos próprios (BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L., 2012).

Com a fusão dos IAP, e a institucionalização do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, o acesso aos medicamentos tornou-se pauta na letra da lei (BRASIL, 1967a, 1967b), porém, com o termo “Assistência Farmacêutica” relacionando-se com os aspectos logísticos e de disponibilidade de medicamentos, seja de forma gratuita ou com menores preços (MARIN et al., 2003).

Em 25 de junho de 1971 foi criada a Central de Medicamentos (CEME) pelo Decreto nº 68.806, com foco em promover e organizar o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los. A CEME era o órgão federal responsável pela AF, ligada diretamente à Presidência da República, e tinha como objetivo principal a regulação da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Trabalho e Previdência Social (BRASIL, 1971; OPS, 2005).

A CEME buscou estimular a produção nacional de medicamentos pelo setor público a partir de políticas industriais, mas ainda sem uma política de medicamentos efetiva que regulasse o mercado. Em 1974, a Central passa a ficar ligada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo responsável apenas pela aquisição e distribuição de medicamentos (BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L., 2012; MARIN et al., 2003; SANTOS, 2011).

O modelo de AF executado pela CEME caracterizava-se em uma estratégia centralizadora, assistencialista e focalizada numa parcela mais carente da população. A aquisição de um elenco mínimo de medicamentos era realizada exclusivamente pela CEME onde, posteriormente, eram repassados aos estados, ficando estes responsáveis pela programação, armazenamento e distribuição aos municípios. Nesse sentido, um ponto ainda sensível era a lista padronizada de medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2002).

Em uma das assembleias da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em 1975 (WHA 28.66), uma das diretrizes consideradas importantes para resolutividade do sistema de saúde foi a “Racionalização para Políticas de Medicamentos” dos países. Assim, após discussão sobre o tema, foi definida a necessidade da formulação de uma lista padronizada de medicamentos essenciais que atendesse além das necessidades de saúde prioritárias da população, também orientasse para formas mais adequadas de seleção e aquisição de medicamentos, a fim de garantir qualidade comprovada e preços mais acessíveis (MARIN et al., 2003).

Ademais, na mesma direção, no Brasil, entre os anos 1975 e 1977, o Ministério da Previdência e Assistência Social, deu início à formulação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), buscando orientar a CEME nas aquisições de medicamentos em âmbito federal (BRASIL, 2002).

Outro marco importante nesse período foi a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978. A conferência teve como um dos objetivos, apresentar diretrizes a fim de orientar a organização do sistema de saúde, utilizando como ação estratégica e prioritária para promoção da saúde, investimentos na atenção primária. Entre as recomendações propostas pelo documento gerado a partir da conferência, a Declaração de Alma-Ata, está o fornecimento de medicamentos essenciais, entendendo-o como direito social e parte fundamental para a resolutividade das ações de saúde, principalmente no que se refere à configuração dessa garantia nas políticas públicas (OMS, 1978).

Em 1981, a OMS, com a finalidade de contribuir com os países no processo de criação de políticas de medicamentos, criou o Programa de Ação de Medicamentos Essenciais, com

vistas à equidade e ao acesso a medicamentos, bem como à segurança, à qualidade e o seu uso racional. Nesse sentido, o tema pertinente ao estabelecimento de uma grade de medicamentos essenciais, trouxe outras questões abordadas pelo programa relacionadas ao medicamento, como: financiamento, seleção, abastecimento, regulação, pesquisa, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação, além da necessidade de se definir indicadores para as políticas de medicamentos nos países em desenvolvimento (KORNIS; BRAGA, 2008; MARIN et al., 2003).

Assim, conclui-se que tais contribuições foram fundamentais para o desenvolvimento e a estruturação da AF nas políticas públicas, que, futuramente, irão nortear o setor, como veremos mais adiante

Em 1985, a CEME foi transferida para o Ministério da Saúde (MS), onde, em 1987, criou-se a Farmácia Básica (FB). A FB era composta, inicialmente, por 48 itens voltados, exclusivamente, para tratar doenças prevalentes mais comuns ao nível da atenção primária à saúde, para atender cerca de três mil habitantes por um período de seis meses (BRASIL, 2002). Posteriormente, foram acrescentados outros itens de uso contínuo de maior demanda, chegando ao total de 60 medicamentos (COSENDEY, 2000).

A FB foi, assim, uma tentativa de racionalização do fornecimento de medicamentos aos estados e municípios do País que, mesmo após a desativação da CEME, passou a compor o Programa de Ações e Metas Prioritárias do MS (CONASS, 2007).

Em 1986, propondo um debate sobre a reorganização do setor, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse evento foi fomentado pelo ideário do movimento da reforma sanitária<sup>2</sup>. A conferência propunha o debate sobre a necessidade de políticas públicas que garantissem o direito à saúde, bem como a reformulação do sistema e seu financiamento. Nesse contexto, a garantia do acesso aos insumos e medicamentos necessários ao tratamento das doenças e enfermidades, temas relacionados à AF, estavam cada vez mais presentes nas discussões. Assim, no relatório final da conferência, entre outras propostas, configuraram: uma maior presença do Estado na produção de medicamentos, e a presença de uma vigilância sanitária que regulasse e fiscalizasse tanto a produção, quanto a propaganda e comercialização dos mesmos (BRASIL, 2002).

---

<sup>2</sup> No Brasil, no início da década de 1970, o movimento da Reforma Sanitária surgiu a partir da luta contra a ditadura e em defesa da democracia. A expressão surgiu como resultado do conjunto de ideias para transformações estruturais necessárias na área da saúde, quanto às condições de saneamento precárias e a ineficiência dos poucos serviços de saúde pública existentes (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Em 1988, a CEME organizou o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, que teve como finalidade aprofundar a discussão sobre os rumos da política de medicamentos para o Brasil. O relatório final do encontro apresentou os principais problemas que afetavam a área, bem como a proposição de medidas para modificar o perfil mercadológico do setor e garantir a autonomia interna da produção de matérias-primas de medicamentos essenciais. Dentre as proposições, encontram-se a pesquisa de fármacos, a produção de medicamentos e AF (BRASIL, 2002; SANTOS, 2011).

Ainda sobre as questões levantadas quanto à AF, é importante ressaltar: a atualização constante da RENAME; a elaboração de Mementos Terapêuticos elaborados pela CEME; a implementação da AF no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as etapas de programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos e a descentralização dessas atividades; o desenvolvimento de recursos humanos para todas as etapas da AF, incluindo a pesquisa e o desenvolvimento; a definição de uma “Relação de Medicamentos Básicos” a fim de contemplar a Farmácia Básica; e o papel da CEME na AF (SANTOS, 2011).

Ao final do relatório do Encontro foi anexada a “Carta de Brasília”, onde é proposto um modelo de AF fundamentado nos princípios da universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento (KORNIS; BRAGA, 2008; SANTOS, 2011).

Portanto, de forma geral, o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos teve um grande foco em ações relacionadas à produção de medicamentos e ao desenvolvimento tecnológico do segmento, mas pouco se aprofundou nas questões dos interesses da saúde pública, predominando em seu conteúdo as condições desenvolvimentistas e nacionalistas (características da CEME), para assegurar o acesso aos medicamentos (BRASIL, 2002; KORNIS; BRAGA, 2008; SANTOS, 2011).

No mesmo ano, foi publicada a Constituição da República Federativa do Brasil, remetendo ao Estado a responsabilidade do bem-estar social a partir da garantia de direitos sociais, atendendo aos movimentos anteriores de reivindicação da reforma sanitária propostos na VIII Conferência Nacional de Saúde, e de todo movimento ocorrido já desde a década de 1970 (MARIN et al., 2003).

Dentre os capítulos que dispõe a Constituição Federal (CF) de 1988, encontra-se o relacionado à Seguridade Social e o direito à saúde. Em seu artigo 196, o capítulo trata a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e no artigo 198, apresenta o termo “atendimento integral”, relacionando-o à oferta de serviços que garantam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltadas à redução do risco de adoecimento, bem como ao tratamento oportuno e adequado das enfermidades.

As ações deveriam estar alinhadas aos princípios da universalidade e igualdade. Assim, podemos estabelecer uma relação direta com a oferta de AF pelo Estado, que deveria afiançar o acesso da população a insumos e medicamentos de acordo com suas necessidades. Essa relação, porém, ficam mais bem estabelecida dois anos depois, com a publicação da Lei n. 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1988; MARQUES; DALLARI, 2007; SANTOS, 2011).

A CF estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema de saúde do País, porém, foi a partir da Lei Federal nº. 8.080/90 que ele passou a ser regulado e operacionalizado. A LOS baseia-se nos mesmos princípios da CF, onde a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência é entendida como objeto do direito à saúde, devendo ser garantida pelo Estado (MARQUES; DALLARI, 2007).

A LOS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulando a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem como as ações de assistência terapêutica integral, de acordo com o princípio da integralidade da assistência<sup>3</sup>. Nesse sentido, em seu Artigo 6º, inclui como campo de atuação do SUS, a execução de ações de AF e a formulação da política de medicamentos (BRASIL, 1990).

Ainda no período de atuação da CEME, durante a década de 1990, as ações e serviços de saúde regulamentados pela LOS passaram a ser normatizadas por portarias do Ministério da Saúde, denominadas como Normas Operacionais Básicas (NOB). As NOB foram responsáveis pela operacionalização e descentralização do SUS, normatizando os critérios de financiamento dos serviços de saúde prestados tanto pelos órgãos públicos como pelos privados, além de definir as atribuições e responsabilidades de cada ente federativo (KORNIS; BRAGA, 2008). Nesse período foram publicadas quatro NOB (NOB-91, 92, 93 e 96) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991a, 1992, 1993, 1996).

Como resultado, pôde-se definir esse momento como a fase de implantação e ampliação do SUS, onde observa-se também uma forte tendência do MS a repensar as políticas de medicamentos para o País, baseado na descentralização de algumas ações e serviços, porém, com as atividades de aquisição ainda centralizadas (SANTOS, 2011).

Em 1997, a CEME é extinta sem a definição prévia de outro órgão que a substituísse, sendo suas atividades distribuídas pelos demais setores do MS, descontinuando, ainda mais, as ações de AF (CONASS, 2007; SANTOS, 2011). Os dois principais fatores que colaboraram

---

<sup>3</sup> A integralidade de assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 1990).

para a proscrição do órgão: a centralização do gerenciamento das ações e a desarticulação com os estados e municípios. A CEME não considerava as necessidades em saúde de cada região; a frequência na distribuição de medicamentos era irregular em sua gestão; os prazos de validade eram ruins; e existia excesso de itens e problemas no armazenamento, o que levou a grandes perdas de medicamentos. Tais deficiências, somadas a denúncias de corrupção, foram decisivas para a desativação do órgão (BRASIL, 2002; MARIN et al., 2003).

Mesmo com o encerramento da CEME, o MS manteve a proposta da Farmácia Básica (FB), elevando-a ao status de programa, passando sua coordenação à Diretoria de Programas Estratégicos. O Programa Farmácia Básica (PFB) conservou as mesmas bases da FB: continuaria a atender três mil habitantes, porém, em municípios com população de até 21 mil habitantes. A grade de medicamentos também sofreu alterações, iniciou com 40 itens que, posteriormente, foram reduzidos para 32 itens (BRASIL, 1997; COSENDEY, 2000).

Um dos objetivos do PFB era a sua descentralização, estimulando, progressivamente, as unidades da federação a criarem seus próprios programas estaduais de AF. Uma diferença da estratégia anterior foi a distribuição dos medicamentos diretamente aos municípios por pólos regionais, sem a intermediação das secretarias estaduais de saúde. Fato que atribuiu maior agilidade às entregas, porém, com o distanciamento da esfera estadual diminuiu, a interação do PFB com os programas estaduais de AF, o que dificultou a desejada adequação entre eles, principalmente no que diz respeito aos repasses de recursos do MS (COSENDEY, 2000).

É no contexto da discussão suscitada a partir dos problemas do PFB, ainda persistentes desde a CEME, aliado ao processo de descentralização das ações do SUS, que é publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 2001). É a partir da PNM que AF começa a ser inserida nas políticas públicas como parte essencial dos serviços de saúde.

A PNM define como escopo de suas ações a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como todas as atividades de promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, devendo ser implementadas no âmbito das três esferas do SUS (BRASIL, 2001). Para o alcance dos objetivos, a PNM fundamentou-se em oito diretrizes: 1) Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais; 2) Regulação sanitária de medicamentos; 3) Reorientação da AF; 4) Promoção do uso racional de medicamentos; 5) Desenvolvimento científico e tecnológico; 6) Promoção da produção de medicamentos; 7) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e 8) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (OPS, 2005).

A partir das diretrizes citadas, a PNM elencou quatro prioridades que se configuraram como base para o alcance da implementação de suas ações consideradas indispensáveis ao seu efetivo cumprimento, a saber: 1) Revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); 2) Reorientação da AF; 3) Promoção do uso racional de medicamentos e; 4) Organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos. Pode-se observar que, tanto dentre as diretrizes quanto nas prioridades, a AF é abordada (BRASIL, 2001; OPS, 2005). A PNM foi um marco importante na história da AF do País, principalmente no tocante à necessidade de reorientação do seu modelo, incluindo a primeira definição oficial do termo (BRASIL, 2018a).

A reorientação do novo modelo fundamentou-se na descentralização da gestão da AF, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público, e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitassem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 2001). Tais ações deveriam ser desenvolvidas de modo que não se restringissem apenas às atividades de aquisição e distribuição de medicamentos, devendo incluir, também, as atividades de seleção, programação, armazenamento, controle da qualidade e utilização (prescrição e a dispensação) (BRASIL, 2001; MARIN et al., 2003).

O conjunto de procedimentos elencados pela PNM permanece, então, centrado no medicamento, direcionando o cuidado mais aos produtos do que às necessidades que justificariam sua disponibilização, sendo sistematizados a partir do que ficou conhecido como ciclo da AF (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; SANTOS, 2011). Sendo este compreendido como um conjunto de atividades complementares que estão interligadas numa sequência lógica de ações, em que a próxima etapa se inicia à medida que a anterior é adequadamente finalizada, que são, a saber: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (BRASIL, 2001).

Ainda sobre a descentralização da AF, estabelecida pela PNM, é importante ressaltar que, para os estados e municípios possibilitou, entre outras coisas, a padronização dos produtos, a adequação do planejamento conforme necessidade e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Assim, a aquisição, a programação e a distribuição dos medicamentos do PFB, outrora realizada de forma centralizada pelo gestor federal, foram substituídas por transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, dos recursos federais, sob a forma de um incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica (PAB)<sup>4</sup>. Este, por sua vez, devendo ser utilizado,

---

<sup>4</sup> Piso da Atenção Básica – PAB: Instituído pela portaria Nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, é um valor per capita, que é somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios para financiar a atenção

prioritariamente, para a aquisição dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações. Dessa forma, os gestores estaduais e municipais passariam a participar do processo de gestão e gerenciamento dos recursos (BRASIL, 2001; CONASS, 2007).

O Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), que é tratado na PNM, é regulamentado no ano seguinte a sua publicação, por meio da Portaria GM nº 176/99 (BRASIL, 1999a). Seguindo a mesma linha do IAFB, a partir da Portaria GM nº 1.077/99, é implantado, também, o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental (BRASIL, 1999b). Ambas as portarias estabeleciam os valores dos recursos financeiros a serem pactuados pelos governos federal, estadual e municipal para a aquisição de medicamentos essenciais na atenção básica à saúde, bem como os critérios e requisitos mínimos para a participação nos programas (BRASIL, 1999a, 1999b).

A descentralização dos recursos por meio dos incentivos visava possibilitar a organização do novo modelo apontado pela PNM, com vistas a implementar as atividades relacionadas à reorientação da AF Básica, tendo como finalidade principal a ampliação do acesso aos medicamentos considerados básicos, bem como a promoção do uso racional (BRASIL, 2006c).

Vale ressaltar que, nos anos subsequentes à promulgação da CF, muito do que se havia fomentado quanto à participação dos entes federativos, bem como a participação popular nas decisões e deliberações nas políticas públicas de saúde, foram postas em prática durante a década de 1990, exemplo disso foi a criação das comissões intergestoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991b). Tais comissões se configuram como espaços intergovernamentais, políticos e técnicos, onde são submetidos para consenso de seus componentes, o planejamento, a negociação e a implementação de políticas públicas do setor saúde, principalmente no que se refere ao financiamento do SUS, neste caso, incluindo-se os repasses de recursos para a AF (RIBEIRO, 1997).

Um dos critérios para habilitação ao IAFB foi o Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, onde os recursos federais, somente seriam repassados mediante o encaminhamento, ao Ministério da Saúde, do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica (PEAFB). O PEAFB deveria contemplar, por sua vez, pela negociação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 1999a):

1) o elenco dos medicamentos para assistência básica;

---

básica à saúde (BRASIL, 1998). Em 2006, passou a compor a Política Nacional de Atenção Básica, como forma de incentivo pra reorganização do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2006b). Foi substituído em 2020 pelo novo modelo de financiamento para a APS, Previne Brasil (BRASIL, 2019a).

- 2) os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios, para integrarem o PEAFB;
- 3) o pacto de gestão entre o estado e município, incluindo a contrapartida de recursos com a respectiva ata de aprovação;
- 4) a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da implementação do Plano Estadual.

Além disso, o PEAFB deveria ser fundamentado na descentralização da gestão; no diagnóstico da situação de saúde do estado; no diagnóstico das atividades de seleção, programação, aquisição e distribuição/dispensação desenvolvidas na AF no âmbito do estado; nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis; na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade; nas condições necessárias ao cumprimento das boas práticas de armazenagem; e na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanentes dos recursos humanos envolvidos na operacionalização do Plano (BRASIL, 1999a).

De forma geral, o processo de descentralização possibilitou importantes avanços, principalmente relacionados aos repasses de recursos, porém, para a AF, os valores estabelecidos para o IAFB, ainda não possibilitavam atender às necessidades crescentes dos municípios por medicamentos (CONASS, 2007).

Nesse sentido, algumas estratégias que procuravam possibilitar a ampliação do fornecimento de medicamentos foram realizadas, como a criação de um kit para dar suporte às ações do Programa Saúde da Família (PSF), além da ampliação da grade de medicamentos destinados ao Programa de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), com a aquisição centralizada no MS e distribuição diretamente aos municípios. Porém, ainda persistia uma forte desarticulação entre as estratégias, o que levou a sobreposições entre os elencos de medicamentos dos programas citados e os adquiridos pelos municípios a partir do IAFB, além da pouca participação do estado, dificultando ainda mais o gerenciamento da AF (CONASS, 2007; SANTOS, 2011).

Em 2001, considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, fortalecido com a implementação das NOB, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde, a NOAS/SUS 01/01, sendo revisada e lançada em 2002 como NOAS/SUS 01/02 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, 2002).

As NOAS buscam assegurar a manutenção das diretrizes organizativas; e atualizar a regulamentação das ações e serviços de assistência à saúde. Apresentavam, entre outras coisas, as ações estratégicas mínimas de atenção básica, bem como elenco mínimo de procedimentos que deveriam ser ofertados por este nível de atenção (TEIXEIRA, 2002).

Além disso, são citados a garantia do acesso ao tratamento dos casos de tuberculose, hanseníase, doenças crônicas e o planejamento familiar, incluindo o fornecimento de medicamentos. Fato que reafirma a importância da reorientação da AF, apontada pela LOS e pela PNM, porém, ainda, relacionando-a as ações do setor, apenas com a presença do insumo farmacêutico (KORNIS; BRAGA, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, 2002).

Em 2003, a Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) é incorporada à estrutura do MS, ao qual o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) fica subordinado (CONASS, 2007). No mesmo ano, é realizada a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), que teve como característica principal delinear um diagnóstico no sistema de saúde sobre o tema. É importante ressaltar que, a CNMAF teve como precursoras a 9ª (1990), a 10ª (1996) e a 11ª (2000) Conferências Nacionais de Saúde (CNS), as quais possibilitaram o aprofundamento de questões inerentes à AF inseridas nas ações de saúde, bem como uma melhor articulação e integração dessas ações dentro do SUS (BRASIL, 2018a; MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

Assim, tais questões referentes à Assistência Farmacêutica serviram de base para a fundamentação das diretrizes que influenciaram a Política de AF do País (BRASIL, 2018a).

O tema central da CNMAF foi: “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, organizado em três subtemas, a saber: 1) Acesso à AF: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde; 2) Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de medicamentos; e 3) Qualidade na AF, formação e capacitação de recursos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo relatório final da CNMAF, a AF, entendida como modelo de atenção à saúde, apresenta questões inerentes à distribuição, à dispensação e ao uso racional de medicamentos na perspectiva da promoção da saúde e da qualidade do acesso aos seus serviços e produtos. A pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção nacional de medicamentos, e a formação e capacitação de recursos humanos para a AF, também se configuraram como aspectos fundamentais a serem refletidos e discutidos na Política de AF. A CNMAF evidenciou o caráter transversal da AF, que perpassa por toda a rede de serviços do SUS, devendo estar articulada com as políticas intersetoriais (BRASIL, 2018a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Com base nas discussões e nas propostas oriundas da CNMAF, o CNS promulgou em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a partir da Resolução n.338 (BRASIL, 2004). Para tanto, torna-se importante ressaltar que foi a primeira política pública instituída pelo controle social (LEITE et al., 2018).

A PNAF expande o campo de atuação e o escopo das ações da AF; sob a forma de 13 eixos estratégicos, entre eles, merecem destaque: a garantia de acesso e equidade às ações de saúde; a manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção; a qualificação dos serviços de AF; a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras; o desenvolvimento dos recursos humanos; a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004; SANTOS, 2011). Ainda, segundo a PNAF, a AF deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais e garantir a intersetorialidade inerente ao SUS (BRASIL, 2004).

Não obstante, a política ainda orienta sobre a necessidade da manutenção de serviços de AF na rede pública de saúde, bem como a sua qualificação em articulação com os gestores estaduais e municipais nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2004). Dessa forma, a PNAF dá início às primeiras tentativas de deslocar a centralidade de suas ações, restritas exclusivamente à provisão do acesso ao medicamento, para agregar a ele o cuidado voltado às necessidades individuais e coletivas, ampliando assim o seu escopo de atuação.

As políticas que tratam sobre medicamentos, assim como as normas e regulamentos descritas até este ponto, se constituíram em marcos importantes para o setor. No percurso histórico apresentado, torna-se evidente o caráter atribuído aos serviços e ações da AF, restringindo-os à aquisição e à distribuição, relacionando o acesso somente a questões de disponibilidade de medicamentos. Apesar de a PNM estabelecer como uma de suas diretrizes a reorientação da AF, onde se configura a promoção do uso racional dos medicamentos, ainda há muito a se percorrer quanto à organização e implementação dos serviços farmacêuticos que garantam o acesso no seu sentido mais ampliado (BERMUDEZ et al., 2018; BRASIL, 2004).

### **5.1.2 Operacionalização da AF na APS no âmbito do SUS**

A operacionalização da AF no âmbito dos serviços públicos de saúde se dá a partir das regulamentações que tratam o setor, principalmente no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços. Apesar dos esforços para sua reorientação, mantém o seu foco principal no binômio aquisição/distribuição de medicamentos, que se estabelece a partir das regulamentações que tratam o setor, principalmente no que diz respeito ao financiamento das ações e serviços. Desde 1987, com a instituição da lista da Farmácia Básica (FB), onde a grade de medicamentos era distribuída pelo MS aos municípios mais pobres do País, vem-se buscando formas de se garantir o acesso a toda população (BRASIL, 1997; VIEIRA, 2010).

Com a publicação da PNM em 1998, a descentralização da AF torna-se uma diretriz a ser seguida (BRASIL, 2001), e em 1999, a Portaria nº 176 estabelece os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), definindo os valores a serem transferidos para cada ente federativo na forma de montante mínimo anual, repassados numa fração mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) (BRASIL, 1999a).

Uma das características principais desse novo modelo foi o financiamento de responsabilidade das três esferas de governo, regulamentando o valor de contrapartida para cada esfera, onde os recursos seriam transferidos e movimentados através dos Fundos Nacional, Estadual e/ou Municipal de Saúde (BRASIL, 1999a; VIEIRA, 2010), possibilitando, dessa forma, que os medicamentos pudessem ser adquiridos e distribuídos pelos gestores estaduais e municipais (BRASIL, 2002, 2006c).

Os valores definidos para o IAFB, com o passar do tempo, se mostraram insuficientes para atender à demanda por medicamentos dos estados e municípios, levando a diversas discussões entre os conselhos de saúde (CONASS, 2007). Outro ponto relevante foi a grande diversidade na grade de medicamentos apresentada pelos estados em seus PEAFB, além das diferenças nos elencos estabelecidos. Ademais, também nesse contexto, verificou-se que não consideravam as indicações de tratamentos pertinentes à Atenção Básica (CONASS, 2007).

A partir desse contexto, em 2005, o MS lança a Portaria GM n. 1.105, redefinindo as normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da AF na Atenção Básica, bem como o elenco mínimo obrigatório de medicamentos. Os valores do incentivo, estimados por habitante, passariam a ser pactuados anualmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2005a).

Em relação ao Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos<sup>5</sup>, torna-se importante ressaltar que, ele era composto por um Módulo de Medicamentos para Atenção Básica, dividido em dois componentes: 1) Componente Centralizado, onde a responsabilidade da aquisição e distribuição era integral do Ministério da Saúde; e 2) Componente Descentralizado, de responsabilidade dos estados, municípios e do Distrito Federal, conforme pactuado nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). De um modo geral, a portaria, além de ter

---

<sup>5</sup> O Elenco Mínimo Obrigatório (EMO) se caracteriza por um conjunto de medicamentos para a cobertura de ações no âmbito da atenção primária à saúde (BRASIL, 2005b). A necessidade de se estabelecer esse conjunto surgiu da grande diversidade no elenco de medicamentos, apresentados nos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica Básica, onde em muitos casos, não contemplavam as necessidades identificadas na atenção primária (CONASS, 2007).

aumentado os valores das contrapartidas dos entes federativos, apresentou de forma mais clara as fontes e responsabilidades pelo financiamento da AF (BRASIL, 2005a; CONASS, 2007).

Em outubro do mesmo ano é publicada a Portaria GM/MS n. 2.084/2005, revogando a Portaria GM/MS n. 1.105/2005. Dentre as principais mudanças estão a substituição do Componente Centralizado pelo Componente Estratégico e o repasse dos recursos aos estados, Distrito Federal e municípios, para a aquisição direta de alguns itens – hipertensão/diabetes (Grupo HD) e asma/rinite (Grupo AR) –, que anteriormente eram adquiridos e distribuídos de forma centralizada pelo MS (BRASIL, 2005b).

Além dessa mudança, a portaria estabeleceu dois novos mecanismos para financiamento da AF na Atenção Básica: 1) Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB) - fundo mínimo, financiado pelos três entes, onde a transferência de recursos do gestor federal é condicionada à contrapartida dos gestores estadual, municipal e do Distrito Federal, mantendo as principais características do IAFB; e 2) Financiamento estratégico para AF na atenção básica (FEAFAB) - recursos do MS destinados à aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Componente Estratégico da AF Básica, diferenciando-se da execução Direta para Suprimento, prevista na portaria anterior (BRASIL, 2005b).

Os recursos financeiros destinados ao IAFAB continuariam a ser repassados a partir do PAB, e os recursos referentes ao FEAFAB seriam repassados ou aplicados na aquisição direta de medicamentos e produtos do Componente Estratégico da AF aos estados, Distrito Federal e/ou municípios, pelo MS (BRASIL, 2005b).

Em 2006, é instituído pela Portaria GM/MS n.399 o Pacto Pela Saúde, que prevê ações sustentadas pelos princípios do SUS, apresentadas na Constituição de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990. O Pacto Pela Saúde é constituído por três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – que buscavam efetivar os acordos estabelecidos entre as três esferas de governo, a fim de alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade nos aspectos sanitários, principalmente no que diz respeito às necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006d).

O financiamento do SUS, previsto pela referida portaria, se estabelecia a partir de seis blocos para custeio das ações, entre eles o da AF, neste caso, devendo agregar, além da aquisição de medicamentos e insumos, as ações necessárias à organização dos serviços de saúde. Os blocos de financiamento foram constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. Nesse sentido, estabeleceram-se três componentes para a AF, a saber:

- 1) Componente Básico (CBAF), com o financiamento para as ações de AF na atenção básica e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade das três instâncias de governo, composto por uma parte fixa e outra variável;
- 2) Componente Estratégico, com financiamento para ações de AF de programas estratégicos para o controle de Endemias (Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional), Programa de DST/AIDS (antirretrovirais), Programa Nacional do Sangue/Hemoderivados e Imunobiológicos - nesse período incluiu-se também, as Insulinas. A responsabilidade deste componente era do Ministério da Saúde;
- 3) Medicamentos de Dispensação Excepcional, com financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de alto custo, para tratamento de patologias previstas na Tabela Descritiva do SIA/SUS, sendo a responsabilidade pelo financiamento e aquisição do Ministério da Saúde e dos estados, sendo dispensação função dos estados (BRASIL, 2006d).

A Regulamentação do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, estabelecidas pelo Pacto, se deu no ano seguinte, a partir da publicação da portaria nº 204/2007. Na ocasião, foram mantidos os componentes e a insulina foi retirada do componente “Estratégico” e passou a compor o componente “Básico”. Os valores destinados para o bloco da AF passaram a ser movimentados em contas específicas, segundo cada componente (BRASIL, 2007a).

Com a publicação da Portaria nº 3.237, em de 24 de dezembro de 2007, que aprovou a as normas de execução e de financiamento da AF na APS, o elenco mínimo obrigatório de medicamentos previsto nas portarias anteriores, passa a ser entendido como elenco de referência, podendo ser adequado à realidade epidemiológica de cada região. Como avanços, podemos citar:

- 1) A ampliação dos valores dos recursos destinados ao CBAF, saindo de R\$1,60 (União) e R\$1,00 (estados e municípios) na Portaria GM/MS n. 2.084/2005, para R\$4,10 e R\$1,50 por habitante/ano, respectivamente;
- 2) a definição de um recurso exclusivo para aquisição de insumos complementares destinados aos usuários de insulina (tiras de glicemia, lancetas para punção digital e seringas com agulha para aplicação de insulina);
- 3) a inclusão de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no elenco de referência; a unificação dos recursos da parte fixa e variável;
- 4) os medicamentos destinados ao Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, previsto na Portaria n.1.077/99, passam a integrar o elenco de medicamentos de referência para a Atenção Básica. (BRASIL, 2005b, 2007b; CONASS, 2011).

A denominação do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é alterada para Componente Especializado da AF através da Portaria nº 2.981/2009, subdividindo o componente em três grupos, de acordo com as características dos medicamentos e a responsabilidade pelo financiamento (BRASIL, 2009a). Cinco anos depois, a referida portaria é revogada pela portaria MS/GM nº 1.554/2013, onde a denominação do componente é mantida,

no entanto, são atualizadas as orientações sobre as regras de financiamento do Componente Especializado da AF, bem como a sua execução e operacionalização no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a).

Novamente os valores de recursos para a aquisição dos medicamentos previstos no CBAF são reajustados através da portaria nº 2.982, em 2009, para R\$5,10 (União), e R\$1,86 (estados e municípios) por habitante/ano. Como inovação, a portaria apresentou a inclusão de seis novos fitoterápicos ao elenco de referência, e possibilitou a aplicação de um percentual de, até, 15% da soma dos valores dos recursos estaduais e municipais para a adequação da estrutura física das farmácias das Unidades Básica de Saúde, bem como para a aquisição de equipamentos e mobiliários destinados ao suporte das ações e realização de atividades vinculadas à educação continuada voltadas à qualificação dos recursos humanos da AF na Atenção Primária (BRASIL, 2009b).

A portaria nº 4.279, em 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, com vistas à necessidade de definir os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação, incluindo nos Sistemas de Apoio (entendidos como os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde), o sistema de AF, envolvendo a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010).

Em 2013, a Portaria nº 1.555 amplia os valores de repasses referentes aos municípios e estados (de R\$1,86 para R\$2,36/habitante) no CBAF, permanecendo os mesmos até o momento, e em 2017, a Portaria nº 2.001, reajusta o valor de repasse de responsabilidade da União (de R\$5,10 para R\$5,58/habitante) (BRASIL, 2013b, 2017b). Esse último reajuste foi influenciado pelo fechamento das unidades de Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil, onde foi pactuado entre a CIT e o MS, o repasse integral das verbas utilizadas nestas unidades para o Componente Básico da AF (BRASIL, 2018a).

Ainda no ano de 2017, duas portarias foram publicadas em sequência, o que trouxe mudanças nas normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, que influenciaram diretamente os blocos de financiamento, incluindo o da AF. A Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, extingue os seis blocos de financiamentos (Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; AF; e Gestão do SUS), substituindo-os por apenas dois blocos:

- 1) Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde: recursos destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde já implantados e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis, pois se trata de ações continuadas;
- 2) Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde: recursos destinados à estruturação e à ampliação da oferta de ações e serviços públicos de saúde (obras e equipamentos, reformas e ações de caráter específico).

Assim, os antigos blocos passam a ser considerados como “grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação”, para servirem como registro de série histórica e monitoramento do próprio Fundo Nacional de Saúde (FNS), seja qual for o nível de detalhamento, mas sem vincular o uso dos recursos exclusivamente a estes componentes. Pelo contrário, a maior justificativa para tal mudança foi de permitir aos gestores a liberdade de escolha de aplicação dos recursos onde se observasse maior necessidade, dispensando, ainda, os municípios e estados, da obrigação de identificação em seus orçamentos (BRASIL, 2017c, 2017d).

Na sequência das mudanças ocorridas no financiamento para o CBAF, em 30 de outubro de 2019, é realizada a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que apresentou um novo modelo para a alocação equitativa dos recursos oriundos da União, utilizando as faixas do Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios (IDHM), como referência para o cálculo dos valores. Os recursos seriam definidos a partir da população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, sendo que, para evitar a redução no custeio deste componente, os municípios que tiverem seus montantes diminuídos, teriam os repasses federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a população estimada de maior quantitativo populacional, nos termos do IBGE 2016, 2011 ou 2009 (BRASIL, 2019b).

A proposta foi aceita, e passou a vigorar a partir da publicação da Portaria nº 3.193, em 9 de dezembro do mesmo ano. A nova forma de cálculo alterou os valores estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017, conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos: a) IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano; b) IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano; c) IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano; d) IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e) IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano (BRASIL, 2019b).

No dia 24 de abril de 2020 foi publicada a Portaria nº 828 GM/MS alterando a nomenclatura dos blocos de financiamento, sendo: 1) Bloco de Manutenção das Ações e

Serviços Públicos de Saúde; e 2) Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. Além dos blocos, a normativa também estabeleceu novos grupos de identificação para transferências federais de recursos da saúde: a) Atenção primária; b) Atenção especializada; c) Assistência Farmacêutica; d) Vigilância em Saúde; e e) Gestão do SUS (BRASIL, 2020; CONASEMS, 2020).

## 5.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS (SEFAR)

### 5.2.1 SeFar baseados na APS

A APS vem tendo um papel fundamental na reorientação das políticas públicas e universalização do acesso a saúde (OPS, 2013). Diante da necessidade dos serviços de saúde garantir a integralidade em suas ações, as atividades relacionadas ao medicamento, quando reduzidas ao seu aspecto logístico-administrativo, não são capazes de atender às demandas de atenção à saúde, sobretudo na APS (PEREIRA, 2013).

Nesse sentido, os serviços realizados nas farmácias das unidades básicas de saúde, tiveram que acompanhar tais mudanças, que buscavam além do acesso qualificado aos medicamentos, principalmente quanto ao seu uso racional, uma maior articulação de suas ações, tendo o usuário como foco principal de suas atividades. Tal fato exigiu uma reestruturação dos serviços de AF, ainda deficientes (OPS, 2013; PEREIRA, 2013).

Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), inicia em 2008, uma discussão no âmbito do Projeto Medicamentos e Tecnologias em Saúde, da Área de Sistemas e Serviços de Saúde, baseados na Atenção Primária, sobre a necessidade de mudanças na abordagem dos serviços de AF, no âmbito da APS (BRASIL, 2014a; OPS, 2013).

Para a OPAS (2013), os Serviços Farmacêuticos (SeFar), desenvolvidos nas unidades de saúde da APS, fundamentam-se em uma série de ações direcionadas aos indivíduos, famílias e comunidade, tendo o medicamento como insumo essencial para o processo de cuidado em saúde, visando potencializar os seus melhores desfechos (BRASIL, 2014a; OPS, 2013).

A relação direta com o usuário atribui aos SeFar um caráter de cuidado integral, devendo garantir, não somente a disponibilidade adequada de medicamentos, mas, principalmente, a promoção do seu uso apropriado, a partir das atividades de entrega do medicamento, de orientação farmacoterapêutica, de farmacovigilância, de apoio ao autocuidado, entre outras ações (OPS, 2013).

Esse conjunto de ações compreende, tanto atividades de apoio quanto atividades clínicas, relacionadas aos serviços de saúde, que articuladas de forma multiprofissional e intersetorial, integradas à equipe de saúde, visam à prevenção de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (MS, 2014). Nesse sentido, os SeFar têm um papel fundamental na APS, incorporando-se aos serviços das unidades, a fim de cooperar para o manejo das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, e, dessa forma, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e diminuição de morbimortalidade (CAETANO; SILVA; LUIZA, 2020; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

Os elementos que constituem a APS, assim como os seus atributos (acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) são fatores importantes para a orientação dos SeFar, onde, a necessidade de uma abordagem do indivíduo em sua singularidade psicossociocultural, é fundamental para a efetividade das ações (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

A OPAS (2013) evidencia que as mudanças necessárias aos SeFar, baseados na APS, devem ser trabalhadas de forma: a eliminar as dificuldades de acesso; a produzir melhorias nos resultados terapêuticos e de saúde; a incorporar os SeFar como componentes das políticas farmacêuticas nacionais; a possibilitar uma atenção integral e integrada, comprometida com maiores resultados em saúde; e a ofertar os SeFar baseados no indivíduo, família e comunidade (OPS, 2013).

Nesse contexto, as políticas e estratégias relacionadas aos medicamentos, onde as atividades estão voltadas exclusivamente para o produto e ao seu componente logístico, devem dar espaço a um olhar holístico para as necessidades do indivíduo, sua família e a comunidade, onde o cuidado estará centrado na pessoa, e não na doença (ARAÚJO et al., 2017b; OPS, 2013).

Ações limitadas à disponibilidade e acesso aos medicamentos não conseguem responder às necessidades da atenção integral, integrada e contínua, assim como, aos problemas individuais e coletivos de saúde da população. O conceito de “Uso Racional de Medicamentos”<sup>6</sup> reafirma a reflexão de que, não se deve fornecer o medicamento sem a promoção do seu uso adequado, uma vez que esta ação é fundamental para resolutividade do cuidado (BRASIL, 2001, 2014a; COSTA et al., 2017a).

---

<sup>6</sup> Uso Racional de Medicamentos, conceito definido pela OMS, na conferência realizada em 1985 em Nairóbi, parte do princípio de que o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente requeridas para um período adequado e a um baixo custo para ele e a comunidade (BRASIL, 2015).

A incorporação dos SeFar à Rede de Atenção à Saúde (RAS) busca ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos essenciais, sobretudo o cuidado em saúde (OPS, 2013; PEREIRA, 2019). Os SeFar prestados no âmbito da APS podem impactar, diretamente, na qualidade da atenção, uma vez que integram a dispensação com o acompanhamento da farmacoterapia e sua utilização. Portanto, devem possibilitar orientação e apoio para o alcance dos objetivos terapêuticos, incluindo, além do uso apropriado dos medicamentos, a promoção do autocuidado e de um estilo de vida mais saudável dirigido ao paciente (BRASIL, 2014a; OPS, 2013; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

As ações inerentes aos SeFar devem atender às necessidades de otimização da farmacoterapia, levando em consideração as possibilidades do paciente, favorecendo sua autonomia e corresponsabilidade (OPS, 2013). Nesse processo, os determinantes sociais, bem como os aspectos ambientais e culturais devem ser considerados, sendo imprescindível para o planejamento das ações, o conhecimento do território onde os SeFar estão inseridos, não apenas em termos geográficos, mas, também, das características da população residente (BRASIL, 2014a; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; RIBEIRO; AGUIAR; ANDRADE, 2018).

Outro ponto importante para a resolutividade dos SeFar é a transversalidade de suas ações. Nesse sentido, torna-se necessário garantir a sua integração e continuidade entre os equipamentos de vários níveis de atenção, bem como os serviços de outros setores, como, por exemplo, a assistência social e os benefícios de transporte para retirada de medicamentos em alguma instância distante da residência do paciente (OPS, 2013).

O medicamento e os SeFar constituem-se em elementos fundamentais para a garantia da atenção integral e contínua à saúde. No entanto, ainda representam um grande desafio para as políticas públicas, sendo necessária a reorganização dos serviços que fazem parte do modelo de AF do País (OPS, 2013; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). As barreiras existentes no enfrentamento à garantia do acesso aos medicamentos precisam ser ultrapassadas, bem como os fatores que impossibilitam a ampliação de oferta de SeFar qualificados para a população. Contudo, tais dificuldades, apresentam-se como uma oportunidade para avançarmos na maior integração entre os serviços e as equipes que compõem o sistema de saúde (OPS, 2013).

Para tal, mudanças devem ser operadas dentro dos serviços de farmácia das unidades, observando-se a forma de organização, gestão e prestação dos SeFar. Posteriormente, tais mudanças devem expandir-se para a relação dos SeFar com as equipes de saúde, de modo a favorecer a interdisciplinaridade, ofertando um cuidado mais integral ao usuário do sistema (OPS, 2005).

### 5.2.2 Assistência Farmacêutica X Serviços Farmacêuticos - Conceitos

O final da década de 1980, foi marcado por inúmeras tentativas de conceituação do termo “Assistência Farmacêutica”, com o objetivo de elaborar um modelo teórico da organização dos serviços relacionados ao acesso e uso racional dos medicamentos (ACURCIO, 2003; SANTOS, 2011).

O caráter polissêmico do termo “Assistência Farmacêutica” tem origem a partir da tradução dos termos em espanhol *servicios farmacéuticos* e em inglês *pharmaceutical services*, que, por sua vez, estavam atrelados ao escopo das ações desenvolvidas pelo farmacêutico nos sistemas de atenção à saúde no mundo, principalmente as atividades ligadas ao abastecimento e distribuição de medicamentos nos serviços (BERMUDEZ et al., 2018; MARIN et al., 2003; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

No Brasil, os conceitos descritos nas políticas e normativas do setor saúde, a respeito da AF, buscavam apresentar, além da concepção do termo, as atividades a serem desenvolvidas em seu campo de atuação. Segundo, NELLY e seus colaboradores (2003), o entendimento do termo e suas várias concepções, estabelecidos a partir do processo de construção histórica, explicam o desenho conceitual em nosso sistema de saúde, onde se buscava aproximá-lo às estratégias de transformação dos serviços de assistência à saúde promovida pelo SUS.

Segundo a PNM (2001), o termo AF envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, a partir do ciclo da AF, apresentado pelas etapas de: seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos. Tais etapas caracterizam o termo mais pelas ações destinadas ao produto do que às necessidades do cuidado ao paciente, que justificariam sua disponibilização (MARIN et al., 2003; SANTOS, 2011).

A PNM estabelece o que seria o primeiro conceito oficial da AF no âmbito do SUS muito influenciada pelo conceito de *servicios farmacéuticos*, definido pela OMS, onde era compreendida como um grupo de serviços relacionados ao medicamento destinado às ações da saúde demandadas pela comunidade e efetivadas através do acesso aos medicamentos aos pacientes (hospitalizados ou ambulatoriais) (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007). Nesse conceito, a AF estabelece-se com uma conotação mais operacional do que assistencial, prova disso está na descrição de suas atividades (BRASIL, 2001):

[...] Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a

obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2001).

Posteriormente, a PNAF (2004), ampliou o escopo das ações, incluindo, além dos serviços direcionados ao medicamento, as ações específicas do profissional farmacêutico no contexto do cuidado direcionado à população, dando ênfase à relação com o paciente e o território, na visão da promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004). As atividades descritas reforçaram a inclusão dos SeFar ao conceito, a partir da mudança da perspectiva da centralidade no medicamento para a centralidade no indivíduo e na comunidade, na busca de impactos positivos para a melhoria da qualidade de vida da população (PEREIRA, 2013; SANTOS, 2011).

Desta forma, as ações da AF são entendidas como serviços centrados na prática farmacêutica, os quais devem estar integrados as equipes de saúde e com interação direta com o usuário, visando o acesso e a promoção do uso racional, através de uma farmacoterapia adequada, buscando resultados definidos e mensuráveis, voltados para a população (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; SANTOS, 2011).

Com a expansão do modelo de estratégia de saúde da família (ESF) no Brasil, a APS assume um papel de protagonista na coordenação do cuidado dos usuários dos serviços públicos de saúde. A necessidade de atender os princípios do SUS, bem como a proximidade do território, traz o desafio de mudanças na oferta dos serviços, devendo garantir maior integralidade em suas ações, e considerar o usuário em todos os aspectos que o constituem. Dessa forma, os serviços de AF, prestados nas unidades, precisavam se adequar à nova realidade (BRASIL, 2014a; GOMES et al., 2011a).

Dentro desse contexto, o MS (2014a) aponta que os serviços de AF, realizado nas unidades da RAS, devem se organizar, necessariamente, pela definição dos SeFar baseados na APS, segundo o conceito estabelecido pela OPAS (OPS, 2013).

Segundo Pereira et al.(2015), o conceito de SeFar é entendido como um grupo de atividades e processos que estão inseridos na AF, porém, com uma relação mais direta com as unidades e serviços de saúde, direcionadas aos procedimentos técnicos de requisição e armazenamento dos medicamentos nas farmácias das unidade, e, também ao cuidado assistencial de orientação e acompanhamento dos usuários e equipes de saúde, de forma integrada e multidisciplinar.

Como há um conjunto de definições e sentidos em torno da AF, o Quadro 1, apresenta os conceitos estabelecidos nas políticas citadas, bem como o conceito de SeFar, sua missão e visão propostos pela OPAS.

As definições de AF descritas na PNM e PNAF abordam em seus conceitos as atividades/serviços essenciais à garantia do abastecimento, assumindo uma conotação mais operacional (BRASIL, 2001, 2004). Traçam uma relação direta do acesso, com as tarefas logísticas para a disponibilização do medicamento, com pouca ou nenhuma inter-relação com as demais práticas de saúde (SANTOS, 2011).

Quadro 1 - Conceitos de Assistência Farmacêutica e Serviços Farmacêuticos segundo PNM, PNAF e OPAS, 2013.

Documento	Conceito
AF, segundo a PNM (2001)	<p>Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas: a conservação e controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos; o acompanhamento e a avaliação da utilização; a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos; e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.</p> <p>A assistência farmacêutica no SUS, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação – o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos, segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.</p>
AF, segundo a PNAF (2004)	<p>A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.</p> <p>As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aqueles referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as</p>

Documento	Conceito
Definição, missão e visão dos SeFar, segundo a OPAS (2013)	<p>concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.</p> <p>Conjunto de ações no sistema de saúde que buscam garantir atenção integral, integrada e contínua às necessidades e agravos à saúde da população individual e coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, e contribuindo para seu acesso equitativo e uso racional. Essas ações, desenvolvidas pelo farmacêutico – ou sob sua coordenação – incorporadas a uma equipe de saúde e com a participação da comunidade, visam à obtenção de resultados concretos em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.</p> <p>Como missão os SeFar devem contribuir para a atenção à saúde individual e coletiva da população, por meio da participação ativa do farmacêutico na equipe de saúde e na comunidade, a partir de uma assistência farmacêutica integral, integrada e contínua, comprometida com o acesso equitativo aos medicamentos e demais insumos de saúde essenciais de qualidade, e seu uso racional, incluindo terapias alternativas e complementares em um sistema de saúde baseado na APS, para atingir o nível de saúde mais elevado possível.</p> <p>Como visão os SeFar devem apresentar relevância social, integrados ao sistema de saúde e baseados na APS, que atendam às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, com papéis e funções bem definidas que promovam estilos de vida saudáveis, e acesso e uso racional de medicamentos, contribuindo assim com o direito ao mais alto nível de saúde possível.</p>

Fonte: (BRASIL, 2001, 2004; OPS, 2013).

A PNAF, amplia o escopo da AF, trazendo de forma mais clara a finalidade de suas ações, procurando-se aproximar do ideário da Reforma Sanitária, quando em seu enunciado relaciona suas ações com a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2004; SANTOS, 2011).

As atividades descritas, resultantes dessas ações, aproximam-se das preconizadas no conceito dos SeFar na APS, quando cita a atuação direta do farmacêutico com o usuário, de forma integrada à equipe de saúde, visando o uso apropriado do medicamento para a obtenção de resultados voltados para a melhoria da qualidade de vida da população. Localiza, ainda, que a interação farmacêutico/paciente, deve incluir as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004; OPS, 2013).

O conceito de SeFar na APS, situa o profissional farmacêutico como elemento-chave para a sua operacionalização (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015). Além, incorpora os atributos

da APS, como integralidade e longitudinalidade, para promoção do acesso equitativo e uso racional do medicamento (OPS, 2013; STARFIELD, 2002).

Dessa forma, nota-se, que em muitos pontos, os conceitos se convergem e se complementam, e, com o passar do tempo, buscam ampliar o escopo das ações na tentativa de suprimir os pontos não considerados anteriormente. Entretanto, na prática dos serviços na APS, pouco se experimentou, quanto da implementação dos conceitos aqui apresentados, onde as ações de AF ainda se concentram na aquisição e na distribuição de medicamentos (ARAÚJO et al., 2017b; PEREIRA, 2013).

### 5.2.3 Modelos de SeFar - Similaridades e diferenças

A seguir são apresentados três modelos de SeFar:

#### **SeFar segundo o MS (2009c, 2014a):**

Em 2009, o MS, a partir do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, publica o manual “Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS”. O documento surge como resposta às discussões realizadas nas Conferências e Conselhos de Saúde e nas Comissões Intergestoras sobre a ampliação do acesso qualificado aos medicamentos e a estruturação dos SeFar (BRASIL, 2009c).

Os SeFar estabelecidos na publicação, alinham-se com a proposta de reorientação da AF da PNM, no que diz respeito ao acesso no contexto do uso apropriado e seguro do medicamento, porém, não restringindo as ações ao produto, mas, também, a todo o conjunto de ações de atenção à saúde necessárias aos melhores resultados para a população. Destaca, ainda, a necessidade de elaboração de normas técnicas e administrativas, procedimentos operacionais padronizados e instrumentos de controle para o registro de todas as informações referentes aos processos de trabalho (BRASIL, 2009c).

Segundo o manual, o objetivo principal dos SeFar no SUS é o de gerar acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública, e devem estar integrados aos serviços de saúde. Estão divididos em serviços Técnico-gerenciais e Técnico-assistenciais (BRASIL, 2009c).

Os SeFar Técnico-gerenciais, se configuram por atividades administrativas, voltadas para a garantia da disponibilidade dos medicamentos de acordo com as necessidades do território onde os serviços estão instalados, bem como a manutenção da qualidade e conservação deles. Para sua execução necessita-se de conhecimentos e informações

epidemiológicas, administrativas e gerenciais para o planejamento e implementação das ações (BRASIL, 2009c).

Os SeFar Técnico-assistenciais, estão relacionados ao cuidado do paciente e a interação com a equipe de saúde, exigirá, entre outras coisas, a habilidade de comunicação da equipe de farmácia, para a formação de vínculo entre os usuários do serviço e os profissionais da unidade. Tal atividade deve garantir a efetividade e segurança do tratamento estabelecido para cada paciente, bem como o acompanhamento da utilização dos medicamentos. Outro ponto fundamental, é a obtenção, avaliação e disseminação de informações qualificadas sobre os medicamentos e saúde, para serem trabalhadas de forma a promover a educação em saúde para a equipe da unidade e seus usuários (BRASIL, 2009c).

A seguir, no Quadro 2, são descritas as atividades previstas para cada componente técnico.

Quadro 2 - Atividades previstas para os SeFar, segundo o manual Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS – 2009.

<b>TÉCNICO-GERENCIAIS</b>	<b>TÉCNICO-ASSISTENCIAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programação de medicamentos</li> <li>▪ Solicitação de medicamento</li> <li>▪ Recebimento dos medicamentos</li> <li>▪ Estocagem dos medicamentos</li> <li>▪ Inventário dos medicamentos</li> <li>▪ Controle de estoque dos medicamentos</li> <li>▪ Descarte de medicamentos inservíveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispensação de medicamentos aos pacientes</li> <li>▪ Orientação farmacêutica sobre o uso apropriado do tratamento medicamentoso</li> <li>▪ Seguimento farmacoterapêutico</li> <li>▪ Educação em Saúde a profissionais e usuários</li> <li>▪ Suporte técnico para a equipe de saúde</li> </ul>

Fonte: (BRASIL, 2009c).

No ano de 2014, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, lançou a série “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” (2014a), compartilhando o processo de desenvolvimento do projeto piloto realizado em Curitiba, para implementação de serviços de clínica farmacêutica na RAS, no âmbito do Projeto QualiSUS-Rede. A publicação apresenta em seu caderno 1, intitulado “Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde” (2014a), uma proposta de organização para os SeFar, dividindo-os em dois eixos: o primeiro relacionado ao ponto de atenção; e o segundo ao sistema de apoio, conforme demonstrado na .

Os SeFar relacionados ao ponto de atenção são realizados nas unidades de saúde, direcionados à equipe multidisciplinar e aos usuários. O cuidado farmacêutico inclui atividades de educação permanente e atividades de promoção do uso racional de medicamentos, que, por sua vez, possuem um caráter técnico-pedagógico ou assistencial (BRASIL, 2014a).

As atividades relacionadas com o sistema de apoio dizem respeito ao abastecimento da RAS e estão ligadas diretamente à gestão e à garantia da disponibilidade do medicamento, seja no nível local ou regional (BRASIL, 2014a).

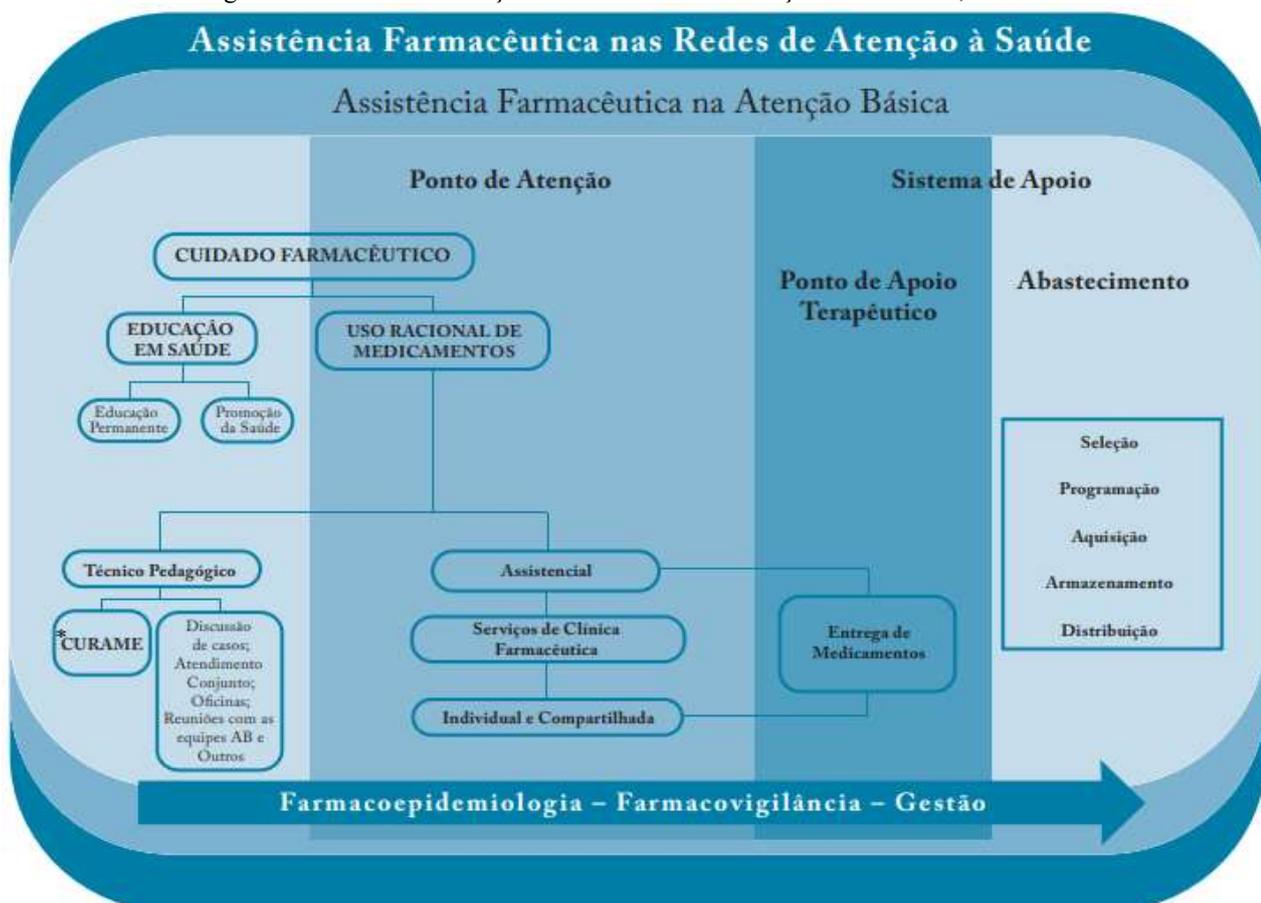
A farmacoepidemiologia, a farmacovigilância e a gestão, são transversais aos SeFar, servindo para o monitoramento da utilização de medicamentos, com a finalidade de produzir informações para melhor qualificar o planejamento das ações (BRASIL, 2014a).

Em relação às atividades técnico-pedagógicas, o documento sugere a criação de um comitê local (CURAME), com a finalidade de analisar o perfil de utilização de medicamentos no território, para posteriormente propor ações relacionadas ao seu uso (BRASIL, 2014a).

Segundo o documento, as atividades previstas para o SeFar estão divididas sob o ponto de vista de dois grandes grupos: 1) Logística, planejamento e abastecimento de medicamentos; e 2) Cuidado farmacêutico (BRASIL, 2014a). As atividades são apresentadas no

Quadro 3.

Figura 1 - Modelo de Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica - MS, 2014.



Fonte:(BRASIL, 2014a).

\*CURAME: Comitê de Uso Racional de Medicamentos.

Quadro 3 - Atividades para o SeFar segundo a série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica - 2014.

LOGÍSTICA/PLANEJAMENTO/ ABASTECIMENTO	CUIDADO FARMACÊUTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planejamento das ações de Assistência Farmacêutica</li> <li>▪ Seleção de medicamentos necessários à RAS</li> <li>▪ Programação de medicamentos necessários à RAS</li> <li>▪ Aquisição de medicamentos necessários à RAS</li> <li>▪ Armazenamento de medicamentos necessários à RAS</li> <li>▪ Distribuição de medicamentos necessários à RAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clínica Farmacêutica</li> <li>▪ Atividades técnico-pedagógicas</li> <li>▪ Farmacoepidemiologia</li> <li>▪ Farmacovigilância</li> <li>▪ Gestão</li> </ul>

Fonte: (BRASIL, 2014a).

### SeFar segundo a OPAS (2013):

O documento da OPAS, intitulado “*Servicios farmacêuticos basados em la atención primaria de salud*”, apresenta uma proposta de modelo dos SeFar baseado em quatro marcos conceituais: 1) os princípios e diretrizes que regem a APS; 2) os aspectos operacionais dos SeFar, baseados na APS como parte da RAS; 3) a teoria de gestão de processos e, 4) atenção farmacêutica e as boas práticas de farmácia. Como objetivo, o documento buscou orientar os países para o desenvolvimento de SeFar baseados no escopo da APS (OPS, 2013).

Na perspectiva da teoria da gestão de processos, todas as etapas envolvidas são interligadas e interdependentes e juntas dão a dimensão de toda organização (IRITANI et al., 2015). Entre as etapas existem três pontos a serem considerados: os processos operacionais ou chave, sendo o ponto principal para onde os demais processos devem convergir; os processos gerenciais ou estratégicos; e os processos de apoio (OPS, 2013).

No modelo proposto pela OPAS, os SeFar realizados nos pontos de entrega dos medicamentos, nas unidades de saúde, são definidos como processo chave, pois estão relacionados diretamente com o paciente. As atividades de promoção à saúde, dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico, farmacovigilância e apoio à automedicação responsável, por exemplo, estão incluídas nessa etapa (OPS, 2013).

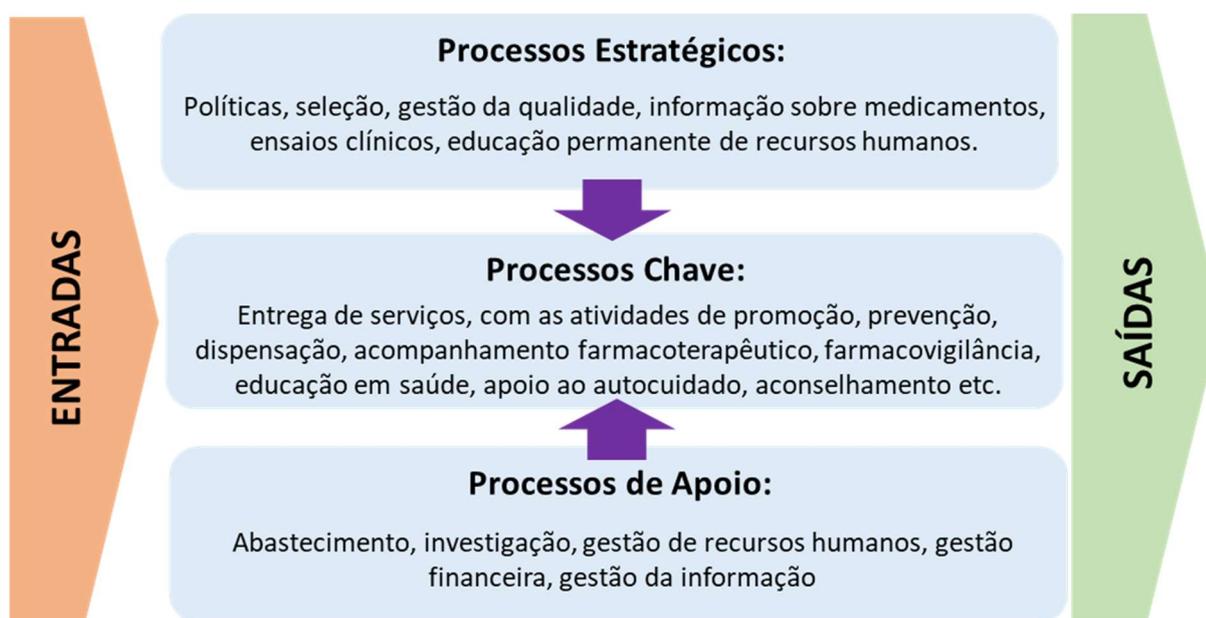
Os processos estratégicos são aqueles que não têm relação direta com o paciente, mas contribuem para o seu cuidado, como o planejamento, implantação, gestão e avaliação dos

SeFar; a gestão da qualidade; a seleção de medicamentos, bem como a avaliação de tecnologias em saúde; as informações sobre medicamentos; a participação na concepção, acompanhamento e avaliação de ensaios clínicos; a promoção da educação permanente de recursos humanos; e a resposta a situações de prevenção e mitigação de desastres e emergências de saúde (OPS, 2013).

Os processos de apoio dão suporte aos demais procedimentos, como a gestão da oferta de medicamentos e outras tecnologias em saúde; a formulação e preparação de medicamentos extemporâneos; a reembalagem de medicamentos e outros insumos essenciais; a implementação das medidas necessárias para a correta destinação dos resíduos de medicamentos; por fim, a gestão dos aspectos de recursos humanos, financeiros e de informação, que apesar de compreenderem atividades de natureza administrativa, estão contidas nos processos de apoio, cuja responsabilidade pela execução corresponde a outras áreas, porém, os responsáveis pelos SeFar devem considerar a parte que lhes corresponder no planejamento de suas ações (OPS, 2013).

Na **Figura 2**, é apresentado um exemplo de processos a partir das atividades dos SeFar.

Figura 2 - Exemplo de processos de SeFar, segundo OPAS - 2013.



Fonte: Tradução livre adaptado a partir de OPAS (2013).

O exemplo de atividades definidos na figura acima, considera os SeFar dirigidos ao cuidado do paciente como um processo-chave, entretanto, os processos estratégicos e de apoio podem ser definidos de forma diferenciada, de acordo com as condições de cada região (OPS, 2013).

No **Quadro 4** são descritas as atividades, segundo os processos identificados para execução dos SeFar, a partir da OPAS, (2013).

Entre os aspectos logísticos relacionados ao abastecimento e disponibilidade de medicamentos, o documento considera, ainda, algumas atividades, a saber: a) Aquisição, com vistas à quantidade adequada dos medicamentos mais eficazes e com melhor custo/benefício; seleção de fornecedores que garantam segurança, qualidade dos medicamentos e abastecimento pontual; b) Armazenamento, compreendendo o recebimento administrativo e a verificação técnica das condições do transporte, garantindo as condições ambientais e gestão de estoque adequadas; c) Distribuição, que permita a movimentação e transferência dos medicamentos e insumos, desde a entrega nas unidades da rede, até a prescrição e utilização correta pelo usuário final (OPS, 2013).

Quadro 4 - SeFar considerados na gestão de processos, segundo OPAS - 2013.

<b>SEFAR COMO PROCESSO-CHAVE</b>	<b>SEFAR COMO PROCESSO ESTRATÉGICO</b>	<b>SEFAR COMO PROCESSOS DE APOIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver e apoiar programas e atividades de prevenção de doenças e promoção e proteção à saúde do usuário e da comunidade;</li> <li>▪ Dispensação de medicamentos;</li> <li>▪ Fornecer orientação ao usuário;</li> <li>▪ Rever o uso de medicamentos;</li> <li>▪ Seguimento farmacoterapêutico;</li> <li>▪ Visita domiciliar;</li> <li>▪ Aconselhar sobre como exercer a automedicação responsável;</li> <li>▪ Participar de programas de farmacovigilância e garantia de segurança do paciente;</li> <li>▪ Atenção aos ciclos de vida e grupos de maior vulnerabilidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desenvolver e implementar um sistema de gestão da qualidade para os SeFar;</li> <li>▪ Participar na seleção de medicamentos e na avaliação de tecnologias de saúde;</li> <li>▪ Fornecer informações sobre medicamentos;</li> <li>▪ Participar da concepção, acompanhamento e avaliação de ensaios clínicos, promovendo e respeitando os princípios bioéticos;</li> <li>▪ Promover a educação permanente dos recursos humanos que atuam nos SeFar, bem como da equipe de saúde;</li> <li>▪ Planejar, implementar, gerenciar e avaliar os SeFar de forma integrada com o RAS, e promover sua efetiva integração ao sistema;</li> <li>▪ Responder a situações de prevenção e mitigação de desastres e emergências de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gerenciar o fornecimento de medicamentos e insumos;</li> <li>▪ Formular e elaborar preparações magistrais e extemporâneas de medicamentos;</li> <li>▪ Realize a reembalagem de medicamentos e insumos essenciais;</li> <li>▪ Implementar as medidas necessárias para o descarte adequado de resíduos de medicamentos e insumos essenciais;</li> <li>▪ Promover e participar de pesquisas em saúde.</li> </ul>

Fonte:(OPS, 2013).

Como aspectos adicionais, outros processos são considerados, mesmo que ainda não estejam relacionados diretamente aos SeFar, constituem fatores críticos para o seu desenvolvimento se não observados (OPS, 2013), como a:

- Participação no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas na área de AF e SeFar;

- participação na elaboração e atualização da legislação relacionada à AF e SeFar;
- capacitação em SeFar dos Recursos Humanos;
- humanização dos serviços de saúde.

### **SeFar segundo Pereira e seus colaboradores (2015)**

Pereira e seus colaboradores, no artigo, “Serviços farmacêuticos na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade” (2015), propôs um modelo lógico (ML) para os SeFar a partir da coleta, organização e análise dos dados de sua pesquisa.

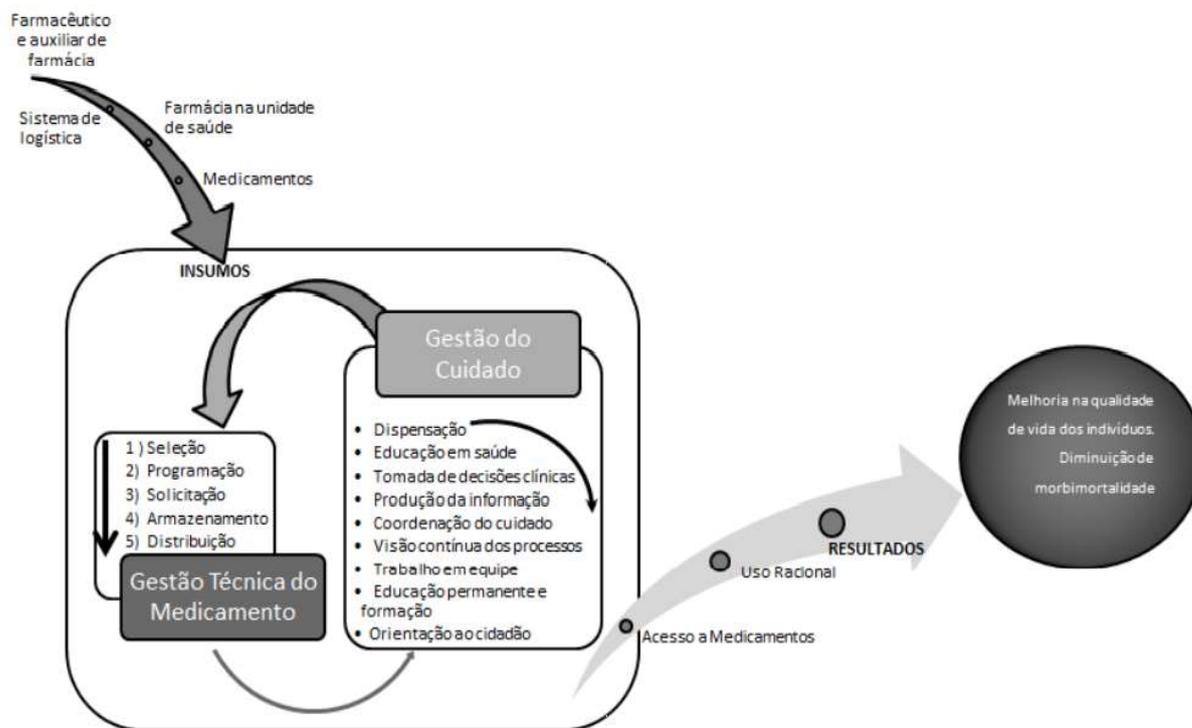
O ML proposto teve como foco das ações, o cuidado ao usuário, e foi dividido em dois momentos operativos distintos: gestão técnica do medicamento e gestão do cuidado (PEREIRA, 2013).

Na **Figura 3**, é possível observar que cada componente técnico possui um conjunto de atividades, e que estão interligados e, como resultado intermediário, busca produzir o acesso a medicamentos e seu uso racional.

No componente “Gestão Técnica do Medicamento”, as atividades propostas se apresentam numa sequência de ações interdependentes, direcionadas a garantir o abastecimento e a disponibilidade do medicamento na farmácia da unidade de saúde. Para a definição das atividades previstas nesta célula, os autores utilizaram o “Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica” (2011), do município do Rio de Janeiro (PEREIRA, 2013).

O componente “Gestão do Cuidado”, prevê ações direcionadas ao usuário e à equipe de saúde. Como principal objetivo da integração dos dois componentes, espera-se atingir os melhores resultados em saúde, com impacto direto na qualidade de vida dos usuários, bem como a diminuição da morbimortalidade. Para a descrição das atividades deste componente foi utilizado como um dos instrumentos norteadores o “Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da família” (2009d) (PEREIRA, 2013).

Figura 3 - Síntese do Modelo Lógico Teórico dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária, segundo Pereira et al., 2015.



Fonte: PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015 .

Apesar da Figura 3 apresentar as ações pertinentes a cada componente, para fins de facilitar a compreensão, é relacionado no

Quadro 5 as referidas atividades (PEREIRA, 2013).

Quadro 5 - Atividades dos SeFar prevista no Modelo Lógico, segundo Pereira e colaboradores, 2015.

<b>GESTÃO TÉCNICA DO MEDICAMENTO</b>	<b>GESTÃO DO CUIDADO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seleção</li> <li>▪ Programação</li> <li>▪ Solicitação</li> <li>▪ Armazenamento</li> <li>▪ Distribuição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispensação</li> <li>▪ Educação em saúde, aconselhamento e medidas de prevenção</li> <li>▪ Tomada de decisões clínicas, diagnósticas e/ou terapêuticas</li> <li>▪ Produção da informação e comunicação</li> <li>▪ Coordenação do cuidado</li> <li>▪ Visão continuada e integral dos processos</li> <li>▪ Trabalho em equipe e relações interprofissionais</li> <li>▪ Educação permanente e formação</li> <li>▪ Orientação ao cidadão</li> </ul>

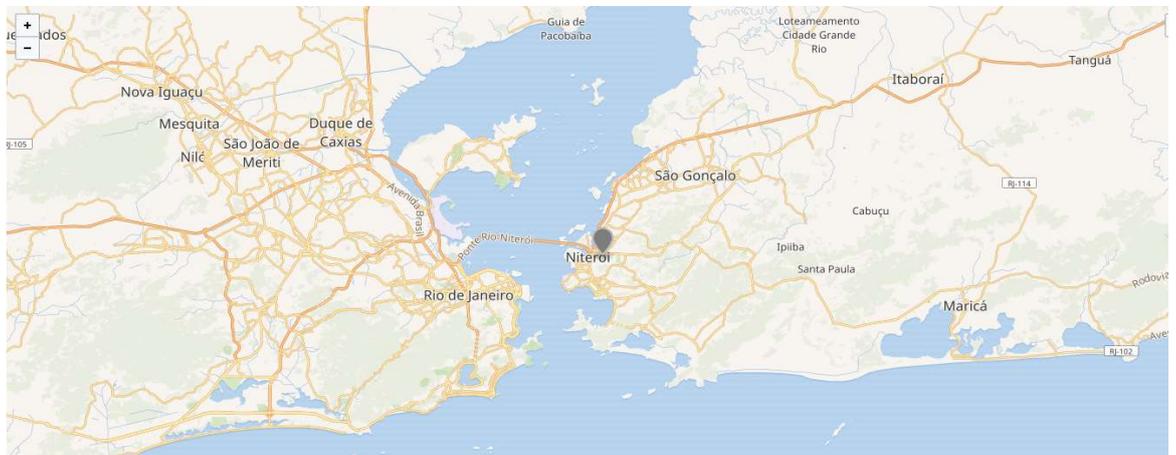
Fonte: PEREIRA, 2013 .

### 5.3 O MUNICÍPIO DE NITERÓI

#### 5.3.1 História e Saúde Pública em Niterói

Niterói é um município localizado no estado do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil, e tem como limites: ao norte, o município de São Gonçalo; ao sul, o Oceano Atlântico; a leste, o município de Maricá; e a oeste, a Baía de Guanabara, conforme demonstrado na **Figura 4** (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS; PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, 2015).

Figura 4 - Localização de Niterói.



Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Niter%C3%B3i#/map/0>. Acessado em: 02 mai. 2021.

A aldeia, fundada por Araribóia, recebeu o nome de São Lourenço dos Índios em 1573, mas só recebeu o nome de Niterói (água escondida, em Tupi) em 1835. Após a chegada da Corte de D. João VI à colônia brasileira em 1808, bem como a escolha de São Domingos para seu sítio de lazer, a localidade foi movimentada de visitantes e impulsionada a urbanização (HÜBNER; FRANCO, 2007; SOUSA, 2015).

Já no séc. XX, em 1974, foi inaugurada a Ponte Rio - Niterói cruzando a Baía de Guanabara, fato que impulsionou o crescimento econômico e a ocupação da cidade (HÜBNER; FRANCO, 2007; SOUSA, 2015).

Niterói foi capital provisória da Província do Rio de Janeiro e sede do antigo Estado do Rio de Janeiro, até a fusão com o Estado da Guanabara (1975). A partir daí, Niterói realizou a eleição direta para Prefeito em novembro de 1976, sendo eleito, pelo voto popular, o candidato Wellington Moreira Franco do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) (HÜBNER; FRANCO, 2007).

Em sua gestão, o médico e professor Hugo Coelho Barbosa Tomassini, do Departamento de Saúde da Comunidade da UFF, realizou um estudo sobre as necessidades de saúde na cidade e, com sua equipe, à frente da SMS do município, identificou as áreas de carências por meio de entrevistas com diversas lideranças comunitárias, construindo o Plano de Ação 77-80, visando à melhoria da qualidade de vida da população de Niterói (SOUSA, 2015).

O plano, em consonância com os debates internacionais e a Alma-Ata, apresentava algumas características: a regionalização, a hierarquização dos serviços, o aumento da cobertura, a coordenação interinstitucional, a participação comunitária, a equipe polivalente, a integralidade da atenção à saúde, e o financiamento multilateral. Possuía, também, três programas: administração geral, instalação e construção de unidades de saúde; promoção social e treinamento de recursos humanos (SOUSA, 2015; TEIXEIRA; MONTEIRO; MIRANDA, 1999).

A Secretaria de Saúde do estado tinha alguns postos de saúde em Niterói desde os anos 50. O município não contava com uma rede própria de atendimento à saúde. A rede de saúde era do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), que atendia os contribuintes da previdência. Desta forma, uma parcela da população era excluída e não tinha direito a nenhum tipo de atendimento oficial (SOUSA, 2015; TEIXEIRA; MONTEIRO; MIRANDA, 1999).

Movimentos organizados por profissionais de saúde da UFF, do INAMPS, da Secretaria Estadual de Saúde e Higiene (SESH), da SMSPS de Niterói, e grupos comunitários ligados à Federação de Associação de Moradores de Niterói (FAMNIT), denunciavam as más condições de vida da população e os problemas do sistema de saúde. Importantes espaços de discussão e articulação possuíam ligação com o chamado “Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira” (SOUSA, 2015).

Mudanças no cenário político em 1980 levam Nédio Mocarzel, secretário da Associação Médica Fluminense, a assumir a SMSPS por um ano, e proibir reuniões dentro das unidades de saúde e nas comunidades, retornando ao modelo tradicional de assistência à saúde (SOUSA, 2015).

Entre 1983 e 1988, já no governo de Waldir Bragança, os médicos Miguel Angelo D’Elia assumem a pasta da Saúde do município (1983- 1984) e Heitor dos Santos Braga (1984-1988) (SOUSA, 2015). Nesse governo, a secretaria contava com treze unidades municipais de saúde, e foram criados três Serviços de Pronto Atendimento (SPA), que dividiam o atendimento de Emergência do município com o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) (FOMEL, 2014).

### 5.3.2 O Projeto Niterói - 1982-1989

O Programa de Integração Docente Assistencial contribuiu para a formação de um grupo interinstitucional (UFF, INAMPS, SES e SMS), organizado em uma comissão executiva local, que planejou um modelo de ações integradas de saúde pelas diferentes instituições públicas de saúde: o Projeto Niterói. Este projeto tinha como objetivo integrar, regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde, com base no setor público, aumentando a eficiência e eficácia das ações de saúde (HÜBNER; FRANCO, 2007; SOUSA, 2015).

Através da Comissão Executiva Local (CEL) do Projeto Niterói, pôde-se operacionalizar e definir as necessidades para a implementação do projeto (SOUSA, 2015).

As estratégias eram o estabelecimento de porta de entrada do sistema de saúde, a definição de um sistema de referência e contrarreferências entre os diferentes níveis de complexidade e participação da comunidade (FOMEL, 2014; HÜBNER; FRANCO, 2007).

Para operacionalizar o projeto, a CEL criou os seguintes grupos de trabalho (GT): atividades, sistema de informações, integração docente-assistencial, integração político-administrativa interinstitucional (referência e contrarreferências), avaliação, custos, medicamentos e saúde mental. Em 1986, foram criados os grupos de trabalho (GT) de saúde oral, saúde materno-infantil, saúde escolar, homeopatia, reorientação da emergência, supervisão operacional e vigilância epidemiológica (SOUSA, 2015).

O Projeto Niterói foi extinto em 1989, a partir da unificação das ações da CEL e do SUDS, resultando na Comissão Executiva do SUDS (CE-SUDS). Isso ocorreu porque o avanço obtido por meio do convênio e do processo de municipalização das unidades de saúde exigia uma adequação da nova estrutura do sistema de saúde municipal e maior participação popular (SOUSA, 2015).

### 5.3.3 Fundação Municipal de Saúde (FMS)

No final da década de 80, o município envolvido nas discussões da Reforma Sanitária e nas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como na Constituição Federal de 1988, buscava estratégias para a reorganização do seu modelo assistencial, para o fortalecimento da atenção primária e para a melhoria dos seus indicadores de saúde (NETO, 2014; SOUSA, 2015). Assim em 1989, foi criada a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS), para agilizar a organização do sistema de saúde local (NETO, 2014).

A FMS foi um importante espaço institucional criado para dar suporte às novas atribuições oriundas do processo de municipalização, com certo grau de autonomia para dar conta das questões sanitárias e, além disso, desenvolver uma nova cultura organizacional de gestão única e efetiva dos serviços municipais. Outros técnicos, dos grupos de trabalho do Projeto Niterói, assumiram cargos na Secretaria Municipal de Saúde e na FMS, contribuindo para a continuidade do processo de municipalização do setor e para a reorganização do sistema local (NETO, 2014; SOUSA, 2015).

#### **5.3.4 Programa Médico de Família (PMF)**

Em 1991, Jorge Roberto Silveira e o Secretário Municipal de Saúde visitaram Cuba, objetivando trocas de experiência entre profissionais de saúde de Cuba e de Niterói. A visita culminou em convênio internacional de cooperação técnica, com a finalidade de elaborar uma proposta de adaptação do modelo do Médico de Família cubano à realidade brasileira, originando o Programa Médico de Família (PMF) de Niterói (SOUSA, 2015).

O PMF foi formulado em 1991, como resultado da troca de experiências entre profissionais cubanos e niteroienses após uma visita de gestores a Cuba, e tendo sua primeira unidade (módulo) inaugurada em 1992. Além disso, a parceria com as associações de moradores das comunidades cobertas pelo programa para cogestão das unidades foi um importante diferencial (NETO, 2014).

O PMF foi uma oportunidade de viabilizar um plano municipal orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, considerando a saúde integral da população, o fortalecimento da promoção à saúde, a consciência dos determinantes sociais do processo saúde-doença e o estímulo à cidadania, sustentado na parceria com o movimento social local. Os elementos-chave desse modelo de atenção eram a adesão de clientela, a definição de território, a participação popular, a integralidade da atenção à saúde e o vínculo entre usuários e serviços de saúde (NETO, 2014). O PMF incorporou práticas que já eram realizadas no Projeto Niterói (SOUSA, 2015).

A proposta do PMF foi estruturada nos princípios de Vigilância em Saúde: território, vínculo usuário-profissional e intersetorialidade. O vínculo era a característica fundamental do trabalho. Por meio da intersetorialidade buscava-se solucionar questões que interferiam na saúde, favorecendo a participação da população em todo o processo (NETO, 2014; SOUSA, 2015).

Para a implantação inicial do PMF foi realizado um estudo pela prefeitura, em 1992, onde foram mapeadas as áreas de risco social e epidemiológico, concluindo que, 120 mil pessoas moravam nessas áreas (440 mil habitantes era a população total do município nesse período). Este diagnóstico subsidiou a escolha dos locais prioritários para a implantação do PMF, denominadas áreas de interesse social. O primeiro módulo foi na comunidade do Preventório. A meta inicial do programa era atingir 30% da população total de Niterói (SOUSA, 2015).

### **5.3.5 Programa Médico de Família X Programa Saúde da Família**

Em 1994, o MS faz o lançamento do PSF, uma proposta que guardava semelhanças com o PMF. Todavia, o Ministério da Saúde alegava que a equipe do PMF era reduzida e não contava com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS estavam em evidência por causa dos resultados positivos no Nordeste, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Desta forma, Niterói não recebia o financiamento pela gestão federal porque, naquele momento, não foi reconhecida a similaridade do PMF com o PSF (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SOUSA, 2015).

Em 1999, o Ministro da Saúde, José Serra, publicou Portaria que previa a implantação de incentivo financeiro às estratégias de organização da Atenção Primária, similares ao PSF, ao considerar as diferentes realidades existentes nos municípios brasileiros e a necessidade de avançar na organização dos sistemas municipais de saúde (SOUSA, 2015).

A persistência do PMF em manter seu modelo original era justificada pelo orçamento majoritariamente municipal do programa e pela continuidade política, com três gestões consecutivas do PDT (SOUSA, 2015).

As atividades no PMF iniciaram-se com 3 módulos e 10 equipes, atendendo a 10.640 pessoas. De 1992 a 2000, o município implantou 27 módulos e 74 equipes, atendendo cerca de 64.000 pessoas, o que representava 53% da população priorizada e uma cobertura de 14% da população total de Niterói. No final de 2002, o PMF contava com 86 equipes, atendendo 90 mil pessoas, o que representava 19,4% da população da cidade (NETO, 2014; SOUSA, 2015).

Em 2006, com a publicação da PNAB e o PMF estava no processo de expansão de seu modelo, inaugurando novas unidades com novas equipes (BRASIL, 2006b; HÜBNER; FRANCO, 2007).

O PMF iniciou a modificação da composição básica de suas equipes em 2009, com a composição de um enfermeiro para cada duas equipes e a inclusão de dois ACS em cada equipe.

Com esses novos profissionais, a equipe aumentou sua área de abrangência, podendo cadastrar mais famílias, contribuindo para o aumento da cobertura da população. Essa mudança na conformação da equipe pode ser explicada pelo interesse em se adaptar ao modelo preconizado pelo Ministério da Saúde (NETO, 2014; SOUSA, 2015).

Desde a criação do PMF até o ano de 2017 a vinculação com os trabalhadores foi em cogestão entre a SMS/FMS e as Associações de Moradores dos territórios. No convênio firmado através de contrato com a prefeitura, o recurso para pagamento dos profissionais era repassado e os presidentes das Associações de Moradores assinavam as carteiras dos profissionais (HÜBNER; FRANCO, 2007; SOUSA, 2015). Porém, esse modelo foi condenado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. A solução que foi discutida para viabilizar a continuação do programa foi o modelo de Fundação Estatal (MELLO, 2015). O objetivo da fundação pautou-se na regularização dos vínculos empregatícios dos profissionais do PMF, dando aos funcionários as condições de trabalho previstas na CLT, além do estabelecimento do plano de carreiras (CARVALHO, 2017).

Em 2017, a SMS/FMS realizou um concurso para contratação temporária dos profissionais que se manteve até março de 2022, quando ocorreu o chamamento dos profissionais do concurso da FeSaúde, realizados em outubro de 2021. O órgão passou a desempenhar, de forma gradativa, as ações e serviços referentes ao PMF, em substituição às associações de moradores (CARVALHO, 2017; FOLHA, 2021).

### **5.3.6 Fundação Estatal de Saúde (FeSaúde)**

Criada pela Lei Municipal nº 3.133, de 13 de abril de 2015, a Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde) é uma forma jurídico-institucional inserida na administração pública indireta com propósito de atender às necessidades de flexibilidade, eficácia e agilidade na prestação de serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, de modo a fortalecer e aperfeiçoar sua gestão (NITERÓI, 2015).

Tratava-se de uma proposta de modernização, sendo discutida nos fóruns de planejamento estratégico da cidade como um modelo inovador para gestão de pessoas com foco na avaliação de desempenho, valorização e qualificação profissional, assim como a otimização de processos administrativos e gerenciais, cujos diagnósticos apontavam necessidade de mudanças, sendo aprovada sua implantação pelo Conselho Municipal de Saúde e a sua inserção como meta nos Planos Municipal de Saúde 2014-2017 e 2018-2021 (NITERÓI, 2017).

Dentro desse contexto, em 2019 a FeSaúde dá início às suas atividades em 27 de agosto, a partir do Decreto Municipal nº 13.323 (NITERÓI, 2019). A sua atuação foi inicialmente definida como modelo de gestão do Programa Médico de Família e da Rede de Atenção Psicossocial, o que veio a ser consolidado no Contrato de Gestão assinado em 29 de janeiro de 2020 (FESAÚDE, 2020).

A FeSaúde é parte integrante da Administração Indireta da Prefeitura de Niterói, e está ligada, diretamente, à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo constituída como uma entidade pública, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado (FESAÚDE, 2020).



## 6 MÉTODO

### 6.1 DESENHO DO ESTUDO

Este foi um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, e que utilizou como fonte de informação um banco de dados administrativo secundário da FeSaúde/SMS.

### 6.2 CONTEXTO DO ESTUDO

Niterói é uma cidade de médio porte, inserida na Região Metropolitana II do Plano Diretor de Regionalização da Saúde do estado do Rio de Janeiro. O município conta com uma área territorial de 133,757km<sup>2</sup>. A cidade, segundo o último censo do IBGE, realizado em 2010, possuía uma população de 487.562 pessoas, e densidade demográfica de 3.640,80 habitantes/km<sup>2</sup>, com 100% da população residindo em área urbana, assim, ocupando a quinta posição no ranking populacional do estado e trigésimo nono lugar, quando comparado ao Brasil (IBGE, 2021; NITERÓI, 2017).

Ainda segundo este levantamento, Niterói apresentou o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os municípios do estado do Rio de Janeiro (0,837) e estava em 7º lugar no ranking brasileiro (IBGE, 2021).

Além disso, outros dados relevantes do Censo 2010 são: a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 97%; a de urbanização das vias públicas era de 58,8%, e 78,5% das vias públicas eram arborizadas; e o esgotamento sanitário tinha taxa de 91,1% (IBGE, 2021).

O município de Niterói é dividido em 52 bairros, e para efeito de planejamento político-administrativo, a cidade foi organizada em cinco Regiões de Planejamento: Praias da Baía, Norte, Pendotiba, Leste e Oceânica. Por sua vez, as cinco regiões estão subdivididas em 19 sub-regiões (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS; PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, 2015).

Quanto a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Niterói, ela está organizada segundo níveis de complexidade, sendo: Atenção Primária à Saúde (APS), Média e Alta Complexidade. Para atender às diretrizes de hierarquização e regionalização, a organização das ações e serviços de saúde da cidade foi configurada em 8 (oito) Regionais de Saúde: 1) Regional Norte I; 2) Regional Norte II; 3) Regional Norte III; 4) Regional Praias das Baías I; 5) Regional Praias da Baía II; 6) Regional Pendotiba; 7) Regional Leste-Oceânica; e 8) Regional Piratininga,

organizadas a partir das Policlínicas Regionais (PR) (FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI., 2021).

Além disso, possui 102 equipes de Saúde da Família (eSF) distribuídas em 43 unidades do PMF, as quais realizam entregas de medicamentos à população a partir de seus dispensários. A rede também conta com 1 equipe de consultório na rua (CnR), 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 8 Policlínicas Regionais (PR). As PR são consideradas como parte da APS, pois são as ordenadoras do território, e juntamente com as UBS atendem a parcela da população que não possui cobertura de Saúde da Família (SF), com a diferença de não possuírem a presença do ACS, além de não realizarem visita domiciliar (**Quadro 6**) (FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI., 2021).

Quadro 6 - Distribuição dos MMF entre as Policlínicas Regionais, número de eSF e população cadastrada - Niterói, 2018.

REGIONAL	Policlínica Regional	Módulo Do Médico De Família	Nº eSF	População Cadastrada
Praias da Baía I	Policlínica Regional Carlos Antônio da Silva	MMF DA ILHA DA CONCEIÇÃO	3	4.613
		MMF DA PONTA DA AREIA	3	5.550
Praias da Baía II	Policlínica Regional Sérgio Arouca	MMF DO VITAL BRAZIL	1	2.014
		MMF DO VIRADOURO	3	5.012
		MMF DO PREVENTÓRIO I	2	3.379
		MMF DO SOUZA SOARES	2	4.486
		MMF DO PREVENTÓRIO II	2	3.833
		MMF DE JURUJUBA	3	5.289
		MMF DO MARTINS TORRES	1	3.084
		MMF DO CAVALÃO	2	3.229
		MMF DO ALARICO	1	2.339
Norte I	Policlínica Regional do Fonseca	MMF DO PALACIO	2	3.584
		MMF DO VIÇOSO JARDIM	2	4.971
		MMF DA TEIXEIRA DE FREITAS	4	9.548
		MMF DO CARAMUJO	4	9.489
		MMF DO MORRO DO CEU	1	3.800
		MMF DO JONATHAS BOTELHO	1	2.140
		MMF DA BOA VISTA	1	2.272
Norte II	Policlínica Regional da Engenhoca	MMF DO BERNARDINO	3	6.126
		MMF DA NOVA BRASILIA	3	7.407
		MMF DO BALDEADOR	3	2.391
		MMF DO CORONEL LEÔNCIO	1	4.300
Norte III	Policlínica Regional do Barreto	MMF DA VILA IPIRANGA	5	8.609
		MMF DA LEOPOLDINA	2	3.821
		MMF DO MARÍTIMOS	2	3.597
Pendotiba	Policlínica Regional do Largo da Batalha	MMF DO MARUÍ	3	5.617
		MMF DO MATAPACA	3	7.793
		MMF DO SAPÊ	3	5.825

REGIONAL	Policlínica Regional	Módulo Do Médico De Família	Nº eSF	População Cadastrada
		MMF DA ITITIÓCA	2	4.542
		MMF DO MACEIÓ	4	8.090
		MMF DA GROTA I	1	1.744
		MMF DO CANTAGALO	3	7.338
		MMF DA GROTA II	2	3.305
		MMF DO BADU	3	8.283
		MMF DO ATALAIA	2	5.862
Leste/Oceânica	Policlínica Regional de Itaipu	MMF DO ENGENHO DO MATO	6	12.481
		MMF DA COLÔNIA	1	1.514
		MMF DO CAFUBÁ III	3	6.646
		MMF DO MARAVISTA	3	5.608
		MMF DO CAFUBÁ I	2	4.791
		MMF DO CAFUBÁ II	2	4.570
		MMF DA VÁRZEA DAS MOÇAS	2	5.666
<b>TOTAL</b>			<b>102</b>	<b>214.558</b>

Fonte: Plano Municipal De Saúde 2018-2021.

\*Nota: O MMF da Boa Vista, apesar de pertencer à regional Norte I, tem como policlínica de referência a Policlínica Regional Carlos Antônio da Silva, localizada na regional Praias da Baía I.

eSF – Equipe de Saúde da Família.

### 6.3 FONTES DE DADOS

#### **Banco da Fundação Estatal de Saúde - FeSaúde/SMS**

O trabalho teve como fonte de dados, os documentos e o banco de dados institucionais do Diagnóstico Situacional da Rede de Atenção Básica/PMF da FeSaúde, esses produzidos pela Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), de onde foram extraídas as informações para a análise da AF realizada no PMF.

O banco foi gerado a partir do levantamento de dados das farmácias das unidades, utilizando um roteiro semiestruturado, intitulado “ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS DISPENSÁRIOS DAS UNIDADES DO PMF”, aplicado durante as visitas aos MMF ocorridas no período de fevereiro a agosto de 2021.

A elaboração das perguntas contidas no roteiro foi realizada pelo farmacêutico da equipe da DAS baseadas em seu conhecimento e experiência prévios da gestão dos SeFar na APS.

Além disso, foi desenvolvida uma primeira versão do roteiro (Apêndice 1), contendo 114 perguntas no total, sendo 65 abertas e 49 fechadas, neste último caso, em sua maioria (39), com respostas dicotômicas (sim ou não). O roteiro foi discutido e avaliado pela equipe multiprofissional da DAS composta por dois enfermeiros, um médico e um psicólogo, onde pequenos ajustes foram realizados.

O instrumento foi inicialmente submetido a uma etapa-piloto em 6 das 42 unidades do PMF em funcionamento. O mesmo era impresso e aplicado de forma presencial nas unidades, onde as perguntas eram realizadas pelo farmacêutico da equipe da DAS e respondidas pelos profissionais disponíveis no momento da visita (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, NASF ou coordenadores regionais). As respostas eram registradas de forma manual e, ao final, o roteiro era assinado pelos envolvidos.

Após a realização da etapa-piloto, deu-se início a uma segunda versão do roteiro, que teve como base referencial os questionários desenvolvidos no “Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica”, da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (BRASIL, 2016).

A PNAUM foi o primeiro estudo de abrangência nacional a avaliar o acesso, a utilização e os aspectos relacionados ao uso racional de medicamentos, incluindo a avaliação dos serviços de AF Básica no SUS. Até sua realização, não existiam no Brasil, estudos de base populacional sobre AF, com participação regional, que possibilitassem produzir evidências que permitissem alinhar o planejamento às políticas públicas farmacêuticas (BRASIL, 2016).

Assim, a escolha em utilizar os instrumentos produzidos pela PNAUM para a segunda versão do roteiro, justificou-se pelo fato de ser um instrumento de avaliação validado e produzido por uma equipe de especialistas, além de permitir que, após o levantamento, os dados do município de Niterói pudessem ser comparados com os dados nacionais, oriundos desse inquérito.

A partir daí, foram selecionados e analisados quatro questionários estruturados do Componente Avaliação dos Serviços de AF Básica da PNAUM, a saber: 1) Responsável pela AF no município; 2) Médicos; 3) Responsável pela entrega de medicamentos em farmácias vinculadas ao SUS; e 4) Roteiro de Observação (BRASIL, 2016). Os questionários citados localizam-se nos anexos de 1 a 4, respectivamente, ao final deste trabalho.

Como resultado da análise, as perguntas de interesse foram elencadas e, posteriormente, comparadas com a versão inicial do roteiro, resultando na segunda versão adaptada e ajustada com vistas aos questionários da PNAUM. No Quadro 7 é apresentada a comparação das principais mudanças ocorridas.

Quadro 7 - Comparação entre as principais mudanças ocorridas no roteiro a partir dos questionários da PNAUM.

<b>Elementos</b>	<b>Roteiro versão inicial</b>	<b>N. de Perguntas</b>	<b>Roteiro versão final</b>	<b>N. de Perguntas</b>
Blocos de perguntas	1. Identificação da Unidade	5	1. Identificação da Unidade, Farmácia e profissionais envolvidos com AF	26
	2. Estrutura + Registro fotográfico	12	2. Estrutura da AF na unidade + Observacional + registro fotográfico	25
	3. Registros Físicos e Virtuais	34	3. Registros Físicos e Virtuais	53
	4. Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	9	4. Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	8
	5. Fluxos e Processos	42	5. Fluxos estabelecidos	61
	6. Órgãos de Fiscalização	8	6. Usuários	10
	7. Comunicação	4	7. Órgãos de Fiscalização	8
<b>Elementos</b>	<b>Roteiro versão inicial</b>		<b>Roteiro versão final</b>	
Total de perguntas	114		191	
Total Perguntas abertas	65		22	
Total Perguntas fechadas	49		169	
Blocos	7		7 (o item comunicação foi substituído por usuários e aumentou o número de perguntas)	
Perguntas	Pouco detalhamento das perguntas		Detalhamento mais qualificado e aumento do número de perguntas	
Características das repostas fechadas	39 respostas se resumiam as opções dicotômicas (sim ou não)		Ampliou as respostas estabelecendo uma relação de frequência (Sempre, repetidamente, às vezes, raramente ou nunca)	
Ambiência da farmácia	Caracterização da ambiência só a partir de observação, sem elencar critérios		Caracterização da ambiência com mais categorias de estratos	
<b>Elementos</b>	<b>Roteiro versão inicial</b>		<b>Roteiro versão final</b>	

Registro observacional e fotográfico	Sem sistematização e orientação sobre pontos a serem fotografados	Com detalhamento da estrutura física, mobiliários, equipamentos e registros, além de orientação de quais pontos a serem observados e fotografados
Número de unidades em que o roteiro foi aplicado	6	37

Fonte: Elaboração própria.

A versão final do roteiro de visitas conta com 191 perguntas, organizadas em 7 blocos, incluindo a seção destinada à parte observacional e a orientação do registro fotográfico da infraestrutura da farmácia, encontram-se no Apêndice 2. A especificação do número e tipo de perguntas por bloco estão apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 - Versão final do roteiro AF - número e tipo de perguntas por bloco.

BLOCOS	PERGUNTAS ABERTAS	PERGUNTAS FECHADAS	TOTAL
1. Identificação da Unidade, Farmácia e profissionais envolvidos com AF	8	18	26
2. Estrutura da AF na unidade	2	23	25
3. Registros físicos e virtuais	1	52	53
4. Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	3	5	8
5. Fluxos estabelecidos	3	58	61
6. Usuários	2	8	10
7. Órgãos de Fiscalização	3	5	8
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>169</b>	<b>191</b>

Fonte: Elaboração própria.

Após a revisão final, o roteiro foi aplicado nas 36 unidades restantes do PMF. Manteve-se a mesma organização para as visitas quanto à aplicação da etapa-piloto. Até o momento da finalização das visitas, o “PMF JACARÉ” ainda não se encontrava em atividade. Por esse motivo, apesar do quadro 4 indicar 43 unidades com o PMF, o roteiro foi aplicado somente em 42 módulos do médico de família (MMF). Assim, no **Quadro 9** são apresentadas as unidades na ordem em que foram visitadas, bem como as regionais onde estão inseridas.

Quadro 9 - Relação e ordem das visitas às unidades do PMF.

<b>Módulo Do Médico De Família</b>	<b>REGIONAL</b>	<b>Data da aplicação do roteiro</b>
PMF Faustino Perez - Morro do Céu	Norte I	16/02/2021
PMF Caramujo (Dr. Aloísio Brazil) – Lagoinha	Norte I	16/02/2021
PMF Raul Carlos Pareto Junior (Fonseca) – Bernardino	Norte I	23/02/2021
PMF Tayssa Erminda Alves - Viçoso Jardim	Norte I	23/02/2021
PMF José Suárez Blanco (Cubango) - Jonathas Botelho	Norte I	02/03/2021
PMF Ítalo Gomes - Boa Vista	Norte I	02/03/2021
PMF Antônio Peçanha - Teixeira de Freitas	Norte I	09/03/2021
PMF Várzea das Moças - Tobias Tostes	Leste/Oceânica	09/03/2021
PMF Alberto Ricardo Hartin (Piratininga) - Cafubá 3	Leste/Oceânica	16/03/2021
PMF Ernesto Che Guevara - Cafubá 1	Leste/Oceânica	16/03/2021
PMF Cafubá 2 (Cafubá)	Leste/Oceânica	04/05/2021
PMF Colônia (Itaipu)	Leste/Oceânica	04/05/2021
PMF William Soller - Engenho do Mato	Leste/Oceânica	11/05/2021
PMF Manoel Piñero Lozada – Maravista	Leste/Oceânica	11/05/2021
PMF Grotta 2 (Cachoeiras)	Pendotiba	25/05/2021
PMF José Marti (Cachoeiras) - Grotta 1	Pendotiba	25/05/2021
PMF Salvador Allende (Atalaia)	Pendotiba	01/06/2021
PMF Wilson Pereira de Oliveira (Ititioca)	Pendotiba	01/06/2021
PMF João Sampaio – Maceió	Pendotiba	08/06/2021
PMF Cantagalo (HAIDEE SANTAMARIA)	Pendotiba	08/06/2021
PMF Professor Barros Terra – Badú	Pendotiba	15/06/2021
PMF Sapê	Pendotiba	15/06/2021
PMF Abelardo Ramirez (Matapaca)	Pendotiba	22/06/2021
PMF Mário Munoz Monrroy (Jurujuba)	Praias da Baía II	22/06/2021
PMF Carlos J. Finlay/PMF Cutia (Vital Brazil)	Praias da Baía II	29/06/2021
PMF Omar Marinho Vieira – Alarico	Praias da Baía II	29/06/2021
PMF João Vasconcelos - Martins Torres	Praias da Baía II	06/07/2021
PMF José Antônio Echeverria Bianchi (Santa Rosa) - Souza Soares	Praias da Baía II	06/07/2021
PMF Camilo Cienfuego (Viradouro)	Praias da Baía II	13/07/2021
PMF Frank Pais Garcia (São Francisco) – Cavalão	Praias da Baía II	13/07/2021
PMF Abel Santamaria (Charitas) - PREVENTÓRIO 1	Praias da Baía II	20/07/2021
PMF Calixto Garcia (Charitas) - PREVENTÓRIO 2	Praias da Baía II	20/07/2021
PMF Jesus Montanez (Ingá) – Palácio	Praias da Baía II	27/07/2021
PMF Maria Tereza Barbosa Rangel (Ponta D'Areia) - Vó Tereza	Praias da Baía I	27/07/2021
PMF Célia Sanches (Ilha da Conceição - Dr. Ruy Carlos Decnop)	Praias da Baía I	03/08/2021
PMF Jorge Luiz Camacho Rodrigues (Barreto) – Maruí	Norte III	03/08/2021
PMF Wilma Spin (Fonseca) - Vila Ipiranga	Norte II	10/08/2021

<b>Módulo Do Médico De Família</b>	<b>REGIONAL</b>	<b>Data da aplicação do roteiro</b>
PMF Dr. Cláudio do Amaral Jr (Coronel Leôncio)	Norte II	10/08/2021
PMF MARÍTIMOS	Norte III	17/08/2021
PMF Júlio Diaz Gonzales (Barreto) – Leopoldina	Norte III	17/08/2021
PMF Antônio Lopez (Engenhoca) - Nova Brasília	Norte II	24/08/2021
PMF ZILDA ARNS (BALDEADOR - DEPUTADO JOSE SALLY)	Norte II	24/08/2021

Fonte: Elaboração Própria.

Posteriormente, os roteiros impressos aplicados nos dispensários de medicamentos das unidades, bem como os registros fotográficos, foram digitalizados pelos membros da equipe da DAS e armazenados em arquivo-nuvem, onde, posteriormente, os dados coletados foram digitados pelo farmacêutico em planilha de Excel, de forma consolidada, dispostos no mesmo ambiente virtual.

O banco de dados gerados a partir da segunda versão do “ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS DISPENSÁRIOS DAS UNIDADES DO PMF” apresenta, portanto, informações acerca dos 7 blocos que o compõe, sendo: 1) Identificação da Unidade, Farmácia e profissionais envolvidos com AF; 2) Estrutura da AF na unidade; 3) Registros físicos e virtuais; 4) Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); 5) Fluxos estabelecidos; 6) Usuários; e 7) Órgãos de Fiscalização.

#### 6.4 ANÁLISE DOS DADOS

O banco foi analisado usando as ferramentas da estatística descritiva, utilizando frequências médias e proporções para a apresentação dos dados. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, quadros e figuras, além de serem comparados com achados semelhantes de âmbito nacional, regional e/ou municipal.

No **quadro 10** estão descritos os temas e variáveis extraídas do banco, a partir dos blocos de perguntas do roteiro de visitas, para apresentação dos resultados.

Quadro 10 - Temas e variáveis extraídas a partir do roteiro de visitas da DAS – FeSaúde.

<b>Temas</b>	<b>Variáveis extraídas do roteiro</b>
1. Identificação dos dispensários e profissionais envolvidos com AF no PMF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria profissional, sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de atuação no serviço, tipo de vínculo trabalhista dos responsáveis pelas respostas do roteiro;</li> </ul>

Temas	Variáveis extraídas do roteiro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização da oferta de medicamentos no município;</li> <li>• Pedido, recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos, qual categoria profissional realizam, número médio de atendimentos/dia, tempo de espera para atendimento.</li> </ul>
2. Infraestrutura da AF na unidade nas unidades com PMF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema informatizado, caracterização área do dispensário, caracterização da área de espera para entrega de medicamentos.</li> </ul>
3. Controles e registros das atividades realizadas nos dispensários de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimentação de estoque e inventários, vencidos, acompanhamento da retirada de medicamentos dos componentes estratégico e especializado;</li> <li>• Procedimentos operacionais padrão;</li> <li>• Ouvidorias, críticas e sugestões;</li> <li>• Orientações sobre os medicamentos oferecidos aos pacientes;</li> <li>• Problemas relacionados ao medicamento, queixa técnica e eventos adversos de medicamentos.</li> </ul>
4. Gestão da AF e Central de abastecimento farmacêutico (CAF).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação da AF e Central de Abastecimento Farmacêutico;</li> <li>• Grade de medicamentos e CMM;</li> <li>• Cronograma de pedidos e entregas;</li> <li>• Comissão de Farmácia e Terapêutica;</li> <li>• Recolhimento de medicamentos vencidos;</li> <li>• Visitas de Laboratório farmacêuticos;</li> <li>• Capacitação/treinamento sobre AF;</li> <li>• Sugestões de melhorias da AF;</li> <li>• Utilização de indicadores para AF;</li> <li>• Conhecimento sobre a atuação do farmacêutico no NASF.</li> </ul>
5. Atividades, rotinas e Fluxos realizados nos dispensários do PMF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluxos de entrega de medicamentos, monitoramento da adesão, conciliação medicamentosa, prescrição de LME e TARV;</li> <li>• Disponibilidade de formulário terapêutico, consensos, diretrizes ou linhas de cuidado nos consultórios;</li> <li>• Distribuição de amostra grátis;</li> <li>• Atividades de caráter clínico relacionadas ao medicamento, realizadas pelas equipes.</li> </ul>
6. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e abastecimento de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de REMUME;</li> <li>• Participação do profissional que realiza a dispensação na elaboração da Lista de Medicamentos essenciais;</li> </ul>

Temas	Variáveis extraídas do roteiro
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grau de atendimento da lista às demandas em saúde dos usuários dos territórios;</li> <li>• Conhecimento dos procedimentos para inclusão ou exclusão de medicamentos;</li> <li>• Percepção sobre o desabastecimento e suas causas;</li> <li>• Motivos que causaram desabastecimento;</li> <li>• Conduta em situações de falta de medicamentos na rede pública municipal;</li> <li>• Sobra de medicamentos e procedimentos adotados.</li> </ul>
7. Percepção dos profissionais do PMF quanto às necessidades dos usuários dos serviços relacionadas ao medicamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitação de prescrição pelos usuários;</li> <li>• Solicitação e motivos de mudança e/ou troca de prescrição;</li> <li>• Classes terapêuticas solicitadas para prescrição e mudança ou troca;</li> <li>• Automedicação;</li> <li>• Uso apropriado do medicamento.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

O roteiro que foi aplicado permitia a captura de respostas de diversas formas, podendo ser opções excludentes (múltipla escolha), respostas múltiplas e dicotômicas (sim/não).

A análise descritiva das perguntas que permitiam múltiplas opções de respostas foi calculada utilizando o número de respostas no numerador, dividido pelo número total de respondentes da pesquisa (denominador). Dessa forma, foi possível perceber qual das opções de respostas eram mais escolhidas pelos participantes da pesquisa.

## 6.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa em tela pautou-se nos dispositivos normativos previstos sobre a ética da pesquisa com seres humanos contidos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, nº 510/2016 e nº 466/2012 (BRASIL; CNS, 2012, 2016).

O estudo regulou-se em dados administrativos internos da Fundação Estatal de Saúde (FeSaúde) de Niterói, sem qualquer envolvimento de indivíduos, onde foi fornecida a anuência da área responsável, pois são dados de acesso restrito à instituição.

Após a etapa de qualificação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRJ, com termo de anuência, solicitando a autorização para uso dos dados que foram analisados após sua aprovação (CAAE: 53275321.7.0000.5238).

## 7 RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados da análise do banco de dados, a partir dos temas originados pelo roteiro: 7.1) Identificação dos dispensários e profissionais envolvidos com AF no PMF; 7.2) Infraestrutura da AF nas unidades com o PMF; 7.3) Controles e registros das atividades realizadas nos dispensários de medicamentos; 7.4) Gestão da AF e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); 7.5) Atividades, rotinas e fluxos realizados nos dispensários do PMF; 7.6) Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e abastecimento de medicamentos; e 7.7) Percepção dos profissionais do PMF quanto às necessidades dos usuários dos serviços relacionadas ao medicamento.

### 7.1 IDENTIFICAÇÃO DOS DISPENSÁRIOS E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS COM AF NO PMF

Este tópico teve como finalidade apresentar os resultados encontrados quanto às características sociodemográficas dos profissionais entrevistados, as atividades realizadas relacionadas aos medicamentos, as categorias profissionais responsáveis pelos dispensários e a organização da oferta de medicamentos no município.

Responderam ao roteiro 42 profissionais de saúde, sendo um de cada unidade, onde 86% (36) eram do sexo feminino e 14% (6) do sexo masculino, e a faixa etária dos profissionais entrevistados girou entre 30-50 anos. Em relação à escolaridade, a maioria (93%) possuía pós-graduação na área da saúde. Quanto aos cargos dos profissionais, o maior número de respondentes (88%) era enfermeiros de equipe de Saúde da Família (eSF). Na **Tabela 1** encontram-se detalhados todos os cargos que participaram da entrevista:

Tabela 1 - Cargos dos profissionais que responderam ao roteiro de visita.

CARGOS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS		PROPORÇÃO DE CARGOS QUE PARTICIPARAM
	MASCULINO	FEMININO	
COORDENADOR REGIONAL	0	1	2%
SUPERVISOR NASF	0	2	5%
ENFERMEIRO eSF	5	32	88%
MÉDICO eSF	1	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>		<b>100%</b>

NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família; eSF: Equipe de Saúde da Família.

Vale ressaltar que a profissional com o cargo de coordenação tinha como formação a enfermagem e os dois cargos de supervisão tinham como formação a psicologia e a nutrição, respectivamente.

Quanto ao vínculo trabalhista, todos tinham contrato por tempo determinado (12 meses), podendo ser prorrogado ao final de cada prazo. O período de serviço no cargo está descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Tempo de trabalho no cargo dos profissionais entrevistados.

ANOS DE TRABALHO NO CARGO	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	PROPORÇÃO
1 ano	2	5%
2 a 4 anos	18	43%
5 a 7 anos	8	19%
8 anos ou mais	8	19%
NI	6	14%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Todas as unidades com PMF possuem dispensários, porém nem todos as classes de medicamentos são fornecidas no local. Os itens não dispensados no PMF ficam sob responsabilidade de referências da atenção secundária (Policlinicas Regionais), apresentadas anteriormente no quadro 4, divididas pelas 7 regionais (Praias da Baía I/II, Pendotiba, Norte I/II/III, Leste-Oceânica), definidas pela SMS. Para maior compreensão, no Quadro 11 são apresentados os locais de dispensação para os usuários de alguns tipos de medicamentos.

Quadro 11 - Medicamentos fornecidos por tipo de unidade de saúde no município de Niterói - 2021.

MEDICAMENTOS	LOCAL DE FORNECIMENTO
Hipertensão e Diabetes	PMF e Policlinicas Regionais (todas)
Insulina e insumos para insulinização	
Antibióticos	
Contraceptivos	
Demais medicamentos do Componente Básico da AF	
Tabagismo	
Influenza	
Toxoplasmose	
Tuberculose	
Hanseníase	
Controlados – Portaria n.344/1998	Policlinicas Regionais (todas)
Tratamento Antirretroviral	Polos (policlinicas, hospitais)
Profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP)	
Profilaxia pré-exposição ao HIV (PREP)	
Cólera, malária, leishmaniose, esquistossomose, doença de Chagas, hepatites, doenças oportunistas-HIV e meningite	**Policlínica Regional – Carlos Antônio da Silva
Componente Especializado da AF	Até a finalização da pesquisa não tinha aquisição pelo município.
Fitoterápicos	

\*\*Local de dispensação para todo o município. Em alguns casos, para facilitar o acesso, enviam os medicamentos para o PMF de referência do usuário, com exceção dos medicamentos do Componente Especializado.

HIV: Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana); AF: Assistência Farmacêutica.

Quando perguntado sobre quem responde pelo dispensário, os entrevistados informaram que a rotina diária dos serviços relacionados aos medicamentos fica sob responsabilidade das equipes de enfermagem, sendo realizado um rodízio semanal entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais ficam incumbidos por supervisionar e realizar a organização do setor (arrumação dos medicamentos nos armários e estantes, reposição de medicamentos nas caixas dispensadoras, registro de temperatura etc.). Como já mencionado, as unidades não possuem profissional farmacêutico, mesmo existindo equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) atuando no município.

O pedido de medicamentos é realizado exclusivamente pelo enfermeiro que estiver escalado no rodízio. No que se refere à execução das atividades de recebimento e armazenamento dos medicamentos, estes são realizados pelos enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem, a depender da disponibilidade de cada categoria no dia da entrega dos medicamentos. Já a atividade de entrega de medicamentos aos usuários pode ser realizada por qualquer profissional técnico (médico, dentista, enfermeiro ou técnico de enfermagem), excetuando-se auxiliares de saúde bucal (ASB) e agentes comunitários de Saúde (ACS). É importante observar que as unidades não possuem nenhum profissional administrativo.

Os pacientes que buscam retirar seus medicamentos são atendidos na área de acolhimento da unidade (recepção). A média de atendimento nos dispensários das 42 unidades gira em torno de 1.700 por dia, sendo a média diária individual por unidade, de 40 atendimentos. Em seguida, a Tabela 3 apresenta os resultados da pergunta relativa ao tempo de espera para os atendimentos no dispensário (> 15 min.).

Tabela 3 - Tempo de espera superior a 15 minutos para retirada de medicamentos nos dispensários das unidades de saúde de Niterói.

TEMPO DE ESPERA SUPERIOR A 15 MINUTOS	NÚMERO DE UNIDADES	PROPORÇÃO
Sempre	0	0%
Às vezes	3	7%
Raramente	21	50%
Nunca	12	29%
Não informado	6	14%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Em relação ao número médio de medicamentos por receita, 81% (34) das unidades informaram ficar entre cinco ou mais; e 19% (8) informaram ficar entre 4 a média de itens por prescrição.

## 7.2 INFRAESTRUTURA DA AF NA UNIDADE NAS UNIDADES COM PMF

O tópico a seguir apresenta os resultados do levantamento realizado sobre a caracterização dos dispensários do PMF. Além da existência de um sistema informatizado para gestão de estoque e as rotinas realizadas por meio dele, também foram observadas as características dos espaços físicos destinados à guarda e à espera pela entrega de medicamentos.

A Secretaria de Saúde de Niterói utiliza um sistema informatizado privado para controle de estoque, porém somente em 14% (6) das unidades, ele está integrado com o prontuário eletrônico. O sistema informatizado para controle de estoque não está conectado em rede entre as unidades do PMF e nem com as demais farmácias das unidades que compõem a RAS do município (policlínicas, UBS, UPAS e hospitais).

O sistema possui as rotinas de pedido, entrada e saídas de medicamentos, bem como relatórios para acompanhamento de lotes e validades. Além disso, as saídas por dispensação podem ser realizadas por usuário ou de forma consolidada (montante total do que foi dispensado num período definido). Todavia, é importante ressaltar que não há uniformidade na utilização de tais rotinas entre as unidades. Isto quer dizer, que nem todas utilizam o sistema da mesma forma. Na Tabela 4, são apresentadas as variações na utilização das rotinas oferecidas, quando perguntados sobre quais atividades são realizadas no sistema informatizado.

Tabela 4 - Atividades realizadas através do Sistema informatizado nas unidades do PMF de Niterói.

ATIVIDADES	NÚMERO DE UNIDADES QUE REALIZAM NO SISTEMA	PROPORÇÃO
1. Pedido de medicamentos e insumos	0	0%
2. Recebimento de medicamentos e insumos (entrada)	36	86%
3. Relatórios para controle de estoque dos produtos (lote, fornecedor, validade etc.)	32	76%
4. Saída de medicamentos de forma consolidada (baixa de estoque)	42	100%
5. Saída de medicamentos individual por usuário (baixa de estoque)	1	2%
6. Saída de medicamentos por vencimento (baixa de estoque)	23	55%
7. Entradas e saídas de itens por remanejamento (trocas e doações entre unidades)	19	45%
8. Cadastro de usuários	6	14%
9. Distribuição para setores da unidade (sala de procedimento, observação, curativo etc.)	3	7%
10. Acompanhamento da dispensação para pacientes	7	17%

Quanto à área dos dispensários, as unidades possuem uma única sala utilizada para a guarda e armazenamento dos medicamentos, não existindo uma sala ou espaço para atendimento dos pacientes dentro da farmácia. Em média, os espaços medem de 3 a 4 m<sup>2</sup>. Esta área é de entrada restrita aos profissionais da unidade, não sendo compartilhada com qualquer outro serviço. Porém, 21% (9) dos 42 entrevistados informam a existência de medicamentos estocados em outros locais. Destes, 67% (6) informaram haver medicamentos estocados nos consultórios médicos, 11% (1) na sala de procedimentos e 22% (2) na sala de curativos.

Apesar de a área do dispensário ser destinada aos medicamentos, 76% (32) das unidades informam haver a necessidade de compartilhá-la com outros produtos, como testes rápidos, saneantes, insumos para diabetes e insumos contraceptivos, devido à impossibilidade de utilização ou inexistência de outros espaços. Ademais, os medicamentos disponíveis para a entrega aos pacientes ficam armazenados no dispensário, acondicionados em estantes, dentro de cestas plásticas identificadas com o nome genérico do item, e ainda em suas embalagens primárias, organizados por ordem alfabética. Os medicamentos vencidos ficam identificados e segregados em local específico dentro do dispensário, aguardando o recolhimento. Quando perguntados sobre fracionamento de medicamentos, todas as unidades informaram não realizar tal procedimento.

A existência de mobiliários e equipamentos disponíveis nos dispensários foi mapeada e os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Mobiliários e equipamentos disponíveis nos dispensários dos PMF.

ITENS	QUANTIDADE DE UNIDADES QUE POSSUEM	PROPORÇÃO
Computador	0	0%
Impressora	0	0%
Termo-higrômetro	0	0%
Telefone	0	0%
Quadro de Avisos	9	21%
Mesa	11	26%
Cadeira	11	26%
Paletes	11	26%
Armário	15	36%
Armário vitrine	17	40%
Escada	21	50%
Aparelho de ar-condicionado	30	71%
Geladeira	30	71%
Termômetro de temperatura ambiente	30	71%
Termômetro de temperatura da geladeira	30	71%
Estante de aço	37	88%
Acesso à internet	42	100%

Quanto aos mobiliários da área de acolhimento, onde ocorre a espera para a entrega de medicamentos (recepção da unidade), relatou-se que todas possuem cadeiras, quadro de avisos, acesso a sanitários e lixeira. Aproximadamente metade tem televisor instalado (52%); disponibilização de materiais educativos (48%); e bebedouro em funcionamento (52%). Vale ressaltar que, em nenhum dos quadros de aviso existentes, tanto no dispensário, quanto na recepção, encontraram-se informações acerca da AF para profissionais ou para usuários, nem mesmo sobre os locais de entrega de medicamentos.

O roteiro de visita utilizado continha uma seção destinada a questões de ordem observacional, realizada pelo visitador, sem perguntas diretas aos profissionais entrevistados. A seguir, a **Tabela 6** apresenta os aspectos levantados na seção citada.

Tabela 6 - Aspectos levantados na seção observacional do roteiro de visitas aos dispensários das unidades do PMF.

ASPECTOS OBSERVADOS	UNIDADE QUE ATENDERAM	PROPORÇÃO
Realiza registro de controle de umidade do ambiente	0	0%
Permite incidência de luz solar	1	2%
Janelas com vidros quebrados ou sem vidros	1	2%
Essas passagens estão bloqueadas	1	2%
Presença de ralos ou passagem que permitam a entrada de insetos e roedores	3	7%
Medicamentos em contato direto com o piso	3	7%
Realiza registro do controle de temperatura do ambiente	9	21%
Realiza registro de controle de temperatura de geladeira	20	48%
Existem janelas	22	52%
Luminosidade adequada	29	69%
Medicamentos em contato direto com paredes	32	76%
Controle de entrada e circulação de pessoas	37	88%
O ambiente está limpo	42	100%
Controle de pragas realizado nos últimos seis meses	42	100%
<b>- TEMPERATURA DO DISPENSÁRIO NO MOMENTO DA VISITA -</b>		
Temperatura até 25°C	18	42%
Temperatura entre 25°C e 30°C	12	29%
Não possui termômetro e/ou não é possível verificar a temperatura	12	29%

### 7.3 CONTROLES E REGISTROS DAS ATIVIDADES REALIZADAS NOS DISPENSÁRIOS DE MEDICAMENTOS

Os registros giraram entorno da movimentação e controle do estoque; do acompanhamento da retirada de medicamentos dos componentes estratégicos e especializados; dos procedimentos operacionais padrão, além de ouvidorias, inventários e orientações sobre os medicamentos oferecidos aos pacientes. Ademais, levou-se em consideração os problemas relacionados ao medicamento, queixa técnica e eventos adversos de medicamentos.

O registro da saída de medicamentos ocorre de forma consolidada em todas as unidades, não havendo possibilidade de identificá-lo por paciente. Existe uma lista impressa como o nome de todos os medicamentos disponíveis, onde se anota a quantidade dispensada. Quanto ao lançamento no sistema informatizado, não há uniformidade entre as unidades do PMF, onde 5% (2) realizam as saídas diariamente; 40% (17) semanalmente; 5% (2) quinzenalmente; 43% (18) mensalmente; e 7% (3) não realizam a ‘baixa’ no sistema.

Quanto ao registro de entrada de medicamentos nos dispensários, todas as unidades informaram que este é realizado a partir do sistema informatizado, por meio de uma rotina de aceite de nota de fornecimento emitida pela central de abastecimento (CAF) do município no momento do envio dos medicamentos aos dispensários. Porém, quando os medicamentos são oriundos de remanejamentos entre unidades, não ocorre o registro pelo sistema em nenhuma das unidades.

Em relação ao acompanhamento e registro das validades, todas as unidades informaram realizar, sendo, 62% (26) de forma visual/manual, anotando as validades mais próximas a expirar nas cestas onde ficam acondicionados os medicamentos para dispensação; e 38% (16) realizam o acompanhamento com auxílio do sistema informatizado, a partir do relatório de saldo em estoque. Porém, quanto aos lotes, não há controle ou acompanhamento em nenhuma das unidades visitadas.

Todas as unidades realizam controle de medicamentos vencidos, mas quando perguntado sobre o registro destes itens, 93% (39) das unidades informaram que realizam através de registro manual. Por outro lado, nenhuma das unidades realiza baixa dos itens vencidos no sistema informatizado, justificando o bloqueio automático dos medicamentos quando a validade expira.

Ainda sobre o controle de estoques, foi perguntado se as unidades realizam algum acompanhamento a fim de não deixar o medicamento se esgotar no dispensário antes do próximo recebimento. Essa pergunta está relacionada com o abastecimento da unidade, uma vez que algum item pode ter seu consumo aumentado, e o estoque não durar pelo período mensal, esgotando-se antes da data prevista para o recebimento. Neste sentido, 55% (23) das unidades realizam controle visual a partir de contagens dos itens, mas sem critérios estabelecidos sobre como e quando realizar esta avaliação. A saber, foi constatado que 45% (19) das unidades não realizam nenhuma ação para tal fim.

No que diz respeito ao registro nominal de pacientes para controle da retirada dos medicamentos do Componente Estratégico, sobretudo para o tratamento da tuberculose e da hanseníase, todas as unidades informaram realizar tal registro de forma manual e através de

listas de pacientes em tratamento. Apesar de nenhuma unidade do PMF realizar dispensação de tratamento antirretroviral (TARV), 21% (9) das unidades informaram realizar algum tipo de controle nominal dos pacientes para acompanhar a retirada de medicamento nas referências (pólos em policlínicas). Sobre os pacientes em uso dos medicamentos do Programa de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde (MS), somente 24% (10) das unidades informaram realizar controle nominal.

Para pacientes em uso de medicamentos para o tratamento de influenza, cólera, malária, leishmaniose, esquistossomose, doença de Chagas e toxoplasmose, para além do registro no prontuário, não existem nos dispensários das unidades, controles nominais para acompanhamento da utilização de medicamentos. O mesmo acontece para pacientes que fazem uso de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e uso de insulinas e insumos para insulinização.

Sobre a realização do registro e acompanhamento de ouvidorias a respeito de temas relacionados à Assistência Farmacêutica, as respostas foram variadas: 34% (14) das unidades realizam tais atividades; 50% (21) afirmam nunca terem recebido ouvidorias específicas sobre a AF; e 14% (6) não realizam nenhum tipo de registro e acompanhamento desse tipo de ouvidoria.

Das 42 unidades visitadas, 95% (40) informaram realizar inventários de medicamentos com registro. Porém, uma maior variação ocorreu quando perguntado sobre a periodicidade da realização dos inventários, conforme demonstrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Periodicidade de realização de inventários nas unidades do PMF.

PERIODICIDADE	UNIDADE	PROPORÇÃO
Semanal	2	5%
Mensal	28	70%
Trimestral	1	2,5%
Anual	2	5%
Sem periodicidade estabelecida	7	17,5%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Não foram encontrados procedimentos operacionais padrão (POP), de nenhuma atividade realizada pelo serviço de farmácia em todas as unidades visitadas.

Todas as unidades informaram que, no momento da entrega do medicamento, os profissionais sempre fornecem algum tipo de orientação ao usuário. Porém, quanto aos registros sobre as orientações dadas, metade (21) das unidades informou registrá-los em prontuário do paciente; a outra metade informou não realizar nenhum tipo de registro nesse sentido.

Nos casos de não adesão ao tratamento, ou de problemas relacionados ao medicamento (PRM), 83% (35) das unidades realizam o registro de forma manual no prontuário dos pacientes. Já sobre as queixas técnicas e eventos adversos de medicamentos, 62% (26) afirmaram realizar registros. Porém, observaram-se duas condutas distintas na forma como são registradas essas ocorrências: 1) Prontuário do paciente: 42% (11); 2) E-mail para a coordenação de farmácia do município: 58% (15). Para além, nenhuma das 26 unidades soube responder qual seria o encaminhamento dado às queixas técnicas e/ou notificações de eventos adversos dos medicamentos.

Sobre o registro de críticas e sugestões acerca dos serviços de AF oferecidos nas unidades, foram realizadas duas perguntas: uma relacionada à existência de mecanismos que possibilitariam o registro das críticas e sugestões oriundas dos trabalhadores e dos usuários; e outra sobre quais seriam esses mecanismos nas unidades. Dos 42 profissionais entrevistados, 71% (30) informaram não conhecer nenhuma forma de registrar suas críticas e/ou sugestões, e 29% (12) informaram fazê-las diretamente às chefias imediatas (coordenadores regionais) de forma verbal ou por e-mail. Quanto as críticas e sugestões dos usuários, 69% (29) das unidades orientam utilizar a ouvidoria do município, e 31% (13) informam não conhecer nenhum mecanismo para reclamação/sugestão sobre a AF para usuários.

#### 7.4 GESTÃO DA AF E CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)

O município conta com uma Coordenação de Farmácia, ligada ao gabinete do secretário de saúde e à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). A CAF do município é responsável pelo armazenamento e distribuição dos medicamentos para todas as farmácias da rede pública municipal e dos itens sob mandado judicial. No caso das unidades com o PMF, a CAF também realiza o pedido mensal de medicamentos. Sobre os itens de mandado judicial, vale ainda informar que são retirados pelos usuários diretamente na CAF. Aqui, ainda é importante ressaltar que todos os setores citados contam com profissionais farmacêuticos na coordenação e supervisão das tarefas executadas.

Todas as unidades possuem uma grade de medicamentos com cotas mensais, definidas pela gestão. As unidades informaram não participar da definição dessas cotas e não saber a periodicidade em que elas são ajustadas ou atualizadas. Porém, quando percebem alguma mudança no consumo, afirmam notificar à coordenação regional.

Em relação ao cronograma de pedidos, foi estabelecida uma data fixa mensal para que as unidades atualizassem o sistema informatizado com as quantidades de medicamentos em

estoque. Após a atualização do sistema, a CAF gera o pedido de medicamentos a partir da diferença entre o valor da cota mensal e o estoque informado. Para o cronograma da distribuição de pedidos, ficou estabelecido ser a primeira e a segunda semana do mês para realização das entregas. Todavia, as unidades não são informadas quanto ao dia exato em que receberão os medicamentos. O cronograma permite pedidos extras, mas, segundo os entrevistados, na maioria das vezes não são autorizados.

A Secretaria Municipal de Saúde possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), formalmente instituída em Diário Oficial. Porém, não se reúne com periodicidade definida.

Deve-se ressaltar que o município possui um serviço específico para recolhimento de resíduos de medicamentos, onde as unidades podem solicitar mensalmente a retirada, se houver necessidade.

Não foi encontrada nenhuma norma específica para regular a entrada de representantes de laboratório farmacêuticos e distribuidoras de medicamentos nos serviços da rede pública de saúde do município. Nesse sentido, quando os entrevistados foram perguntados sobre visitas de tais representantes nas unidades, 57% (24) afirmam nunca ter recebido visitas, 17% (7) raramente, 14% (6) às vezes, 2% (1) repetidamente e 10% (4) sempre. Sobre haver distribuição de amostras grátis nos consultórios das unidades para os usuários, 52% (22) responderam nunca ter distribuição de amostras grátis, 10% (4) raramente, 19% (8) às vezes, 2% (1) sempre e 17% (7) informaram não saber.

Nenhum dos entrevistados soube responder sobre a existência de algum indicador trabalhado pelo município para a AF, seja para os serviços realizados nas farmácias das unidades da rede ou para a gestão da AF municipal. Informaram não ter recebido nenhum treinamento específico para atuarem nos dispensários e, também, não ter conhecimento sobre qualificação e/ou capacitação para a AF oferecidas pelo município destinadas aos profissionais. Os entrevistados foram perguntados sobre as oportunidades de melhorias que as unidades identificavam no que diz respeito à organização da AF. Nesse sentido, foi possível estabelecer uma categorização em 10 respostas, divididas em 4 dimensões, descritas na **Tabela 8**.

Tabela 8 - Melhorias propostas pelos entrevistados para a organização da AF nas unidades do PMF.

DIMENSÕES	SUGESTÕES DE MELHORIA	NÚMERO DE UNIDADES	PROPORÇÃO
1. RECURSOS HUMANOS	Profissional exclusivo para o serviço de farmácia	9	21%
	Presença de farmacêutico	20	48%
2. ABASTECIMENTO	Abastecimento quinzenal	13	30%
	Regularidade no abastecimento	21	50%
3. PROCESSOS	Existir um fluxo de recolhimento de medicamentos em excesso	1	2%
	Unidade poder gerar seu próprio pedido e não a CAF	7	17%
	Revisão da grade e cotas de medicamentos disponíveis no PMF	7	17%
4. EQUIPAMENTOS /MATERIAIS	Computador no dispensário	1	2%
	Material educativo sobre medicamentos e uso racional	3	7%

Foram listadas algumas ações para AF e perguntado, segundo o entendimento dos entrevistados, qual contribuição o profissional farmacêutico poderia agregar ao serviço, a partir de sua participação na equipe do NASF. A **Tabela 9** apresenta os resultados da percepção dos profissionais sobre a atuação desta categoria.

Tabela 9 - Percentual da concordância entre os profissionais do PMF quanto a contribuição do farmacêutico no NASF nas ações para a AF.

AÇÕES PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	PERCENTUAL DE CONCORDÂNCIA
1. Ampliar o acesso aos medicamentos	94%
2. Melhorar a organização da CAF	89%
3. Melhorar a organização da AF no município	89%
4. Agilizar soluções para a falta de medicamentos	86%
5. Qualificar as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes do PMF	86%
6. Desenvolver procedimentos técnico-pedagógicos com a equipe da atenção básica e/ou ESF visando à promoção do uso racional de medicamentos	92%
7. Orientar pacientes e cuidadores no uso correto de medicamentos	92%

## 7.5 ATIVIDADES, ROTINAS E FLUXOS REALIZADOS NOS DISPENSÁRIOS DO PMF

Este tópico trata sobre os fluxos e rotinas estabelecidas para serviços relacionados ao medicamento. Tais atividades são realizadas pelas equipes multiprofissionais atuantes no PMF e vão desde a entrega dos medicamentos até o acompanhamento da utilização.

Quanto ao fluxo de entrega de medicamentos aos pacientes, todas as unidades buscam seguir uma mesma padronização. Como dito anteriormente, o dispensário de medicamentos possui uma única sala destinada ao armazenamento dos itens. Dessa forma, o atendimento ao paciente é realizado na área de recepção da unidade, ou em alguns casos, no corredor onde fica o dispensário. O paciente, ao sair da consulta, ou ao chegar à unidade desejando retirar seus

medicamentos, procura o funcionário disponível na recepção, e este, por sua vez, solicita a receita e pede ao paciente que aguarde. O profissional escalado para o plantão na farmácia é chamado, pega a receita, analisa a prescrição, separa os medicamentos dentro do dispensário e realiza o registro da liberação no verso da receita. Aqui, é importante ressaltar que esse registro é a única forma de detectar se o paciente já retirou o medicamento em algum outro ponto de dispensação entre as unidades do município.

Na sequência, os medicamentos são entregues ao paciente na recepção, seguidos de orientações, caso o profissional considere necessário, ou se o paciente apresentar alguma dúvida. A quantidade de medicamentos entregue ao paciente é para um período de 30 dias, salvo em situações em que ele informar sobre a necessidade de uma quantidade maior que o período estabelecido. Porém, quando perguntado aos entrevistados sobre como são trabalhados os casos de liberação de medicamentos numa quantidade maior que o tempo definido para dispensação, foram observados fluxos diferentes entre as unidades. Os resultados seguem descritos na Tabela 10.

Tabela 10 - Fluxos realizados pelas unidades com PMF quando solicitado pelo usuário a liberação de tratamento medicamentoso por períodos superiores há 30 dias.

FLUXOS	QUANTIDADE DE UNIDADES QUE REALIZAM	PROPORÇÃO
É liberado somente para 30 dias	12	29%
É liberado até 60 dias	3	7%
É liberado pelo tempo que o paciente solicitar	18	43%
Somente com autorização do prescritor	9	21%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Pacientes oriundos de outras unidades (fora de área) portando receita do SUS são atendidos em toda a rede, independente de residir ou não próximo à unidade, com algumas distinções, a saber: 7% (3) das unidades informaram que liberam quantidade dos medicamentos prescritos para alguns dias – com a orientação de buscar a unidade de referência para a retirada da quantidade restante para completar o mês de tratamento; 24% (10) liberam a quantidade mensal solicitada na receita - com a orientação de ir para a unidade de referência no próximo mês; e 69% (29) liberam quantidade mensal dos medicamentos sem nenhuma outra orientação sobre buscar a unidade de referência.

A conduta é um pouco diferente quando o paciente é da área de cobertura da unidade, mas que comparece ao dispensário portando receita de outra unidade ou da rede privada. Das 42 unidades, 14% (6) informaram realizar agendamento de consulta com a equipe e liberar

quantidade até esta data; enquanto as demais liberam quantidade mensal sem realizar agendamento de consulta ou nenhum outro tipo de intervenção.

Sobre a existência de fluxos para o monitoramento da adesão ao tratamento, 62% (25) das unidades responderam não existir tal procedimento. Entretanto, 38% (16) informaram realizar algum tipo de monitoramento. Dentre os fluxos citados por essas 16 unidades, teve-se: 31% (5) utilizam fichas individuais de acompanhamento do paciente; outros 31% (5) confirmam a utilização correta do medicamento no momento do retorno à consulta; 7% (1) realizam o monitoramento da adesão somente para insulinizados; e os outros 31% (5) utilizam as visitas domiciliares para esta avaliação.

Quanto a existência de fluxo para conciliação medicamentosa, 21% (9) responderam que se agenda consulta com a equipe quando o paciente apresenta muitas receitas de diversos prescritores fora da unidade, 71% (30) informaram que é avaliado pelo enfermeiro que estiver responsável pelo dispensário no momento, e 7% (3) não souberam responder.

Quanto à emissão de Laudo de Medicamentos Especializados (LME), 88% (37) das unidades informaram não emitir, encaminhando para o especialista, e 12% (5) informaram realizar a prescrição de LME. Sobre o receituário para o início do tratamento para HIV, todas as unidades informaram não realizar prescrição, encaminhando o paciente ao especialista.

É aconselhável que nas unidades de saúde existam publicações ou protocolos impressos sobre a utilização de medicamentos para consulta dos profissionais. Quando perguntados sobre a existência de tais impressos, que ajudam na pesquisa sobre uso de medicamentos nos consultórios onde são realizados os atendimentos, informaram não haver. Porém, todos os entrevistados disseram utilizar sites de busca da internet no caso de dúvidas. Nenhuma unidade tinha o Formulário Terapêutico Nacional.

Nenhum dos entrevistados soube responder sobre a existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS) nas unidades.

Quanto à elaboração de informativos sobre medicamentos pelas equipes das unidades, 19% (8), responderam já ter confeccionado, pelo menos uma vez, algum material. Em relação à frequência de realização de grupos que abordem o uso de medicamentos, 26% (11) informam que sempre realizam; 19% (8) realizam repetidamente; 26% (11) às vezes; 10% (4) raramente; e 19% (8) informam nunca ter realizado.

## 7.6 RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME) E ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Em Niterói foi realizada em 2021, revisão e atualização da REMUME, sendo publicada em 31 de março/2021 no diário oficial do município (NITERÓI, 2021). A partir da REMUME foi estabelecida uma grade de medicamentos a ser dispensada nas unidades do PMF. Os profissionais entrevistados foram questionados se a lista adotada atendia às necessidades dos usuários. Como resposta, 57% (24) afirmaram que a lista atendia parcialmente às necessidades dos usuários do PMF; 29% (12) totalmente; e 14% (6) não souberam opinar.

Todos os profissionais entrevistados relataram que as unidades não foram incluídas no processo de elaboração da REMUME e também não participaram da escolha dos itens que fazem parte da grade de medicamentos disponíveis no PMF. Porém, quando perguntadas com que frequência os profissionais e usuários solicitam mudanças nas listas padronizadas, as respostas variaram. A seguir, na Tabela 11, é apresentada a extração das repostas.

Tabela 11 - Frequência em que profissionais e usuários do PMF solicitam mudanças nas listas padronizadas do município.

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO	PROPORÇÃO DE PROFISSIONAIS	PROPORÇÃO DE USUÁRIOS
Sempre	2% (1)	0%
Repetidamente	2% (1)	2% (1)
Às vezes	7% (3)	29% (12)
Raramente	12% (5)	5% (2)
Nunca	70% (29)	59% (25)
Não sei	7% (3)	5% (2)
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Dos 10 (24%) profissionais que responderam realizar com alguma frequência a solicitação de mudança nas listas padronizadas, foi apresentado um grupo de respostas sinalizando os possíveis motivos que influenciaram a solicitação. Nesse caso, poderiam escolher mais de um motivo. Os resultados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Motivos que influenciaram os profissionais do PMF para solicitar mudanças nas listas padronizadas do município de Niterói.

MOTIVOS QUE INFLUENCIARAM A SOLICITAÇÃO	PROFISSIONAIS	PROPORÇÃO
Artigo científico	2	20%
Eventos científicos	-	-
Revistas profissionais	-	-
Meios de comunicação (revistas leigas, televisão, rádio, internet)	-	-
Visita de representante e/ou propagandista	-	-
Experiência clínica	5	50%
Demanda epidemiológica	9	90%
Outros	-	-

A REMUME foi encontrada em 67% (28) das unidades, porém, somente em seus dispensários. Ademais, não foi possível encontrá-la nos consultórios e nem disponível para consulta dos usuários em nenhuma unidade. Vale ressaltar que a Relação de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, disponíveis nas farmácias das unidades de saúde do município de Niterói encontra-se disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os profissionais entrevistados informaram desconhecer os procedimentos formais para realização de solicitação de inclusão e/ou exclusão de medicamento na REMUME do município. Quando a fazem, ou recebem de algum usuário, comunicam verbalmente ou por e-mail à Coordenação Regional. Ainda assim, quando o medicamento não faz parte da REMUME, as possibilidades de acesso relatadas foram: 1) via judicialização; ou 2) abertura de processo – neste caso, para o usuário ser atendido, o medicamento precisará existir na CAF por ter sido comprado via mandado judicial em processo anterior de outro usuário.

Segundo os profissionais entrevistados, não existe um fluxo oficial de comunicação das unidades quanto aos itens em desabastecimento no município. Normalmente as unidades passam a ter ciência na medida em que não recebem os itens no pedido mensal, ou quando perguntam diretamente aos funcionários da CAF. Os entrevistados foram perguntados como consideravam a disponibilidade de medicamentos na unidade nos últimos 3 meses, e as respostas são apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13 - Percepção dos profissionais do PMF quanto à disponibilidade de medicamentos nos últimos 3 meses – Período dezembro/2020 a julho/2021.

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS	UNIDADES	PROPORÇÃO
Muito boa	2	5%
Boa	26	61%
Ruim	4	10%
Nem ruim, nem boa	9	21%
Muito ruim	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Sobre a existência de desabastecimento de medicamentos no município, 55% das unidades consideraram que às vezes ocorrem períodos de desabastecimento; 21% (9) que ocorrem repetidamente; 19% (8) raramente; e 5% (2) que ocorrem sempre.

Quanto aos motivos que causaram o desabastecimento no último ano, uma lista de opções foi apresentada aos profissionais entrevistados, e foi solicitado que escolhessem as quais melhor representassem o seu entendimento. Não quiseram opinar 13 (31%) unidades. O resultado das respostas das 29 (69%) unidades está apresentado na Tabela 14.

Tabela 14 - Causas do desabastecimento de medicamentos no PMF nos anos de 2020/2021, segundo o entendimento dos profissionais dessas unidades.

CAUSAS DO DESABASTECIMENTO	UNIDADES	PROPORÇÃO
Problemas do setor de compras	16	55%
Problemas de repasses de medicamentos pelas instâncias do SUS	14	48%
Falhas na programação do município	12	41%
Problemas de logística do município	10	34%
Problemas no mercado farmacêutico	7	24%
Falhas na distribuição de medicamentos pelo almoxarifado	6	21%
Recursos financeiros insuficientes	3	10%

Ainda sobre questões de desabastecimento, foi perguntado de qual forma a unidade procede quando falta medicamento no estoque. Foram apresentados alguns procedimentos, onde poderiam assinalar mais de uma opção. A seguir, a Tabela 15 apresenta os resultados.

Tabela 15 - Procedimentos adotados pelos profissionais do PMF quando faltam medicamentos no estoque destas unidades.

PROCEDIMENTOS QUANDO FALTA MEDICAMENTO NO ESTOQUE	UNIDADES	PROPORÇÃO
Pedido extra	8	19%
Ajuste na programação	3	7%
Aguarda receber no mês seguinte	21	50%
Remaneja entre as Unidades de Saúde	28	67%

Os entrevistados informaram, ainda, que somente a Coordenação de Farmácia estaria autorizada a realizar as negociações de trocas com parceiros externos ao município. Outro ponto questionado foi o procedimento adotado com os usuários quando falta algum medicamento. Foram apresentadas algumas opções, onde poderiam escolher mais de uma, desde que se adequasse a sua realidade. As respostas obtidas são apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16 - Procedimentos adotados pelos profissionais do PMF com os usuários quando falta algum medicamento nas unidades.

PROCEDIMENTOS ADOTADOS	UNIDADE	PROPORÇÃO
Informa que não tem o medicamento	42	100%
Busca informação sobre disponibilidade em outra Unidade de Saúde	36	86%
Recomenda a compra ao usuário	23	55%
Avalia a possibilidade de substituição da prescrição	31	74%
Orienta o usuário a procurar o Programa Farmácia Popular ou o Aqui Tem Farmácia Popular	40	95%
Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar	24	57%

Por vezes, alguns medicamentos podem estar com seus consumos superestimados ou ainda o perfil de prescrição ter mudado fazendo com que esses itens acabem sobrando nos almoxarifados municipais. Nesse sentido, foi questionado aos profissionais a frequência em que

ocorria sobra de medicamentos na farmácia. Assim, das 42 unidades, 53% (22) informaram às vezes ocorrer tais sobras; 38% (16) informaram que o evento raramente ocorre; 7% (3) sempre ocorre; e 2% (1) repetidamente ocorre.

Quanto aos procedimentos adotados quando há sobra de algum medicamento no estoque da unidade, 64% (27) informam o ocorrido à coordenação de farmácia do município; 50% (21) providenciam devolução dos itens em excesso para a CAF; 48% (20) solicitam ajuste da cota mensal de medicamentos; 36% (17) redistribuem entre unidades de saúde do município; e 31% (13) informaram que, de forma geral, perdem o que sobrou.

## 7.7 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PMF QUANTO ÀS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS RELACIONADAS AO MEDICAMENTO

A fim de mapear o perfil das necessidades dos usuários relacionados aos serviços dos dispensários, algumas perguntas sobre a percepção do comportamento e solicitações dos pacientes foram feitas aos profissionais participantes.

Inicialmente, questionou-se sobre a frequência de solicitação dos usuários para prescrição de medicamentos e mudança e/ou troca da prescrição. Em resposta, obtivemos o seguinte resultado descritos na Tabela 17.

Tabela 17 - Percepção dos profissionais do PMF quanto à frequência de solicitação de prescrição e mudanças/trocas da prescrição dos usuários das unidades.

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO	PROPORÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE PRESCRIÇÃO	PROPORÇÃO DE SOLICITAÇÃO MUDANÇA E/OU TROCA DA PRESCRIÇÃO
Sempre	5% (2)	0
Repetidamente	33% (14)	10% (4)
Às vezes	55% (23)	57% (24)
Raramente	2% (1)	33% (14)
Nunca	5% (2)	0
Não sei	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (42)</b>

Em seguida, foi apresentada uma lista com alguns motivos que poderiam levar os usuários a realizarem solicitações de mudança e/ou troca das prescrições. Foi solicitado que os profissionais selecionassem uma ou mais opções como indicativos dos aspectos motivadores dos pacientes. A seguir, a

**Tabela 18** apresenta os resultados encontrados.

Tabela 18 - Aspectos motivadores dos usuários das unidades do PMF para solicitação de mudanças e/ou trocas na prescrição, segundo a percepção dos profissionais.

ASPECTOS MOTIVADORES	UNIDADES	PROPORÇÃO
Preço do medicamento	38	90%
Pessoas conhecidas utilizam o medicamento	27	64%
O medicamento não está fazendo efeito	23	55%
Reações adversas	16	38%
Influência de propaganda de medicamentos	10	24%

Quanto às solicitações de prescrição realizadas pelos usuários, foi perguntado aos entrevistados quais as classes terapêuticas que apareciam com maior frequência. Cada entrevistado poderia citar até 3 classes. Foram obtidas 81 respostas, levando a um total de 16 classes terapêuticas, demonstradas na **Tabela 19**.

Tabela 19 - Proporção de solicitação de prescrição pelos usuários, por classes terapêuticas, a partir da percepção dos profissionais do PMF.

N.	CLASSES TERAPÊUTICAS CITADAS	PROPORÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE PRESCRIÇÃO
1	Antibióticos	25% (20)
2	Anti-hipertensivos	23% (18)
3	Benzodiazepinas	11% (9)
4	Antipiréticos	6% (5)
5	Ansiolíticos	5% (4)
6	Antialérgicos	5% (4)
7	Anti-inflamatórios não esteroide	5% (4)
8	Anticoncepcionais	4% (3)
9	Antidiabéticos	4% (3)
10	Antitérmicos	4% (3)
11	Sedativos	2% (2)
12	Antidepressivos	2% (2)
13	Analgésicos	1% (1)
14	Antiácidos	1% (1)
15	Corticoides	1% (1)
16	Diuréticos	1% (1)
	<b>TOTAL</b>	<b>100% (81)</b>

Quanto às solicitações de mudanças ou trocas de itens prescritos, foram obtidas 50 respostas levando a um total de 10 classes terapêuticas, demonstradas na Tabela 20.

Tabela 20

Tabela 20 - Proporção de solicitação de mudança/troca da prescrição pelos usuários, por classes terapêuticas, a partir da percepção dos profissionais do PMF.

N.	CLASSES TERAPÊUTICAS CITADAS	PROPORÇÃO DE SOLICITAÇÃO MUDANÇA E/OU TROCA DA PRESCRIÇÃO
1	Anti-hipertensivos	32% (16)
2	Antibióticos	30% (15)
3	Antidiabéticos	16% (8)
4	Benzodiazepinas	8% (4)
5	Antialérgicos	4% (2)

6	Anticoncepcionais	2% (1)
7	Antifúngico	2% (1)
8	Anti-inflamatórios não esteroide	2% (1)
9	Antitérmicos	2% (1)
10	Diuréticos	2% (1)
<b>TOTAL</b>		<b>100% (50)</b>

Duas últimas perguntas foram realizadas ainda nessa etapa sobre a percepção dos profissionais quanto ao uso dos medicamentos pelos usuários. A primeira tratou sobre a frequência em que os pacientes relatam o uso de medicamento por conta própria, durante a consulta; e a segunda se, de um modo geral, seguem corretamente a prescrição dos medicamentos. A seguir, a **Tabela 21** apresenta os resultados encontrados.

Tabela 21 - Percepção dos profissionais do PMF quanto ao uso dos medicamentos pelos usuários, no que diz respeito à automedicação e ao uso apropriado.

<b>FREQUÊNCIA DAS AÇÕES</b>	<b>USA MEDICAMENTO POR CONTA PRÓPRIA</b>	<b>SEGUEM CORRETAMENTE A PRESCRIÇÃO</b>
Sempre	10% (4)	10% (4)
Repetidamente	12% (5)	69% (29)
Às vezes	59% (25)	21% (9)
Raramente	19% (8)	0%
Nunca	0%	0%
<b>TOTAL</b>	<b>100% (42)</b>	<b>100% (42)</b>



## 8 DISCUSSÃO

O capítulo destinado a discussão deste trabalho abordou os temas apresentados nos resultados, dando maior ênfase aos achados que melhor respondessem aos objetivos específicos da pesquisa. Porém, tornou-se imprescindível iniciar a discussão pelo que nos pareceu ser um ponto de tensão para a realização dos SeFar: a ausência do profissional farmacêutico para a operacionalização ou coordenação/supervisão dos SeFar.

Assim, inicialmente observou-se a questão referente aos dispensários, relacionada às normativas do CFF, que dispõe sobre a obrigatoriedade ou não da presença do farmacêutico nas unidades. Esse tema foi entendido como ponto inicial da discussão, uma vez que os serviços de farmácia no PMF em Niterói não contam com este profissional.

Adiante, caracterizou-se e descreveu-se sobre a infraestrutura e os componentes que constituem os SeFar do PMF, bem como a AF municipal. A caracterização da infraestrutura dos serviços de farmácia e a descrição dos componentes da AF pautaram-se em três aspectos: 1) Aspectos estruturais e organizacionais dos serviços dos dispensários de medicamentos do PMF; 2) Aspectos relacionados à Institucionalização da AF; 3) Aspectos relacionados à promoção do uso racional de medicamentos no PMF. Na discussão desses tópicos buscou-se estabelecer uma relação com o que é preconizado e definido pelos achados na literatura e nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Em continuidade, considerando o último objetivo específico deste trabalho, buscou-se, a partir do referencial teórico, propor recomendações que pudessem orientar a organização dos SeFar, de forma a agregar melhorias para o desenvolvimento da AF.

Por fim, foram apresentadas as limitações encontradas neste estudo.

### 8.1 ASPECTOS RELACIONADOS AOS DISPENSÁRIOS FRENTE ÀS NORMATIVAS DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF) – ONDE ESTÁ O FARMACÊUTICO?

O município de Niterói, representado pela FMS, no ano de 2019, ajuizou uma ação civil pública em face do CRF-RJ, devido às recorrentes autuações por não manter profissionais farmacêuticos em seus dispensários de medicamentos das unidades com PMF (Ação Civil Pública n.5007935-67.2019.4.02.5102/RJ). Para tal, a argumentação jurídica valeu-se da jurisprudência de ações de igual teor julgadas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e Tribunais Regionais Federais (CONASEMS, 2017).

Os Conselhos Regionais de Farmácia (CRF) têm como um dos objetivos fiscalizar o exercício do profissional farmacêutico. Além disso, também fiscaliza as empresas privadas ou públicas - que fabricam, comercializam ou dispensam medicamentos - quanto à existência de responsável técnico, inscrição do estabelecimento junto ao CRF e emissão do Certificado de Regularidade Técnica para tais fins (CARVALHO, 2019).

Nesse sentido, cabe aos CRF exercer o poder de polícia a ele atribuído e realizar as autuações nos estabelecimentos quando da ausência de profissional farmacêutico (SANTANA, 2017). Como alegação para esse tipo de autuação, o CRF tem apresentado a Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o “Exercício e a Fiscalização das Atividades Farmacêuticas”, concluindo que, todos os locais com entregas de medicamentos em estabelecimentos públicos deveriam ser considerados como “Farmácias”, e não mais como dispensários de medicamentos, como foram classificados pela Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973, 2014b). Dessa forma, o principal argumento do CRF foi que a Lei nº 13.021/14 revogou integralmente a Lei nº 5.991/73. O que foi refutado como veremos mais adiante.

O tema foi discutido no âmbito das secretarias de saúde dos municípios do país e, em 06 de julho de 2017, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) lançou uma nota jurídica, cujo assunto versou sobre a presença de farmacêuticos nos dispensários públicos e a obrigatoriedade de entrega de medicamentos por este profissional (CONASEMS, 2017).

A nota descreve trechos das duas leis, apresentando a diferença jurídica entre elas, citando a mensagem de veto nº 232, de 8/8/2014 aos artigos 9º e 17º da Lei nº 13.021/14, que trata da extinção dos dispensários de medicamentos na forma da Lei n. 5.991/1973, transferindo às farmácias, com exclusividade, a dispensa de medicamentos (BRASIL, 1973, 2014b, 2014c):

Arts. 9º e 17º "Art. 9º Somente as farmácias, observado o disposto no art. 3º, podem dispensar medicamentos, cosméticos com indicações terapêuticas, fórmulas magistrais, oficinais e farmacopeicas e produtos fitoterápicos." "Art. 17. Os postos de medicamentos, os dispensários de medicamentos e as unidades volantes licenciados na forma da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e em funcionamento na data de publicação desta Lei terão o prazo de 3 (três) anos para se transformarem em farmácia, de acordo com sua natureza, sob pena de cancelamento automático de seu registro de funcionamento."

Razões dos vetos "As restrições trazidas pela proposta em relação ao tratamento hoje dispensado para o tema na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, poderiam colocar em risco a assistência farmacêutica à população de diversas regiões do País, sobretudo nas localidades mais isoladas. [...].

A jurisprudência tem se manifestado no sentido de que a manutenção dos dispensários de medicamentos, com as características próprias a eles, é diferente no que se refere às farmácias classificadas pela Lei nº 13.021/14. Ainda, ressalta que, a referida lei não revogou integralmente a legislação anterior, (Lei nº 5.991/73), da mesma forma que não apresentou em seu texto matéria clara tratando sobre o funcionamento de dispensário de medicamentos em pequenas unidades hospitalares ou equivalentes (CONASEMS, 2017).

Para tal, a nota do CONASEMS (2017), a fim de apresentar a alegação relacionada à não presença de farmacêutico nos dispensários, tomou por base a definição dada pela Lei nº 5.991/73, onde os mesmos são diferenciados de farmácia, detalhando, ainda, a obrigatoriedade de presença de técnico responsável, inscrito no CRF, apenas no âmbito da farmácia e drogaria.

A definição do dispensário inclui a especificação de ser privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente (BRASIL, 1973). Nesse sentido, a nota cita a Súmula 140, editada pelo extinto Tribunal Federal de Recursos (TFR), versando sobre as unidades hospitalares com até 200 leitos que não estão sujeitas à exigência de manter farmacêutico (CONASEMS, 2017).

Aqui, vale levantar a reflexão de que unidades que oferecem serviços no âmbito da APS, sobretudo as com ESF, normalmente não possuem leitos de longa permanência, ou para internação. Em geral, as salas de procedimento e/ou observação clínica são para atendimentos pontuais e situações clínicas de menor complexidade. Porém, quando pensamos no atendimento da farmácia dessas unidades, temos que ponderar o número de pessoas atendidas por este serviço. Se tomarmos por base o número de usuários cadastrados por equipe previsto na PNAB (2.000 a 3.500 pessoas), a ideia da equivalência entre o dispensário de uma unidade hospitalar que atenda até 200 leitos, para a farmácia de uma unidade da APS, esse referencial torna-se discrepante (BRASIL, 2017e). Ainda que a farmácia de uma unidade de APS não atenda diariamente toda a população cadastrada, em muitos casos a rotina diária de atendimento ultrapassa a 200 usuários.

Mais do que um aspecto legal, sanitário ou até mesmo corporativista, a presença do profissional farmacêutico nas unidades, inserido junto à equipe de saúde é entendida como fundamental para a resolução de problemas ligados a medicamentos, sobretudo na otimização da adesão ao tratamento (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019). O profissional farmacêutico, atuando de forma interdisciplinar, pode contribuir para qualificar o cuidado e efetivar o princípio da integralidade. Portanto, a necessidade da presença deste profissional nos serviços de saúde deve avançar para além do entendimento da entrega do medicamento, e deve, sim, ser entendido como profissional integrante do processo de cuidado do usuário, atuando na

qualidade do uso dos medicamentos e de seus resultados em saúde (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

## 8.2 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO DA INFRAESTRUTURA E DOS COMPONENTES QUE CONSTITUEM OS SEFAR DO PMF.

### 8.2.1 Aspectos estruturais e organizacionais dos serviços dos dispensários de medicamentos do PMF – Existem SeFar no PMF?

A composição da força de trabalho envolvida nas ações dos dispensários levantada por esta pesquisa, mostra que tais atividades eram predominantemente executadas por profissionais da enfermagem, sendo a entrega de medicamentos realizada, majoritariamente, por enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Esse cenário assemelha-se ao encontrado nas unidades dispensadoras de medicamentos na atenção básica no País, no qual os trabalhadores de nível médio, em especial os técnicos e auxiliares de enfermagem, ocupavam a maioria dos postos de trabalho (43%) em 2015; enquanto os farmacêuticos representavam 33,3%. Nesse sentido, a região Sudeste apresentou os melhores resultados (64,1%), quanto à participação do farmacêutico nas atividades de dispensação (CARVALHO et al., 2017), indicando que, Niterói, ainda encontra-se muito abaixo do patamar de sua região.

Em contraponto, o município possui farmacêuticos na coordenação de farmácia e em seu quadro de profissionais, os quais atuam junto ao setor de aquisição de medicamentos. Os achados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços (BRASIL, 2016, 2017a), observou que 90,7% das regiões do Brasil tinham ao menos um farmacêutico, mesmo que concentrados nas atividades de gestão, incluindo a função de coordenação da AF (CARVALHO et al., 2017).

Esses achados levantam a hipótese de que a administração municipal tem reconhecido a necessidade de incorporar o profissional farmacêutico nas etapas e componentes que envolvam os medicamentos. Colaborando para essa alegação, Carvalho e seus colaboradores (2017), associaram o evento à indução da reorientação da AF no SUS a partir da PNM e da PNAF, além das questões que envolvem o processo de descentralização, fomentando a reestruturação do seguimento a nível municipal.

Em outro estudo sobre a expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas UBS no Brasil, no período de 2008 a 2013, Carvalho e seus colaboradores (2016),

identificaram um crescimento de 75% no número de profissionais farmacêuticos, fato que foi atribuído à inclusão da categoria na estratégia NASF prevista na PNAB, e também à reorientação da AF no país, como já mencionado. Porém, o mesmo estudo indicou que a categoria farmacêutica ainda possuía baixa participação percentual na composição das equipes nas unidades da APS (CARVALHO et al., 2016), igualmente ao que é observado no município de Niterói.

Embora o farmacêutico não esteja presente ou tenha pouca participação, a importância de sua atuação nas atividades relacionadas ao medicamento, destinadas tanto à manutenção da segurança e qualidade dos insumos, quanto ao cuidado do paciente, quando do acompanhamento da utilização apropriada da farmacoterapia, é destacada pela Organização Mundial de Saúde. Nesse sentido, a OMS aponta para o papel-chave que a categoria ocupa, uma vez que a sua formação técnico-científica agregaria melhorias para o acesso e a promoção do uso apropriado dos medicamentos (ARAÚJO et al., 2008; OMS, 1988).

Outro ponto a ser considerado é que, independentemente da legislação que trata da presença de farmacêuticos, há um aspecto de boas práticas que podem ser implementadas, quando se viabiliza profissionais de saúde com atribuições definidas no serviço, na qual, a gestão técnica do medicamento e a prestação de SeFar possam ser intermediadas por farmacêuticos.

Quanto ao modelo para entrega de medicamentos à população nas unidades públicas de saúde, foram descritas pela PNAUM - Serviços três formas de organização da dispensação: 1) farmácias centralizadas (isoladas); 2) unidades de dispensação nas unidades da APS; e 3) centros especializados (referências/pólos) (BRASIL, 2017a; LEITE et al., 2017a).

A partir da PNAUM, pôde-se observar que na maioria dos serviços de farmácias com modelo isolado, existia uma infraestrutura mais desenvolvida, e maior disponibilidade de profissionais exclusivos para estas atribuições. Apresentou, também, um maior movimento de usuários, uma vez que eram pontos de atenção que atendiam grande parcela do território, se não todo. Observou-se, também, que nesse modelo, o foco do serviço ficou mais voltado para as atividades de entrega de medicamentos. Em relação às atividades clínicas, o seu desenvolvimento se mostrou baixo, o que também foi observado no modelo de unidades de dispensação inseridas nas unidades da APS (LEITE et al., 2017a).

A APS deve estar organizada para ser a porta de entrada do sistema, sendo o contato preferencial do usuário, onde a comunicação com a rede e com os pacientes deve propiciar a formação de vínculo, garantindo a integralidade e longitudinalidade do cuidado (LEITE et al., 2017a).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), através do “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2008a), apresenta uma sugestão para o planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção ou até na escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos ambulatoriais para Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo um local destinado exclusivamente para farmácia dentro da mesma estrutura.

Unidades de dispensação inseridas nas unidades da APS, cujo SeFar se encontram disponíveis dentro do mesmo estabelecimento onde os usuários também são atendidos com consultas médicas e de enfermagem irão possibilitar maior acessibilidade, uma vez que não haverá a necessidade de deslocamento para outro ponto de atenção. O paciente recebe sua prescrição após a consulta, e no mesmo estabelecimento já retira os seus medicamentos. Uma hipótese aqui levantada diz respeito quanto à necessidade de deslocamento para ter acesso aos medicamentos, onde esse fator pode constituir-se em uma barreira e dificultar a adesão ao tratamento, seja pelo tempo em que o usuário terá que dispender até o local de dispensação (às vezes não será possível retirar no mesmo dia – em casos de prescrição de antibiótico, como fazer?), ou mesmo pelo custo de transporte, caso o local seja distante de sua residência. Diante desses dificultadores, o paciente pode demorar ou, até mesmo, desistir de retirar os seus medicamentos.

Outra característica positiva deste modelo (unidades de dispensação inseridos nas unidades da APS) é a possibilidade de acompanhamento da utilização da farmacoterapia, bem como da adesão do paciente ao tratamento, uma vez que normalmente as unidades da APS ficam próximas a casa dos usuários, possibilitando visitas domiciliares. Além disso, a interação com os membros das equipes para possíveis intervenções farmacêuticas, ou mesmo a atuação dos profissionais da farmácia junto à rede de atenção à saúde, podem ficar mais facilitadas (LEITE et al., 2017b). Segundo Leite e seus colaboradores (2017a), a organização do SeFar nesse formato pode influenciar a capacidade de realização de um processo integral de atenção à saúde.

O modelo adotado em Niterói compreende unidades dispensadoras nas UBS e centros especializados (referências/polos), com alguns ajustes, visto que, mesmo sendo denominado polo ou referência, ainda assim, encontram-se dentro de alguma unidade de saúde. Todas as unidades que compõem a APS de Niterói, além dos serviços de cuidados em saúde, incluem a disponibilização de medicamentos. No caso específico dos dispensários do PMF, são liberados medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes (Hiperdia) e casos agudos tratados na atenção básica (analgésicos, anti-inflamatórios etc.), além do tratamento para tuberculose e

hanseníase. Já as PR possuem farmácias que dispensam, além da grade existente no PMF, os medicamentos de controle especial, previstos na Portaria nº 344/98.

Nesse sentido, todas as farmácias presentes nas oito PR são consideradas referências para os medicamentos controlados, além disso, cinco delas funcionam como polos para distribuição do TARV e uma - PR Carlos Antônio da Silva - é um centro especializado para entrada do processo de retirada de medicamentos do componente especializado da AF.

Independente do modelo adotado pelos municípios para a dispensação dos medicamentos, os espaços devem dispor de infraestrutura adequada à execução das atividades inerentes ao setor (BRASIL, 2009c). Os componentes pertencentes à infraestrutura são necessariamente a estrutura física (predial), os recursos humanos e os materiais e equipamentos (MOREIRA et al., 2017). Apesar de todas as unidades do PMF possuírem espaço físico exclusivo para os dispensários de medicamentos, quando verificado o tamanho destas áreas, a média encontrada foi de 4m<sup>2</sup>, muito inferior à média nacional das farmácias descrita na PNAUM, que foi de 14m<sup>2</sup> (LEITE et al., 2017b). A partir do roteiro de visitas do PMF, foi observado que os espaços dos dispensários eram utilizados apenas para a guarda e armazenamento dos itens. Segundo o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2008b) do MS, a recomendação de dimensão mínima para área de armazenamento é de 6m<sup>2</sup>.

Quanto aos aspectos sanitários requeridos para a área de estocagem e guarda de medicamentos, chamamos a atenção para dois: 1) Os relacionados às condições da estrutura física (infiltrações, rachaduras, mofo etc.); e 2) Os de conservação dos produtos (temperatura e umidade). Além disso, os espaços necessitam de ter os mobiliários e os equipamentos em quantidade suficiente para manutenção da estabilidade e integridade dos produtos durante todo o período de sua vida útil (BRASIL, 2006a).

Ademais, é necessária a presença de procedimentos técnicos e administrativos que abranjam todas as etapas do armazenamento (BRASIL, 2006a; COSTA et al., 2017b). Apesar de 71% dos dispensários do PMF possuírem ar-condicionado, superior à média nacional (PNAUM 41,7%), somente 21% realizavam registro para o controle de temperatura ambiente, além disso nenhum possuía termo-higrômetro e somente 48% realizava controle de temperatura da geladeira (PNAUM 41,3%) (LEITE et al., 2017b).

Os achados do inquérito nacional (PNAUM) sobre o cuidado com a aferição da temperatura e umidade das áreas destinadas ao armazenamento de medicamentos, assim como os do PMF em Niterói preocupam, sobretudo considerando as condições climáticas do País,

uma vez que esses dois fatores podem interferir na qualidade e eficácia dos medicamentos (COSTA et al., 2017b).

Os dispensários do PMF não possuíam uma área exclusiva para a dispensação dos medicamentos. Todas as unidades utilizavam a recepção para esta atividade. Esse local também servia como área de espera, onde os usuários aguardavam para ser atendidos pelo responsável do dispensário. Além disso, a área era utilizada para os usuários que esperavam pelos demais serviços oferecidos na unidade, como, por exemplo, a consulta médica, a imunização ou a realização de curativos. Diferentemente, a maioria das unidades observadas no país (60%) contava com uma área exclusiva para dispensação. E quando comparada com a Região Sudeste, esse valor subiu ainda mais (72,4%), deixando Niterói numa posição muito inferior (LEITE et al., 2017a).

A área destinada à dispensação de medicamentos visa abrigar o contato entre usuário e profissional de saúde, onde a qualidade da interação estabelecida nesse encontro está diretamente relacionada às condições de acolhimento que o local e o profissional ofereçam (LEITE et al., 2017b). Espera-se que esse contato ultrapasse o ato de fornecimento de medicamentos, oferecendo, além disso, as ações de orientação e educação quanto aos cuidados com o medicamento e a forma de utilização, objetivando o uso apropriado e a adesão ao tratamento. A saber, quando mal executada, seja por um erro de troca do medicamento ou por uma orientação não compreendida, a dispensação pode implicar em riscos à saúde dos usuários (LEITE et al., 2017a).

Nesse sentido, para se obter melhores resultados, o momento da dispensação necessita de condições adequadas, exigindo um ambiente reservado, possibilitando que o profissional se concentre na identificação e atendimento das necessidades que o paciente apresente. O momento da entrega dos medicamentos ao paciente pressupõe um espaço que requer privacidade e que possibilite o sigilo do diálogo estabelecido (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007). Além disso, as tecnologias das micropolíticas que estão submetidas às relações interpessoais, também devem ser consideradas (MERHY, 1998).

O vínculo e a confiança desenvolvidos entre o usuário e o profissional de saúde são aspectos cruciais para se estabelecer a relação de cuidado no âmbito dos serviços de saúde oferecidos pelas unidades (MENEZES et al., 2020). Segundo Araújo e seus colaboradores (2017a), a garantia da privacidade e confidencialidade, além da habilidade do profissional em acolher, contribuem para uma maior sensação de segurança por parte do usuário, permitindo a ele falar e ser ouvido. Esse conjunto torna a relação terapêutica mais interativa e, conseqüentemente, mais resolutive.

A partir do cenário dos espaços para dispensação, evidenciado pela PNAUM (LEITE et al., 2017a), e também identificado no município de Niterói, podemos levantar a reflexão de que a atividade de fornecimento do medicamento ainda se encontra focada no produto, mais especificamente na sua disponibilidade do que na sua utilização e adesão. O que nos traz o questionamento se, de fato, a acessibilidade, no sentido mais amplo do entendimento do que o acesso deve representar, está ocorrendo.

O acesso entendido como um conceito multidimensional passa por diversos determinantes e finda com o uso e a satisfação do usuário (LUIZA; BERMUDEZ, 2004; NASCIMENTO et al., 2017). O simples fato de o paciente receber o produto num estabelecimento não confere a ele a garantia do seu uso adequado, nem do efeito ou finalidade a que se propõe. Segundo Luiza & Bermudez (2004), o acesso ao medicamento pressupõe algumas etapas definidas em 4 dimensões: 1) disponibilidade: abastecimento e demanda de medicamentos - tipo e quantidade; 2) acessibilidade: localização do ponto de dispensação e do usuário; 3) aceitabilidade: característica do produto/serviço e atitude/expectativa do usuário; e 4) poder de compra: Preços e capacidade aquisitiva do usuário. As quatro dimensões somadas a qualidade do produto/serviço garantirá a satisfação do usuário (resolutividade da ação). O medicamento/serviço precisa existir de acordo com a necessidade do usuário, precisar ser acessado, o usuário precisa concordar com ele e poder adquiri-lo.

Nesse sentido, apresenta-se uma necessidade urgente de que os serviços de farmácia sejam considerados como pontos de atenção à saúde e que a oferta seja contundente com os anseios da comunidade. Leite e seus colaboradores (2017a) reafirmam esse entendimento, onde a farmácia deve ser compreendida como um serviço de saúde, provedor de acesso, a partir da atividade de dispensação de medicamentos, buscando além dos resultados técnicos, o estabelecimento de vínculo com o indivíduo e a comunidade através de práticas humanizadas, favorecendo o acolhimento e a escuta adequada à compreensão das queixas dos usuários.

Para a obtenção desses resultados, além do comprometimento, implicação e responsabilização dos profissionais envolvidos com o fornecimento do medicamento ao usuário, os locais precisam apresentar condições mínimas para que o serviço de dispensação seja, de fato, uma ação de promoção à saúde, tão preconizada pelo SUS (LEITE et al., 2017b).

Para além das questões citadas, diretrizes necessitam ser estabelecidas a fim de conduzir à normatização (procedimentos, protocolos e normativas), de forma a organizar a atividade de dispensação a partir de tais princípios, deslocando a entrega de medicamentos para uma atividade técnica, com etapas que devem ser cumpridas, objetivando o acesso em sua plenitude.

No tocante à existência de sistemas informatizados nos dispensários do PMF como elemento fundamental, a construção e gestão da informação, apesar de todas as unidades utilizarem um sistema privado para registro de entradas e saídas de medicamentos do estoque, nenhuma o utiliza na totalidade de seus recursos, comprometendo, dessa forma, a gestão e controle de estoque, além do acompanhamento clínico. Alguns estudos corroboram a necessidade de qualificação dos registros e controle de estoque tanto nas CAF municipais quanto nas unidades de dispensação nas UBS (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; OPS, 2005; VIEIRA, 2008).

A ausência ou incapacidade de utilização de tais recursos pode inviabilizar ou restringir o desenvolvimento do serviço sob o aspecto técnico-gerencial, não conseguindo tratar, armazenar e fornecer dados e, conseqüentemente as informações que possam apoiar e subsidiar melhorias para assistência. A informatização tem o potencial de otimizar o controle e monitoramento dos medicamentos, auxiliando as etapas de programação e de aquisição, ajustando distorções e evitando perdas (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014). Segundo Leite e seus colaboradores (2017b) unidades de dispensação que não dispõem de sistemas informatizados e acesso à rede, acabam isolando o atendimento na farmácia, sem conseguir estabelecer parâmetros de análise da qualidade da assistência farmacêutica oferecida, além de criar barreiras na interação e integração dos serviços de farmácia com as equipes, prejudicando, dessa forma, o desenvolvimento do projeto terapêutico do usuário.

Observou-se, ainda, que não existia computador em nenhum dos dispensários do PMF, fato que se distanciou dos achados da PNAUM, onde quase metade das unidades (47,1%) já possuía computadores (LEITE et al., 2017b). Além disso, o sistema utilizado no PMF não contemplava o registro de informações sobre os usuários e suas prescrições em 86% das unidades. Tal cenário implica em uma barreira estrutural para análise do perfil de prescrição da unidade; da demanda de consumo dos medicamentos; e da grade de medicamentos frente ao perfil epidemiológico do território, por exemplo (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014).

Ademais, os resultados apresentados pela PNAUM sobre a associação entre o acesso ao medicamento e as estruturas formais da AF no âmbito municipal, indicaram que a garantia do acesso era maior quando o responsável pela entrega do medicamento era o farmacêutico (64,9%) ou auxiliar/técnico de farmácia (67,4%), decrescendo quando era outro profissional. O mesmo ocorreu quando as variáveis foram: sistema informatizado para a gestão da AF; ligação desse sistema em rede entre as unidades de saúde; e sistema informatizado para controle de estoque e validade dos medicamentos (BARROS et al., 2017).

Apresentar esses dados torna-se relevante para se estabelecer uma associação entre a melhoria do acesso aos medicamentos e o investimento nas equipes de farmácia (farmacêutico, auxiliar/técnico de farmácia), bem como em um sistema informatizado que permita a gestão adequada dos estoques de medicamentos na unidade de saúde.

Os registros em saúde realizados pelos profissionais das equipes das unidades são importantes instrumentos utilizados para a comunicação dos procedimentos executados e dos resultados alcançados no processo de cuidado dos usuários dos serviços. Tais informações irão auxiliar a coordenação e continuidade das ações em saúde (MAIA; VALENTE, 2018). A partir dos resultados deste estudo foi possível observar a pouca uniformização na execução das atividades dos dispensários do PMF, tanto no tipo de atividade quanto na forma de realizá-las, principalmente no que diz respeito aos registros de acompanhamento da dispensação e utilização dos medicamentos, os quais são tão necessários para a avaliação da adesão ao tratamento.

Apesar de todos os profissionais afirmarem dar algum tipo de orientação ao usuário no momento da entrega dos medicamentos, somente 50% realizavam algum tipo de registro das dúvidas do paciente ou orientações dadas. Os registros, quando ocorriam, eram de forma manual, em sua maioria no prontuário físico do paciente. O mesmo ocorreu com o registro dos casos de não adesão ao tratamento ou de problemas relacionados ao medicamento (PRM). Aqui, torna-se importante ressaltar que, os profissionais que responderam ao roteiro foram na maioria enfermeiros (88%), os quais tinham acesso ao prontuário dos pacientes, não deixando explícito se este acesso seria possível para as outras categorias, como técnicos de enfermagem, por exemplo.

Evidências apontam para a necessidade do registro como garantia da informação para o desenvolvimento da qualidade do serviço, uma vez que tais dados, quando trabalhados de forma sistemática, geram indicadores que servirão de base para o planejamento e proposição de mudanças que levem às ações mais resolutivas para o cuidado do paciente (FRANÇA FILHO et al., 2008; LIMA et al., 2017a; ROMAN, 2019).

A pesquisa nacional (PNAUM) identificou que, no Brasil, o registro das atividades de natureza clínica era realizado principalmente no prontuário do usuário e, em alguns casos, sem sistema informatizado e em documento próprio arquivado na farmácia. O registro das intervenções farmacêuticas ou atividades farmacêuticas de natureza clínica, possibilitam o fluxo das informações entre a equipe de saúde e o acompanhamento dos efeitos do tratamento medicamentoso prescrito. Estabelecer formas de sistematizar o acompanhamento dos dados registrados possibilitará a avaliação da necessidade, segurança e efetividade da utilização de

medicamentos, contribuindo para a promoção do uso seguro e adequado destes produtos (ARAÚJO et al., 2017a).

Sobre as queixas técnicas e eventos adversos aos medicamentos, mais da metade dos profissionais participantes (62%) das unidades com PMF afirmou que já realizou algum registro, mas indicou não haver um meio oficialmente institucionalizado para esse fim. O mesmo foi observado na PNAUM, onde 79,9% dos gestores entrevistados relataram não haver mecanismo para o registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos (COSTA et al., 2017b; GERLACK et al., 2017). Esses resultados apontam para a necessidade de se instituir procedimentos para tais fins.

A queixa técnica do medicamento deve ocorrer sempre que se observar alguma alteração nos parâmetros de qualidade de um produto farmacêutico, como, por exemplo: alterações no aspecto, comprimido faltando no blíster, ausência de informações na rotulagem, ausência de efeito, entre outros. Todavia, no que se refere ao evento adverso ou reação adversa ao medicamento, esses são respostas nocivas e não intencionais que podem ocorrer durante o tratamento com um medicamento, com doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico, terapia de doenças ou para modificação da função fisiológica (FRANCELINO, 2007; WHO, 2002).

A ocorrência de reações adversas aos medicamentos constitui-se em um fator intrínseco ao próprio uso do fármaco e pode gerar um impacto negativo considerável à saúde das pessoas (ARRAIS, 2002; DRESCH, 2006). Tendo em vista o elevado percentual da inexistência de mecanismos para o registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos nos municípios do País, a PNAUM apontou para a necessidade de voltar os esforços para a criação e inserção de instrumentos para as atividades de farmacovigilância nas unidades de dispensação (GERLACK et al., 2017).

Apesar do município de Niterói possuir um canal de ouvidorias para os usuários dos serviços, ele não está bem delineado para os trabalhadores. Em observação, dos 42 profissionais entrevistados do PMF, 71% informaram não conhecer nenhuma forma de registrar suas críticas e/ou sugestões. Mesmo com o canal para ouvidoria institucionalizado, os profissionais relataram não ser informados dos desdobramentos das ouvidorias dos usuários, a partir dele.

Segundo a PNAUM, a maioria dos municípios brasileiros (70%) não possuía mecanismos para receber críticas e sugestões dos usuários e dos trabalhadores sobre a AF, evidenciando fragilidades no processo de escuta da gestão (GERLACK et al., 2017). As ouvidorias podem gerar indicadores que se constituem em oportunidades de melhoria para o planejamento dos serviços e ações, além de ser um importante canal facilitador para a

participação popular, onde os usuários dos serviços podem trazer as suas insatisfações, alertando sobre os problemas. Segundo Gerlack e seus colaboradores (2017), a gestão participativa deve ser institucionalizada e entendida como um importante processo para a garantia do direito à saúde.

Ao se investigar a existência de normas para regular a entrada de representantes de laboratório farmacêuticos e distribuidoras de medicamentos e a distribuição de amostras grátis nas unidades de saúde com PMF, nada específico foi encontrado, ainda assim, 43% das unidades entrevistadas informaram receber, com alguma frequência, a visita destes representantes. Aproximadamente, 1/3 das unidades do PMF (31%), declararam fornecer amostras grátis, dado muito próximo ao encontrado na PNAUM, onde a prática foi referida em 33% das unidades de saúde (COSTA et al., 2017b).

Apesar de existirem algumas normas da ANVISA sobre o tema (BRASIL, 2000, 2008c, 2009e), as normatizações ainda são consideradas incipientes sobre alguns aspectos, como por exemplo, o armazenamento (condições ambientais e controle de validade) e a distribuição (cuidados com o transporte), necessitando de aprofundamento técnico-científico para se garantir a segurança e efetividade no uso de amostras grátis de medicamentos entregues em unidades de saúde por representantes dos laboratórios (COSTA et al., 2017b; SOUZA; OLIVEIRA; KLIGERMAN, 2014). Na maioria dos casos, as amostras grátis são transportadas em maletas, dentro de veículos sem adequação térmica e sem controle do tempo em que estão em circulação nessas condições.

Além dos aspectos técnicos citados, outros fatores devem ser considerados quanto à disponibilização de amostras grátis na APS no SUS. Alguns profissionais alegam que o desabastecimento dos itens justifica a presença de amostra grátis nas unidades. Apesar da falta de medicamentos nos municípios, há de se refletir que a presença desses itens pode trazer inequidades e desigualdades para o sistema. Como exemplo, a garantia da distribuição de amostras grátis de forma igualitária entre as unidades que compõem a rede de saúde. Indo além, mais um desafio é disponibilizar essas amostras sem que se priorize uma população em detrimento de outra, uma vez que são entregues por representantes da indústria, normalmente em pequena quantidade e somente em regiões de acesso mais facilitado. Ou ainda, mostra-se um ponto controverso, em tratamentos de doenças crônicas, garantir o acesso contínuo ao paciente a esses benefícios.

As evidências também demonstram haver influência direta da propaganda sobre as prescrições e as solicitações de padronização de medicamentos por parte dos profissionais prescritores (COSTA et al., 2017b; FAGUNDES et al., 2007). Segundo Costa e seus

colaboradores (2017b), a regulação da propaganda e publicidade de medicamentos no âmbito dos municípios e estados devem ser consideradas como uma necessidade dos sistemas públicos de saúde.

Nenhum dos entrevistados nas visitas realizadas nas unidades do PMF soube informar sobre a existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS). Segundo a PNAUM, no Brasil, menos de 44% das unidades de saúde cumpriram esse requisito (COSTA et al., 2017b). Os resíduos de serviços de saúde foram definidos como todos aqueles que resultam de atividades exercidas nos serviços relacionados ao atendimento à saúde, tanto humana quanto animal, classificados nos grupos A, B, C e D, cabendo ao responsável legal pelo estabelecimento gerador, a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos desde a sua geração até seu recolhimento (CONAMA, 2005; ZAMONER, 2008).

Enquadram-se no grupo B os resíduos químicos, incluindo-se os medicamentos. A crescente prática de medicamentação da vida e a mudança no perfil demográfico da população têm favorecido o acúmulo de medicamentos nos domicílios e nos serviços de saúde (ALENCAR et al., 2014). As perdas por validade e por mau acondicionamento dos medicamentos também são fatores que contribuem para o aumento desses resíduos. Quando não tratados de forma adequada, podem representar um risco ambiental e à saúde pública, devido aos contaminantes orgânicos oriundos destes resíduos (ALENCAR et al., 2014; VIANA; SANTOS; SILVA, 2016).

Além dos problemas descritos, outro risco potencial são os decorrentes de sua má destinação, o qual pode levar à utilização por acidente ou intencional, sobretudo quando descartados em lixo residencial, cujos destinos são os lixões das cidades (VIANA; SANTOS; SILVA, 2016). Nesse sentido, o debate sobre o gerenciamento de resíduos de saúde, em especial o de medicamentos, precisa ser constantemente pautado nos espaços políticos de discussão de saúde, sobretudo em seus conselhos e convenções, tanto no âmbito municipal quanto no estadual (ALENCAR et al., 2014).

No que diz respeito aos fluxos estabelecidos pelas unidades para o desenvolvimento das atividades relacionadas aos SeFar no PMF – solicitação de medicamentos; armazenamento; inventário; registros de movimentação de estoque; entrega de medicamentos e orientação ao paciente; e acompanhamento da utilização e adesão ao tratamento – o que se observou foi um baixo grau de uniformidade ou inexistência das atividades e pouca atenção à continuidade da assistência frente ao acesso, quando da retirada do tratamento em outros pontos de atenção até ao cuidado domiciliar com os medicamentos e o uso da farmacoterapia.

A padronização e normatização das atividades realizadas nas farmácias requer uma atenção especial dos responsáveis da gestão dos SeFar. A pesquisa nacional (PNAUM) apontou para 13 procedimentos operacionais padrão (POP), descritos a seguir: 1) seleção de medicamentos; 2) programação; 3) aquisição; 4) recebimento; 5) armazenamento; 6) armazenamento de medicamentos de controle especial; 7) armazenamento de produtos sensíveis à temperatura; 8) distribuição; 9) entrega dos medicamentos ao usuário e/ou dispensação; 10) descarte – sobra; 11) devolução de medicamentos; 12) doações de medicamentos; e 13) acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários (BRASIL, 2016). Nesse quesito, todas as unidades do PMF informaram não ter nenhum dos POPs para os serviços realizados pelos dispensários das unidades.

Os POPs são instrumentos que compõem o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas. Eles possuem o detalhamento da execução das atividades ou tarefas o qual garante a reprodutibilidade das ações, com a descrição do passo a passo a ser realizado (SMS/RJ, 2011). A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta a implantação das boas práticas aos serviços de saúde, a fim de evitar desvios na execução das atividades que possam afetar a qualidade do produto ou levar a sua má utilização (COSTA et al., 2017b). Essas informações reforçam a necessidade da presença do profissional farmacêutico, sobretudo no âmbito dos serviços oferecidos na APS.

A gestão técnica do medicamento, o cuidado assistencial relacionado à farmacoterapia do paciente, bem como o estabelecimento de procedimentos e fluxos para tais fins são fatores fundamentais para a resolutividade do cuidado. Um bom exemplo quanto à importância de procedimentos para uniformizar e normatizar as condutas técnicas-gerenciais é o resultado obtido sobre a ocorrência de sobras de medicamentos nas unidades do PMF. Tal ocorrência foi relatada por todas as unidades, e as ações adotadas para tentar mitigar o problema foram variadas, desde a tentativa de devolução à CAF do município até a perda dos itens.

As experiências vivenciadas no setor apontam, cada vez mais, para a necessidade de a gestão municipal garantir a presença do profissional farmacêutico dentro dos serviços oferecidos nas farmácias públicas das unidades de saúde (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; PEIXOTO et al., 2022; PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015; SÁ; SOUSA; BRITTO, 2019). A definição dos serviços farmacêuticos baseados na APS, apresentada pela Organização Pan-Americana de Saúde (2013), reforça que tais ações devem ser desenvolvidas pelo farmacêutico ou estar sob sua coordenação e supervisão (OPS, 2013).

Sobre a disponibilidade de medicamentos nos três meses anteriores à aplicação do roteiro de visitas no PMF, 61% dos profissionais entrevistados consideraram a disponibilidade

boa, e sobre a ocorrência da falta de medicamentos no município, 55% informaram que ocorrem às vezes.

O fornecimento de medicamentos no âmbito da APS compõe o grupo de ações de promoção, recuperação e prevenção das doenças prevalentes na população (ROCHA, 2019a). A disponibilidade de medicamentos, aqui entendida como a existência do produto nas unidades dispensadoras, é um dos resultados das atividades inerentes à AF, e que depende da seleção, programação, aquisição e distribuição dos medicamentos para acontecer (CHAVES, 2020). A partir da garantia do acesso ao medicamento, em todas as suas dimensões, os serviços farmacêuticos oferecidos nas unidades de saúde almejam a atenção integral, contínua e compatível com as necessidades da população (MENDES et al., 2014a).

Sendo o medicamento um elemento fundamental para a garantia do direito à saúde, a sua disponibilidade é essencial para a efetividade dos tratamentos, minimização dos agravos e resolubilidade das ações em saúde, representando um grande desafio à integralidade do cuidado (BOING et al., 2013). Segundo Nascimento e seus colaboradores (2017), a indisponibilidade dos tratamentos medicamentosos nas farmácias, pode levar a internações devido ao agravamento das enfermidades e, consecutivamente, ao aumento dos custos da assistência à saúde.

Quando ocorrem faltas de medicamentos, a conduta mais frequente relatada pelos médicos da PNAUM, para diminuir o impacto frente ao acesso para o paciente, foi: 1º) analisar a possibilidade de substituição do medicamento prescrito (77,4%), seguida por 2º) encaminhar para a Farmácia Popular (75,4%) (NASCIMENTO et al., 2017). Já no PMF, 95% dos profissionais que participaram da entrevista relataram que orientam, primeiramente, o usuário a procurar o Programa Farmácia Popular, seguido por 86%, que buscam informação sobre disponibilidade em outra unidade de saúde. Ao analisar as condutas do PMF, nos parece controverso, pois o arsenal de medicamentos disponíveis no programa não é tão grande e atende poucas patologias, em geral as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes e hipertensão. Outro ponto, é que, normalmente, quando ocorre a falta de medicamentos no município, isso se dá em todas as farmácias das unidades.

Como a pesquisa no PMF não levantou os itens que estavam em falta ou que faltaram no período da pesquisa, seria necessária uma avaliação mais aprofundada para se entender de forma mais clara as condutas aplicadas. Algumas evidências apontam para o problema da baixa disponibilidade de medicamentos no setor público, sobretudo nos países em desenvolvimento (BOING et al., 2013; CHAVES, 2020; MENDES et al., 2014a; NASCIMENTO et al., 2017). Segundo Nascimento e seus colaboradores (2017), faltas constantes dos medicamentos

considerados essenciais podem diminuir a credibilidade do sistema público e ter um alto impacto nos gastos em saúde, além de reduzir a qualidade de vida dos pacientes.

A disponibilidade de medicamentos nos pontos de atenção possui uma forte relação com a presença do farmacêutico, tanto nos setores relacionados com a aquisição como na ponta dos serviços, sobretudo no que diz respeito ao uso racional dos medicamentos e as etapas que o sucedem. Evidências têm apontado para o fato de que a presença do farmacêutico tem sido considerada com um dos elementos cruciais para a garantia do acesso qualificado, que se inicia na escolha do produto, quando da padronização dos itens que irão compor as listas de medicamentos essenciais, até a avaliação técnica da prescrição e orientação dos profissionais de saúde e usuários, incluindo o acompanhamento da utilização da farmacoterapia por parte dos pacientes (MELO; CASTRO, 2017; MENDES et al., 2014b; NASCIMENTO et al., 2017; ROCHA, 2019b).

Quanto à oportunidade de qualificação oferecida para os profissionais envolvidos com os serviços de farmácia nas unidades do PMF, os partícipes da pesquisa informaram não ter ocorrido no município. Nesse sentido, o inquérito nacional (PNAUM) identificou, também, que são poucas as iniciativas de qualificação para os serviços de farmácia, onde apenas 11,7% dos municípios do país ofereciam qualificação ou capacitação relacionadas à AF para os profissionais (GERLACK et al., 2017).

Dados da PNAUM mostraram uma associação significativa entre o acesso a medicamentos e a oferta de capacitação/qualificação para os profissionais da AF, onde o acesso total foi mais prevalente nas localidades onde haviam ocorrências de tais atividades (BARROS et al., 2017). Além da qualificação técnica relacionada aos medicamentos, outro ponto deve ser observado. Com o modelo de ESF, debates quanto ao formato da assistência prestada vêm aumentando, principalmente sob a ótica do atendimento multidisciplinar e interdisciplinar (OLIVEIRA et al., 2016). O modelo de prática hospitalocêntrica, curativa, fragmentada e voltada exclusivamente para o saber médico, mostrou algumas deficiências em atender às necessidades sociais de saúde encontradas na população (D'ÁVILA et al., 2014).

A APS, a partir da inclusão do entendimento sobre os determinantes sociais de saúde, além da característica de atuação multiprofissional, para uma assistência interdisciplinar, tem se mostrado um espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde. Nesse sentido, a necessidade de formação/qualificação dos profissionais com um enfoque para um entendimento do processo de saúde mais ampliado, vem sendo referendada como um dos fatores imprescindíveis para consolidação da integralidade no SUS (D'ÁVILA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2016). A Política Nacional de Educação Permanente

em Saúde (PNEPS) reafirma essa necessidade e constitui a formação como uma questão fundamental para a qualidade da atenção em saúde prestada à população (BRASIL, 2018b).

Nesse ponto, é importante refletirmos sobre alguns questionamentos: Existem SeFar no PMF? Será que os serviços oferecidos nos dispensários do PMF podem ser considerados como SeFar? De fato, é possível identificar nos dispensários, ações consideradas de SeFar, como a solicitação, entrega e orientação sobre os medicamentos aos usuários. Porém, estruturalmente, os serviços não contam com a atuação do profissional farmacêutico, seja cotidianamente nas unidades do PMF ou no apoio matricial para as suas equipes de saúde; nem na coordenação e/ou supervisão dos SeFar.

Os SeFar envolvem ações relacionadas ao medicamento, onde o farmacêutico tem um papel-chave para a operacionalização destas atividades (OPS, 2013). Tais serviços, quando desenvolvidos e/ou coordenados por profissionais farmacêuticos, além de contribuir com a promoção do uso adequado do medicamento, podem produzir melhores resultados financeiros, no que diz respeito ao custo que o medicamento representa para os serviços de saúde e para a comunidade, aumentando a resolutividade dos sistemas de saúde (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Em um estudo recente, Peixoto e seus colaboradores (2022), evidenciaram que a presença do profissional farmacêutico potencializou tanto a disponibilidade de medicamentos quanto o atendimento de questões estruturais favoráveis aos SeFar.

Os SeFar, por definição, transcendem o entendimento do acesso puramente relacionado à disponibilidade do medicamento, ou ainda a mera entrega do produto (PEIXOTO et al., 2022). Da mesma forma, a necessidade da presença do profissional farmacêutico, apenas como um requisito legal, deve ser superada e compreendida pela gestão como parte do processo de atenção à saúde.

A existência de SeFar de qualidade depende não somente da presença do farmacêutico, mas também de sua inserção junto à equipe de saúde e sua interação/integração com o usuário. Dessa forma, os serviços de farmácia ofertados nas unidades de APS agregarão um maior sentido de integralidade às suas ações.

### **8.2.2 Aspectos relacionados à Institucionalização da AF**

A institucionalização da AF vem sendo induzida pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas através de uma série de iniciativas, entre elas estão a publicação da PNM e a aprovação da PNAF, como já mencionadas na fundamentação teórica deste trabalho. A PNAUM

apresentou alguns indicadores para avaliação do grau de institucionalização da AF municipal, entre eles foi considerado: 1) a existência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente instituída; e 2) a existência de relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME), padronizada a partir da CFT (KARNIKOWSKI et al., 2017; LIMA et al., 2017b; SOUZA et al., 2017).

As CFT são instâncias colegiadas e deliberativas constituídas, preferencialmente, por profissionais da saúde de diferentes áreas (enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, médicos em suas diversas especialidades), níveis de atenção (primária, secundária, terciária) e da gestão (BRASIL, 2006c; SOUZA et al., 2017).

De forma geral, a orientação é que a CFT seja constituída por profissionais com conhecimento em farmacologia, enfermagem, clínica médica das principais especialidades e economia em saúde (WHO, 2003). Segundo as recomendações da publicação “*Drug and therapeutics committees: A practical guide*” (2003), do Departamento de Medicamentos Essenciais e Política de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde, a CFT deve ser institucionalizada formalmente a partir de documentos oficiais, deve possuir regimento/regulamento interno, ter uma abordagem multidisciplinar, garantir a transparência de suas ações e deliberações e ter como uma de suas finalidades, a seleção dos medicamentos que farão parte da lista padronizada do município.

Por sua vez, a relação padronizada de medicamentos essenciais contribui para a promoção da qualidade da assistência, uma vez que orientará a aquisição na perspectiva da obtenção de medicamentos com a segurança, qualidade e efetividade requeridas, com o menor custo para o sistema, os melhores desfechos clínicos frente aos menores riscos à saúde e o maior acesso, visando à regularidade do abastecimento (BRASIL, 2001; LIMA et al., 2017b).

Os achados de Niterói demonstram que o município atendeu aos dois indicadores relacionados: possui CFT instituída formalmente e REMUME. Porém, quando analisado frente ao indicador de acesso aos medicamentos da PNAUM, que considerou a atualização da lista de medicamentos essenciais com frequência máxima de dois anos (BARROS et al., 2017), Niterói não atendeu a esse aspecto.

Como uma das induções para a constituição da CFT é a participação de profissionais de diferentes categorias e níveis de atenção, os participantes das entrevistas no PMF foram questionados sobre o conhecimento do processo de elaboração da REMUME de Niterói, e todos informaram não ter conhecimento e nem participação.

O procedimento de solicitação de alteração da REMUME, seja por inclusão ou exclusão de medicamentos ou, ainda, na indicação de uso, é um outro produto a ser considerado nas

deliberações da CFT. A definição dos critérios e divulgação do fluxo para a solicitação da inclusão e/ou exclusão de medicamentos da lista para os profissionais da rede de saúde, é uma etapa fundamental para que o processo ocorra de forma a produzir melhores resultados (MARIN et al., 2003).

Diante do exposto, podemos avaliar que o PMF encontra-se abaixo da média nacional (47,8%), uma vez que todos os profissionais entrevistados informaram não ter conhecimento dos procedimentos formais para a realização dessas solicitações (KARNIKOWSKI et al., 2017).

Nesse sentido, é importante ressaltar a ampla colaboração que os profissionais de saúde podem trazer para a construção de indicadores que apontem para as necessidades relacionadas aos medicamentos como resultado da interação com os usuários das unidades onde atuam. Segundo Nelly e seus colaboradores (2003), promover a participação dos profissionais das equipes de saúde, envolvendo-os no processo de seleção, agregará valor técnico ao trabalho, além de torná-los corresponsáveis.

Os SeFar realizados nas unidades, quando bem estruturados, também são importantes geradores de informações acerca das necessidades da população por medicamentos, e podem apontar para os ajustes necessários na seleção e padronização.

Quanto à lista padronizada atender as demandas do município, vale comparar os resultados obtidos na PNAUM e no PMF. Enquanto 70,9% dos profissionais participantes da PNAUM, que realizavam a dispensação de medicamentos, concordavam que a lista padronizada atendia às demandas de saúde de seus municípios, somente 13,0% dos médicos consideraram o mesmo (KARNIKOWSKI et al., 2017). Já no PMF, 57% dos entrevistados afirmaram que a lista atendia, parcialmente, a demanda, e 29% entenderam que a demanda era totalmente atendida.

A partir desses resultados, vale apresentar as hipóteses levantadas no inquérito nacional (PNAUM), pois talvez sejam as mesmas que possam ter ocorrido no PMF. Segundo Karnikowski e seus colaboradores (2017), uma vez que o prescritor possui a prerrogativa de adaptar, ou não, a escolha do medicamento à sua disponibilidade na relação municipal ou no estoque na unidade. Assim, duas situações podem ter acontecido: 1) Ocorrendo a adaptação da prescrição, o usuário se dirige à farmácia já com a solicitação do que irá encontrar; 2) Não havendo a alteração da escolha terapêutica ao que se tem disponível na lista padronizada ou no estoque da unidade, o paciente pode ser orientado a comprar o medicamento, não passando na farmácia da unidade.

Ambas as situações podem influenciar a percepção do responsável pela entrega de medicamentos, levando-o a considerar que a lista padronizada atende à necessidade dos usuários do serviço. Nesse sentido, o tema precisará de maior aprofundamento e metodologia de análise para extrair resultados que possam responder melhor à questão da percepção do grau de atendimento da relação de medicamentos essenciais às necessidades da população.

A REMUME foi encontrada na maioria dos dispensários do PMF (67%), porém em nenhum dos consultórios. Da mesma forma, não foram encontrados em nenhum local das unidades com PMF, publicações ou protocolos sobre a utilização de medicamentos para consulta dos profissionais, incluindo o Formulário Terapêutico Nacional. Esse resultado se mostrou muito inferior ao encontrado na PNAUM (46,2%) (LIMA et al., 2017b).

Tais instrumentos podem ajudar na promoção do uso apropriado do medicamento, tanto no que diz respeito à prescrição quanto à dispensação, uma vez que devem ser isentas de conflitos de interesse e se apoiam em evidências científicas, apresentando um consenso quanto ao tratamento e ao uso adequado dos medicamentos neles apresentados (KARNIKOWSKI et al., 2017; SOUZA et al., 2017).

Outros componentes estruturantes para a institucionalização da AF são abordados por alguns autores, como a formalização da AF no organograma da Secretaria Municipal de Saúde; a legalização da rede farmacêutica municipal, frente aos órgãos pertinentes; a participação em instâncias deliberativas da saúde, como os Conselhos de Saúde; e a presença da AF nos Planos Municipais de Saúde (BARROS et al., 2017; BRASIL, 2009c; SOUZA et al., 2017). No que diz respeito à elaboração do Plano Municipal de Saúde, é importante ressaltar que é uma obrigação legal dos governos, e integra o sistema de planejamento do SUS (BRASIL, 2009f).

A PNAUM demonstrou que, em 39,1% dos municípios, a AF não fazia parte da temática discutida no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, e que em 18%, não constava nos planos municipais (GERLACK et al., 2017). Todavia, um melhor resultado foi obtido no município de Niterói.

Ao analisar o Plano Municipal de Saúde Participativo (PMSP) 2022-2025, foram encontradas duas metas diretamente relacionadas à AF do município:

- 1) Meta 27 - Promover a atualização e ampliação da relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME);
- 2) Meta 31 - Implantar assistência farmacêutica em 100% da rede de atenção primária à saúde.

A meta 31 diz respeito às ações para implantação da assistência farmacêutica nas unidades de saúde com o PMF, incluindo o aumento da força de trabalho de profissionais exclusivos para os serviços de farmácia, entre eles, o farmacêutico (NITERÓI, 2022).

O processo de institucionalização da AF assume um caráter transversal no sistema de saúde, uma vez que seus procedimentos e rotinas perpassam diversos espaços operativos dos serviços oferecidos nas unidades (SOUZA et al., 2017). Tal processo precisa ir além da garantia da criação de estruturas formais (CFT e lista de medicamentos essenciais padronizadas instituídas, entre outros). Ainda, a sustentabilidade da área precisa ser pautada permanentemente nas instâncias político-administrativo e social, buscando a implementação constante do setor.

É certo, que isso se dá através da organização de serviços farmacêuticos contundentes com as necessidades da população, com sua estrutura e mecanismo de financiamento garantidos, além de ferramentas e instrumentos que permitam a gestão dos recursos de forma adequada e sem perdas e que possibilitem o envolvimento e participação do controle social (BARROS et al., 2017; GERLACK et al., 2017; SOUZA et al., 2017).

### **8.2.3 Aspectos relacionados à promoção do uso racional de medicamentos no PMF**

De acordo com a OMS, o uso apropriado do medicamento, para que se concretize, é necessário o envolvimento dos agentes participantes: o prescritor, o dispensador e o paciente (PORTUGAL et al., 2019). O processo se inicia com o prescritor, a partir da observação das condições clínicas do paciente e de suas necessidades individuais, tendo como objetivo a escolha correta do tratamento: medicamento, dosagem e tempo de uso.

A próxima etapa, é incluir o dispensador, que precisará estar atento para não cometer erros de dispensação, seja na troca do produto ou na quantidade entregue ao paciente, uma vez que o tratamento precisa acontecer no período indicado. Quanto às orientações e certificação do entendimento do usuário sobre a sua condição clínica, utilização e forma de armazenamento corretas, os profissionais prescritor e dispensador são conjuntamente responsáveis.

E por último, e não menos importante, ao paciente, cabe estar atento às explicações, tirar dúvidas que, porventura, venham a aparecer e se responsabilizar pelo seu autocuidado, utilizando o medicamento como orientado. As etapas do uso apropriado do medicamento têm como principal finalidade garantir a compreensão do paciente da importância da adesão ao tratamento (PORTUGAL et al., 2019).

A adesão tem sido um desafio para as equipes de saúde, uma vez que não existe nenhuma estratégia que possa garanti-la 100% (POLEJACK; SEIDL, 2010). Aderir a um tratamento pressupõe aceitar a terapêutica escolhida e utilizá-la de forma apropriada. Nesse sentido, vários são os fatores que poderão influenciar na adesão ao tratamento, entre eles estão: a características da farmacoterapia e da condição de saúde do paciente, bem como as suas peculiaridades; os fatores socioeconômicos e culturais; e os aspectos do relacionamento estabelecido entre o paciente e o profissional/equipe de saúde (KURITA; PIMENTA, 2003). A OMS aponta que menos de 60% dos pacientes com diabetes e menos de 40% dos pacientes hipertensos seguem as prescrições corretamente (SABATÉ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Diante do exposto, tornam-se fundamentais ações voltadas a proporcionar a reflexão sobre a importância da adesão, e seus impactos na saúde do paciente, assim como a inclusão de metodologias para realização do seu monitoramento, a fim de produzir os melhores resultados a partir do tratamento medicamentoso.

Foram mapeados nesta pesquisa aspectos que dizem respeito ao uso racional de medicamentos relacionados ao comportamento dos usuários. Os entrevistados foram questionados sobre a ocorrência de solicitação de prescrição por parte dos usuários do PMF, onde 95% entrevistados informaram ocorrer com alguma frequência. Quando questionados sobre a solicitação de troca de prescrições já existentes, todos os profissionais do PMF informaram que os usuários solicitam troca, com variação na frequência de solicitação (10% repetidamente, 57% às vezes e 33% raramente).

Quanto às classes terapêuticas que apareceram com maior frequência, tanto na solicitação quanto na troca de prescrição estão: os antibióticos (25% e 30% respectivamente) e anti-hipertensivos (23% e 32% respectivamente). Quando questionados sobre os possíveis motivos que levavam os usuários a realizarem tais solicitações, 64% dos profissionais consideraram que seria por pessoas conhecidas utilizarem o medicamento, 55% o medicamento não estar fazendo efeito e 38% por reações adversas. Sobre a percepção dos usuários seguirem corretamente a prescrição dos medicamentos 69% dos profissionais entrevistados consideraram que seguem repetidamente e 21% às vezes.

Esses dados tornam evidente a necessidade de um trabalho voltado para a orientação do uso racional de medicamentos assim como o acompanhamento de sua utilização, tanto para os usuários quanto para a equipe de saúde. Nesse sentido, torna-se importante salientar que utilização não racional de medicamentos pode acarretar diversos impactos indesejáveis à saúde

da população, entre eles podemos citar os eventos adversos evitáveis, intoxicações, resistência microbiana, levando a internações devido ao mau uso do medicamento (LIMA et al., 2017b).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), indicam que mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente (BRASIL, 2012). Dentre os fatores responsáveis por estes indicadores estão: prescrições que não foram baseadas em evidências científicas; diagnósticos incompletos; escolhas terapêuticas inadequadas; pacientes realizando buscas de tratamento medicamentoso por conta própria, sem a avaliação de profissionais habilitados (BRASIL, 2012).

Segundo Araújo e seus colaboradores (2022), estima-se que aproximadamente 80% das prescrições de antibióticos ocorram na APS. Dentre os motivos das prescrições estão: as suspeitas de infecções respiratórias; infecções urinárias; prescrições inadequadas de antibióticos realizadas pelo receio de complicações; e atender às solicitações dos pacientes (ARAÚJO et al., 2022).

Quanto à realização de grupos com usuários do PMF que abordem o uso de medicamentos, 36% das unidades realizam de forma incipiente (às vezes ou raramente) e 19% informaram nunca ter realizado.

Nas unidades com a ESF, a prática de educação em saúde, realizada através dos grupos, é uma das estratégias de ações de promoção da saúde. Tal processo permite a construção coletiva do cuidado e autocuidado a partir da reflexão e ressignificação dos saberes dos participantes, sejam eles profissionais de saúde ou pacientes. Os usuários nesses espaços devem atuar como atores centrais e corresponsáveis na tomada de decisão dos seus processos de saúde, principalmente no que diz respeito ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não (ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012). Temáticas que envolvam o uso apropriado do medicamento e a adesão ao tratamento são pertinentes e necessárias nesses espaços.

A APS confere aos profissionais de saúde e a seus usuários um maior protagonismo na condução do cuidado (GOMES et al., 2011b). Nesse contexto, os SeFar, conduzido por um profissional farmacêutico qualificado, pode contribuir na avaliação das prescrições, a fim de propor estratégias relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos para as equipes e os usuários, oferecendo informação e orientação sobre a melhor escolha terapêutica, além de contribuir na adesão ao tratamento e utilização adequada.

### 8.3 RECOMENDAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SEFAR NO MUNICÍPIO DE NITERÓI

→ A organização dos SeFar no âmbito municipal deve ser trabalhada de forma a:

- Garantir o acesso equitativo aos medicamentos e às ações relacionadas ao cuidado farmacêutico, contribuindo para melhorias nos resultados terapêuticos e de saúde;
- garantir a manutenção dos SeFar na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção;
- garantir a disponibilidade dos medicamentos de acordo com as necessidades do território onde os SeFar estão instalados, bem como a manutenção de sua qualidade e conservação;
- deslocar a centralidade das ações restritas exclusivamente à provisão do acesso ao medicamento, para o cuidado voltado às necessidades individuais e coletivas, ampliando o seu escopo de atuação;
- ofertar os SeFar baseados no indivíduo, família e comunidade, ampliando a oferta de serviços qualificados à população;
- desenvolver os recursos humanos envolvidos com os SeFar;
- possibilitar uma atenção integral e integrada, comprometida com os melhores resultados em saúde;
- promover o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo;
- expandir a relação dos SeFar com as equipes de saúde, favorecendo a interdisciplinaridade, com um caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial;
- promover a integração da equipe de saúde com a equipe de farmácia, possibilitando as intervenções farmacêuticas;
- estabelecer processos que possibilitem a atuação dos profissionais da farmácia junto à rede de atenção à saúde, de forma a acompanhar a utilização da farmacoterapia e sua adesão;
- elaborar normas técnicas e administrativas, procedimentos operacionais padronizados e instrumentos de controle referentes aos SeFar;
- garantir a efetividade e segurança dos medicamentos, bem como o acompanhamento de sua utilização;
- garantir a obtenção, avaliação e disseminação de informações qualificadas sobre os medicamentos, para que sejam trabalhadas de forma a promover a educação em saúde para a equipe da unidade e seus usuários;

- produzir informações epidemiológicas, administrativas e gerenciais para melhor qualificar o planejamento, implantação, gestão, avaliação e implementação dos SeFar;
- promover meios para que se desenvolvam habilidades de comunicação e atuação interdisciplinar entre os membros da equipe;
- fortalecer a formação de vínculo entre os profissionais da unidade e os usuários do serviço;
- estruturar atividades de educação permanente e de promoção do uso racional de medicamentos;
- participar de programas de farmacovigilância e garantia de segurança do paciente;
- criar e manter uma Comissão permanente de Farmácia e terapêutica, com a finalidade de analisar o perfil de utilização de medicamentos no território, a fim de elaborar e revisar periodicamente a relação de medicamentos essenciais;
- estabelecer processos que deem subsídios e orientação à automedicação responsável;
- promover a educação permanente de recursos humanos para as atividades de SeFar;
- implementar medidas necessárias para a correta destinação dos resíduos de medicamentos;
- garantir as condições ambientais e de gestão de estoque adequadas;
- participar do desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas na área de AF e SeFar;
- garantir a regularidade técnica dos locais de dispensação de medicamentos;
- garantir a presença do profissional farmacêutico em todo o processo do ciclo da assistência farmacêutica, bem como nas unidades onde se desenvolvam os SeFar;
- criar normas que regulem a entrada de representantes de laboratório farmacêuticos e distribuidoras de medicamentos e a distribuição de amostras grátis nas unidades de saúde;
- promover a participação dos profissionais das equipes de saúde na CFT, envolvendo-os no processo de seleção e construção da REMUME;
- elaborar e distribuir para as unidades de saúde protocolos sobre a utilização de medicamentos para consulta dos profissionais, incluindo o Formulário Terapêutico Nacional;
- garantir a participação dos profissionais envolvidos com a AF farmacêutica municipal em instâncias deliberativas da saúde, como os Conselhos de Saúde, bem como a presença de temas relacionados à AF nos Planos Municipais de Saúde;
- promover a sustentabilidade dos SeFar a partir das instâncias político-administrativo e social, bem como a participação do controle social junto às discussões sobre o desenvolvimento dos serviços;

- assegurar a estrutura do SeFar a partir de mecanismos que garantam o seu financiamento, bem como, ferramentas e instrumentos que permitam a gestão dos recursos de forma adequada e sem perdas;
- desenvolver e apoiar programas e atividades de prevenção de doenças e promoção e proteção à saúde do usuário e da comunidade;
- desenvolver e implementar um sistema de gestão da qualidade para os SeFar;
- participar na seleção de medicamentos e na avaliação de tecnologias de saúde;
- participar da concepção, acompanhamento e avaliação de ensaios clínicos, promovendo e respeitando os princípios bioéticos;
- planejar, implementar, gerenciar e avaliar os SeFar de forma integrada com o RAS, e promover sua efetiva integração ao sistema;
- responder às situações de prevenção e mitigação de desastres e emergências de saúde;
- implementar as medidas necessárias para o descarte adequado de resíduos de medicamentos e insumos essenciais;
- incorporar os SeFar aos componentes das políticas farmacêuticas municipais;
- buscar a implementação do setor, através da organização SeFar de acordo com as necessidades da população;
- incluir a AF e localizar os SeFar no organograma da Secretaria Municipal de Saúde;
- construir um instrumento de referência sobre os SeFar na Atenção Básica, incluindo-o na carteira de serviços da APS (PEREIRA et al., 2021).

→ Em relação aos espaços destinados à farmácia, esses devem dispor de:

- Infraestrutura adequada à execução das atividades inerentes ao setor (mobiliários, equipamentos e recursos humanos);
- controle e registro de temperatura ambiente e umidade;
- controle e registro de temperatura da geladeira;
- controle e monitoramento dos medicamentos;
- controle e gestão de estoque;
- procedimentos operacionais padrão para todas as atividades desenvolvidas na farmácia, incluindo as Boas Práticas de Dispensação e Boas Práticas de Armazenamento;
- acesso independente, de forma a não permitir a circulação desnecessária de pessoas no ambiente (BRASIL, 2008a);
- área para estocagem - com dimensão mínima de 6 m<sup>2</sup> (BRASIL, 2008a);

- área de dispensação e de orientação quanto ao uso correto de medicamentos - com dimensão mínima de 10 m<sup>2</sup> (BRASIL, 2008a).

→ Os SeFar técnicos-gerenciais nas unidades de saúde deverão contemplar as seguintes ações:

- planejamento e gestão das ações de AF e SeFar;
- programação de medicamentos;
- solicitação de medicamento;
- recebimento dos medicamentos;
- armazenamento dos medicamentos;
- distribuição dos medicamentos na unidade de saúde;
- inventário dos medicamentos;
- controle de estoque dos medicamentos;
- descarte de medicamentos inservíveis.

→ Os SeFar técnicos-assistenciais nas unidades de saúde deverão contemplar minimamente as atividades abaixo:

- Dispensação de medicamentos aos pacientes;
- orientação farmacêutica sobre o uso apropriado do tratamento medicamentoso;
- seguimento farmacoterapêutico;
- atividades técnico-pedagógicas em saúde para profissionais e usuários (grupos);
- educação permanente dos recursos humanos que atuam nos SeFar;
- suporte técnico, matriciamento, aconselhamento e medidas de prevenção para as equipes de saúde;
- produção da informação;
- Clínica Farmacêutica, incluindo revisão da farmacoterapia e tomada de decisão clínica, diagnóstica e/ou terapêutica;
- farmacoepidemiologia;
- farmacovigilância;
- gestão e coordenação do cuidado;
- atendimento individual e conjunto;
- visita domiciliar;
- reunião de equipe;
- discussão de casos;

- articulação intra e intersetorial.

#### 8.4 LIMITAÇÕES

Dentre as limitações deste estudo, podemos citar o fato de que os dados obtidos sobre os componentes da AF foram coletados a partir da percepção dos profissionais e não por observação direta, diferentemente da caracterização da infraestrutura.

Outro ponto foi a escolha do profissional que respondeu ao instrumento de coleta de dados, o qual foi definido de acordo com a disponibilidade no momento da visita à unidade.

Por sua vez, a elaboração do roteiro para o PMF trouxe alguns desafios para a condução do estudo, uma vez que foi estruturado a partir dos roteiros da PNAUM, que eram direcionados para categorias/cargos específicos, como por exemplo o questionário para o responsável pela Assistência Farmacêutica; o questionário para médicos das unidades básicas de saúde; o questionário para o profissional responsável pela dispensação de medicamentos na farmácia pública municipal ou farmácia da UBS; além do formulário de observação da farmácia e/ou unidade de dispensação. O roteiro do PMF mesclou perguntas dos instrumentos da PNAUM citados, e só se sabia a categoria que iria responder ao roteiro no momento da visita. Além disso os instrumentos de referência possuíam perguntas direcionadas ao farmacêutico ou profissionais que atuavam exclusivamente nas unidades dispensadoras, o que não aconteceu no município de Niterói.

A escassez de pesquisas que permitissem analisar a prática dos SeFar em Niterói, sobretudo o seu grau de institucionalização no município, também pode ser considerada como uma limitação para a comparação dos achados desse estudo.

Indo além, mais um ponto que pôde ter comprometido a análise relacionada à disponibilidade de medicamentos por parte dos entrevistados foi a não observação da lista de medicamentos essenciais frente ao abastecimento das unidades. Concluindo, apesar de não ter sido um objetivo dessa pesquisa, a pergunta sobre a disponibilidade ficou restrita somente sob a ótica dos entrevistados.

Uma das análises que também apresentou limitações foi a percepção dos entrevistados quanto ao grau em que a lista padronizada do município atendia às necessidades da população. Uma metodologia mais adequada deve ser utilizada para que esse levantamento atenda ao seu objetivo.

É importante registrar que esta pesquisa foi uma “fotografia” de como estavam organizados os serviços de farmácia desenvolvidos no PMF de Niterói. O estudo se deu num

momento específico em que as políticas municipais estavam sendo revistas e implementadas. Prova disto foi a inclusão de metas do PMS diretamente relacionadas à ampliação da força de trabalho exclusiva para os SeFar, incluindo o farmacêutico, para o PMF. Nesse sentido, outros estudos são recomendados, em momentos futuros, para avaliação das mudanças propostas pela PMS.

Apesar das limitações aqui descritas, o presente estudo apresentou um panorama inédito na literatura sobre os SeFar no PMF de Niterói, onde foi possível obter dados de uma amostra significativa de unidades com o Programa, permitindo, assim, conhecer a percepção e perspectiva de diferentes profissionais de saúde, possibilitando levantar algumas evidências que podem servir para auxiliar no aprimoramento dos SeFar do município.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa foi possível evidenciar alguns aspectos que devem direcionar a organização da oferta de SeFar de qualidade para população. O levantamento da infraestrutura das farmácias das unidades do PMF, assim como os componentes que estruturam os serviços de AF, compuseram um processo inicial de diagnóstico que buscou trazer subsídios para a indução de melhorias para os SeFar em Niterói.

O PMF não conta com farmacêutico em nenhuma das etapas dos serviços de apoio e atenção à saúde (controle de estoque, programação, solicitação, armazenamento, entrega de medicamentos, orientação farmacoterapêutica, matriciamento etc.). A realização de atividades clínicas e de promoção da saúde, relacionadas ao armazenamento e uso dos medicamentos, se constituem em um desafio para as equipes de saúde do município. A reorganização dos SeFar no PMF, deve garantir, além da disponibilidade do medicamento, a relação direta do usuário e da equipe com o profissional farmacêutico. Esse último deve ser compreendido não somente como dispensador, mas também como um recurso que gera benefícios consideráveis de ordem clínica e econômica.

Apesar de alguns indícios de institucionalização da AF em Niterói, demonstrados por este estudo, a participação dos profissionais de saúde das unidades do PMF na elaboração das listas padronizadas de medicamentos, assim como a participação popular em temas relacionados a AF, mostrou-se como um fator a ser superado.

Os resultados evidenciados por esta pesquisa apontam para a necessidade de maior investimento na infraestrutura das farmácias do PMF. A adequação dos espaços físicos destinados aos SeFar mostrou-se o maior desafio para a gestão local, a saber: a área de espera dos usuários pelo atendimento da farmácia; as dimensões do local destinado ao armazenamento de medicamentos; e a inexistência de espaço para a dispensação.

Além disso, outros fatores como a carência de equipamentos necessários para o adequado armazenamento (ar-condicionado, termo-higrômetro etc.); a indisponibilidade de computador e procedimentos operacionais (recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos, entre outros) nos dispensários; somados a ausência de equipe exclusiva para os SeFar, apresentam-se como pontos que precisam de melhorias, para que se alcance melhores resultados em saúde.

A institucionalização dos SeFar, sobretudo na Atenção Primária do SUS, deve ser uma imagem-objetivo almejada pelos gestores municipais, tendo a farmácia como um espaço de serviço de saúde. Para tal, todas as atividades relacionadas aos medicamentos e ao seu uso

adequado devem ser entendidas como parte do processo de atenção à saúde, além de serem consideradas como um fator essencial para a resolutividade do cuidado.

Nesse sentido, parâmetros para a qualificação técnica dos serviços e profissionais devem ser desenvolvidos. Para que o acesso ocorra na sua totalidade, os SeFar precisam garantir o acolhimento adequado, para formação de vínculo e desenvolvimento do autocuidado. Ainda, a integração multiprofissional, a gestão do cuidado e a clínica farmacêutica, com o propósito de promover o uso racional de medicamentos, devem ser entendidos como elementos orientadores para a estruturação dos SeFar.

Este estudo possibilitou a identificação de fatores condicionantes à consolidação dos SeFar, especialmente os tidos como críticos para qualificação de suas ações no âmbito municipal. Os resultados e discussão aqui apresentados, visaram fornecer informações acerca dos serviços de farmácia executados e oferecidos para a população nas unidades do PMF, bem como elencar parâmetros e diretrizes que devem orientar a sua estruturação, com a finalidade de favorecer o seu aprimoramento e evidenciar lacunas nas políticas do setor.

## REFERÊNCIAS

ACURCIO, F.D.A. **Medicamento e assistência farmacêutica**. 1. ed. Belo Horizonte: Coopemd, 2003.

ALENCAR, T.O.S. et al. Descarte de medicamentos: uma análise da prática no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2157-2166, jul. 2014.

ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 401-408, jun. 2012.

ARAÚJO, A.L.A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl, p. 611-617, abr. 2008.

ARAÚJO, B.C. et al. Prevenção e controle de resistência aos antimicrobianos na Atenção Primária à Saúde: evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 299-314, jan. 2022.

ARAÚJO, P.S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2, 22 set. 2017a.

ARAÚJO, S.Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, abr. 2017b.

ARRAIS, P.S.D. O uso irracional de medicamentos e a farmacovigilância no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1478-1479, out. 2002.

ARRAIS, P.S.D.; BARRETO, M.L.; COELHO, H.L.L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 927-937, abr. 2007.

BARBERATO, L.C.; SCHERER, M.D.A.; LACOURT, R.M.C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, out. 2019.

BARRETO, J.L.; GUIMARÃES, M.C.L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010.

BARROS, R.D. et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2, 22 set. 2017.

BERMUDEZ, J.A.Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1949, jun. 2018.

BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. Assistência Farmacêutica. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, v. 29, p. 1100.

BERNARDI, C.L.B.D.; BIEBERBACH, E.W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17<sup>a</sup>. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, jan-abr. v. 15, n.1, p. 73–83, 2006.

BITTENCOURT, R.A. **Avaliação da assistência farmacêutica no município de Uruguaiana - RS**. 2014, 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina Universidade Federal de Pelotas, 2014.

BITTENCOURT, R.A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.

BOING, A.C. et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2013, p. 11.

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 147-156, jan. 2012.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259-268, fev. 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-lei nº 312 de 28 de fevereiro de 1967**. Autoriza a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social e dá outras providências. 1967a.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 60.501 de 14 de março de 1967**. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social (Decreto nº 48.959-A de 19 de setembro de 1960), e dá outras providências. 1967b.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971**. Institui a Central de Medicamentos (CEME). jun. 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. 1973.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 30 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. 1990.

BRASIL. **Farmácia Básica Programa 1997/98**. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_07.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_07.pdf). Acesso em: 9 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. 1999a, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.077, de 24 de agosto de 1999**. Institui o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 102, de 30 de novembro de 2000**. 2000, p. 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. **Política federal de assistência farmacêutica: 1990 a 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, 6 de maio de 2004**. Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.105, de 05 de julho de 2005**. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos nesse nível de atenção à saúde. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.084/GM de 28 de outubro de 2005**. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. 2005b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006b, p. 31.

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

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. 2006d.

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. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007.** Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. 2007b.

BRASIL. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde - Saúde da Família.** Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008.** Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.981, de 26 de novembro de 2009.** Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009.** Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. 2009b.

BRASIL. **Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 60, de 26 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a produção, dispensação e controle de amostras grátis de medicamentos e dá outras providências. 2009e.

BRASIL. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. 2012, p. 158.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013b.

BRASIL. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. caderno 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014**. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mensagem nº 232, de 8 de agosto de 2014**. 2014c.

BRASIL. **Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica: introdução, método e instrumentos**. Caderno 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica:** resultados. Caderno 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.001, de 3 de agosto de 2017.** Altera a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017d.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017e.

BRASIL. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação.** Brasília: Ministério da Saúde, p.127, 2018a.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 828, de 17 de abril de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. 2020.

BRUNS, S.F.; LUIZA, V.L.; OLIVEIRA, E.A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 745-765, jun. 2014.

CAETANO, M.C.; SILVA, R.M.; LUIZA, V.L. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300420, 2020.

CARVALHO, A. Niterói terá concurso público para Médico de Família até dezembro. A **Tribuna RJ**, 7 jun. 2017. Disponível em: <https://www.tribunarj.com.br/niteroi-tera-concurso-publico-para-medico-de-familia-ate-dezembro/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

CARVALHO, M.N. et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 154–162, jun. 2016.

CARVALHO, L.D. **Infrações éticas**: Estudo de caso de visitas técnicas do Conselho Regional de Farmácia do estado de Minas Gerais. Minas Gerais: Universidade de Uberaba, 2019.

CARVALHO, M.N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.

CHAVES, L.A. **Desabastecimento de medicamentos no Brasil e no mundo**: uma reflexão sobre suas causas e estratégias de enfrentamento para a garantia do acesso a medicamentos. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: ENSP - Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

CONAMA. **Resolução CONAMA nº. 358, de 29 de abril de 2005**. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. 2005.

CONASEMS. **Nota Jurídica CONASEMS**. Assunto: Presença de farmacêutico nos dispensários públicos e obrigatoriedade de entrega de medicamentos por farmacêutico. Brasília, 6 jul. 2017.

CONASEMS. **Nota Técnica CONASEMS** - Portaria nº 828/2020. Assunto: Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 27 abr. 2020.

CONASS (ED.). **Assistência farmacêutica no SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007.

CONASS (ED.). **Assistência farmacêutica no SUS**: para entender a gestão do SUS. 1. ed. Brasília, Brazil: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

COSENDEY, M.A.E. **Análise da implantação do programa farmácia básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

COSTA, E.A. et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017a.

COSTA, E.A. et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017b.

D'ÁVILA, L.S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 401-416, fev. 2014.

DRESCH, C. **A farmacovigilância e a atenção primária à saúde: diálogo possível e necessário**. 2006, p. 18.

EMMERICK, I.C.M. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

FAGUNDES, M.J.D. et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 221-229, mar. 2007.

FESAÚDE. **Contrato de Gestão nº. 01/2020** - Fundação Estatal de Saúde. Disponível em: <http://www.fesaude.niteroi.rj.gov.br/>. Acesso em: 5 mar. 2021.

FOLHA. Concurso FeSaúde Niterói RJ tem parcial de 49 mil inscritos. **Folha dirigida**, 2021. Disponível em: <https://folhadirigida.com.br/concursos/noticias/fesaude-niteroi/concurso-fesaude-niteroi-rj-tem-parcial-de-49-mil-inscritos>. Acesso em: 22 ago. 2022.

FOMEL, R. Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense. **Memória informações UFF**. Disponível em: <http://www.memoria.uff.br/images/documentos/huap.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

FRANÇA FILHO, J.B. et al. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 1, p. 105-113, mar. 2008.

FRANCELINO, E.V. **Centro de Farmacovigilância do Ceará: Análise do perfil de Reação Adversa a Medicamento e Queixa Técnica**. 2007, p. 136.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS; PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) do Município de Niterói**. 2015. Disponível em: <https://urbanismo.niteroi.rj.gov.br/anexos/Plano%20Diretor/Revis%C3%A3o%20PD/diagnostico-tecnico-volume-2-3.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI. **Carteira de serviços do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói: versão profissionais de saúde e gestores.** Eduff Institucional, 2021.

GERLACK, L.F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.

GOMES, K.O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl. 1, p. 881-892, 2011a.

GOMES, K.O. et al. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl. 1, p. 881-892, 2011b.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 173-191, abr. 2007.

IBGE. **IBGE. Cidades@. Rio de Janeiro. Niterói. Panorama.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/niteroi/panorama>. Acesso em: 9 ago. 2021.

IRITANI, D.R. et al. Análise sobre os conceitos e práticas de Gestão por Processos: revisão sistemática e bibliometria. **Gestão & Produção**, v. 22, n. 1, p. 164-180, mar. 2015.

KARNIKOWSKI, M.G.O. et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.

KORNIS, G.E.M.; BRAGA, M.H. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar., 2008.

KURITA, G.P.; PIMENTA, C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 2b, p. 416-425, jun. 2003.

LEITE, S.N. et al. **Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal, a experiência em Santa Catarina.** Florianópolis, SC: Editora UFSC, 2015.

LEITE, S.N. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017a.

LEITE, S.N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017b.

LEITE, S.N. et al. Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica em pauta: contribuições da sociedade para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4259-4268, dez. 2018.

LIMA, É.D.D. et al. Farmácia clínica em ambiente hospitalar: enfoque no registro das atividades. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 8, n. 4, 2017a.

LIMA, M.G. et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017b.

LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: OLIVEIRA, M.A., BERMUDEZ, J.A.Z.; ESTHER, A. **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, p. 45-67, 2004.

MAIA, D.A.; VALENTE, G.S.C. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 20, n. 2, 2018.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, S.B.; DALLARI, S.G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, fev. 2007.

MELLO, I. **Fundação Estatal de Saúde de Niterói é aprovada em meio a polêmica**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/bairros/fundacao-estatal-de-saude-de-niteroi-aprovada-em-meio-polemica-15771685>. Acesso em: 22 ago. 2022.

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**, v. 22, n. 1, p. 235-244, jan. 2017.

MENDES, L.V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, 2014a.

MENDES, L.V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, 2014b.

MENDONÇA, M.H.M. et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 612p., 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB 01/1991**. Brasília: Ministério da Saúde. 1991a.

\_\_\_\_\_. **Ata da 1ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991b.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB 01/1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB 01/1993**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **1a. conferência nacional de medicamentos e assistência farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2005.

MOREIRA, K.S. et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 29 jun. 2017.

NASCIMENTO, R.C.R.M. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017.

NETO, E.F. **O Programa Médico de Família (PMF) em Niterói: o território nas práticas em saúde pública no Preventório**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Niterói, RJ: Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal Fluminense, 103f., 2014.

NITERÓI. Câmara Municipal. **Lei Ordinária nº 3.133 de 13 de abril de 2015**. Autoriza o poder executivo a instituir a Fundação Estatal de Saúde do município de Niterói, do estado do Rio de Janeiro. 2015.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Niterói. **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021**. 2017.

\_\_\_\_\_. Prefeito. **Decreto nº 13.323, de 27 de agosto de 2019**. Aprova o Estatuto da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - FESAÚDE. 2019.

\_\_\_\_\_. **D.O. 31 de março 2021**. 2021.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde Participativo (2022-2025)**. Prefeitura de Niterói, 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 & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl. 3, p. 3561-3567, nov. 2010.

OLIVEIRA, M.P.R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547-559, dez. 2016.

OLIVEIRA, M.A.; BERMUDEZ, J.A.Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 113 p., 2007.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

OMS. **Declaração da Alma-Ata**. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, 1978.

\_\_\_\_\_. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Informe de un grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi: Organización Mundial de La Salud, 1988.

OPS (ED.) **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, Brasil, 2005.

\_\_\_\_\_. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. Documento de posición de la OPS/OMS. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2013.

PEIXOTO, R.T. et al. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 358-375, abr. 2022.

PEREIRA, L.R.L. et al. **Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na atenção básica**. Brasília/DF: CONASEMS, 2021.

PEREIRA, N.C. **Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

\_\_\_\_\_. **Análise da Implementação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária Brasileira**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

PEREIRA, N.C.; LUIZA, V.L.; CRUZ, M.M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 451-468, jun. 2015.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1201-1208, jun. 2010.

PORTUGAL, J.L. et al. Promoção do uso racional de medicamentos dispensados na farmácia da 2ª Regional de Saúde do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 140-147, 17 jul. 2019.

RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan. 1997.

RIBEIRO, K.G.; AGUIAR, J.B.; ANDRADE, L.O.M. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 21 dez. 2018.

ROCHA, W.H. **Fatores que podem influenciar a disponibilidade dos medicamentos essenciais na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2019. Dissertação (mestrado) - Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2019a.

\_\_\_\_\_. **Fatores que podem influenciar a disponibilidade dos medicamentos essenciais na atenção primária à saúde (APS) do sistema único de saúde (SUS)**. Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica - Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2019b.

ROMAN, C.F. ATIVIDADES REALIZADAS POR FARMACÊUTICOS EM UMA FARMÁCIA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – SC. **REVISTA DE SAÚDE DOM ALBERTO**, v. 4, n. 1, p. 146-459, 17 jun. 2019.

SÁ, M.S.; SOUSA, V.B.; BRITTO, M.H.R.M. Importância do farmacêutico na Atenção Primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 17, n. 3, p. 131-135, 30 set. 2019.

SABATÉ, E.; WORLD HEALTH ORGANIZATION (EDS.). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

SANTANA, M.M. **A força vinculante das resoluções do conselho de farmácia**. Tocantins: Centro Universitário Luterano de Palmas, 2017.

SANTOS, R.I. **Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. 2011. Tese (Doutorado em Farmácia) - Florianópolis, SC: Centro de Ciências em Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina, 173 f., 2011.

SMS/RJ. **Manual de Instruções, Diretrizes e Procedimentos Operacionais da Assistência Farmacêutica**. Prefeitura da Cidade do Rio De Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, 2011.

SOUSA, C.M.B.E. **A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 148 f., 2015.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan./mar., 2016.

SOUZA, C.P.F.A.; OLIVEIRA, J.L.M.; KLIGERMAN, D.C. Avanços e desafios em normatização de amostras grátis de medicamentos no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 871-883, set. 2014.

SOUZA, G.S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2, 22 set. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. suppl, p. S153-S162, 2002.

TEIXEIRA, S.C.S.; MONTEIRO, V.O.; MIRANDA, V.A. Programa médico de família no município de Niterói. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 147-155, abr. 1999.

VASCONCELOS, D.M.M. et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, ago. 2017.

VIANA, B.A.S.; SANTOS, S.C.V.; SILVA, K.M.V. Educação ambiental e resíduos sólidos: descarte de medicamentos, uma questão de saúde pública. **Revista geográfica acadêmica**, v. 10, n. 2, p. 56-66, 20 dez. 2016.

VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 2, ago. 2008.

\_\_\_\_\_. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 149-156, fev. 2010.

WHO. **Safety of Medicines**: A guide to detecting and reporting adverse drug reactions. Geneva: World Health Organization, 2002.

\_\_\_\_\_. **Drug and therapeutics committees**: a practical guide. World Health Organization, 2003. Disponível em:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68553/WHO\\_EDM\\_PAR\\_2004.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68553/WHO_EDM_PAR_2004.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 30 ago. 2022.

ZAMONER, M. Modelo para avaliação de planos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) para Secretarias Municipais da Saúde e/ou do Meio Ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1945-1952, dez. 2008.



## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – VERSÃO INICIAL DO ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS DISPENSÁRIOS DAS UNIDADES DO PMF

#### 1.0 Identificação da Unidade

1.Unidade	
2.Nome e cargo do responsável pelas informações	
3.Quais categorias profissionais estão envolvidas nas tarefas de:	Dispensação: ( )Farmacêutico ( )Enfermeiro ( )Técnico de enfermagem ( )Outros:
	Pedido: ( )Farmacêutico ( )Enfermeiro ( )Técnico de enfermagem ( )Outros:
	Recebimento: ( )Farmacêutico ( )Enfermeiro ( )Técnico de enfermagem ( )Outros:
	Armazenamento: ( )Farmacêutico ( )Enfermeiro ( )Técnico de enfermagem ( )Outros:
	Registros no sistema: ( )Farmacêutico ( )Enfermeiro ( )Técnico de enfermagem ( )Outros:
4.Dias e horários de funcionamento do dispensário	
5.Dias e horários do farmacêutico	

#### 2.0 Estrutura

1.Existe sala exclusiva para dispensação de medicamentos													
2.Se não descreve como e onde é realizada a dispensação													
3.A área ou local permite atendimento acolhedor do paciente?	( )Sim ( )Não												
4.Se não, descreva o porquê:													
5.Observações sobre o estado geral do local de dispensação:													
6.Existe sala exclusiva para estoque dos medicamentos?	( )Sim ( )Não												
7.Se não descreve como e onde é realizada a estocagem de medicamentos													
8.Observações sobre o estado geral do local de armazenamento:													
9.Mobiliário/rede do local destinado a dispensação e guarda de medicamentos *Se existir, discriminar a quantidade entre os parênteses. Se não existir colocar 0 (zero).	<table border="0"> <tr> <td>( ) estante</td> <td>( ) ar condicionado</td> </tr> <tr> <td>( ) mesa</td> <td>( ) termômetro de temperatura ambiente</td> </tr> <tr> <td>( ) cadeira</td> <td>( ) termo higrômetro</td> </tr> <tr> <td>( ) armário</td> <td>( ) computador</td> </tr> <tr> <td>( ) palete</td> <td>( ) impressora</td> </tr> <tr> <td>( ) geladeira</td> <td>( ) internet (rede)</td> </tr> </table>	( ) estante	( ) ar condicionado	( ) mesa	( ) termômetro de temperatura ambiente	( ) cadeira	( ) termo higrômetro	( ) armário	( ) computador	( ) palete	( ) impressora	( ) geladeira	( ) internet (rede)
( ) estante	( ) ar condicionado												
( ) mesa	( ) termômetro de temperatura ambiente												
( ) cadeira	( ) termo higrômetro												
( ) armário	( ) computador												
( ) palete	( ) impressora												
( ) geladeira	( ) internet (rede)												
10.Observações sobre o estado geral do mobiliário existentes:													
11. Área aproximada do dispensário: ( )de 1 a 2 m <sup>2</sup> ( )de 3 a 4 m <sup>2</sup> ( )de 4 a 6 m <sup>2</sup> ( )de 7 a 8 m <sup>2</sup> ( )mais de 8 m <sup>2</sup>													
12.Existe sistema de câmeras no dispensário?	( ) Sim ( ) Não												
*Adicionar registro fotográfico													

### 3.0 Registros Físicos e Virtuais

1.Existe sistema informatizado para as rotinas do dispensário/farmácia?	( ) Sim ( ) Não	
	Qual?	
2.Como são realizados os registros de saída de medicamentos no dia a dia do dispensário/farmácia?		
3.O registro possibilita realizar análise de consumo de medicamentos?	( ) Sim ( ) Não	
4.Se sim, como funciona		
5.Como são realizados os registros de entradas de medicamentos no dia a dia do dispensário/farmácia?		
6.Como é realizado o controle de validade dos medicamentos?		
7.Como é realizado o controle de lotes dos medicamentos?		
Medicamentos vencidos		
8.Existe medicamentos vencidos?	( ) Sim ( ) Não	
9.Como são registradas as saídas do sistema desses itens?		
10.Como é o fluxo de recolhimento dos medicamentos vencidos?		
Registro de temperatura e umidade	11.É realizado registro?	( ) Sim ( ) Não
	12.De que forma?	
Registro de temperatura da geladeira	13.É realizado registro?	( ) Sim ( ) Não
	De que forma?	
Medicamentos do componente estratégico (TB, HANSEN, HIV, ETC)	14.Existe controle nominal de pacientes em uso de medicamentos do componente estratégico?	( ) Sim ( ) Não
	15.Como é realizado o controle?	
	16.É realizado registro de dispensação de medicamentos do componente estratégico?	( ) Sim ( ) Não
Ouvidorias sobre a AF	17.Como é realizado o registro?	
	18.São registradas?	( ) Sim ( ) Não
	19.Como ocorre o registro?	
Inventários	20.Como são respondidas?	
	21.São realizados?	( ) Sim ( ) Não
	22.Com que frequência são realizados?	( ) Diário ( ) Semanal ( ) Mensal ( ) Outro:
23.Como são registrados os inventários?		
	24.Quais POP's existem no dispensário/Farmácia? *Anexa-los ao roteiro se possível	
Dispensação de medicamentos para profilaxia pós-exposição sexual (ARV, CEFTRIAXONA, ETC)	25.Tem dispensação	( ) Sim ( ) Não
	26.Existe registro?	( ) Sim ( ) Não
	27.Como é realizado?	

Orientações dadas ao paciente	28.Existe orientação para pacientes quanto a dúvidas relacionadas à medicamentos	( )Sim ( )Não
	29.Qual categoria profissional faz as orientações?	( )Médico ( )Enfermeiro ( )Tec. Enfermagem Outros:
	30.Existe registro?	( )Sim ( )Não
	31.Como é realizado?	
Casos de não adesão ou PRM	32.São levados às equipes?	( )Sim ( )Não
	33.Existe registro?	( )Sim ( )Não
	34.Como são tratados?	

#### 4.0 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

1.Existe cronograma de pedido e recebimento?	( )Sim ( )Não
2.Como é disponibilizado o cronograma de pedidos e recebimento?	
3.Quando (período) é disponibilizado o cronograma de pedidos e recebimento?	
4.As datas disponibilizadas no cronograma de pedidos e recebimento de medicamentos na unidade, dá conta das necessidades da unidade?	( )Sim ( )Não
5.Tem possibilidade de pedido emergencial?	( )Sim ( )Não
6.O que pode melhorar? (Que tipo de cronograma atenderia as necessidades)	
7.Como são trabalhadas, com a gestão, a questão do desabastecimento de alguns medicamentos?	
8.Como são trabalhadas, com a população, a questão do desabastecimento de alguns medicamentos?	
9.Quais informações sobre AF a unidade sente necessidade de que sejam repassadas pela gestão?	

#### 5.0 Fluxos e Processos

1.Como ocorre a dispensação de medicamentos ao paciente?	
2.A dispensação é com que periodicidade?	( )7 dias ( )15 dias ( )30 dias ( )Outro: _____
3.Como são trabalhados os casos que o paciente necessite de liberação de medicamentos numa quantidade maior que o tempo definido para dispensação?	
4.Existe algum fluxo para monitoramento de adesão ao tratamento?	( )Sim ( )Não
5.Se sim, como é realizado?	
6.Como ocorre a avaliação de adesão ao tratamento?	
7.É possível detectar se o paciente já retirou o medicamento em algum outro ponto de dispensação?	( )Sim ( )Não
8.Se sim, como se detecta?	
9.Quando o receituário é de outra unidade ou da rede privada, caso seja um medicamento novo para o paciente, como ocorre a dispensação?	
10.Como ocorre a conciliação medicamentosa?	
11.Pacientes fora de área são atendidos?	( )Sim ( )Não
12.Como é a conduta?	
13.São dispensados medicamentos da grade básica?	( )Sim ( )Não
14.Existe medicamentos para tratamento de TB esquema básico na unidade?	( )Sim ( )Não
15.Como é realizado a orientação sobre o acesso ao medicamento para o tratamento de TB esquema básico?	

16.Existe medicamentos para tratamento de Hanseníase bliste calendário na unidade?	( ) Sim ( ) Não
17.Como é realizado a orientação sobre o acesso ao medicamento para o tratamento de hanseníase esquema básico?	
18.Quais medicamentos contraceptivos existem na unidade?	( )Ciclo 21 ( )Injetável mensal ( )Injetável Trimestral ( )Pílula do dia seguinte ( )Micro pílula
19.Quais insumos contraceptivos existem na unidade?	( )Preservativo masculino ( )Preservativo feminino ( )DIU ( )Diafragma ( )Espermiciada ( )Outros
20.Existe alguma condicionalidade para dispensação de medicamentos e insumos contraceptivos?	( ) Sim ( ) Não
21.Se sim, descreva as condicionalidades:	
22.Quais insumos para insulinição são dispensados pela unidade? Periodicidade?	( )Fita HGT ( )Glicosímetro ( )Seringa ( )Lanceta ( )Lancetador ( )Bateria para glicosímetro ( )Canetas de insulina ( )Outros
23.Existe alguma condicionalidade para dispensação dos insumos listados acima para pacientes diabéticos?	( ) Sim ( ) Não
24.Se sim, descreva as condicionalidades:	
25.Como é realizado a orientação sobre o acesso ao medicamento especializado?	
26.Como é realizado a orientação sobre o acesso ao medicamento para o tratamento de HIV?	
27.Ocorre remanejamento de medicamentos entre unidades?	( ) Sim ( ) Não
28.Se sim, Como ocorre o remanejamento?	
29.Como se organiza o pedido de medicamentos? (quem faz, quando faz, como faz)	
30.Como se organiza o recebimento de medicamentos? (quem recebe e como recebe)	
31.Quais os serviços farmacêuticos são oferecidos?	( )Farmacovigilância ( )Farmacoepidemiologia ( )Orientação farmacêutica ( )Conciliação medicamentosa ( )Monitorização ( )Revisão da farmacoterapia ( )Seguimento farmacoterapêutico ( )Outros:
32.Como é realizado o acompanhamento de estoque para não deixar o medicamento acabar antes do recebimento?	
33.Como é realizado o acompanhamento de estoque para não deixar o medicamento vencer na prateleira?	
Qual o procedimento adotado quando o estoque de algum medicamento acaba antes do próximo recebimento?	
34.Existem indicadores para SM no que tange a AF?	( ) Sim ( ) Não
35.Se sim, descreve quais indicadores são trabalhados	
36.Como são tratadas as demandas judiciais relacionadas ao medicamento?	
37.Quando o medicamento não faz parte da grade do município, existe alguma orientação quanto a judicialização?	( ) Sim ( ) Não
38.Se sim, quais são as orientações?	
39.Existe discussão com as equipes dos casos identificados a partir da AF, como por exemplo, não adesão ou problemas relacionados ao medicamento?	( ) Sim ( ) Não

40.Como ocorre?	
41.Existe medicamentos para profilaxia pós-exposição?	( )Sim ( )Não
42.Se sim, como é realizado o fluxo de dispensação destes medicamentos?	

### 6.0 Órgãos de Fiscalização

1.Com que frequência são recebidas visitas da vigilância sanitária na farmácia?	( )Nenhuma ( )Pouca ( )Regularmente
2.Existe algum termo de visita solicitando adequação?	( )Sim ( )Não ( )Não sabe
3.Se sim, descrever as adequações solicitadas	
4.Com que frequência são recebidas visitas do CRF?	( )Nenhuma ( )Pouca ( )Regularmente
5.Existem multas do CRF-RJ?	( )Sim ( )Não ( )Não sabe
6.Se sim, quantas multas tem o estabelecimento?	
7.Existe algum termo de visita solicitando adequação?	( )Sim ( )Não ( )Não sabe
8.Se sim, descrever as adequações solicitadas	

### 7.0 Comunicação

1.Existe quadro no dispensário/farmácia com informações para os usuários?	( ) Sim ( ) Não
2.Existe quadro na unidade com informações para os usuários, acerca da AF?	( ) Sim ( ) Não
3.Se sim, assinale com X quais das informações descritas ao lado, estão disponíveis.	( ) Grade de medicamentos disponíveis na unidade. ( ) Grade de medicamentos disponíveis na policlínica regional. ( ) Fluxo de acesso aos medicamentos controlados. ( ) Fluxo de acesso aos medicamentos especializados. ( ) Referências dentro da rede de onde retirar seus medicamentos. ( ) Farmácias populares nas redondezas
4.Descreva outras informações disponíveis no quadro, além das citadas na opção anterior	

Observações:

---



---



---

Data da visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Visitador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelas informações/pela unidade

APÊNDICE 2 – VERSÃO FINAL DO ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS DISPENSÁRIOS DAS UNIDADES DO PMF

ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DOS DISPENSÁRIOS DAS UNIDADES DO PMF			
1.0 Identificação da Unidade, Farmácia e profissionais envolvidos com AF			
1.1	Unidade		
1.2	Data da aplicação do roteiro: ____/____/____		
1.3	Horário de início/término: ____ : ____ h / ____ : ____ h		
1.4	Nome e sexo do responsável pelas informações: Nome ( ) F ( ) M		
1.5	Cargo do responsável pelas informações: Cargo:		
1.6	Há quanto tempo trabalha neste cargo? Tempo:		
1.7	Data de nascimento do responsável pelas informações: DN: ____/____/____		
1.8	Escolaridade do responsável pelas informações: (Se superior completo e mais algum título, marcar a titulação e escrever a formação no campo “superior completo”) 1) ( ) Ensino fundamental (1o grau) incompleto ( ) Ensino fundamental (1o grau) completo ( ) Ensino médio (2o grau) incompleto ( ) Ensino médio (2o grau) completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo: ____ ( ) Pós-graduação (especialização, MBA, residência) ( ) Mestrado ( ) Doutorado		
1.9	Qual o vínculo com o município? ( ) Servidor público concursado ( ) Cargo comissionado ( ) Servidor cedido de outra instituição ( ) RPA ( ) Contrato ( ) Outros. Especificar:		
1.10	A unidade possui farmácia? ( ) Sim ( ) Não*		
1.10.1	Se NÃO, qual é o local que dispensa medicamentos para unidade? * ( ) NA Qual?		
1.11	Quais os tipos de medicamentos são dispensados nesta farmácia? (Assinalar uma opção para cada item)  Quando NÃO, informar qual unidade dispensadora de referência dos medicamentos de cada tipo?	1.11.1	Componente básico ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.2	Controlados ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.3	Componente especializado ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.4	Tuberculose ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.5	Hanseníase ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.6	HIV/aids e Doenças oportunistas hiv ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.7	Tabagismo ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.8	Influenza ( ) Sim ( ) Não * ( ) Não sei REF. ____
		1.11.9	Cólera, Malária, Leishmaniose, Esquistossomose, Doença de Chagas ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.10	Toxoplasmose ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.11	Fitoterápicos ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.12	Atendimento de demanda judicial ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei REF. ____
		1.11.13	Outros: ____
1.12	A unidade possui farmacêutico RT? ( ) Sim ( ) Não * (RT= responsável técnico)		
1.12.1	Se NÃO, quem responde pela farmácia? * ( ) Rodízio de enfermeiros ( ) Rodízio de téc. de enfermagem ( ) Rodízio de enfermeiros e téc. de enfermagem ( ) Enfermeiro exclusivo ( ) Téc. de enfermagem exclusivo ( ) Coordenador Regional ( ) Outros: ____ ( ) NA		

1.13	A unidade possui farmacêutico atuando no NASF?	( ) Sim ( ) Não	
1.14	Recursos Humanos disponíveis para farmácia? (Quantidade)	Enfermeiros: _____ Técnicos: _____ Médicos: _____ Dentistas: _____ ASB: _____ ACS: _____ Outros: _____	
1.15	Quais categorias profissionais estão envolvidas nas tarefas de:	1.15.1	Dispensação: (Pode marcar mais de uma opção) ( ) Farmacêutico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Médico ( ) ASB ( ) Dentista ( ) ACS ( ) Não sei ( ) Outros: _____
		1.15.2	Pedido: (Pode marcar mais de uma opção) ( ) Farmacêutico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Médico ( ) ASB ( ) Dentista ( ) ACS ( ) Não sei ( ) Outros: _____
		1.15.3	Recebimento: (Pode marcar mais de uma opção) ( ) Farmacêutico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Médico ( ) ASB ( ) Dentista ( ) ACS ( ) Não sei ( ) Outros: _____
		1.15.4	Armazenamento: (Pode marcar mais de uma opção) ( ) Farmacêutico ( ) Enfermeiro ( ) Técnico de enfermagem ( ) Médico ( ) ASB ( ) Dentista ( ) ACS ( ) Não sei ( ) Outros: _____
1.16	O paciente é atendido dentro da farmácia?	( ) Sempre ( ) Repetidamente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não sei	
1.17	O paciente é atendido na área de espera?	( ) Sempre ( ) Repetidamente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não sei	
1.18	Quantos compartimentos possuía farmácia?	( ) 1 sala para armazenar medicamentos ( ) 1 sala para armazenar e dispensar medicamentos ( ) 2 salas, uma para armazenar e outra para dispensar medicamentos ( ) Outros: _____	
1.19	Quanto ao serviço, a área da farmácia é:	( ) Exclusiva para serviços de farmácia ( ) Compartilhada com outros serviços *	
1.19.1	Se compartilhada, qual sala é compartilhada com quais serviços? *	( ) Dispensação com _____ ( ) Armazenamento com _____ ( ) Outras: _____ ( ) NA	
1.20	Número médio de pessoas atendidas na Farmácia por dia:	_____ pessoas ( ) Não sei	
1.21	Número médio de medicamentos por prescrição:	( ) Um ( ) Dois ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ou mais ( ) Não sei	
1.22	O tempo de espera para ser atendido na farmácia é maior que 15 minutos?	( ) Sempre ( ) Repetidamente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não sei	
1.23	Dias e horários de funcionamento da farmácia:	( ) Segunda à Sexta ( ) Outros: _____ ( ) 8h às 17h ( ) Outros: _____	
2.0 Estrutura da AF na unidade			
2.1	Existe sistema informatizado para as rotinas da farmácia?	( ) Sim * ( ) Não ( ) Não sei	
2.1.1	Qual? *		
2.1.2	Este sistema informatizado está integrado com prontuário eletrônico? *	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei ( ) NA	
2.1.3	Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde do	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei	

	município? *	
2.2	Quais atividades são registradas no sistema informatizado? (Assinalar uma opção para cada item)	2.2.1 Pedido (programação) de medicamentos e insumos ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.2 Recebimento a partir de aceite nota ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.3 Armazenamento: lote, fornecedor, validade etc. ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.4 Saída de medicamentos de forma consolidada ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.5 Entrega dos medicamentos individual por usuário ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.6 Saída de medicamentos por vencimento ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.7 Entradas e saídas de itens por remanejamento ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.8 Cadastro de usuários ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.9 Distribuição para setores da unidade ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.10 Informações sobre dose, posologia, reações adversas ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.11 Prontuário do paciente ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.12 Acompanhamento de pacientes ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		2.2.13 Outros:
2.3	A área onde ficam armazenados os medicamentos é:	( )Exclusiva para medicamentos ( )Compartilhada com outros produtos *
2.3.1	Se compartilhada, quais outros produtos: * (Pode marcar mais de uma opção)	( )Insumos contraceptivos( )Insumos diabetes ( )Insumos de curativo( )Testes rápidos ( )Saneantes ( )Material de limpeza ( )Outros: _____ ( )NA
2.4	Existem medicamentos estocados em outros locais fora da farmácia (Ex: procedimento, observação)?	( )Sim * ( )Não
2.4.1	Local: *	
2.5	Os medicamentos na área de ARMAZENAMENTO (estoque) estão organizados (a mais utilizada):	( )Em ordem alfabética, pelo nome do princípio ativo (nome genérico).( )Em ordem alfabética pelo nome comercial (marca registrada). ( )Por forma farmacêutica e ordem alfabética em cada forma farmacêutica.( )Por Programa de Saúde e/ou Indicação. ( )Outra: ( )Não há regra de armazenamento ( )NA
2.6	Os medicamentos na DISPENSAÇÃO estão organizados (a mais utilizada):	( )NA ( )Em ordem alfabética, pelo nome do princípio ativo (nome genérico). ( )Em ordem alfabética pelo nome comercial (marca registrada). ( )Por forma farmacêutica e ordem alfabética em cada forma farmacêutica. ( )Por Programa de Saúde e/ou Indicação. ( )Outra: _____ ( )Não há regra de armazenamento
2.7	A Farmácia realiza o fracionamento de medicamentos?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei
2.7.1	Se SIM, de quais medicamentos? *	( )Uso crônico( )Uso agudo ( )NA
2.7.2	Se SIM, como ocorre a realização do fracionamento? *	( )Retira compridos de embalagem primária e coloca em outra embalagem ( )Corta cartela sem identificar ( )Corta cartela e identifica (Nome, lote validade) ( )NA
<b>OBSERVACIONAL</b>		
2.8	A Farmácia possui local específico destinado ao	( )Sim. Há local específico em conformidade com as normas vigentes

	armazenamento de produtos vencidos e/ou impróprios para uso, até que sejam recolhidos?	( )Há local específico, mas não está em conformidade com as normas vigentes ( )Não há local específico ( )Não sei
2.9	A unidade possui área destinada à ESPERA dos usuários para atendimento na farmácia?	( )Sim, compartilhada com outros serviços ( )Sim, exclusiva para Farmácia ( )Não
2.10	A área de ESPERA possui proteção do sol e chuva?	( )Sim ( )Não
2.11	A área de ESPERA possui... Informar: -Quantidade [__ ____] -Estado de conservação: (0)Não se aplica (1)Em condições de uso (2)Necessita de manutenção (3)Necessita de substituição	2.11.1 Sistema de senha para atendimento. [____ ____] – ( )
		2.11.2 Cadeiras. [____ ____] – ( )
		2.11.3 Quadro de avisos. [____ ____] – ( )
		2.11.4 Televisão. [____ ____] – ( )
		2.11.5 Disponibilização de materiais educativos em saúde. [____] – ( )
		2.11.6 Bebedouro e/ou purificador de água e/ou filtro. [____] – ( )
		2.11.7 Dispensador de copos descartáveis. [____ ____] – ( )
		2.11.8 Acesso a sanitários. [____ ____] – ( )
		2.11.9 Lixeira COM PEDAL. [____ ____] – ( )
		2.11.10 Lixeira SEM PEDAL. [____ ____] – ( )
2.12	Área aproximada da farmácia:	( ) de 1 a 2 m <sup>2</sup> ( ) de 3 a 4 m <sup>2</sup> ( ) de 4 a 6 m <sup>2</sup> ( ) de 7 a 8 m <sup>2</sup> ( ) mais de 8 m <sup>2</sup>
2.13	A Farmácia possui... Informar: -Quantidade [__ __] -Estado de conservação: (0)Não se aplica (1)Em condições de uso (2)Necessita de manutenção (3)Necessita de substituição	2.13.1 Guichês individuais de atendimento com cadeiras. [____] – ( )
		2.13.2 Guichês e/ou balcão para atendimento em pé. [____] – ( )
		2.13.3 Grades, no guichê de atendimento. [____ ____] – ( )
		2.13.4 Computador. [____ ____] – ( )
		2.13.5 Impressora. [____ ____] – ( )
		2.13.6 Telefone. [____ ____] – ( )
		2.13.7 Acesso à internet. [____ ____] – ( )
		2.13.8 Mesa para o atendente. [____ ____] – ( )
		2.13.9 Cadeira para o atendente. [____ ____] – ( )
		2.13.10 Cadeira para o usuário. [____ ____] – ( )
		2.13.11 Aparelho de ar-condicionado. [____ ____] – ( )
		2.13.12 Estante de aço. [____ ____] – ( )
		2.13.13 Armário de aço. [____ ____] – ( )
		2.13.14 Armário de MDF. [____ ____] – ( )
		2.13.15 Geladeira para medicamentos termolábeis. [____ ____] – ( )
		2.13.16 Termômetro de temperatura ambiente. [____ ____] – ( )
		2.13.17 Termômetro de temperatura geladeira. [____ ____] – ( )
		2.13.18 Termômetro de temperatura externa/interna. [____ ____] – ( )
		2.13.19 Termo higrômetro. [____ ____] – ( )
		2.13.20 Sistema de câmeras. [____ ____] – ( )
		2.13.21 Paletes. [____ ____] – ( )
		2.13.22 Armário Vitrine. [____ ____] – ( )
		2.13.23 Ecada. [____ ____] – ( )
2.14	A porta da farmácia está identificada com qual nome?	( )Não está identificada Nome: _____
2.15	Condições estruturais da	2.15.1 Teto: _____

	farmácia:		<input type="checkbox"/> Em bom estado de conservação <input type="checkbox"/> Presença de mofo, infiltração ou outro ____ <input type="checkbox"/> Presença de pontos sem reboco ou pintura descascando <input type="checkbox"/> Sem luminária <input type="checkbox"/> Fios aparentes
		2.15.2	Paredes: <input type="checkbox"/> Em bom estado de conservação <input type="checkbox"/> Presença de mofo, infiltração ou outro ____ <input type="checkbox"/> Presença de pontos sem reboco ou pintura descascando <input type="checkbox"/> Sem tampa de interruptores de luz e tomadas <input type="checkbox"/> Fios aparentes
		2.15.3	Piso: <input type="checkbox"/> Em bom estado de conservação <input type="checkbox"/> Presença de mofo ou infiltração <input type="checkbox"/> Pisos soltos, rachados, quebrados ou inexistentes <input type="checkbox"/> Sem rodapé <input type="checkbox"/> Fios aparentes
2.16	Condições gerais da farmácia: (Assinalar uma opção para cada item)	2.16.1	Realiza controle de temperatura ambiente com registro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.2	Realiza controle de umidade ambiente com registro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.3	Realiza controle de temperatura de geladeira com registro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.4	Luminosidade adequada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.5	Permite incidência de luz solar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.6	Existe janelas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.7	Janelas com vidros quebrados ou sem vidros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
		2.16.8	Ralos ou passagens para a entrada de insetos e roedores <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.9	Essas passagens estão bloqueadas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA
		2.16.10	Medicamentos em contato direto com o piso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.11	Medicamentos em contato direto com paredes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.12	Controle de entrada e circulação de pessoas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.13	O ambiente está limpo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		2.16.14	Controle de pragas realizado nos últimos seis meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.17	Temperatura ambiente no momento da observação:		<input type="checkbox"/> Temperatura até 25°C <input type="checkbox"/> Temperatura entre 25°C e 30°C <input type="checkbox"/> Temperatura acima de 30°C <input type="checkbox"/> Não possui termômetro e/ou não é possível verificar a temperatura
<b>Registro fotográfico:</b>			
<input type="checkbox"/> Teto <input type="checkbox"/> Paredes <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Foto panorâmica da farmácia (todas as salas que existirem) <input type="checkbox"/> Foto geral de mobiliários e equipamentos <input type="checkbox"/> Prateleiras dos medicamentos (fotografia panorâmica e com proximidade para identificação dos produtos e do local de armazenamento dos medicamentos)			
<b>3.0 Registros Físicos e Virtuais</b>			
3.1	Existe controle de saída de medicamentos?		<input type="checkbox"/> Sim * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
3.1.1	Se SIM, especifique: *		<input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Informatizado ** <input type="checkbox"/> Misto (Manual + informatizado) ** <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> NA
3.1.2	Quando informatizado, como é realizado o registro de saída? **		<input type="checkbox"/> Por paciente, no sistema <input type="checkbox"/> Por consolidado de medicamentos dispensados, no sistema <input type="checkbox"/> Por paciente, em planilha de excel <input type="checkbox"/> Por consolidado de medicamentos dispensados, em planilha de excel <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> NA
3.1.3	Com que frequência se realiza o registro de saída de medicamentos? **		<input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> mensal <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> NA

3.2	Existe controle de entrada de medicamentos?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei
3.2.1	Se SIM, especifique: *	( )Manual ( )Informatizado** ( )Misto (Manual + informatizado)**( )Não sei ( )NA
3.2.2	Quando informatizado, como é realizado o registro de entrada de medicamentos na farmácia? **	( )Por aceita de nota no sistema ( )Digitando cada item no sistema( )Em planilha de Excel ( )Não sei ( )NA
3.3	Existe controle de validade dos medicamentos?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei
3.3.1	Se SIM, especifique: *	( )Manual ( )Informatizado** ( )Misto (Manual + informatizado)**( )Não sei ( )NA
3.4	Existe controle de lotes dos medicamentos?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei
3.4.1	Se SIM, especifique: *	( )Manual ( )Informatizado** ( )Misto (Manual + informatizado)**( )Não sei ( )NA
3.5	Há registro dos medicamentos vencidos e/ou perdidos na unidade?	( )Sim* ( )Não ( )Não sei
3.5.1	Como são registrados? *	( )Manual ( )Informatizado** ( )Misto (Manual + informatizado)** ( )Não sei ( )NA
3.5.2	Quem registra as saídas no sistema dos itens vencidos e/ou perdidos na unidade? **	( )Unidade ( )Coordenação de farmácia ( )Coordenação do PMF ( )Empresa do sistema ( )Não sei ( )NA
3.6	Medicamentos do componente estratégico (TB ESQUEMA BÁSICO, HANSEN, HIV, ETC)	
3.6.1	Realiza controle nominal de pacientes em uso de medicamentos do componente estratégico? (Assinalar uma opção para cada item)	3.6.1.1 Tuberculose ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.6.1.2 Hanseníase ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.6.1.3 HIV/aids e Doenças oportunistas hiv ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.6.1.4 Tabagismo ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.6.1.5 Influenza ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.6.1.6 Cólera, Malária, Leishmaniose, Esquistossomose, Doença de Chagas( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.6.1.7 Toxoplasmose ( )Sim ( )Não ( )Não sei
3.6.2	Como é realizado o controle nominal?	( )Manual ( )Informatizado ( )Misto (Manual + informatizado) ( )Não sei ( )NA
3.6.3	Realiza registro de dispensação de medicamentos do componente estratégico?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei ( )NA
3.6.4	Como é realizado o registro? *	( )Manual ( )Informatizado ( )Misto (Manual + informatizado) ( )Não sei ( )NA
3.7	Medicamentos do componente especializado	
3.7.1	Existe controle nominal de pacientes em uso de medicamentos do componente especializado?	( )Sim *( )Não ( )Não tem paciente ( )Não sei
3.7.2	Como é realizado o controle nominal? *	( )Manual ( )Informatizado ( )Misto (Manual + informatizado) ( )Não sei ( )NA
3.7.3	É realizado registro de acompanhamento da retirada do medicamento na referência?	( )Sim ( )Não ( )Não sei( )NA
3.8	Ouvidorias sobre a Assistência Farmacêutica (AF)	
3.8.1	São registradas?	( )Sim * ( )Não( )Nunca recebeu( )Não sei
3.8.2	Como ocorre o registro? *	( )Manual( )Informatizado( )Misto (Manual + informatizado)

		( )Outro: _____ ( )Não sei ( )NA	
3.8.3	Como são respondidas?	( )E-mail ( )Manual ( )Telefone ( )Pessoalmente ( )Outro: _____ ( )Não são respondidas ( )Não sei ( )NA	
3.9	Inventários		
3.9.1	São realizados inventários?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei	
3.9.2	Quando foi realizado o último inventário? *	MÊS/ANO ____/____ ( )NA	
3.9.3	Com que frequência são realizados os inventários? *	( )Semanalmente ( )Quinzenalmente ( )Mensalmente ( )Trimestralmente ( )Semestralmente ( )Anualmente ( )Sem periodicidade estabelecida ( ) Não é feito ( ) Não sei ( )Outro: _____ ( )NA	
3.9.4	Quem realiza os inventários?*	( )Unidade ( )Coordenação de farmácia ( )Coordenação do PMF ( )Não são realizados ( )Não sei ( )NA	
3.9.5	São registrados?*	( )Sim * ( )Não ( )Não sei ( )NA	
3.9.6	Quem registra? *	( )Unidade ( )Coordenação de farmácia ( )Coordenação do PMF ( )Não são registrados ( )Não sei ( )NA	
3.9.7	Como são registrados? *	( )Manual ( )Informatizado ( )Misto (Manual + informatizado) ( )Outro: _____ ( )Não sei ( )NA	
3.9.8	A unidade tem acesso ao registro? *	( )Sim ( )Não ( )Não sei ( )NA	
3.10	Quais POP's existem na Farmácia? * (Assinalar uma opção para cada item e anexá-los ao roteiro se possível)	3.10.1	Programação ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.2	Recebimento ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.3	Armazenamento ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.4	Armazenamento de termolábeis ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.5	Distribuição ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.6	Entrega dos medicamentos ao usuário ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.7	Descarte - sobras – vencidos ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.8	Devolução de medicamentos ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.9	Doações de medicamentos ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		3.10.10	Acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários ( )Sim ( )Não ( )Não sei
3.11	Dispensação de medicamentos para profilaxia pós-exposição sexual (ARV, CEFTRIAXONA, ETC)		
3.11.1	Existe dispensação na unidade?	( )Sim * ( )Não ** ( )Não sei	
3.11.2	Se NÃO, qual referência? **		
3.11.3	Existe registro? *	( )Sim ( )Não ( )Não sei ( )NA	
3.11.4	Como é realizado? *	( )Manual ( )Informatizado ( )Misto (Manual + informatizado) ( )Outro: _____ ( )Não sei ( )NA	
3.12	Orientações dadas ao paciente		
3.12.1	No momento da entrega do medicamento, o profissional fornece algum tipo de orientação ao usuário?	( )Sempre * ( )Repetidamente * ( )Às vezes * ( )Raramente * ( )Nunca ( )Não sei	
3.12.2	Qual categoria profissional faz as orientações? * (Pode marcar mais de uma opção)	( )Médico ( )Enfermeiro ( )Tec. Enfermagem ( )Dentista ( )ACS ( )ASB ( )Outro: _	
3.12.3	Existe registro? *	( )Sim * ( )Não ( )Não sei	
3.12.4	Como é realizado o registro? *	( )Manual ( )Informatizado ( )Misto (Manual + informatizado) ( )Outro: ( )Não sei ( )NA	
3.13	Casos de não adesão ou problemas relacionados ao medicamento (PRM)		
3.13.1	Existe registro?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei	
3.13.2	Como é realizado o registro? *	( )Manual ( )Informatizado ( )Misto (Manual + informatizado) ( )Outro: ( )Não sei ( )NA	
3.14	Existe algum mecanismo para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos	( )Sim * ( )Não ( )Não sei	

	adversos dos medicamentos?	
3.14.1	Como é realizado o registro de queixa técnica e/ou evento adverso? *	( ) Formulário impresso próprio ( ) Sítio eletrônico ou software próprio ( ) Software do Estado ( ) Formulário da Anvisa ( ) Prontuário do paciente ( ) Registro próprio arquivado na farmácia ( ) Outro. Especificar: _____ ( ) Não sei ( ) NA
3.14.2	Com que frequência são registradas queixas técnicas e eventos adversos relacionados à medicamentos? *	( ) Sempre ( ) Repetidamente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca ( ) Não sei ( ) NA
3.14.3	Qual é o encaminhamento dado às queixas e/ou notificações de eventos adversos dos medicamentos? *	( ) Nenhum ( ) Discute com a equipe internamente ( ) Encaminha para coordenador regional ( ) Encaminha para supervisão ( ) Encaminha para coordenação de farmácia ( ) Encaminha para a CFT ( ) Encaminha para a Comissão de Farmacovigilância ( ) Encaminha para a Anvisa ( ) Encaminha para a Vigilância Sanitária estadual ( ) Encaminha para outro setor. Qual? _____ ( ) Não sei ( ) NA
3.15	Existem mecanismos na unidade para registrar críticas e sugestões dos profissionais de saúde sobre a AF?	( ) Sim * ( ) Não ( ) Não sei
3.15.1	Se SIM, qual(is)?* (Pode marcar mais de uma opção)	( ) Caixa de sugestões/reclamações ( ) Outros: _____
3.16	Existem mecanismos na unidade para registrar críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	( ) Sim * ( ) Não ( ) Não sei
3.16.1	Se SIM, qual(is)?* (Pode marcar mais de uma opção)	( ) Caixa de sugestões/reclamações ( ) Outros: _____
4.0 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)		
4.1	Existe cronograma de pedido e recebimento?	( ) Sim * ( ) Não ( ) Não sei
4.1.2	Como é disponibilizado o cronograma de pedidos/recebimento?*	( ) E-mail ( ) Sistema informatizado ( ) Informado por telefone ( ) Não sei
4.1.3	Quais as datas para pedidos/recebimento do cronograma?*	4.1.3.1 Pedido: _____
		4.1.3.2 Recebimento: _____
4.1.4	As datas disponibilizadas no cronograma dão conta das necessidades da unidade?*	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
4.2	Tem possibilidade de pedido emergencial /extra?	( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei
4.3	O que pode melhorar em relação ao fluxo de abastecimento?	
4.4	Quais informações sobre AF a unidade sente necessidade de que sejam repassadas?	
5.0 Fluxos Estabelecidos		
5.1	Descreva como ocorre a dispensação de medicamentos ao paciente?	1 - Paciente chega na unidade ou sai da consulta desejando retirar seus medicamentos 2 -
5.2	A dispensação é com que periodicidade?	( ) 15 dias ( ) 30 dias ( ) Outro: _____
5.3	Como são trabalhados os casos que o paciente necessita de liberação de medicamentos	( ) É liberado somente para 30 dias ( ) É liberado até 60 dias ( ) É liberado pelo tempo que o paciente solicitar ( ) Com liberação do prescritor ( ) Outro: _____ ( ) Não sei

	numa quantidade maior que o tempo definido para dispensação?	
5.4	Existe algum fluxo para monitoramento de adesão ao tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim * <input type="checkbox"/> Não
5.4.1	Se SIM, como é realizado? *	
5.5	É possível detectar se o paciente já retirou o medicamento em algum outro ponto de dispensação?	<input type="checkbox"/> Não é possível <input type="checkbox"/> Manual (registro na receita) <input type="checkbox"/> Informatizado <input type="checkbox"/> Outro: ____ <input type="checkbox"/> Não sei
5.6	Quando o paciente é de outra unidade (fora de área), como ocorre a dispensação?	<input type="checkbox"/> Não são atendidos pacientes fora de área <input type="checkbox"/> Libera pouca quantidade com orientação de ir para unidade de origem retirar os demais <input type="checkbox"/> Libera quantidade total com orientação de ir para unidade de origem no próximo mês <input type="checkbox"/> Libera quantidade total somente <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
5.7	Quando o receituário é de outra unidade ou de rede privada, como ocorre a dispensação?	<input type="checkbox"/> Não são atendidos receituários de outras unidades <input type="checkbox"/> Agenda-se consulta para verificar os medicamentos prescritos <input type="checkbox"/> Libera com agendamento de consulta com a equipe <input type="checkbox"/> Libera quantidade total somente <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
5.8	Como ocorre a conciliação medicamentosa quando o paciente chega na farmácia?	<input type="checkbox"/> Avaliado pelo profissional que estiver na farmácia <input type="checkbox"/> Agenda-se consulta com equipe <input type="checkbox"/> Libera-se todos os medicamentos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não sei
5.9	Existe medicamentos para tratamento de TB esquema básico estocado na unidade?	<input type="checkbox"/> Não existe estoque de TB esquema básico <input type="checkbox"/> 1 tratamento mensal <input type="checkbox"/> 2 tratamentos mensais <input type="checkbox"/> 3 tratamentos mensais <input type="checkbox"/> 4 tratamentos mensais <input type="checkbox"/> Outros: _____
5.10	Existe medicamentos para tratamento de Hanseníase blister calendário estocado na unidade?	<input type="checkbox"/> Não existe estoque de blister calendário <input type="checkbox"/> 1 tratamento mensal PB/MB <input type="checkbox"/> 2 tratamentos mensais PB/MB <input type="checkbox"/> 3 tratamentos mensais PB/MB <input type="checkbox"/> 4 tratamentos mensais PB/MB <input type="checkbox"/> Outros: _____
5.11	Quais medicamentos contraceptivos existem na unidade? (Pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Ciclo 21 <input type="checkbox"/> Injetável mensal <input type="checkbox"/> Injetável Trimestral <input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte <input type="checkbox"/> Mini pílula
5.12	Quais insumos contraceptivos existem na unidade? (Pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Preservativo masculino <input type="checkbox"/> Preservativo feminino <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Diafragma <input type="checkbox"/> Espermiciada <input type="checkbox"/> Outros _____
5.13	Existe alguma condicionalidade para dispensação de medicamentos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> Não existe condicionalidade <input type="checkbox"/> Participar do planejamento familiar <input type="checkbox"/> Passar por consulta com profissional da equipe <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
5.14	Quais insumos para insulinização são dispensados pela unidade? (Pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Fita HGT <input type="checkbox"/> Glicosímetro <input type="checkbox"/> Seringa <input type="checkbox"/> Lanceta <input type="checkbox"/> Lancetador <input type="checkbox"/> Bateria para glicosímetro <input type="checkbox"/> Canetas de insulina <input type="checkbox"/> Outros _____
5.15	Com qual periodicidade são dispensados?	<input type="checkbox"/> 15 dias <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
5.16	Existe alguma condicionalidade para dispensação dos insumos para insulinização? (Pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Não existe condicionalidade <input type="checkbox"/> Ser cadastrado da unidade <input type="checkbox"/> Ser usuário de insulina <input type="checkbox"/> Passar por consulta com profissional da equipe <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
5.17	A unidade emite laudo de medicamento especializado (LME)?	<input type="checkbox"/> Sim, realizado pela equipe <input type="checkbox"/> Não, encaminha para especialista <input type="checkbox"/> Somente realiza transcrição <input type="checkbox"/> Não sei
5.18	A unidade emite receituário para tratamento de HIV?	<input type="checkbox"/> Sim, realizado pela equipe <input type="checkbox"/> Não, encaminha para especialista <input type="checkbox"/> Somente realiza transcrição <input type="checkbox"/> Não sei
5.19	Como é realizado o acompanhamento de estoque	<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Informatizado <input type="checkbox"/> Misto (visual + informatizado) <input type="checkbox"/> Não realiza

	para não deixar o medicamento acabar antes do recebimento?	<input type="checkbox"/> Não sabe	
5.20	Como é realizado o acompanhamento de estoque para não deixar o medicamento vencer na prateleira?	<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Informatizado <input type="checkbox"/> Misto (visual + informatizado) <input type="checkbox"/> Não realiza <input type="checkbox"/> Não sabe	
5.21	Existem indicadores para AF?	<input type="checkbox"/> Sim * <input type="checkbox"/> Não	
5.21.1	Se SIM, descreve quais indicadores são trabalhados?*		
5.22	A lista padronizada de medicamentos adotada atende às necessidades dos usuários desta unidade?	<input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
5.23	A unidade participa do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos do município (REMUME)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
5.24	A lista padronizada de medicamentos da atenção básica está disponível: (Assinalar uma opção para cada item)	5.24.1	Quadros de aviso da unidade de saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		5.24.2	Farmácia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		5.24.3	Consultórios médicos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		5.24.4	Sistema informatizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		5.24.5	Na internet <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
5.25	Os profissionais de Saúde solicitam mudanças na lista padronizada de Medicamentos do município?	<input type="checkbox"/> Sempre * <input type="checkbox"/> Repetidamente * <input type="checkbox"/> Às vezes * <input type="checkbox"/> Raramente * <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sei	
5.25.1	Essa solicitação foi influenciada por: * (Pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Artigo científico <input type="checkbox"/> Eventos científicos <input type="checkbox"/> Revistas profissionais <input type="checkbox"/> Meios de comunicação (revistas leigas, televisão, rádio, internet) <input type="checkbox"/> Visita de representante e/ou propagandista <input type="checkbox"/> Experiência clínica <input type="checkbox"/> Demanda epidemiológica <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> NA	
5.26	É de conhecimento dos profissionais os procedimentos para realizar a solicitação de inclusão e/ou exclusão de medicamento na lista padronizada deste município?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
5.27	Os usuários (individualmente ou em grupo) solicitam mudanças na lista padronizada de medicamentos do município?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Repetidamente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sei	
5.28	Quando a unidade recebe sugestões de inclusão de medicamentos não inseridos na lista, de profissionais ou usuários, qual encaminhamento é dado?	<input type="checkbox"/> Encaminha para Coordenador Regional <input type="checkbox"/> Encaminha para Supervisão <input type="checkbox"/> Encaminha para o gabinete do secretário de Saúde <input type="checkbox"/> Encaminha para coordenação de farmácia <input type="checkbox"/> Encaminha para coordenação do PMF <input type="checkbox"/> Encaminha para a CFT <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: ____ <input type="checkbox"/> Não realiza nenhum encaminhamento <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> NA	
5.29	Quando o medicamento não faz parte da lista padronizada do município, quais as formas de fornecimento? (Pode marcar mais de uma)	<input type="checkbox"/> Informa que não possui o medicamento <input type="checkbox"/> Solicitação pelo serviço social <input type="checkbox"/> Solicitação administrativa (judicialização) <input type="checkbox"/> O município não fornece medicamentos não padronizados <input type="checkbox"/> Orienta tentar a farmácia popular <input type="checkbox"/> Nunca aconteceu <input type="checkbox"/> Não sei	

	opção)		
5.30	Nos consultórios são distribuídas amostras grátis de medicamentos para os usuários na unidade de saúde?	() Sempre () Repetidamente () Às vezes () Raramente () Nunca () Não sei	
5.31	No consultório em que é realizado os atendimentos há algum protocolo de uso de medicamentos? (Pode marcar mais de uma opção)	() Sim. Formulário Terapêutico () Sim. Linhas de cuidado () Sim. Consenso () Sim. Diretriz Terapêutica () Não () Não sei () Sim. Outros. Especificar: _____	
5.32	A unidade é informada sobre quais medicamentos estão em falta no município?	() Sim * () Não () Não sei	
5.32.1	As informações fornecidas sobre a NÃO disponibilidade dos medicamentos: * (Assinalar uma opção para cada item)	5.32.1.1	Estão acessíveis sempre que se faz necessário () Sim () Não () Não sei
		5.32.1.2	São apresentadas de forma clara e objetiva () Sim () Não () Não sei
		5.32.1.3	São confiáveis () Sim () Não () Não sei
			() NA
5.33	Como se considera a disponibilidade de medicamentos, nos últimos 3 meses, nesta unidade de saúde?	() Muito boa () Boa () Ruim () Nem ruim, nem boa () Muito ruim () Não sei	
5.34	Existem períodos de desabastecimento de medicamentos no município?	() Sempre * () Repetidamente * () Às vezes * () Raramente * () Nunca () Não sei	
5.34.1	No seu entendimento, qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) que causou(causaram) o desabastecimento no último ano? * (Pode assinalar mais de uma opção)	() Problemas do setor de compras () Falhas na programação do município () Falhas na distribuição de medicamentos pelo almoxarifado () Problemas no mercado farmacêutico () Problemas de logística do município () Problemas de repasses de medicamentos pelas instâncias do SUS () Recursos financeiros insuficientes () Outro. Especificar: _____ () Não sei.	
5.35	O que é feito quando falta medicamento no estoque da unidade? (Pode assinalar mais de uma opção)	() Pedido extra () Ajuste na programação () Aguarda o recebimento do mês seguinte () Remaneja entre as Unidades de Saúde () Negocia trocas com parceiros externos () Outro. Especificar: _____ () Não sei	
5.36	Qual o procedimento adotado com o usuário quando falta algum medicamento? (Assinalar uma opção para cada item)	5.36.1	Informa que não tem o medicamento () Sim () Não () Não sei
		5.36.2	Busca disponibilidade em outra Unidade de Saúde () Sim () Não () Não sei
		5.36.3	Recomendo ao usuário a compra () Sim () Não () Não sei
		5.36.4	Avalia a substituição da prescrição () Sim () Não () Não sei
		5.36.5	Orienta o usuário a procurar a Farmácia Popular () Sim () Não () Não sei
		5.36.6	Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar () Sim () Não () Não sei
		5.36.7	Outro: _____
5.37	Ocorre sobra de medicamentos na Farmácia?	() Sempre () Repetidamente () Às vezes () Raramente () Nunca () Não sei	
	O que é feito quando há sobra de algum medicamento no estoque da unidade?	5.38.1	Informa a coordenação de farmácia () Sim () Não () Não sei
		5.38.2	Ajuste da programação () Sim () Não () Não sei

5.38	(Assinalar uma opção para cada item)	5.38.3	Redistribuição entre as unidades do município ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.38.4	Devolução para o almoxarifado central ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.38.5	Remanejamento e/ou troca com outro município ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.38.6	Perde-se o que sobrou ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.38.7	( )Outro. Especificar: _____
5.39	Existe no município recolhimento de resíduos de medicamentos?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei	
5.39.1	Quem realiza o recolhimento? *	( )Coordenação de Farmácia( )Coordenação do PMF ( )Empresa contratada. Especificar:___ ( )Não sei ( )NA	
5.40	No seu entendimento a participação do farmacêutico no NASF da unidade pode contribuir para: (Assinalar uma opção para cada item)	5.40.1	Ampliar o acesso aos medicamentos ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.40.2	Melhorar a organização do almoxarifado central ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.40.3	Melhorar a organização da AF no município ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.40.4	Agilizar soluções para a falta de medicamentos ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.40.5	Qualificar as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes na unidade( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.40.6	Desenvolver procedimentos técnicos pedagógicos com a equipe visando à promoção do uso racional de medicamentos ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.40.7	Orientar pacientes e cuidadores no uso correto de medicamentos( )Sim ( )Não ( )Não sei
5.41	Existe no município algum tipo de qualificação e/ ou capacitação de profissionais sobre AF?	( )Sim * ( )Não ( )Não sei	
5.41.1	Com que frequência ocorre(m) esta(s) capacitação(ões)? *	( )Sempre ( )Repetidamente( )Às vezes ( )Raramente ( )Nunca ( )Não sei ( )NA	
5.41.2	Quais os profissionais recebem qualificação ou capacitação em AF? * (Pode assinalar mais de uma opção)	( )Técnicos ( )Enfermeiros( )Médicos ( )Dentista ( )Outros. Especificar: _____ ( )Não sei ( )NA	
5.42	A equipe da unidade elabora informativos sobre os medicamentos ou temas relacionados para usuários e/ou equipe de saúde?	( )Sim ( )Não ( )Não sei	
5.43	A unidade recebe visitas de representantes de laboratórios farmacêuticos e de distribuidoras de medicamentos?	( )Sempre ( )Repetidamente( )Às vezes ( )Raramente( )Nunca ( )Não sei	
5.44	Quem estabelece o consumo mensal médio da unidade?	( )Própria unidade * ( )Cota estabelecida pela coordenação( )Não sei	
5.44.1	Se pela unidade, como realiza? * (Assinalar uma opção para cada item)	5.44.1.1	Perfil de saúde da população cadastrada na Unidade ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.44.1.2	Serviços oferecidos pela Unidade ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.44.1.3	Controle de estoque da Unidade ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		5.44.1.4	Consumo histórico da Unidade ( )Sim ( )Não ( )Não sei

		5.44.1.5	Outro: _____
			<input type="checkbox"/> NA
5.45	Com qual periodicidade é realizada consumo mensal médio da unidade?	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Sem periodicidade estabelecida <input type="checkbox"/> Outra. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não sei	
5.46	Como são armazenados os medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) na Farmácia?	<input type="checkbox"/> Em geladeiras e/ou refrigeradores, com termômetro para controle e registro de temperatura <input type="checkbox"/> Em geladeiras e/ou refrigeradores, porém não são realizados controle e registro de temperatura <input type="checkbox"/> Não existe local específico <input type="checkbox"/> Não há medicamentos termolábeis <input type="checkbox"/> Não sei	
5.47	A Farmácia e/ou Unidade possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
5.48	Quais serviços farmacêuticos são oferecidos na unidade? (Pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Atenção Farmacêutica <input type="checkbox"/> Seguimento farmacoterapêutico <input type="checkbox"/> Farmácia clínica <input type="checkbox"/> Consulta farmacêutica <input type="checkbox"/> Orientação farmacêutica <input type="checkbox"/> Cuidado farmacêutico <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	
5.49	Esses serviços são oferecidos:	<input type="checkbox"/> A todos os usuários da Unidade <input type="checkbox"/> Apenas quando é solicitado pelo usuário <input type="checkbox"/> Quando o usuário apresenta alguma dificuldade com o uso dos medicamentos <input type="checkbox"/> A um grupo específico de usuários <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	
5.50	Esses serviços são considerados:	<input type="checkbox"/> Muito importantes <input type="checkbox"/> Importantes <input type="checkbox"/> Nem muito, nem pouco importantes <input type="checkbox"/> Pouco importantes <input type="checkbox"/> Muito pouco importantes <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> NA	
5.51	Onde você realiza o registro dos serviços farmacêuticos oferecidos?	<input type="checkbox"/> Não são registrados <input type="checkbox"/> Prontuário da unidade <input type="checkbox"/> Registro próprio arquivado na farmácia <input type="checkbox"/> Sistema informatizado <input type="checkbox"/> Outro: _____	
5.52	São realizadas atividades em grupos sobre o uso de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Repetidamente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sei	
6.0 Usuários			
6.1	Os profissionais recebem solicitação dos usuários para prescrição de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sempre* <input type="checkbox"/> Repetidamente* <input type="checkbox"/> Às vezes* <input type="checkbox"/> Raramente* <input type="checkbox"/> Nunca	
6.1.1	Cite TRÊS medicamentos mais solicitados para prescrição? *	6.1.1.1	A. _____
		6.1.1.2	B. _____
		6.1.1.3	C. _____
		<input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> NA	
6.2	Os profissionais recebem solicitação dos usuários para mudança e/ou troca da prescrição?	<input type="checkbox"/> Sempre* <input type="checkbox"/> Repetidamente* <input type="checkbox"/> Às vezes* <input type="checkbox"/> Raramente* <input type="checkbox"/> Nunca	
6.2.1	Cite TRÊS medicamentos mais solicitados para mudança e/ou troca? *	6.2.1.1	A. _____
		6.2.1.2	B. _____
		6.2.1.3	C. _____
		<input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> NA	
6.2.2	Na sua opinião, quais motivos levam o usuário a fazer solicitações de mudanças da prescrição? * (Assinalar uma opção para cada item)	6.2.2.1	Reações adversas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		6.2.2.2	Influência de propaganda de medicamentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		6.2.2.3	Pessoas conhecidas utilizam o medicamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		6.2.2.4	O medicamento não está fazendo efeito <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

		6.2.2.5	Preço do medicamento ( )Sim ( )Não ( )Não sei
		6.2.2.6	Outro: __
		( )NA	
6.3	Os usuários costumam relatar, durante a consulta, o uso de medicamento por conta própria?		( )Sempre ( )Repetidamente( )Às vezes ( )Raramente( )Nunca
6.4	De um modo geral, os usuários da unidade seguem corretamente a prescrição de medicamentos?		( )Sempre ( )Repetidamente( )Às vezes ( )Raramente ( )Nunca
6.5	Existe quadro na farmácia com informações para os profissionais/usuários?		( )Sim ( )Não
6.6	Existe quadro na unidade com informações para os usuários, acerca da AF?		( )Sim * ( )Não
6.6.1	Se SIM, observar quais das informações descritas ao lado, estão disponíveis. * (Pode marcar mais de uma opção)		( ) Grade de medicamentos disponíveis na unidade ( ) Grade de medicamentos disponíveis na policlínica regional( ) Local de acesso aos medicamentos controlados ( ) Local de acesso aos medicamentos especializados( ) Locais de entrega de outros medicamentos ( ) Farmácias populares nas redondezas ( )Outras: _____ ( )NA
7.0 Órgãos de Fiscalização			
7.1	Ocorrem visitas da vigilância sanitária na farmácia?		( )Sempre ( )Repetidamente ( )Às vezes ( )Raramente ( )Nunca
7.2	Existe algum termo de visita solicitando adequação?		( )Sim * ( )Não ( )Não sei
7.2.1	Se SIM, descreva as adequações solicitadas:*		
7.3	Ocorrem visitas do CRF?		( )Sempre ( )Repetidamente ( )Às vezes ( )Raramente ( )Nunca (CRF=Conselho Regional de Farmácia)
7.4	Existe algum termo de visita solicitando adequação?		( )Sim * ( )Não ( )Não sei
7.4.1	Se SIM, descreva as adequações solicitadas:*		
7.5	Existem multas do CRF?		( )Sim * ( )Não ( )Não sei
7.5.1	Se SIM, quantas multas?*		_____ quantidade ( )Não sei ( )NA
OBSERVAÇÃO:			

Data da visita: ____/____/____	Visitador:
Assinatura do Visitador	Assinatura do(s) responsável(is) pelas informações

## ANEXOS

## ANEXO 1 – Questionário para o Responsável pela Assistência Farmacêutica – AF no município/DF - PNAUM

## Questionário para o Responsável pela Assistência Farmacêutica – AF no município/DF

Data da entrevista [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Horário do início da entrevista [ ][ ]:[ ][ ]  
 Horário do fim da entrevista [ ][ ]:[ ][ ]

## I - INFORMAÇÕES GERAIS:

1	Município/DF:
2	Estado:

## II - INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

3	Nome:	
4	Sexo:	1 ( <input type="checkbox"/> ) Feminino      2 ( <input type="checkbox"/> ) Masculino
5	Qual a sua data de nascimento?	[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ][ ]
6	Escolaridade	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sem escolaridade. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino fundamental (1o grau) incompleto. 3. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino fundamental (1o grau) completo. 4. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino médio (2o grau) incompleto. 5. ( <input type="checkbox"/> ) Ensino médio (2o grau) completo. 6. ( <input type="checkbox"/> ) Superior incompleto. 7. ( <input type="checkbox"/> ) Superior completo. Especificar: _____ 8. ( <input type="checkbox"/> ) Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA). 9. ( <input type="checkbox"/> ) Mestrado ou doutorado.

## III - VÍNCULO EMPREGATÍCIO

7	Há quanto tempo o(a) Sr.(a) trabalha como gestor e/ou responsável da Assistência Farmacêutica (AF) neste município/DF?	[ ][ ][ ][ ] meses.
8	Carga horária semanal de trabalho nesta Secretaria Municipal de Saúde:	[ ][ ][ ] horas/semana.
9	Qual o seu vínculo com o município/DF?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Servidor público concursado. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Cargo comissionado. 3. ( <input type="checkbox"/> ) Servidor cedido de outra instituição. 4. ( <input type="checkbox"/> ) Outros. Especificar: _____
10	O(A) Sr.(a) tem outros vínculos de trabalho neste município/DF?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. Especificar: _____ 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não.

## IV - ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre a organização da assistência farmacêutica no seu município/DF).

11	A coordenação da AF faz parte do organograma da Secretaria Municipal/DF de Saúde?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não. 99. ( <input type="checkbox"/> ) Não sei.
12	A AF consta do Plano Municipal/DF de Saúde?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não. 99. ( <input type="checkbox"/> ) Não sei.
13	A coordenação da AF do município/DF tem autonomia de gestão dos recursos financeiros definidos para a AF?	1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim. 1A. ( <input type="checkbox"/> ) Totalmente. 1B. ( <input type="checkbox"/> ) Parcialmente. 2. ( <input type="checkbox"/> ) Não. 99. ( <input type="checkbox"/> ) Não sei.

14	Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 17.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 17.</b>				
15	Quais destes itens estão incluídos no sistema informatizado? <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>			Sim	Não	Não sei
		15A	Aquisição.			
		15B	Controle e/ou execução financeira.			
		15C	Recebimento e/ou aceite nota.			
		15D	Armazenamento, controle de estoque e informações sobre os produtos (lote, fornecedor, validade etc.).			
		15E	Distribuição.			
		15F	Entrega dos medicamentos ao usuário e/ou dispensação.			
		15G	Informações técnicas sobre os medicamentos (dose, posologia, reações adversas, etc.).			
		15H	Prontuário do paciente.			
	15I	Outros.				
16	Este sistema informatizado está ligado em rede com as unidades de saúde do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.				
17	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para: <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>			Sim	Não	Não sei
		17A	Seleção dos medicamentos.			
		17B	Programação.			
		17C	Aquisição.			
		17D	Recebimento.			
		17E	Armazenamento.			

17	Existem Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para: <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>	17F	Armazenamento de medicamentos de controle especial.			
		17G	Armazenamento de produtos sensíveis à temperatura.			
		17H	Distribuição.			
		17I	Entrega dos medicamentos ao usuário e/ou dispensação.			
		17J	Descarte - sobras.			
		17L	Devolução de medicamentos.			
		17M	Doações de medicamentos.			
		17N	Acompanhamento do uso de medicamentos pelos usuários.			
		17O	Não temos nenhum POP.			

### V – FINANCIAMENTO

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre questões relacionadas ao financiamento da assistência farmacêutica no seu município/DF).

18	O município/DF recebeu recursos (do Estado ou da União) destinados à estruturação da AF no último ano (reformas, construção, compra de equipamentos etc.)?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
19	O município/DF realizou gasto com a estruturação da Assistência Farmacêutica no último ano?	1. ( ) Sim. Especificar: R\$ _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
20	O(A) Sr.(a) sabe informar qual foi o gasto total do município/DF com a Assistência Farmacêutica no último ano?	1. ( ) Sim. Especificar: R\$ _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
21	O município/DF aplicou, no último ano, o valor total de contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
22	O estado aplicou, no último ano, o valor na contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuado?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
23	Os recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são suficientes para atender à demanda do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

### VI – PROCESSOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

24	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Em fase de implantação. 3. ( ) Não. => <b>Passar para a 27.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 27.</b>
25	A CFT foi formalizada em portaria ou documento similar?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
26	Com qual periodicidade a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se reúne?	1. ( ) Semanal. 2. ( ) Mensal. 3. ( ) Bimestral. 4. ( ) Semestral. 5. ( ) Anual. 6. ( ) Sem periodicidade definida. 99. ( ) Não sei.
27	Existe no município/DF uma lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para 33.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para 33.</b>
28	Qual a frequência de atualização da lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Mensal. 2. ( ) Trimestral. 3. ( ) Semestral. 4. ( ) Anual. 5. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
29	Quando foi realizada a última atualização da lista padronizada do município/DF?	1. ____/____ (mês/ano) 99. ( ) Não sei.
30	O(A) Sr.(a) participa do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
31	A lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda em saúde do município/DF?	1. ( ) Totalmente. 2. ( ) Parcialmente. 3. ( ) Não atende. 99. ( ) Não sei.
32	Existem critérios para o município/DF fornecer algum medicamento não inserido na lista padronizada?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

33	Quando o(a) Sr.(a) recebe solicitações de usuários (individual ou em grupos) para a aquisição de medicamentos não inseridos na lista, qual encaminhamento é dado?	1. ( ) Encaminha para o gestor municipal (secretário). 2. ( ) Encaminha para a CFT. 3. ( ) Encaminha para o serviço social. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 5. ( ) Não dá nenhum encaminhamento. 6. ( ) Nunca recebi nenhuma solicitação. 99. ( ) Não sei.
34	Os profissionais de saúde reivindicam mudanças na lista padronizada de medicamentos do município/DF?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
35	O município/DF tem formulário terapêutico?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
36	O município/DF elabora protocolos de tratamento específicos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
37	Quais as formas de fornecimento de medicamentos não padronizados?	1. ( ) Setor específico de medicamentos especiais. 2. ( ) Solicitação administrativa. 3. ( ) Mediante parecer técnico. 4. ( ) Pedido pelo serviço social. 5. ( ) O município não fornece medicamentos não padronizados. 99. ( ) Não sei.

## VII - AQUISIÇÃO

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre aquisição dos medicamentos no seu município/DF).

38	Existe uma comissão permanente de licitação (CPL) exclusiva para a aquisição de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei				
39	Quem faz a especificação técnica de medicamentos a serem comprados? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Farmacêutico. 2. ( ) Outro profissional. Especificar: _____ 3. ( ) CFT. 99. ( ) Não sei				
40	O município/DF faz compras de medicamentos em parceria? <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>		Sim	Não	Não sei	
		40A	Com outros municípios.			
		40B	Com consórcio de municípios.			
		40C	Com outras instituições.			
40D	Com o estado.					
41	O município/DF compra medicamentos em farmácias e/ou drogasias locais?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei				
42	O Programa Farmácia Popular influencia na aquisição de medicamentos pelo município/DF?	1. ( ) Sim. Como? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei				
43	O município/DF adquiriu algum medicamento para atendimento a demandas judiciais, no último ano?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não => <b>Passo para a 47.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passo para a 47.</b>				
44	Os medicamentos demandados judicialmente pertencem prioritariamente a qual Componente da AF?	1. ( ) Básico. 2. ( ) Estratégico. 3. ( ) Especializado. 4. ( ) Medicamentos não padronizados. 5. ( ) Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.				

45	A Secretaria Municipal/DF de Saúde conta com assessoria jurídica para responder às demandas judiciais?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
46	Qual foi o valor total gasto para garantir o atendimento a demandas judiciais por medicamento, no último ano?	1. ( ) Valor gasto: R\$ _____ 99. ( ) Não sei.
47	Em sua opinião, qual(is) foi(foram) o(s) motivo(s) que causou(causaram) o desabastecimento no último ano? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Desorganização do setor de compras. 2. ( ) Falhas na programação do município/DF. 3. ( ) Falhas na distribuição de medicamentos pelo almoxarifado. 4. ( ) Problemas no mercado farmacêutico. 5. ( ) Problemas de repasses de medicamentos pelas instâncias do SUS. 6. ( ) Recursos financeiros insuficientes. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 8. ( ) Não houve desabastecimento no último ano. 99. ( ) Não sei.
48	O que é feito quando falta medicamento no estoque da Secretaria Municipal de Saúde/DF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Nova aquisição. 2. ( ) Ajuste na programação. 3. ( ) Aguarda a nova remessa. 4. ( ) Adquire em farmácia e/ou drogaria privada. 5. ( ) Remaneja entre as Unidades de Saúde. 6. ( ) Negocia com parceiros externos. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
49	O que é feito quando há excedente de algum medicamento no estoque da Secretaria Municipal de Saúde/DF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Ajuste na programação. 2. ( ) Redistribuição entre as Unidades de Saúde. 3. ( ) Doação. 4. ( ) Negocia a troca com o fornecedor em função do curto prazo de validade. 5. ( ) Negocia a troca com parceiros externos. 6. ( ) Perde-se o que sobrou. 7. ( ) Outro. Especificar: _____ 8. ( ) Não sobram medicamentos. 99. ( ) Não sei.
50	Há registro dos medicamentos vencidos e/ou perdidos no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
51	Qual a porcentagem média de medicamentos vencidos em relação ao total de aquisições?	1. ( ) Zero. 2. ( ) 1 a 5%. 3. ( ) 6 a 10%. 4. ( ) 11 a 20%. 5. ( ) 20 a 30%. 6. ( ) Acima de 30%. 99. ( ) Não sei.

### VIII – ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

(Agora vou fazer algumas perguntas sobre armazenamento e distribuição dos medicamentos no seu município/DF).

52	Qual o local destinado ao armazenamento de medicamentos do Município/DF?	1. ( ) CAF. 2. ( ) Farmácias regionais. 3. ( ) Farmácias básicas de atendimento. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.																				
53	As condições de armazenamento dos medicamentos são monitoradas? <b>Assinalar uma opção para cada item.</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>Não sei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>92A Temperatura.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>92B Umidade.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>92C Limpeza.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>92D Proteção contra insetos e roedores.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Sim	Não	Não sei	92A Temperatura.				92B Umidade.				92C Limpeza.				92D Proteção contra insetos e roedores.			
	Sim	Não	Não sei																			
92A Temperatura.																						
92B Umidade.																						
92C Limpeza.																						
92D Proteção contra insetos e roedores.																						
54	Existe um controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado?	1. ( ) Sim. Especificar: _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.																				

55	Como é feito o armazenamento dos medicamentos de controle especial?	1. ( ) Em sala separada. 2. ( ) Em armário com chave. 3. ( ) Em prateleiras, com os demais medicamentos. 4. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
56	Existe um espaço específico para o armazenamento de medicamentos sensíveis à temperatura?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. Como é feito o armazenamento? _____ 99. ( ) Não sei.
57	Existe controle da validade dos medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
58	O inventário (balanço) dos medicamentos armazenados é feito:	1. ( ) Semanalmente. 2. ( ) Quinzenalmente. 3. ( ) Mensalmente. 4. ( ) Trimestralmente. 5. ( ) Semestralmente. 6. ( ) Anualmente. 7. ( ) Não é feito. 99. ( ) Não sei.
59	Existem problemas no transporte de medicamentos no município/DF?	1. ( ) Sim: 1A ( ) Veículos insuficientes. 1B ( ) Veículos inadequados. 1C ( ) Veículos insuficientes e inadequados. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
60	Existe, no município/DF, um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde que inclua os medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
61	Existe, no município/DF, um serviço específico de recolhimento de resíduos de medicamentos, ou seja, de embalagens, sobras, medicamentos impróprios para o consumo?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
62	Existe um local específico para a deposição de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos vencidos e/ou fora da conformidade) até que sejam recolhidos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

### IX – ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS NO MUNICÍPIO/DF

63	Número de farmácias públicas (do SUS) no município/DF-	_ _ _  unidades.
64	Número de UBS que fornecem medicamentos aos usuários:	_ _ _  unidades. 99. ( ) Não sei.
65	Número de centros especializados de saúde que fornecem medicamentos:	_ _ _  unidades. 99. ( ) Não sei.
66	O farmacêutico realiza seguimento farmacoterapêutico aos usuários do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 68.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 68.</b>
67	Em quais locais é realizado o seguimento farmacoterapêutico? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1 ( ) IIRS 2 ( ) Farmácia pública municipal/DF. 3 ( ) Centro especializado. 4 ( ) Caps. 5 ( ) CAF. 6 ( ) Outro. Especificar: _____ 99 ( ) Não sei. 88 ( ) NA
68	Os medicamentos do Componente Básico são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2 ( ) Algumas IIRS 3. ( ) Unidade de Atenção Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 99. ( ) Não sei.

69	Os medicamentos constantes na Portaria nº 344/1998 são disponibilizados em que locais no município/DF <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2. ( ) Algumas UBS. 3. ( ) Unidade de Atenção Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 99. ( ) Não sei.
70	Os medicamentos do Componente Especializado são disponibilizados em que locais no município/DF <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2. ( ) Algumas UBS. 3. ( ) Unidade de Saúde Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 8. ( ) Não são disponibilizados no município/DF. 99. ( ) Não sei.
71	Entre os medicamentos e/ou insumos contemplados pelo Componente Estratégico, quais são disponibilizados por este município/DF <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Tuberculose. 2. ( ) Hanseníase. 3. ( ) HIV/aids. 4. ( ) Alimentação e nutrição. 5. ( ) Tabagismo. 6. ( ) Influenza. 7. ( ) Cólera. 8. ( ) Sangue e hemoderivados. 9. ( ) Malária. 10. ( ) Leishmaniose. 11. ( ) Esquistossomose. 12. ( ) Doença de Chagas. 13. ( ) Outras endemias focais - febre maculosa, meningite, filariose, raiva etc. 99. ( ) Não sei.
72	Os medicamentos constantes no programa da tuberculose são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2. ( ) Algumas UBS. 3. ( ) Unidade de Atenção Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa. 99. ( ) Não sei.
73	Os medicamentos constantes no programa do HIV/DST são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2. ( ) Algumas UBS. 3. ( ) Unidade de Atenção Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa. 99. ( ) Não sei.
74	Os medicamentos constantes no programa de malária são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2. ( ) Algumas UBS. 3. ( ) Unidade de Atenção Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa. 99. ( ) Não sei.
75	Os medicamentos constantes no programa de hanseníase são disponibilizados em que locais no município/DF? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Todas as UBS. 2. ( ) Algumas UBS. 3. ( ) Unidade de Atenção Especializada. 4. ( ) Farmácias Centralizadas. 5. ( ) Farmácia da Central de Abastecimento. 6. ( ) Farmácia Especializada. 7. ( ) Outros: _____ 8. ( ) O município/DF não disponibiliza medicamentos para esse programa. 99. ( ) Não sei.

76	A farmácia municipal ou unidade de saúde fornece plantas medicinais e/ou chás? <b>Pode marcar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Sim. Quantos locais? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

#### X – DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS NA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

77	Existe entrega de medicamentos para usuários na Central de abastecimento farmacêutico (CAF)?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 81.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 81.</b>
78	Quem faz a entrega de medicamentos aos usuários na CAF?	1. ( ) Farmacêutico. 2. ( ) Outro Profissional. Formação? _____ 99. ( ) Não sei
79	Como é registrada a entrega de medicamentos aos usuários, no município/DF?	1. ( ) Manualmente. 2. ( ) Sistema informatizado. Especificar: _____ 3. ( ) Não há sistema de registro. 99. ( ) Não sei.
80	No momento da entrega do medicamento, o profissional fornece algum tipo de orientação ao usuário?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
81	Ocorre fracionamento de medicamentos na CAF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 84.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 84.</b>
82	O medicamento fracionado é dispensado com o número de lote em cada unidade fracionada?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. Por quê? _____ 99. ( ) Não sei.
83	O medicamento fracionado é dispensado com o prazo de validade em cada unidade?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. Por quê? _____ 99. ( ) Não sei.

#### XI – TRABALHADORES ENVOLVIDOS COM A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO/DF

84	Número de farmacêuticos do município/DF:	_ _ _ _
85	Qual o vínculo dos profissionais com o município/DF? <b>Registrar o número de farmacêuticos correspondente a cada vínculo.</b>	1. _____ Concursados. 2. _____ Contratados. 3. _____ Contrato por outra instituição. 4. _____ Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
86	Carga horária média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. ( ) 40 horas. 2. ( ) 30 horas. 3. ( ) 20 horas. 4. ( ) 10 horas. 5. ( ) Menos de 10 horas. 99. ( ) Não sei.
87	Remuneração média dos farmacêuticos em cargos não comissionados:	1. ( ) Até R\$ 1.000,00. 2. ( ) Entre R\$ 1.001,00 e R\$3.000,00. 3. ( ) Entre R\$ 3.001,00 e R\$ 6.000,00. 4. ( ) Mais de R\$ 6.000,00. 99. ( ) Não sei
88	Número de outros profissionais na AF:	1. _____ Técnicos de Enfermagem. 2. _____ Administrativos. 3. _____ Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
89	Há equipes do Núcleo de Apoio à Saúde de Família (Nasf) atuando no município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
90	Existe, no município/DF, algum tipo de qualificação e/ou capacitação de profissionais da AF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 94.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 94.</b>

91	Com que frequência ocorre(m) esta(s) capacitação(ões)?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
92	Quais os profissionais recebem qualificação ou capacitação em AF? <b>Pode assinalar mais de uma opção.</b>	1. ( ) Profissionais auxiliares (atendentes). 2. ( ) Farmacêuticos. 3. ( ) Prescritores. 4. ( ) Outros. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.
93	Existe previsão no orçamento municipal de recursos financeiros para qualificação dos profissionais da AF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
94	A equipe da AF elabora informativos sobre os medicamentos ou temas relacionados para usuários e ou equipe de saúde?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
95	Existem mecanismos no município/DF para receber críticas e sugestões dos trabalhadores da Saúde sobre a AF?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

## XII - CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

96	Existem mecanismos no município/DF para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a AF?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
97	O(A) Sr.(a) ou outro farmacêutico da gestão municipal participa do Conselho Municipal de Saúde?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. 99. ( ) Não sei.
98	O Conselho Municipal de Saúde discute e delibera sobre questões concernentes à AF no município/DF?	1. ( ) Sempre. 2. ( ) Repetidamente. 3. ( ) Às vezes. 4. ( ) Raramente. 5. ( ) Nunca. => <b>Passar para a 100.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 100.</b>
99	A prestação de contas dos gastos com a AF é feita no Conselho Municipal de Saúde do município/DF?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
100	O(A) Sr.(a) participa do planejamento das ações de saúde das diferentes áreas técnicas?	1. ( ) Sim. Qual(is)? _____ 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.

## XIII - INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DO USO DE MEDICAMENTOS

101	São disponibilizadas informações sobre locais de entrega de medicamentos padronizados (em sites, cartazes, folhetos ou outras formas) para a população?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. 99. ( ) Não sei.
102	Existe algum mecanismo para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos dos medicamentos?	1. ( ) Sim. 2. ( ) Não. => <b>Passar para a 105.</b> 99. ( ) Não sei. => <b>Passar para a 105.</b>
103	Como é realizado o registro de queixa técnica e/ou evento adverso?	1. ( ) Formulário impresso próprio. 2. ( ) Site eletrônico ou software próprio. 3. ( ) Software do Estado. 4. ( ) Formulário da Anvisa. 5. ( ) Outro. Especificar: _____ 99. ( ) Não sei.

104	Qual é o encaminhamento dado às queixas e/ou notificações de eventos adversos dos medicamentos?	1. ( ) Nenhum. 2. ( ) Encaminha para a CFT. 3. ( ) Encaminha para a Comissão de Farmacovigilância. 4. ( ) Encaminha para a Anvisa. 5. ( ) Encaminha para a Vigilância Sanitária estadual. 6. ( ) Encaminha para outro setor. Qual? _____ 7. ( ) Não recebemos notificações de eventos adversos. 99. ( ) Não sei.
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### XIV - DISPOSIÇÕES FINAIS

105	Qual o seu entendimento sobre AF?	_____
106	O(A) Sr.(a) considera a organização da AF do município/DF:	1. ( ) Ótima. Por quê? _____ 2. ( ) Boa. Por quê? _____ 3. ( ) Regular. Por quê? _____ 4. ( ) Ruim. Por quê? _____ 5. ( ) Péssima. Por quê? _____ 99. ( ) Não sei.
107	O(A) Sr.(a) gostaria de fazer algum comentário sobre a pesquisa?	( ) Não. ( ) Sim. _____



## 12. Município de residência:

1. O mesmo da entrevista.
2. Outro. Especificar:

13. Tempo de formado(a) em Medicina:  meses

## 14. Especialidade(s)

A.	<input type="text"/>	999. NA	<input type="text"/>
B.	<input type="text"/>	999. NA	<input type="text"/>
C.	<input type="text"/>	999. NA	<input type="text"/>
D.	<input type="text"/>	999. NA	<input type="text"/>
E.	<input type="text"/>	999. NA	<input type="text"/>
F.	<input type="text"/>	999. NA	<input type="text"/>

## 15. Tempo de formado(a) na(s) especialidade(s), respectivamente:

Especialidade A:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	meses.	999. NA
Especialidade B:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	meses.	999. NA
Especialidade C:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	meses.	999. NA
Especialidade D:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	meses.	999. NA
Especialidade E:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	meses.	999. NA
Especialidade F:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	meses.	999. NA

## 16. Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade?:

meses.

## 17. Carga horária de trabalho semanal na UBS:

horas/semana.

## 18. Qual o seu vínculo empregatício nesta UBS?:

1. Servidor público concursado.
2. Servidor estadual e/ou federal cedido.
3. Contrato.
4. Terceirizado.
5. Cargo comissionado.
6. Programa Mais Médicos.
7. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab).

## 19. O(A) Sr(a) tem outro vínculo de trabalho neste município?

1. Sim.
2. Não. (Vá para a 20).

## 19A. Especifique o vínculo:

1. Servidor público concursado.
  2. Servidor estadual e/ou federal cedido.
  3. Contrato.
  4. Terceirizado.
  5. Cargo comissionado.
  6. Programa Mais Médicos.
  7. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab).
999. NA

20. O (A) Sr.(a) tem outro vínculo de trabalho em outro(s) município(s)?

1. Sim. 2. Não. (Vá para a 21).

20A. Especificar o(s) vínculo(s): (RESPOSTA MÚLTIPLA)

1. Servidor público concursado.  
 2. Servidor estadual e/ou federal cedido.  
 3. Contrato.  
 4. Terceirizado.  
 5. Cargo comissionado.  
 6. Programa Mais Médicos.  
 7. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab).   
 999. NA

### III - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

21. Este município adota uma lista padronizada de medicamentos?

1. Sim. 2. Não. (Vá para a 29). 99. Não sei. (Vá para a 29).

22. O(A) Sr.(a) conhece a lista padronizada de medicamentos do município?

1. Sim. 2. Não. (Vá para a 29). 999. NA

23. O (A) Sr.(a) tem acesso à lista padronizada de medicamentos em quais destes lugares?

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA

23A	No consultório.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23B	Na internet.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23C	Na farmácia.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23D	Na Secretaria Municipal de Saúde.	<input type="text"/> <input type="text"/>
23E	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23F	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23G	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23H	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>
23I	Outro:	<input type="text"/> <input type="text"/>

24. O(A) Sr.(a) considera que a lista padronizada de medicamentos no município atende às necessidades dos usuários desta unidade de saúde?

1. Sim, totalmente. 99. Não sei.  
 2. Sim, parcialmente. 999. NA  
 3. Não.

25. O(A) Sr.(a) já participou do processo de elaboração da lista padronizada de medicamentos do seu município?

1. Sim. 2. Não. 999. NA

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

1. Sim. 99. Não sei. (Vá para a 29).  
 2. Não. (Vá para a 29). 999. NA

27. Alguma vez o(a) Sr.(a) já solicitou inclusão e/ou exclusão de algum medicamento na lista padronizada?

1. Sim. 99. Não sei. (Vá para a 29).  
 2. Não. (Vá para a 29). 999. NA

28. Essa solicitação foi influenciada por:

1. Sim. 2. Não. 99. Não sei. 999. NA











ANEXO 3 – Questionário para o profissional responsável pela dispensação de medicamentos na farmácia pública municipal ou farmácia da UBS.

**Questionário para o profissional responsável pela dispensação de medicamentos na farmácia pública municipal ou farmácia da UBS**

Data da entrevista: [ ]/[ ]/[ ]  
 Horário do INÍCIO da entrevista: [ ] - [ ]

**I – INFORMAÇÕES GERAIS DA FARMÁCIA E/OU 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: \_\_\_\_\_

**II – INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO**

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

### III - VÍNCULO EMPREGATÍCIO

14. Há quanto tempo trabalha na atividade de dispensação e/ou entrega de medicamentos nesta Farmácia e/ou 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 zero. Ex.: 8 horas/semana).

[ ] [ ] horas/semana.

16. Carga horária/semanal de trabalho na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.

[ ] [ ] horas/semana.

17. Qual o seu vínculo com o município?

1. Servidor público concursado.
2. Servidor estadual e/ou 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 para a 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 e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim.                      2. Não.                      [ ]

20. Você é:

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Farmacêutico(a).      | 3. Enfermeiro(a).          |
| 2. Auxiliar da Farmácia. | 4. Auxiliar de Enfermagem. |

Outro. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ]

21. Com relação aos profissionais que trabalham nesta Farmácia e/ou Unidade de Dispensação, especifique a quantidade e a carga horária (assinale 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 e/ou Unidade de Dispensação.	[ ][ ]	[ ][ ]
D	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
E	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
F	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
G	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]
H	Outro:	[ ][ ]	[ ][ ]

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

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Dispensação e/ou entrega de medicamentos aos usuários.	[ ][ ]
B	"Responsabilidade técnica" (sujeita a sanções de natureza cível, penal e administrativa) pela Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.	[ ][ ]
C	Supervisão dos outros funcionários da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.	[ ][ ]
D	Realiza atividades com a equipe de saúde da unidade.	[ ][ ]
E	Realiza atividades com a 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:	[ ][ ]
L	Outro:	[ ][ ]
M	Outro:	[ ][ ]
N	Outro:	[ ][ ]
O	Outro:	[ ][ ]

#### IV - GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

23. Quantas pessoas você atende por dia nesta Farmácia e/ou 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 e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação? (Assinalar uma opção para cada item)

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                      999. NA

A	Componente básico.	[ ] [ ]
B	Portaria nº 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 dois anos, você participou de algum tipo de curso e/ou capacitação para profissionais de Assistência Farmacêutica no município?

1. Sim.                      2. Não. (Vá para a 29).                      99. Não sei. (Vá para a 29).                      [ ] [ ]

28. Especifique de qual curso e/ou capacitação participou nos últimos dois anos

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA.

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

1. Sim.                      2. Não. (Vá para a 31).                      99. Não sei. (Vá para a 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 alguma 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. (**Vá para a 34**).                      99. Não sei. (**Vá para a 34**).                      [    ]

33A. Se sim, onde?

[    ]

999. NA.

34. De quais atividades o farmacêutico participa nesta Unidade de Saúde ou Farmácia e/ou Unidade de Dispensação? (Assinalar uma opção para 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 e/ou entrega de medicamentos.	[    ]
E	Outro:	[    ]
F	Outro:	[    ]
G	Outro:	[    ]
H	Outro:	[    ]
I	Outro:	[    ]

## V - SELEÇÃO

35. Existe no município uma lista padronizada de medicamentos?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 40**).                      99. Não sei. (**Vá para a 40**).                      [    ]

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

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 40**).                      99. Não sei. (**Vá para a 40**).                      [    ]

37. O(A) Sr.(a) conhece os procedimentos para realizar a solicitação de inclusão e/ou 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.                      [    ]

## VI - PROGRAMAÇÃO

40. Esta Farmácia e/ou Unidade de Dispensação realiza programação de medicamentos?

1. Sim.  
2. Não. (**Vá para a 43**).                      99. Não sei. (**Vá para a 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	Outro:	[ ] [ ]
F	Outro:	[ ] [ ]
G	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]

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

1. Semanal.                      4. Bimestral.

2. Quinzenal.                      5. Trimestral.

3. Mensal.

Outra. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

99. Não sei.                      999. NA.

## VII - ABASTECIMENTO

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

1. Sempre.                      4. Raramente.

2. Repetidamente.                      5. Nunca. (**Vá para a 46**).

3. Às vezes.                      99. Não sei. (**Vá para a 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	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]
J	Outro:	[ ] [ ]
K	Outro:	[ ] [ ]

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 e/ou Unidade de Dispensação ou na 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	Outro:	[ ] [ ]
F	Outro:	[ ] [ ]
G	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]

46. Nos últimos três meses, ocorreu sobra de medicamentos na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação ou na Unidade de Saúde?

- 1 Sempre.                      4 Raramente.  
 2 Repetidamente.        5 Nunca. (Vá para a 48).  
 3 Às vezes.                98. Não sei. (Vá para a 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) e/ou almoxarifado.	[ ] [ ]
D	Remanejamento e/ou troca com outro município.	[ ] [ ]
E	Outro:	[ ] [ ]
F	Outro:	[ ] [ ]
G	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]

## VIII - ARMAZENAMENTO

48. Com relação às condições do local de armazenamento de medicamentos na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou 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 e/ou climatização verificado por termômetro em planilhas e/ou sistema específico, com registro na última semana?	[ ] [ ]
D	Possui ambiente iluminado (sem incidência de luz solar direta)?	[ ] [ ]
E	Possui controle de pragas e/ou roedores com apresentação de registro do controle realizado nos últimos seis 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 de retenção de receita)?

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 e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde.  
 99. Não sei.                      [ ] [ ]

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

1. Em geladeiras e/ou refrigeradores, com termômetro para controle e registro de temperatura.  
 2. Em geladeiras e/ou 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 para a 52).  
 2. Sim, informatizado.  
 3. Não. (Vá para a 52).  
 99. Não sei. (Vá para a 52). [ ] [ ]

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

999. NA. [ ] [ ]

52. Existe controle da validade dos medicamentos?

1. Sim, manual. (Vá para 53).  
 2. Sim, informatizado.  
 3. Não. (Vá para a 53).  
 99. Não sei. (Vá para a 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. Especifique:

54. Há fracionamento de medicamentos na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou Unidade de Saúde?

1. Sim.  
 2. Não. (Vá para a 56). 99. Não sei. (Vá para a 56). [ ] [ ]

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

1. Sim. (Vá para a 56). 99. Não sei. (Vá para a 56).  
 2. Não. 999. NA. [ ] [ ]

55A. Se não, por quê?

999. NA. [ ] [ ]

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

1. Sim.  
 2. Não. 99. Não sei. [ ] [ ]

57. Existe, na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim.  
 2. Não. 99. Não sei. [ ] [ ]

59. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação e/ou 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:	[ ] [ ]

## IX - DISPENSAÇÃO

60. O tempo de espera para ser atendido na Farmácia e/ou 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 para a 61B).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61B).**                      [ ] [ ]

61A1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61B Saúde Mental?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 61C).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61C).**                      [ ] [ ]

61B1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61C Tuberculose?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 61D).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61D).**                      [ ] [ ]

61C1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61D Hanseníase?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 61E).**                      99. Não sei. **(Vá para a 61E).**                      [ ] [ ]

61D1. Se sim, especifique onde:

\_\_\_\_\_ [ ] [ ]

999. NA

61E Hepatite?

1. Sim.                      2. Não. **(Vá para a 62).**                      99. Não sei. **(Vá para a 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 necessário?

1. Sim.                      2. Não.                      99. Não sei.                999. NA

A	Médico(a).	[ ] [ ]
B	Farmacêutico(a).	[ ] [ ]
C	Auxiliar de 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 para a 66**).                [ ] [ ]

65A. Se sim, especifique:

000 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 para a 70**).                      2. Não. (**Faça a 69 e vá para a 77**).                [ ] [ ]

69. Por que você não realiza atividades de caráter clínico (acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes na consulta farmacêutica)? (**Assinalar uma opção para cada item**).

(**FAÇA ESTA QUESTÃO E PULE PARA a 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. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

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. Especifique: \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

99. Não sei.

999. NA.

72. Essas atividades de caráter clínico são realizadas 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	Outro:	[ ] [ ]
F	Outro:	[ ] [ ]
G	Outro:	[ ] [ ]
H	Outro:	[ ] [ ]
I	Outro:	[ ] [ ]

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

1. Sim.                      2. Não. (Vá para a 73B).                      [ ] [ ]

73A. Se sim, especifique:

(Vá para a 74A) [ ] [ ]

999. NA.

73B. Se não, em que 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 importantes.  
 2. Importantes.  
 3. Nem muito, nem pouco importantes.  
 4. Pouco importantes.  
 5. Muito pouco importantes.  
 99. Não sei.      999. NA.      [ ] [ ]

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

1. Sim.      2. Não.      99. Não sei.      [ ] [ ]

### X - 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. (Vá para a 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.).	[ ] [ ]
D	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 e/ou Farmácia e/ou 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 4 – Formulário de observação da farmácia e/ou unidade de dispensação

**Formulário de observação da farmácia e/ou unidade de dispensação**

Data da observação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014

Horário inicial: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

O questionário será dividido em três etapas:

**1ª Etapa - Registro Fotográfico:**

O observador deverá tirar fotos das diferentes áreas, identificando cada área na foto. Em TODAS AS FARMÁCIAS e/ou UNIDADES DE DISPENSAÇÃO, as seguintes áreas devem ter registro fotográfico: área de atendimento (guichê, balcão e/ou janela de entrega de medicamentos, fila de espera), área interna da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação, área de armazenamento da Farmácia e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação estiver implantada em edificação independente da Unidade de Saúde, registrar também a fachada e o acesso principal à Farmácia e/ou à Unidade de Dispensação.

**2ª Etapa - Registro da Documentação:**

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

**3ª Etapa - Roteiro de Observação:**

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

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

A. Entrada da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.

a. Comentários:

[ ]

B. Área de recepção e/ou atendimento (foto 1: porta de entrada).

a. Comentários:

[ ]

C. Área de recepção e/ou atendimento (foto 2: lateral).

a. Comentários:

[ ]

D. Almoxarifado - Armazenamento de medicamentos (foto 1: porta de entrada).

a. Comentários:

[ ]

E. Almojarifado - Armazenamento de medicamentos (foto 2: lateral direita).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

F. Almojarifado - Armazenamento de 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 da capa dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

a. Comentários:

\_\_\_\_\_ [ ]

## ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DA FARMÁCIA E/OU UNIDADE DE SAÚDE

1. Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (sete dígitos):

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

2. Município: \_\_\_\_\_ [ ][ ]

3. Nome da Farmácia e/ou 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 e/ou 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	Possui licença do corpo de bombeiros.	[ ][ ]

### FARMÁCIA E/OU UNIDADE DE DISPENSAÇÃO

10. Responsável pela Farmácia e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação (em caso da ausência do mesmo, inserir o nome do substituto): \_\_\_\_\_

11. Área da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação (EM METROS QUADRADOS):

[ ][ ][ ][ ][ ][ ] m<sup>2</sup>.

12. Horário de atendimento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

De [ ][ ]:[ ][ ] h às [ ][ ]:[ ][ ] h.

13. Funcionamento semanal da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

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

14. Número total de horas de atendimento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação ao público semanal:

[ ][ ][ ][ ] horas/semana.

15. Presença de Farmacêutico na Farmácia e/ou 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 e/ou 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 e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação:

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] por dia.

### LOCAL DE ATENDIMENTO

19. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área destinada à espera dos usuários para atendimento na farmácia?

1. Sim, exclusiva para Farmácia e/ou Unidade de Dispensação.  
 2. Sim, compartilhada com outros serviços.  
 3. Não. (Vá para a 21). [ ]

20. A área de espera da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui:

1. Sim. 2. Não.

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

21. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui sistema informatizado para registro das atividades da Assistência Farmacêutica?

1. Sim.  
 2. Não. (Vá para a 24). 98. Não sei. (Vá para a 24). [ ] [ ]

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

A. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] [ ] [ ]  
 B. \_\_\_\_\_ [ ] [ ] [ ] [ ]

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

1. Sim. 2. Não. 999. NA

23A	Programação de medicamentos e/ou insumos.	[ ] [ ]
23B	Controle de estoque e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação:

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

24A. É compartilhada com quais serviços?

- A. \_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 B. \_\_\_\_\_ [ ][ ]  
 C. \_\_\_\_\_ [ ][ ]

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

[ ][ ][ ][ ] m<sup>2</sup>    999. NA

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

[ ][ ][ ][ ] m<sup>2</sup>    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 e/ou mesa com cadeiras para sentar.	[ ][ ]
26C	Guichês e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim.                      2. Não.

27A	Possui controle de temperatura.	[ ][ ]
27B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre os 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 e/ou Unidade de Dispensação possui área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico:

1. Sim, exclusiva para consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico.
2. Sim, compartilhada com outros profissionais.
3. Não. (Vá para o 31).

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

m<sup>2</sup>                      999. NA

30. Esta área de atendimento farmacêutico possui:

1. Sim.
2. Não.
999. NA

30A	Mesa.	<input type="text"/>
30B	Cadeiras.	<input type="text"/>
30C	Armário para guarda de registros dos atendimentos.	<input type="text"/>
30D	Computador.	<input type="text"/>
30E	Acesso à internet.	<input type="text"/>
30F	Lixeira COM PEDAL.	<input type="text"/>
30G	Impressora.	<input type="text"/>
30H	Telefone.	<input type="text"/>
30I	Balança.	<input type="text"/>
30J	Livros e outras referências bibliográficas.	<input type="text"/>

### ÁREA DE ARMAZENAMENTO

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

1. Sim
2. Não
- 

32. A área de armazenamento da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação é:

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

33. Área de armazenamento, em metros quadrados aproximados:

m<sup>2</sup>                      999. NA

34. Área de armazenamento possui:

1. Sim.
2. Não.

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

## 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 e/ou Indicação.
5. Outra: \_\_\_\_\_
6. Não há regra de armazenamento.

## 36. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação realiza o fracionamento de medicamentos?

1. Sim.
2. Não. (Vá para a 38).

## 37. Quais as condições para a realização do fracionamento?

1. Sim.
2. Não.

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

## 38. Condições ambientais da Farmácia e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim.
2. Não.

37A	Possui controle de temperatura.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre os medicamentos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37C	Possui sistema interno de circulação de ar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37D	Possui controle de umidade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37E	Indício da presença de roedores e insetos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37F	Presença de mofo ou infiltração.	<input type="checkbox"/> <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 e/ou não é possível verificar a temperatura.

### OUTRAS ÁREAS

## 40. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área destinada ao armazenamento de produtos vencidos e/ou impróprios para uso?

1. Sim.
2. Não.

## 41. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui área exclusiva destinada à execução de atividades administrativas?

1. Sim.
2. Não.

## 42. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui espaço reservado para lanches e refeições (copa)?

1. Sim.
2. Não.

## 43. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui depósito de materiais de limpeza?

1. Sim.
2. Não.

## 44. A Farmácia e/ou 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 e/ou Unidade de Dispensação trabalham com uniforme ou jaleco?

1. Sim.                      2. Não.                      [    ]

46. A Farmácia e/ou Unidade de Dispensação possui equipamento de prevenção contra incêndios?

1. Sim.                      2. Não.                      [    ]

47. A Farmácia e/ou 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 e/ou 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 e/ou Glicazida.	Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas.	[    ]	[    ]	[    ]
55	Sulfato ferroso.	Preparações com ferro.	[    ]	[    ]	[    ]
56	Ácido fólico.	Vitamina B12 e ácido fólico.	[    ]	[    ]	[    ]
57	Sais para reidratação oral.	Outros nutrientes.	[    ]	[    ]	[    ]
58	Hidroclorotiazida.	Diuréticos de baixa potência.	[    ]	[    ]	[    ]
59	Captopril e/ou Enalapril.	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples.	[    ]	[    ]	[    ]
60	Atenolol/Cloridrato propranolol/Carvedilol e/ou Succinato de metoprolol.	Agentes beta-bloqueadores.	[    ]	[    ]	[    ]
61	Nitrato de Miconazol creme e/ou pomada.	Antifúngicos para uso tópico.	[    ]	[    ]	[    ]
62	Dexametasona creme e/ou pomada.	Corticoesteroides simples.	[    ]	[    ]	[    ]
63	Nistatina creme.		[    ]	[    ]	[    ]
64	Benzilpenicilina benzatina.	Antibacterianos Beta-lactâmicos, penicilina.	[    ]	[    ]	[    ]
65	Cloridrato de Ciprofloxacino.	Antibacterianos quinolônicos.	[    ]	[    ]	[    ]
66	Fluconazol e/ou 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	Acetato de medroxiprogesterona comp.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Enantato noretisterona + valerato de estradiol.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Estriol creme vaginal.	Estrogênios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Estrogênios conjugados na forma de creme vaginal.	Estrogênios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Etinilestradiol +levonorgestrol.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Levonorgestrel.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76	Noretisterona.	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	Albendazol.	Agentes antinematóides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78	Permetrina.	Ectoparasiticidas, incluindo escabicidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79	Metronidazol e/ouTeclozana.	Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80	Sulfato de salbutamol.	Adrenérgicos inalatórios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81	Fosfato sódico de prednisolona e/ou Prednisona.	Corticoesteroides para uso sistêmico simples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82	Brometo de Ipratrópio.	Outros medicamentos inalatórios para doenças respiratórias obstrutivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	Isoniazida 75 mg + Rifampicina 150 mg + Pirazinamida 400 mg + Etambutol 275 mg.	Medicamentos para tratamento da tuberculose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	Rifampicina 300 mg.	Medicamentos para tratamento da tuberculose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	Nicotina.	Medicamentos utilizados em transtornos de dependência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. A dispensação de medicamentos para tratamento de HIV/aids é realizada na Farmácia e/ou Unidade de Dispensação?

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 88**).                      98. Não sei. (**Vá para a 88**).                     

Preencher a 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 e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim.                      2. Não.

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque:

1. Sim.                      2. Não.

	Medicamentos	Classificação no Anexo I na Renome 2012	A	B	C
87	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg.	Antivirais de ação direta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1. Sim.                      2. Não. (**Vá para a 93**).                      98. Não sei. (**Vá para a 93**).                     

Preencher as questões 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 e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim. 2. Não.

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque:

1. Sim. 2. Não.

	Medicamentos	Classificação no Anexo I na Renome 2012	A	B	C
89	Clonidrato de amitriptilina.	Antidepressivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90	Fluoxetina.	Antidepressivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91	Carbamazepina.	Antiepilépticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92	Clonazepam.	Antiepilépticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Preencher as questões 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 e/ou Unidade de Dispensação:

1. Sim. 2. Não.

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque:

1. Sim. 2. Não.

	Medicamentos	Classificação no Anexo I na Renome 2012	A	B	C
94	Alcachofra.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95	Aroeira.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96	Cáscara -sagrada.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97	Espinheira- santa.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98	Garra-do-diabo.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	Guaco.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	Isoflavona-de-soja.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	Unha-de-gato.	Fitoterápicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Horário final: :