

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**Assistência farmacêutica enquanto política pública  
no município de São Carlos-SP:  
um olhar a partir do campo CTS**

Luiz Henrique Chenchi

São Carlos – SP  
2021

LUIZ HENRIQUE CHENCHI

**Assistência farmacêutica enquanto política pública  
no município de São Carlos-SP:  
um olhar a partir do campo CTS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado

São Carlos – SP  
2021



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Tese de Doutorado do candidato Luiz Henrique Chenchi, realizada em 25/02/2021.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado (UFSCar)

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata (UFSCar)

Prof. Dr. Cidoval Moraes de Sousa (UEPB)

Profa. Dra. Adriane Lopes Medeiros Simone (USP)

Profa. Dra. Julieta Mieko Ueta (USP)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

*Dedico esta tese à minha mãe que sempre sonhou com um filho “doutor”, à minha esposa que caminhou (e caminha) lado a lado neste trilhar e aos gestores públicos das políticas de assistência farmacêutica, que transcendam o olhar puramente dispendioso para um de atenção integral, equitativa e universal aos serviços e ações de saúde.*

## **Agradecimentos**

São muitos e diversos os atores que estiveram conectados nesta trajetória e que de alguma forma contribuíram para esta formação. Minha sincera gratidão:

À minha orientadora Maria Lúcia que com sua sensibilidade e competência sempre tentou extrair o melhor de mim, seja nas questões acadêmicas ou na compreensão dos fatos que permeiam, principalmente, as políticas de saúde pública. Sou seu fã e extremamente orgulhoso de poder trabalhar contigo!

Ao grupo do WhatsApp “PPGCTS-Orientandos ativos”, neste momento representado por Wiliam, Camila e Kátia, que instigou, apoiou e torceu para a finalização deste estudo. A perspicácia de vocês foi motivadora!

À minha esposa Tatiana que, incondicionalmente, sempre apoiou todas as minhas decisões, até as consideradas por muitos arriscadas e ousadas (que aliás foram várias). A edificação de um projeto de vida em família só tem sentido para mim porque é com você. Te amo!

Às minhas filhas Sofia e Júlia, pelo amor que pulsa, transborda, guia, busca, investe, perdoa... por vocês, para vocês e com vocês, sempre!

Aos meus pais Gilberto e Cleide que, incansavelmente, guiaram nossa criação com amor, honestidade e nunca mediram esforços para investir em nossos estudos. Vocês são minha inspiração e espelho!

Aos meus irmãos Lucas e Lucia, que mesmo distantes geograficamente mantemos o apoio, incentivo e torcida pelo sucesso do outro. Admiro vocês!

Aos meus sogros e cunhados pelo socorro familiar. Aos meus sobrinhos e afilhados pelo carinho. Aos meus amigos e vizinhos pela torcida. Vocês são essenciais para minha família!

Aos amigos que se fizeram neste caminho e aos de longa data, em especial ao futuro médico (Dr.) Thiago Lisboa e sua esposa Fran, que sempre apoiaram e torceram pela minha carreira como pesquisador. A admiração é recíproca e a amizade verdadeira, vocês são guerreiros!

Aos meus colegas e amigos do Doutorado, turma 2016 do PPGCTS/UFSCar pelos “encontros epistemológicos”, estudos, auxílio, empatia e apoio mútuo. Vocês são incríveis e inteligentes, têm meu respeito!

À toda equipe da secretaria, coordenação e corpo docente do PPGCTS/UFSCar pelos esclarecimentos, orientações e ensinamentos, além da simpatia que dispõem como suporte para todas as atividades. Apreço pelo trabalho que executam!

Aos professores, que aceitaram e se dispuseram a participar das bancas de avaliação, Julieta, Adriane, Márcia e Cidival. Também, à Prof<sup>a</sup> Cristina Helena Bruno que enriqueceu as discussões com sensatez e compreensão na qualificação. Vocês são guias brilhantes!

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos-SP pela autorização do projeto. Ao gestor, farmacêuticos e auxiliares que trabalham na Assistência Farmacêutica local e se dispuseram a participar; a garra com que conduzem todo o processo é aplausível!

À Deus, força maior, energia positiva, luz que sempre guiou minha construção como ser humano e escolhas, emanando força e sabedoria para atravessar qualquer adversidade. Me sinto muito abençoado e que assim seja, amém!

*O sentimento de que proponho algo que se completa com a relatividade do que deve ser ainda interrogado e descoberto faz parte da utopia que une este trabalho a todos os esforços daqueles que buscam uma “ciência mais científica” no campo da saúde. Nele compartilho a ideia de que o conhecimento é um processo infinito e não há condição de fechá-lo numa fase final, assim como não se pode prever o final do processo histórico, embora seja possível projetá-lo como politicamente mais democrático e ecologicamente saudável.*

Maria Cecília de Souza Minayo

## Resumo

Esta tese pressupõe que a prática das ações da assistência farmacêutica (AF) municipal não se articula com a concepção das políticas públicas conquistadas para garantia de acesso e uso racional de medicamentos. A retomada da trajetória histórica das políticas de AF no Brasil indicou uma tentativa de mudança de conformação do arranjo logístico, ao se instituir a perspectiva do cuidado farmacêutico com o usuário, já estabelecida em outros países, como direito à atenção integral em saúde. A necessidade de garantir insumos e medicamentos para atendimento do país, despontada principalmente em situações como as de emergência em saúde pública, como na recente pandemia COVID-19, acenaram para a importância da área farmacêutica em assegurar os aspectos biopsicossociais. Várias ações se institucionalizaram pelo Ministério da Saúde (MS) e outros setores interligados, com investimentos e diretrizes para configurar a gestão da AF em todas as esferas de governo e níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Na cidade de São Carlos-SP, observações e vivências permitiram perceber que muitas dessas políticas não alcançavam os resultados. Assim, este estudo teve como objetivo analisar as políticas públicas de assistência farmacêutica nesse município, sob a percepção de seus atores e o olhar do campo Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS), como caminho de investigação das acepções subjetivas, pouco detectadas neste cenário. Utilizou-se o método de pesquisa qualitativa em saúde, em duas etapas da investigação: consulta das informações disponibilizadas pelo site oficial do município e o trabalho de campo. Empregou-se, como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada com doze sujeitos trabalhadores de serviços públicos de farmácia municipal, seguida da análise hermenêutica dialética. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) para a investigação. Os resultados indicaram que a maior parte dos participantes é do sexo feminino e concursados efetivos da Prefeitura Municipal. Cinco categorias de análise emergiram e puderam ser visualizadas a partir de uma nuvem de palavras com o corpus das entrevistas. Poucas informações foram localizadas no site oficial, dificultando o caminho do cidadão. Emergiram neste contexto a existência de: recursos humanos deficientes, estrutura física precária, sistema informatizado pouco lapidado, demanda numerosa, falta de orientação e cuidado ao usuário, descontentamento com a forma de trabalho, delimitação no ajustamento dos programas e não adequação plena às normas impostas pela pandemia, acarretando riscos aos trabalhadores e usuários. A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) se revelaram conquistas bem-sucedidas, com diversas especialidades farmacêuticas, garantindo acesso ao tratamento a amplo número de agravos à saúde. Por outro lado, não se efetivaram enquanto instrumentos ao uso racional de medicamentos. A análise revela discrepâncias na estrutura, organização, gestão e práticas da AF local, em relação aos norteamentos que configuram as políticas públicas da área no Brasil. É fundamental que o atendimento às necessidades da população se sobreponha a interesses políticos, cabendo aos gestores públicos direcionar esforços para esse cumprimento. A configuração dos atores envolvidos em rede, apoiada nas ações multiprofissionais na atenção básica, gestão participativa no sistema e cuidados farmacêuticos contribuem para o fortalecimento e (re)orientação à uma prática adequada, desconstruindo o enfoque de política pública de AF como simples entrega de medicamentos, com planejamento das atividades, condutas técnicas eficazes, educação em saúde, defesa da integralidade da assistência e do direito à vida.

**Palavras-chave:** Ciência, Tecnologia e Sociedade; Políticas Públicas de Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Serviços de Assistência Farmacêutica.



## Abstract

This thesis assumes that the practice of the actions of municipal pharmaceutical services is not articulated with the conception of public policies conquered to guarantee access and the rational use of medicines. The review of the historical trajectory of pharmaceutical services policies in Brazil indicated an attempt to change the conformation of the logistic arrangement, when the perspective of pharmaceutical care was instituted with the user, already established in other countries, as a right to comprehensive health care. The need to guarantee inputs and medicines for the country's care, especially in situations such as public health emergencies, as in the recent COVID-19 pandemic, waved to the importance of the pharmaceutical area in ensuring the biopsychosocial aspects. Several actions have been institutionalized by the Ministry of Health and other interconnected sectors, with investments and guidelines to set up pharmaceutical services management in all government spheres and levels of care of the Unified Health System. In São Carlos, in the state of São Paulo, observations and experiences have shown that many of these policies have not achieved their intended results. This study aimed to analyze the public policies for pharmaceutical assistance in this city, under the perception of its actors and the view of the Science, Technology and Society (STS) field, as a way to investigate the subjective meanings, little detected in this scenario. The qualitative health research method was used in two stages: the consultation of the information provided by the official website of the municipality and the fieldwork. As a data collection tool, it was used a semi-structured interview with twelve public service workers of municipal pharmacy, followed by a dialectical hermeneutic analysis. We obtained the approval of the Ethical Committee on Human Research of the Federal University of São Carlos for the survey. The results indicate that most participants are women and permanent employees of City Hall. Five categories of analysis emerged and were able to be visualized from a cloud of words with the corpus of interviews. Not much information was found on the official website, making the path of the citizen difficult. It emerged in this context the existence of deficient human resources, precarious physical structure, little polished computerized system, numerous demands, lack of orientation and care to the user, dissatisfaction with the way of working, delimitation in the adjustment programs, and not full adequacy to the norms imposed by the pandemic, causing risks to the workers and users. The Pharmacy and Therapeutics Commission and the Municipal List of Essential Medicines were achievements, with several pharmaceutical specialties, ensuring access to treatment for many health problems. They have also been ineffective as instruments for the rational use of medicinal products. The analysis reveals differences in the structure, organization, management, and practices of local pharmaceutical services concerning the guidelines that shape public policy in the region in Brazil. It is essential that the needs of the population have priority over political interests, and it is up to public managers to direct efforts towards this achievement. The configuration of the actors involved in a network, supported by multi-professional actions in primary care, participatory management in the system, and pharmaceutical care contribute to the strengthening and (re)orientation to an adequate practice, deconstructing the approach of pharmaceutical services, public policy as simple drug delivery, with activity planning, effective technical conducts, health education, defense of the integrality of assistance and the right to life.

**Keywords:** Science, Technology and Society; Public Health Policy; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Pharmaceutical Services.

## Lista de ilustrações

<b>Figura 1.</b> Linha do tempo de fatos que marcaram as políticas de Assistência Farmacêutica, no período de 1971 a 2020.....	27
<b>Figura 2.</b> Ciclos das principais atividades da Assistência Farmacêutica.....	33
<b>Figura 3.</b> Grupos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....	36
<b>Figura 4.</b> Fluxo das informações transmitidas para a BNAFAR.....	39
<b>Figura 5.</b> Percepção da inserção do farmacêutico na equipe de saúde em diversas regiões do mundo.....	48
<b>Figura 6.</b> Quadro exemplificando os modelos de gestão da assistência farmacêutica e suas fragmentações.....	62
<b>Figura 7.</b> Localização do município de São Carlos no Departamento Regional de Saúde de Araraquara no Estado de São Paulo.....	67
<b>Figura 8.</b> Fluxograma do desenvolvimento da análise hermenêutica dialética.....	75
<b>Figura 9.</b> Informações encontradas no site do município de São Carlos-SP relacionadas às políticas de Assistência Farmacêutica.....	77
<b>Figura 10.</b> Nuvem de palavras a partir do corpus das entrevistas.....	81
<b>Figura 11.</b> Distribuição e localização das farmácias com dispensação .....	82
<b>Figura 12.</b> Estrutura administrativa da Assistência Farmacêutica de São Carlos-SP.....	83

## Lista de quadros

<b>Quadro 1.</b> Atividades dos entes federativos na gestão da Política Nacional da Assistência Farmacêutica.....	30
---	----

## Lista de abreviaturas e siglas

- AF - Assistência Farmacêutica
- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ANPPS - Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
- APS - Atenção Primária em Saúde
- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APPMS - Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
- BNAFAR - Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS
- BNCC - Base Nacional Comum Curricular
- CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
- CEAF - Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)
- CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
- CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas
- CEIS - Complexo Econômico Industrial da Saúde
- CEME - Central de Medicamentos
- CEME São Carlos - Centro Municipal de Especialidades de São Carlos
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
- C&T - Ciência e Tecnologia
- CFF - Conselho Federal de Farmácia
- CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
- COVID-19 - Doença do Coronavírus 2019 (do inglês *Coronavirus Disease 2019*)
- CRF - Conselho Regional de Farmácia
- CT&I - Ciência, Tecnologia e Inovação
- CT&I/S - Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
- CTS - Ciência, Tecnologia e Sociedade
- DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica
- DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia

DGCA - Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial

DRS - Departamento Regional de Saúde

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

FAPs - Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa

FDA - Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos Americana (do inglês *Food and Drug Administration*)

FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos

FURP - Fundação para o Remédio Popular

GIAP - Gerenciador de Informações da Administração Pública

HIV - Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

IAT - Integralidade da Assistência Terapêutica

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento

MCTI - Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

P&D - Pesquisa e Desenvolvimento

PD&I - Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação

PD&I/S - Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde

P&D/S - Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde

PESS - Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde

PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil

PhC - Cuidados Farmacêuticos (do inglês *Pharmaceutical Care*)

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

PNCTIS - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PNCTI - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PNS - Política Nacional de Saúde

PP - Políticas Públicas

PPGCTS - Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

PPSUS - Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde

PS - Políticas Sociais

QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no  
Sistema Único de Saúde

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RNPC - Rede Nacional Pesquisa Clínica

SAAF - Seção de Apoio à Assistência Farmacêutica

SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2 (do inglês *Severe  
Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*).

SCTIE - Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SLMM - Seção de Logística de Materiais e Medicamentos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNGPC - Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados

SNI - Sistema Nacional de Inovação

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

UNESP - Universidade Estadual Paulista

UNIRP - Centro Universitário de Rio Preto

URM - Uso Racional de Medicamento

## Sumário

APRESENTAÇÃO.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Geral .....	22
2.2 Específicos.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	23
3.1 O direito à saúde como conquista política e social.....	23
3.2 Cenário das políticas nacionais de assistência farmacêutica.....	26
3.3 Aspectos globais em assistência farmacêutica .....	42
3.4 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: múltiplos contextos à assistência farmacêutica.....	48
3.5 Gestão e práticas de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde .....	56
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	64
4.1 Território do estudo .....	67
4.2 Dinâmica da pesquisa .....	68
4.3 A coleta dos dados.....	68
4.4 Método de análise dos dados.....	72
4.5 Ética na pesquisa .....	76
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	77
5.1 Acesso às informações oficiais.....	77
5.2 As entrevistas.....	79
5.2.1 A organização da rede farmacêutica: composição e rotina .....	81
5.2.2 Políticas públicas e programas: uma odisséia municipal! .....	91
5.2.3 Recursos físicos, humanos e logísticos .....	94
5.2.4 A relação de medicamentos e os cuidados farmacêuticos: garantia de acesso e adesão ao tratamento?.....	99
5.2.5 As vivências são significativas.....	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	107
REFERÊNCIAS .....	110
APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas .....	119
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	120
ANEXO I - Cronologia dos principais instrumentos políticos relacionados ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação no Brasil.....	122
ANEXO II - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos .....	125
ANEXO III - Regulamentação: normatizações relacionadas com Assistência Farmacêutica, publicadas ou em tramitação .....	129
ANEXO IV - Portaria 013/2018 – SMS (São Carlos).....	133

## APRESENTAÇÃO

É com muito empenho e motivação que me apresento:

- Prazer, sou Luiz Henrique Chenchi, um “quase futuro” doutor em CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade)!

Minha formação e experiências podem ser resumidas, de acordo com o currículo LATTES, como:

[...] Possui Mestrado em CTS/UFSCar. Especialização em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica (2009) pelo Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP), Graduação em Farmácia-Bioquímica (2006) pela mesma instituição e Graduação em Licenciatura (2003) e Bacharelado (2005) em Ciências Biológicas pela UNESP - São José do Rio Preto - SP. Apresenta prática profissional como farmacêutico responsável técnico em drogaria, farmácia magistral, distribuidora, Farmácia Popular do Brasil e na saúde pública, além da docência na educação básica. Tem experiência em pesquisas e estudos com a interface Ciência, Tecnologia e Sociedade / Saúde Pública / Assistência Farmacêutica, com trabalhos apresentados em eventos científicos e artigos publicados. Atualmente é professor da disciplina de Ciências dos anos finais do ensino fundamental no município de Descalvado - SP, com alinhamento à BNCC (Base Nacional Comum Curricular), Currículo Paulista, emprego de metodologias ativas e diversos recursos pedagógicos.

É notória a propensão em entrepor-se entre a busca pela ciência e sua aplicação na prática. A inquietude em alinhar esses processos perduram até os dias atuais e sinto que fazem parte da minha natureza profissional acadêmica: sempre busco algo mais...

E esse mais é o que percebo de relevância nos estudos desenvolvidos no Programa de Pós-graduação em CTS da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos-SP, que remete o olhar para o outro: a quem se destina um produto científico, como é inserido, como é recebido e quais suas consequências? Isso denota a escolha de um farmacêutico (de formação tecnicista) por este lugar.

Durante seis anos (2009 a 2015) trabalhei como farmacêutico na rede pública de saúde em São Carlos-SP. Vários desafios se sobrepuseram: a formação pouco solidificada em saúde pública, não conhecimento das políticas de saúde e de Assistência Farmacêutica (AF) vigentes no município, protocolos e diretrizes não estabelecidas para a atividade de farmácia e a dificuldade em conseguir e qualificar recursos humanos para auxiliar na rotina do serviço. Esses desafios fizeram com que a cada dia novas descobertas, caminhos, direções fossem buscados para que a minha prática na unidade de saúde se estabelecesse, para que o medicamento fosse entregue ao usuário, nada mais que isso.

O percurso no mestrado mostrou o quão importante é a aproximação do profissional com o usuário de medicamento. E essa assistência na orientação, na tentativa de dirimir



dúvidas, deve ser inerente para quem detêm o saber científico e o poder de transmitir de forma clara e objetiva a fim de garantir sua compreensão, utilizando recursos e tecnologias que a área farmacêutica dispõe. Políticas, normas e técnicas se elencam dentro do campo CTS, considerando o alcance da dimensão social que abrangem.

Alguns anos passaram e minha própria essência, novamente, me conduziu a procurar o programa com novas questões e hipóteses em que a AF como política pública de saúde é o foco, estruturada nesta tese com um olhar de “cientista”, “profissional técnico” e da “população” que faz uso do serviço.

E, novamente me encontro neste programa, com a disposição e tenacidade da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado que, desde 2010 quando iniciamos nossas conversas sobre a orientação, foi quem atentou para o que havia de CTS em mim. E isso com certeza é CTS!

Tendo em vista a inserção desta tese na linha de pesquisa “Dimensões sociais da ciência e tecnologia”, o percurso envolvido na sua construção é o que garante a apropriação dos aprendizados e experiências vivenciadas, entre as quais várias mudanças: de cidade (ida e volta), de convívio familiar, de amizades, de humor, de empregos (e alguns períodos sem eles também), de atuação profissional e até nas relações em face da pandemia COVID-19, que nos obrigou a buscar novas formas de estudos, coleta de dados, análises e formatos de qualificação e defesas.

O texto foi organizado na tentativa de manter a clareza das ideias defendidas, com uma Revisão de literatura, em que discutiu-se acerca das políticas públicas de AF, sua importância econômica e social, além dos desafios e práticas gerenciais, remetendo à pesquisas, autores e sítios oficiais como subsídios para conceitualizar esta análise; Percurso metodológico, no qual delineou-se o caminho percorrido para sua construção, a escolha do território, do método, elaboração do instrumento de coleta e as determinações éticas, sempre com embasamento no aporte teórico e seus desdobramentos na saúde coletiva; Resultados e Discussão, com a caracterização dos dados obtidos, definidos em categorias de análises e suas implicações para a temática investigada, como a organização da rede, recursos disponíveis, dificuldades de conduta, acertos e as percepções individuais dos participantes; e Considerações finais, relacionando o significado dos achados em sua função de beneficiar e (re)orientar a prática das atividades da AF em São Carlos-SP, seja pela conscientização da notoriedade do papel desempenhado pelos atores dessa assistência, seja por colocá-la no cerne das discussões políticas do município, em prol de sua efetivação e qualidade para a saúde da população.

Espero poder contribuir, com um pequeno passo que seja, para além da fronteira do conhecimento e que os achados aqui apresentados e discutidos possam abrir caminhos para uma prática farmacêutica apropriada pelos profissionais e sociedade. Boa leitura, que seja proveitosa!

## 1. INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto de que a prática das ações de AF no município de São Carlos, situado no interior do Estado de São Paulo, em sua organização, gestão, atendimento e cuidado ao usuário, está distante das políticas públicas que se estabeleceram para garantia de acesso e uso racional de medicamento, concebeu-se esse recorte subjetivo pela perspectiva dos trabalhadores das farmácias públicas, como importante contribuição para a tomada de decisão de gestores e melhoria dos serviços.

A maioria dos estudos da área farmacêutica se propõe à análise do fármaco, em suas amplitudes de características, e disponibilidade para aquisição, essencialmente focados na objetividade como técnica científica, deixando em segundo plano os atos e as ações envolvidos nesse contexto. Poucos foram os estudos localizados que exploraram a escuta dos trabalhadores da AF dos municípios, suas percepções, dificuldades e conhecimentos para a prática do serviço.

Em sua dissertação de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da UFSCar, Araujo (2016) propôs um estudo de intervenção a profissionais de saúde da rede para avaliar a gestão, tendo como foco o planejamento da assistência farmacêutica em São Carlos-SP, no qual obteve dezenove eixos considerados não-ideais e cinco intermediários para a gestão farmacêutica municipal, evidenciando que o envolvimento de diversos atores contribuem para a melhor tomada de decisão e escolha das estratégias para os serviços prestados aos usuários.

O conhecimento científico da realidade e sua transformação tecnológica são processos entrelaçados em uma rede em que, continuamente, teorias e dados empíricos são confundidos com procedimentos técnicos e artefatos. Essa interligação hoje é identificada pelos estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade), em que as análises no âmbito da política pública têm demandado pela regulação social da ciência e da tecnologia, suscitando o interesse público, abrindo debates sociais e propondo a criação de mecanismos democráticos de participação para tomada de decisões em questões relativas à política científico-tecnológica (BAZZO et al. 2003).

Semeão (2010) ao discutir sobre a relação entre políticas públicas na saúde e o campo CTS aponta que a busca atual é por estudos e diretrizes que diminuam as dificuldades da sociedade, visto que a política de saúde, tratada como política social deve ser direcionada para o indivíduo e para o coletivo, sendo influenciada por fatores determinantes (sociais, econômicos, interesses particulares).

Como política pública de saúde com dimensão social, a Assistência Farmacêutica (AF) se destaca como um direito adquirido desde a regulamentação da Constituição Federal, com o advento da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), em que diversas ações e instrumentos têm sido utilizados para garantir sua efetividade pelos órgãos federais, estaduais e municipais.

Algumas diretrizes têm sido apontadas como indicadores de saúde em AF, como a criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Programa Farmácia Popular, Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), Gestão por Componentes (básico, estratégico e especializado) e a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR).

Nas últimas duas décadas o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Secretarias de Estados da Saúde (SES), Conselho Federal de Farmácia (CFF) e Conselhos Regionais de Farmácia (CRFs) têm estabelecidos leis, resoluções, portarias e decretos na tentativa de garantir o acesso da população ao medicamento e seu uso racional, cabendo a cada esfera do governo mobilização para concretizar todas as fases do ciclo da AF desde a seleção até a dispensação.

São notáveis as dificuldades encontradas em cada nível, mas especialmente no âmbito municipal (local, a ponta) se evidencia, pois é de sua competência todo aparato de estrutura física, logística de distribuição, serviços farmacêuticos, atenção farmacêutica, sistematização das informações e recursos humanos para atendimento ao componente básico, que abrange a maior parte das enfermidades e maior número de usuários.

Diretrizes e protocolos que regulem o planejamento e organização da rede de atendimento das políticas de AF, assim como a informação veiculada, muitas vezes, são inoperantes, o que tem acarretado reclamações dos usuários (várias noticiadas pela imprensa), principalmente, pela descontinuidade no fornecimento de medicamentos e insumos, além de repercutir na sua adesão ao tratamento e relação com o profissional farmacêutico.

Uma prática efetiva dos serviços públicos de AF vai além do abastecimento e garante, como destacado em Brasil (2013a), a integralidade de suas ações de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), acesso aos medicamentos, disponibilidade dos mesmos, utilização racional e economia de recursos financeiros, pois:

Não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a AF encontra-se reduzida à logística de adquirir, armazenar e dispensar medicamentos. É preciso agregar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da AF [...], contribuir para a melhoria das práticas dos serviços e para a racionalização dos processos de trabalho, obtendo-se, consequentemente, o fortalecimento da AF no Estado de São Paulo (BRASIL, 2013a, p. 7).

Sob essas reflexões é que se motivou a pesquisa no município de São Carlos-SP, buscando compreender a organização da política de AF local, quem são seus agentes, quais os obstáculos enfrentados, a garantia de acesso e do uso racional dos medicamentos, o que precisa aprimorar e o que foi apropriado, partindo, empiricamente, de um cenário caracterizado por: número escasso de farmácias e recursos humanos, pouco poder de decisão do gestor da área, imprecisão na definição e seguimento de direcionamentos para a prática e não integração aos outros equipamentos da rede de saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Analisar as políticas públicas de assistência farmacêutica no município de São Carlos-SP, sob a percepção de seus atores e o olhar do campo CTS.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as políticas e programas específicos de AF formuladas e implementadas, considerando suas normas regulamentadoras, gestão dos serviços, organização da rede e o cuidado em saúde;

- Compreender a prática de seus atores, como estão vinculados na rede municipal de saúde, enquanto agentes de informação sobre medicamentos, que exercem impacto econômico e social sobre a saúde das pessoas;

- Contribuir com apontamentos para melhorias no funcionamento da AF municipal, como subsídios para a tomada de decisão dos gestores, visando a atenção integral ao usuário do SUS com garantia de acesso e uso racional de medicamentos.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

Ao pressupor que a prática da AF em São Carlos-SP não se articula com a concepção das políticas públicas para garantia de acesso e uso racional de medicamentos, se fez importante buscar os subsídios teóricos que articulem o contexto da conquista da saúde com o direito à garantia de acesso e uso racional dos medicamentos, como ações de atenção integral ao usuário.

#### **3.1 O direito à saúde como conquista política e social**

Em um curso de Políticas de Saúde e Assistência Farmacêutica (AF) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020a), ao tratar dos antecedentes históricos da saúde brasileira, é retomada que a concepção que influenciou a elaboração da nossa Constituição de 1988 foi o estado de bem-estar social. Este conceito estabelece que o Estado deve garantir, direta ou indiretamente, os direitos sociais, que compreendem um conjunto de bens e serviços, dentre os quais a educação e a proteção social (assistência médica, auxílio desemprego, etc.), a todo indivíduo, do seu nascimento à sua morte.

As discussões que culminaram com a obtenção do direito à saúde transcorrem da consolidação da expressão políticas públicas (PP). A locução passou a ser usada com maior frequência a partir da década de 70, como substitutivo ao termo planejamento estatal (AUGUSTO, 1989). Em sua construção, uma política pública deve levar em conta os problemas que necessitam de uma solução mais rápida, de forma consensual entre os atores envolvidos e em torno de questões pontuais (RUA, 2014).

O estudo de políticas públicas incide na identificação de como é feita sua análise e com que objetivo. Ham e Hill (1993) debatem as diversas vertentes acerca do conceito de análise de política e sua aplicabilidade, em que a interpretação como descrição geral do elemento ou questões de interesse é mais aparente, permitindo uma análise acadêmica para a compreensão, em que se produz conhecimentos sobre o processo de formulação política, de caráter descritivo e para uma análise como atividade destinada a contribuir com a solução de problemas sociais, adquirindo um caráter propositivo na medida em que auxilia na tomada de decisões. De fato:

A Análise de Política pode ter por objetivo tanto melhorar o entendimento acerca da política e do processo político, como apresentar propostas para o aperfeiçoamento das políticas públicas (RUA, 2014, p. 21).

A conquista e reconhecimento dos direitos sociais, nos quais a saúde se insere, implicam na mobilização do Estado para se concretizarem, o qual utiliza de ações propícias por meio de PP para tal. Quando essas políticas visam à proteção social, denominam-se Políticas Sociais (PS), com ações que devem ser institucionalizadas para efetivar o direito, pois:

Para que o Estado crie uma política pública/social (intervenção planejada) destinada a atender uma necessidade social, é preciso, em primeiro lugar, que ele a reconheça e a inclua entre suas prioridades. Uma vez reconhecida pelo Estado, a resposta que este dará à necessidade em questão, via políticas públicas/sociais, dependerá, em grande parte, do entendimento preponderante sobre a mesma (SANTOS; SOARES, 2016, p.16)

Enquanto PP são ações desenvolvidas pelo Estado para garantir e colocar em prática os direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e em outras leis como, por exemplo, o SUS que é previsto no artigo nº 196, as PS se inserem em um contexto amplo, referindo-se a um conjunto de medidas tomadas que visam melhorar as condições de vida material e cultural da sociedade ou de parte desta, considerando as possibilidades políticas e econômicas, por exemplo a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASI, 2020).

Como definição, têm-se que:

Políticas Públicas são intervenções planejadas do poder público, com a finalidade de resolver situações problemáticas, que sejam socialmente relevantes. [...] As políticas sociais são respostas técnicas e políticas do Estado frente a problemas da sociedade, cuja superação é necessária para a garantia dos direitos sociais (SANTOS; SOARES, 2016, p. 12 e 13).

Augusto (1989) relata que as PS têm adquirido um cunho prioritariamente assistencial, no qual o direito de todos se concebe em assistência, aos mais carentes. Ainda hoje um cenário frequente, enraizado no discurso e ato políticos, esses segmentos são mantidos na condição de população “assistida”, “beneficiada” ou “favorecida” pelo Estado, não se percebendo como “usuários”, “consumidores” ou possíveis “gestores” de um serviço a que têm direito, como qualquer cidadão, evidenciado na saúde pública, em que as ações governamentais se caracterizam como doação aos que delas se beneficiam, ao invés de um direito social.



Paim (2001) reconhece que, no desenvolvimento das políticas de saúde e seus impactos nos problemas e necessidades de saúde, especialmente na organização dos serviços e utilização de tecnologias, vários modelos de atuação sobre a realidade de saúde se estabeleceram, como as campanhas sanitárias, o modelo médico-assistencial privatista que se conforma com o desenvolvimento da medicina previdenciária, os programas especiais e os modelos de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

Modelos de atenção devem aliar técnicas e tecnologias para resolverem os agravos à saúde da população e atender às necessidades individuais e coletivas, se estabelecendo como:

Uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde). (PAIM, 2001, p. 8).

Os modelos de atenção médico-assistencial (individual) e sanitaria (coletivo) predominaram no contexto brasileiro, de maneira contraditória ou complementar, pois:

Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias, o modelo sanitaria tem como sujeitos os sanitaristas, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitaria (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc.) (TEIXEIRA et al., 1998, p. 17).

Apesar de considerado capaz de garantir a integralidade da atenção, redução de riscos e uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, o modelo sanitaria apontou dificuldades no desenvolvimento da prevenção primária (promoção e proteção). Incorporado a um modelo de vigilância da saúde, para reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local, se mostrou eficaz, ao determinar a equipe multidisciplinar como sujeito da ação, abarcar os aspectos sociais dos indivíduos e incluir tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa da vida e saúde, requerido para a concepção de um sistema único efetivo (PAIM, 2001; TEIXEIRA et al., 1998).

Os esforços para a concretização de um Sistema Único de Saúde foram efetivados, segundo Vasconcelos et al. (2017), no início da década de 1990, tendo como diretrizes os princípios estabelecidos na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Favorecendo a prevenção

de doenças e o cuidado em saúde, os medicamentos e outras tecnologias em saúde compuseram e estruturam parcela essencial do sistema vigente.

A concepção que influenciou a elaboração dessa Constituição foi o estado de bem-estar social. Este conceito estabelece que o Estado deve garantir, direta ou indiretamente, os direitos sociais, que compreendem um conjunto de bens e serviços, dentre os quais a educação e a proteção social (assistência médica, auxílio desemprego, etc.), a todo indivíduo, do seu nascimento à sua morte. Os medicamentos, por meio dos dispositivos constitucionais e legais, também foram reconhecidos como recursos indispensáveis à concretização do direito fundamental social à saúde. As políticas de medicamentos já existiam antes do SUS e se concretizam como conquistas pela garantia universal de acesso e uso racional, ante sua prerrogativa assistencialista (BRASIL, 2020a).

Cortez et al. (2014) recordam que a instituição do SUS trouxe em pauta a definição das políticas de medicamentos e de AF junto com os propósitos da integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática, perfazendo a construção de uma política pública como garantia ao direito social à saúde.

### **3.2 Cenário das políticas nacionais de assistência farmacêutica**

Os eventos que resultaram na configuração da AF como política pública no Brasil têm seus marcos com as ações do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que adquiria as medicações por intermédio de farmácias conhecidas como revendas, que compravam medicamentos no mercado privado e revendiam a preço de custo aos beneficiários da previdência social, configurando uma assistência extremamente focal e excludente (CORTEZ et al., 2014).

Na Figura 1 está representada a linha do tempo dos principais fatos que marcaram a AF no Brasil. A Central de Medicamentos (CEME), instituída em 1971, é considerada uma primeira política específica para a área. Com enfoque centralizador, além de adquirir e distribuir os medicamentos no país, estimulava a produção e o desenvolvimento de fármacos. Concomitante, o MS incentivava o desenvolvimento de alguns programas específicos, como o dos medicamentos para tuberculose (ALMEIDA; ANDRADE, 2014; CORTEZ et al., 2014).

**Figura 1.** Linha do tempo de fatos que marcaram as políticas de Assistência Farmacêutica, no período de 1971 a 2020.

<b>1971</b>	CEME - Central de Medicamentos (cesta integrada de medicamentos adquiridos e distribuídos para a rede pública).
<b>1973</b>	PNI - Programa Nacional de Imunização.
<b>1975</b>	RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
<b>1977</b>	Lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde.
<b>1998</b>	PNM - Política nacional de Medicamentos (procurou detalhar as funções e responsabilidades quanto a Assistência Farmacêutica nas várias esferas do sistema de saúde, incluindo as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade com base em critérios epidemiológicos).
<b>1999</b>	ANVISA - Agência Nacional de vigilância Sanitária; Lei dos Medicamentos Genéricos (nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999).
<b>2000</b>	CPI dos Medicamentos - Comissão Parlamentar de inquérito dos medicamentos criada com o objetivo de investigar reajustes de preços, falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios).
<b>2003</b>	DAF/MS - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Ministério da Saúde; CMED - Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (criada pela Lei nº 10.742 de 6 de outubro de 2003); Encontro nacional de assistência farmacêutica e Política de Medicamentos - em 1998, foi apresentado um diagnóstico da situação do setor farmacêutico brasileiro a época. Este diagnóstico serviu de base para as subseqüentes discussões que embasaram a proposta de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM).
<b>2004</b>	PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica; PFPB - Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 13 de abril de 2004, pela Lei nº 10.858, e regulamentado pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004.
<b>2006</b>	PNPMF - Política Nacional de Plantas medicina Fitoterápicos (esta política reafirma a importância do uso racional da biodiversidade brasileira e aponta para a necessidade de desenvolvimento da cadeia produtiva farmacêutica nacional).
<b>2007</b>	Blocos de financiamento (Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007).
<b>2011</b>	CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.
<b>2012</b>	QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
<b>2017</b>	BNAFAR - Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS.
<b>2018</b>	Plano de ação Nacional de Prevenção e Controle da Resistência aos Antimicrobianos no Âmbito da Saúde Única do Ministério da Saúde, PAN-BR 2018 - 2022.
<b>2019</b>	Programa Previne Brasil - instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que altera o modelo de financiamento da APS; Recriação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, no âmbito do Ministério da Saúde, com caráter consultivo e propositivo, por finalidade de orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde.
<b>2020</b>	Atos normativos adotados para o enfrentamento das situações de emergência de saúde pública decorrentes da COVID-19 (Anexo III).

Fonte: Adaptada do Curso de Políticas de Saúde e Assistência Farmacêutica do SUS da FIOCRUZ-Brasília (BRASIL, 2020a).

Como iniciativa à organização da política de medicamentos foi homologada, em 1975, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como uma relação padronizada de medicamentos essenciais para orientar as compras federais, contemplando os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS). A RENAME se configurou como instrumento

técnico-científico que orienta a oferta, prescrição e dispensação de medicamentos no SUS (BRASIL, 2020d).

Vasconcelos et al. (2017) mencionam as discussões que norteiam o acesso universal, igualitário e integral à AF que requerem: assistência ao usuário pelo SUS, conformidade com a RENAME e diretrizes terapêuticas definidas em protocolos clínicos e a dispensação em unidades indicadas pela direção do SUS. Para o bom desempenho da AF é essencial que vários atores e recursos estejam envolvidos e mobilizados, como gestores, profissionais de saúde, usuários e isso impacta em desenvolvimento e progresso para as políticas do setor (BRASIL, 2020a).

Como parte dessa interação, seria esperado que as propostas de inclusão ou exclusão na RENAME precisariam se dar em consultas públicas, com orientação para priorizar o atendimento dos principais problemas de saúde da população com medicamentos essenciais e a medicina baseada em evidências servindo de eixo norteador para formulação das listas estaduais e municipais, de acordo com o perfil epidemiológico, a organização dos serviços, a complexidade do atendimento oferecido e, contribuindo na seleção de medicamentos ao contemplar todos os níveis da atenção em saúde e linhas de cuidado do SUS (BRASIL, 2020a; VASCONCELOS et al., 2017), o que raramente ocorre.

Para sua atualização, seguindo o Decreto nº 7.508/2011, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios podem adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a relação nacional, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, certificando-se com estudo de impacto farmacoeconômico e com previsão orçamentária (BRASIL, 2020a).

Ao longo dos anos alguns fatores culminaram com a desativação da CEME em 1997, entre os quais a não implantação de uma política efetiva de medicamentos, poucas atualizações da lista de medicamentos essenciais, prejudicando a organização dos serviços de AF e desviando seu papel de promotor de pesquisa e regulador de mercado, além do processo de aquisição e distribuição de medicamentos que gerava perdas de produtos tanto por prazo de validade, quanto por avarias no transporte e armazenamento (ALMEIDA; ANDRADE, 2014).

Em 1990 a AF foi incluída no campo de atuação do SUS pelo Artigo 6º da Lei nº 8.080, assegurando a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica e a formulação da política de medicamentos (ALMEIDA; ANDRADE, 2014; VASCONCELOS et al., 2017).

Em 1998 foi instaurada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com a publicação da Portaria nº 3.916, que conferiu um caráter de reorientação para a AF, coordenada e disciplinada pelas três esferas de governo e:

Fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público, e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução dos preços dos produtos farmacêuticos (ALMEIDA; ANDRADE, 2014, p. 82).

Essa reorientação visou estimular a promoção de acesso a medicamentos por meio da ampliação da disponibilidade de produtos nas redes do SUS, implementando o princípio da descentralização também para a gestão de medicamentos, com definição de responsabilidades de financiamento, aquisição e distribuição dos mesmos (VASCONCELOS et al., 2017).

A PNM também norteou a RENAME para a necessidade de sua atualização permanente e definindo os medicamentos essenciais como elementares e imprescindíveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população (ALMEIDA; ANDRADE, 2014).

Algumas diretrizes emanadas da PNM culminaram com a criação da ANVISA pela Lei 9.782 de 1999, com o papel de reguladora do mercado produzindo normas sobre os requisitos e os procedimentos para concessão e renovação de registro de medicamentos no país, a introdução dos genéricos como estratégia de estímulo à concorrência, a exigência de submissão aos testes de bioequivalência para os produtos similares e:

Outros mecanismos de flexibilização, possivelmente atendendo a pressões do setor regulado, estiveram presentes ao longo do tempo, tais como: a expansão do período de revalidação de registro de cinco para até dez anos, redução do tempo para concessão de registros e pressão para a aceleração das autorizações para realização de pesquisa clínica etc (VASCONCELOS et al., 2017, p. 2612).

A implementação dos preceitos de uma política nacional de medicamentos é árdua e imprescindível enquanto documento orientador e transversal às esferas governamentais, com diretrizes e prioridades que devem cuidar dos desafios:

[...] de um lado, enfrentar a dinâmica do mercado farmacêutico a partir de sua regulação e, de outro, assegurar a disponibilização dos medicamentos alinhada à operacionalização do sistema público de saúde. Nesse sentido, a PNM é uma permanente agenda inconclusa. Embora os princípios do SUS possam ser reconhecidos nas diferentes iniciativas destacadas, reconhece-se também que a operacionalização da política traz uma série de contradições e riscos capazes de comprometer alguns deles. Se o aumento do financiamento dos diferentes componentes da AF, paralelamente à expansão das garantias formais de acesso a medicamentos, refletem maior comprometimento com a busca da universalidade e da integralidade, a estratificação por componentes de financiamento e a desigual

evolução dos gastos por componente, podem ameaçar a equidade – isto porque o uso adequado dos medicamentos mais caros exige o acesso à atenção especializada e apoio diagnóstico ainda não universalizados (VASCONCELOS et al., 2017, p. 2613).

Os dispositivos para financiamento do sistema de saúde, e em específico da AF, culminaram progressivamente em uma reorganização, com impacto direto nas atividades e gestão. A criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) em 2003 no âmbito da SCTIE, concentrou todas as demandas e aquisições do MS que antes eram fragmentadas por programas, institucionalizando a área (MEDEIROS, 2018; VASCONCELOS et al., 2017).

No ano de 2004, com a publicação da Resolução nº 338, se instituiu a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), abrangendo a garantia do acesso, eficácia, qualidade, uso racional de medicamentos, o suporte dos serviços nos diferentes níveis de atenção e sua qualificação como principais fundamentos, afirmando que as ações de AF não são apenas limitadas à aquisição e distribuição (ALMEIDA; ANDRADE, 2014; RODRIGUES et al., 2017, VASCONCELOS et al., 2017).

Em material do Curso da FIOCRUZ Brasília (BRASIL, 2020a) constam as competências das esferas governamentais frente a implementação e a avaliação da PNAF, ressaltando-se as responsabilidades de cada ente federativo, de acordo com o Quadro 1.

**Quadro 1.** Atividades dos entes federativos na gestão da Política Nacional da Assistência Farmacêutica.

<b>ATRIBUIÇÕES</b>	
<b>GOVERNO FEDERAL</b>	<p>Prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica;</p> <p>Estabelecer normas e promover a Assistência Farmacêutica nas três esferas de Governo;</p> <p>Apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da Assistência Farmacêutica;</p> <p>Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;</p> <p>Incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;</p> <p>Promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;</p> <p>Promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;</p> <p>Implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento da PNAF;</p>

	<p>Coordenar e monitorar o sistema de informação de gerenciamento da AF, a exemplo do HÓRUS;</p> <p>Promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;</p> <p>Promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;</p> <p>Destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;</p> <p>Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;</p> <p>Promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;</p> <p>Adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos;</p> <p>Orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;</p> <p>Orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.</p>
<p><b>GOVERNO ESTADUAL</b></p>	<p>Formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;</p> <p>Coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica;</p> <p>Promover a formulação da Política Estadual de Medicamentos;</p> <p>Prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à Assistência Farmacêutica;</p> <p>Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu âmbito;</p> <p>Apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da Assistência Farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;</p> <p>Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;</p> <p>Assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;</p> <p>Participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêuticas;</p> <p>Investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da Assistência Farmacêutica;</p>

	<p>Definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;</p> <p>Definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos e destinando orçamento adequado à sua aquisição;</p> <p>Utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;</p> <p>Investir em infraestrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;</p> <p>Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;</p> <p>Orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;</p> <p>Coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.</p>
<p><b>GOVERNO MUNICIPAL</b></p>	<p>Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu respectivo âmbito;</p> <p>Associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da Assistência Farmacêutica;</p> <p>Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;</p> <p>Treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a PNAF;</p> <p>Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;</p> <p>Definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;</p> <p>Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;</p> <p>Adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;</p> <p>Utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;</p> <p>Investir na infraestrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;</p> <p>Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.</p>

Fonte: Adaptado pelo autor, do Curso Políticas de Saúde e Assistência Farmacêutica do SUS da FIOCRUZ-Brasília (BRASIL, 2020a).



A AF, derivada dessa política, compreende atividades articuladas e sincronizadas compondo ciclos (Figura 2), em que incluem a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, associadas entre si.

**Figura 2.** Ciclos das principais atividades da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Extraída do Curso de Políticas de Saúde e Assistência Farmacêutica do SUS da FIOCRUZ-Brasília (BRASIL, 2020a).

A seleção envolve o processo de escolha de medicamentos essenciais para a população, eficazes, seguros e de menor custo, tendo como base as doenças de maior prevalência, para garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade para atendimento aos diversos níveis de atenção à saúde. Deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, bem como na estrutura dos serviços de saúde, de forma dinâmica e participativa, que precisa ser bem articulada e envolver um número representativo de profissionais da saúde (BRASIL, 2013b).

Complementando o processo de seleção Almeida e Andrade (2014, p. 83) acrescentam que “terá como produto a elaboração de uma Relação de Medicamentos Essenciais, um instrumento que permite a padronização da prescrição e favorece o abastecimento regular de medicamentos”.

A fase da programação necessita de planejamento, com informações sobre a situação local de saúde, medicamentos já selecionados e alcance do emprego desses na população,

contribuindo pela disponibilização da oferta farmacoterapêutica correta e apropriada para promoção do uso racional, devendo dispor para isso:

De dados consistentes sobre o consumo de medicamentos da área ou serviço, perfil demográfico e epidemiológico local, oferta e demanda de serviços de saúde, recursos humanos, bem como a disponibilidade financeira para as aquisições (ALMEIDA; ANDRADE, 2014, p. 83).

A programação estima a quantidade dos medicamentos que serão adquiridos para atender a uma determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, com influência direta sobre o abastecimento e o acesso. É fundamental o conhecimento de dados consistentes sobre o consumo, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços de saúde, além de recursos humanos capacitados e disponibilidade financeira para sua execução (BRASIL, 2013b).

A aquisição, segundo Almeida e Andrade (2014), tem por objetivo a compra, adotando os critérios de qualidade e custo/efetividade, mantendo a regularidade e funcionamento do sistema de saúde. Destaca-se a importância de qualificar os fornecedores seguindo normas jurídicas, técnicas, administrativas e financeiras.

O armazenamento agrupa um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolve o recebimento, estocagem, conservação e controle de estoque de medicamentos de acordo com documento do CRF-SP (BRASIL, 2013b), em área física com capacidade de acomodar e cumprir esses processos.

Encerrando o ciclo logístico tem-se a etapa de distribuição, destinada a suprir às unidades de saúde, segundo prazos e periodicidade, evitando o risco de desabastecimento da rede (ALMEIDA; ANDRADE, 2014).

O cuidado com o usuário de medicamento deve ser estabelecido já na prescrição, em que deve ser avaliada a melhor opção risco/benefício para o tratamento farmacológico e, então, efetuada a dispensação, que envolve entre seus trâmites:

O ato farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos de boa qualidade ao paciente, na dose prescrita e na quantidade adequada, informando e orientando sobre o uso, com ênfase no cumprimento da dosagem, influência dos alimentos, interação com outros medicamentos, reconhecimento das reações adversas potenciais e atendimento às condições de conservação dos medicamentos. Nessa etapa, está envolvida a atenção farmacêutica, um conceito de prática profissional focada no usuário do medicamento, que utiliza para a educação em saúde, orientação farmacêutica, registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados, na busca da resposta satisfatória à terapêutica farmacológica (ALMEIDA; ANDRADE, 2014, p. 84).

Na expectativa de ampliar o acesso a medicamentos, foi criado em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), que instituiu um novo arranjo de financiamento na AF através do copagamento e de conformação através das parcerias com farmácias privadas que expandiram o programa e alimentaram seu crescimento com a gratuidade dos medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos. Em 2017 o PFPB foi extinto, sendo mantidas apenas as parcerias com drogarias privadas pela frente Aqui Tem Farmácia Popular, com as mesmas regras anteriores. Reflete um aumento na disponibilidade e cobertura de medicamentos para doenças de grande prevalência no país, mas incita questionamentos sobre o papel governamental na garantia de acesso gratuito, custos para compra e abastecimento e centralização na provisão de medicamentos (VASCONCELOS et al., 2017).

A publicação da Portaria nº 204/2007 estabeleceu o financiamento da AF, como de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e dividiu os medicamentos ofertados em três componentes, de acordo com o objetivo de tratamento, financiamento, logística e custo, denominados Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF); Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) (ALMEIDA; ANDRADE, 2014; BRASIL, 2020a).

O cumprimento das ações competentes ao CBAF, bem como seu financiamento, se deu com responsabilidade tripartite (União, Estados e Municípios) com o estabelecimento do elenco de referência nacional de medicamentos e insumos complementares destinados ao atendimento de agravos prevalentes e prioritários da atenção básica e a aplicação de valores mínimos para cada nível de gestão, com a perspectiva da expansão da cobertura das ações (ALMEIDA; ANDRADE, 2014; BRASIL, 2020a; VASCONCELOS et al., 2017).

No Estado de São Paulo, em 1995 foi instituído o Programa Dose Certa, como parte desse componente para atendimento da atenção primária em saúde (APS), que provê de forma gratuita diversos tipos de medicamentos básicos, como analgésicos, antitérmicos, antibióticos, anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, para saúde mental, entre outros. Tais medicamentos são em geral produzidos pela Fundação para o Remédio Popular (FURP), laboratório público do governo do Estado de São Paulo (BRASIL, 2013b).

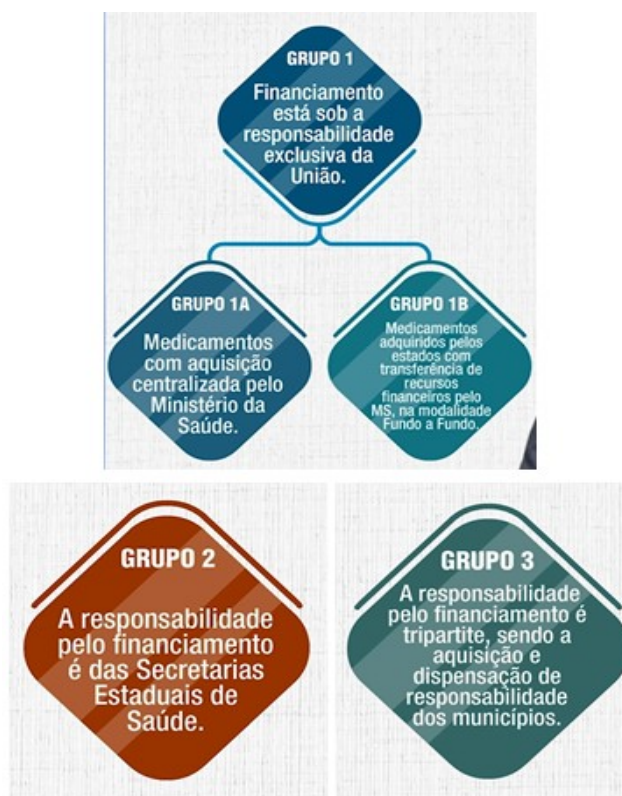
O CESAF engloba medicamentos utilizados em doenças configuradas como problemas de saúde pública, com risco a coletividade, em que o propósito se funda -se no tratamento dos portadores. Também incluem medicamentos cuja aquisição depende de processos de licitação internacional. A gestão e financiamento são centralizadas pelo MS como continuidade das ações em saúde pública, mas a dispensação à população ocorre pelas redes públicas estadual e municipal de saúde. Os programas e tratamentos estratégicos

contemplam: Tuberculose, Hanseníase, Combate ao Tabagismo, Doenças Hematológicas, Endemias focais, como por exemplo Malária, Leishmaniose e Dengue, Infecções Sexualmente Transmissíveis, além de Vacinas, Soros e Imunoglobulinas (ALMEIDA; ANDRADE, 2014; BRASIL, 2020a; VASCONCELOS et al., 2017).

Vale destacar que o Programa de IST/AIDS (Infecção Sexualmente Transmissível / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) fomenta ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. Concentra a responsabilidade no farmacêutico de cadastrar os pacientes no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), assegurando o recebimento gratuito dos antirretrovirais disponibilizados pelo MS. Como ação de AF, o profissional, não apenas gerencia estoques, mas trabalha na adesão ao tratamento junto aos pacientes atendidos, o que permite melhora na qualidade de vida dos portadores do vírus e diminuir a transmissão vertical da doença, de gestante para o feto (BRASIL, 2013b).

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas no CEAF (antes Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional ou popularmente Alto Custo) estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização diversas (Figura 3).

**Figura 3.** Grupos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Adaptado de Curso de Políticas de Saúde e Assistência Farmacêutica do SUS da FIOCRUZ- Brasília (BRASIL, 2020a).

As linhas de cuidado foram definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo MS, abrangendo mais de 40 patologias, como iniciativa de garantia da integralidade e vertendo uma resposta às pressões por incorporação de tecnologias. Constituí usuários desses medicamentos os transplantados, portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia, esquizofrenia refratária, doenças genéticas como fibrose cística, distonias, acromegalia, entre outras. O processo para o acesso aos medicamentos envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação do tratamento, requeridos documentos e exames do usuário, que possibilita maior controle do componente e acompanhamento do tratamento (ALMEIDA; ANDRADE, 2014; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2020a; VASCONCELOS et al., 2017).

Com a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) em 2011, a fim de assessorar o MS em atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde (seja de novos medicamentos, instituir ou alterar uma conduta terapêutica), aliada ao sentido da integralidade da AF no SUS, concedeu a RENAME a característica de simples lista de medicamentos, com aumento no número de itens, que não contemplava adequadamente as necessidades em saúde da população. Evidenciou-se uma pressão para incorporação de novas tecnologias em detrimento de uma orientação de precisão das prioridades (MEDEIROS, 2018; VASCONCELOS et al., 2017).

O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), instituído em 2012, inseriu cada vez mais a AF nas redes de atenção à saúde, a fim de contribuir para o aprimoramento e integração de suas atividades, com reflexos também na integralidade do cuidado, promoção, proteção e recuperação da saúde. Dentre os principais objetivos estão a estruturação física dos serviços farmacêuticos, disponibilidade de informações que proporcionem avaliação das ações e serviços de saúde, promoção da educação permanente para o aprimoramento das práticas profissionais e inserção das práticas clínicas no âmbito da AF, garantindo e ampliando o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e de forma que o seu uso seja racional (BRASIL, 2020a; RODRIGUES et al., 2017; VASCONCELOS et al., 2017).

Para tanto, foi organizado em quatro eixos que se integram entre si: estrutura, informação, educação e cuidado. O eixo estrutura tem por objetivo auxiliar para que a estrutura de atendimento dos serviços farmacêuticos no SUS sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na AF, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos. O eixo informação visa produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e

serviços da AF. O propósito do eixo educação é promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da AF voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das redes de atenção à saúde. E no eixo cuidado a finalidade é inserir a AF nas práticas clínicas, visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia (BRASIL, 2020a; RODRIGUES et al., 2017).

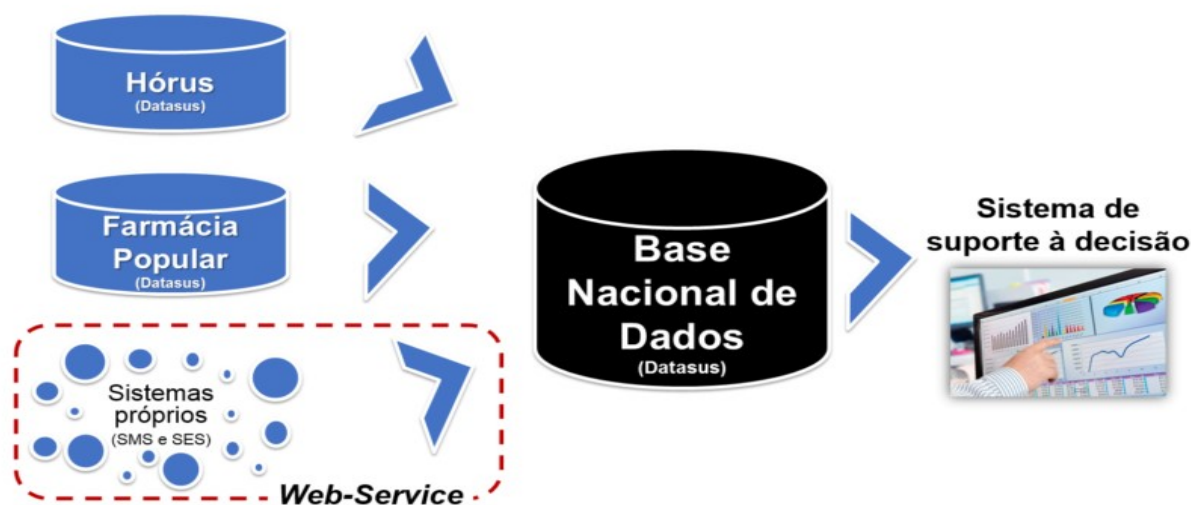
O programa enquanto ação diagnóstica atendeu aos objetivos de identificar as diferenças regionais e locais em estrutura, com relatórios das necessidades e informações demandadas em cada local. Enquanto promotor da educação permanente e cuidado com o usuário, resistem lacunas. Apesar da disponibilidade de capacitações pelo MS, é frequente a falta de ocasião para que os profissionais da AF se capacitem, por não poderem deixar o ambiente da farmácia e, quando a fazem, não tem o espaço adequado para poder aplicar.

Em 2017, a necessidade de consolidar os dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal, para os medicamentos padronizados na RENAME e do PFPB, foi instituída a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR), contendo os dados dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da AF no país (BRASIL, 2019a).

A nota do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em Brasil (2019), esclarece que essas informações devem se configurar em subsídios para a tomada de decisão no âmbito municipal da AF, por conter o registro do fluxo de todos os serviços implementados. Para isso, devem ser registradas e enviadas para o nível federal, de modo informatizado, via Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) e sistemas dos próprios municípios via Web e Service – WS, de acordo com o fluxo da Figura 4, para estabelecer um banco de suporte para as ações praticadas.

Como a preocupação dos investimentos em saúde sempre acompanharam a trajetória do sistema público, há sempre desafios a serem superados para efetivação de uma política de saúde e de AF. A aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 é um desses, ao fixar um teto para o crescimento dos gastos públicos, congelando o orçamento direcionado a despesas primárias do governo federal (com saúde e educação por exemplo) até 2036, ameaçando os avanços conquistados e impedindo o gozo de direitos universais constitucionais (VASCONCELOS et al., 2017).

**Figura 4.** Fluxo das informações transmitidas para a BNAFAR.



Fonte: Extraída da Nota técnica do CONASEMS (BRASIL, 2019a).

Documento da FIOCRUZ-Brasília (BRASIL, 2020a) refere que a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria nº 2.436 de 2017, estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS, incluindo a regulamentação na AF de que as ações dos municípios deveriam estar em conformidade com a RENAME, PCDT e relações específicas e complementares de medicamentos para atendimento na sua esfera de gestão.

A partir de 2018, o financiamento e a transferência de recursos foram regulamentados por meio da Portaria GM/MS nº 3.992/17, que 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 SUS. Recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde passam a ser organizados e transferidos, na modalidade fundo a fundo, por meio de apenas 2 blocos: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2020a).

Além, os riscos de comprometer o funcionamento do SUS com as medidas de congelamento dos gastos públicos, contrapondo-se à garantia do direito à saúde, pelas alterações referentes ao financiamento da APS, publicadas na Portaria 2.979/2019 que instituiu o Programa Previne Brasil, acrescentaram preocupações à manutenção da qualidade dos serviços de saúde prestados à população pelo setor público, especialmente aqueles que envolvem a atuação de equipes multidisciplinares.

Essa nova política de APS enfraquece o olhar para o coletivo, com prejuízos ao princípio da universalização, uma vez que desloca o foco para o indivíduo e incumbe ao gestor adotar prioridades, vista a grande demanda de atendimentos e recursos escassos, prevendo-se redução de programas de prevenção e extravio dos serviços de AF nas equipes se dissipariam, comprometendo a qualificação do projeto terapêutico no território.

A inserção do farmacêutico em equipes multidisciplinares representa uma estratégia para melhoria na qualidade da APS local, indicam Barberato et al. (2019) e Barros et al. (2020), em que sua atuação clínica pode fortalecer a atenção integral ao usuário, com benefícios como controle de agravos crônicos, prevenção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, além de empoderar o usuário para adesão ao tratamento e intensificar as ações de promoção em saúde, conjuntamente a equipe no apoio matricial.

Mesmo que em progressivo desenvolvimento para adequações há de se considerar os desafios e vulnerabilidades implicados no cumprimento de qualquer política pública, haja vista a complexidade na construção e efetivação de uma agenda social aplicada à AF. Vasconcelos et al. (2017, p. 2610) destacam as seguintes fragilidades:

A trajetória de subfinanciamento com a qual historicamente convivem as ações e os serviços públicos de saúde desde o advento do SUS e o desequilíbrio entre o gasto público e o privado com medicamentos. Ademais, trata-se de um setor caracterizado pelo uso intensivo de tecnologia, em um país com reconhecida dependência tecnológica; encerrado em contexto de convivência entre novas e velhas doenças, desde as crônico-degenerativas às infecciosas.

Reflexões acerca das políticas farmacêuticas têm levantados pontos fortes e fracos para a prática, enfatizando que:

A ampliação do acesso aos medicamentos e o crescimento da participação dos farmacêuticos nos serviços de saúde, em especial da atenção básica, são exemplos apontados como forças/oportunidades da Política Nacional da Assistência Farmacêutica. Já problemas na gestão dos serviços e a pouca valorização do farmacêutico são apontados, entre outros, como fraquezas/ameaças da política (LEITE et al., 2018, p. 4260).

Em Cortez et al. (2014) tem-se que a OMS propagou a estimativa que em torno de 33% da população mundial não tem acesso regular aos medicamentos essenciais, chegando a mais de 50% de inacessibilidade em regiões mais pobres de países como o Brasil e outros da América Latina, África e Ásia. E mesmo que disponíveis, há fragilidade nas regulamentações existentes que podem resultar em medicamentos com aspectos de baixa qualidade e falsificados, ao invés de seguros e efetivos.



Os programas e políticas praticadas na AF têm mostrado, segundo estudos apontados por Vasconcelos et al. (2017), que em torno de 98% das pessoas em tratamento de hipertensão no Brasil possuem acesso total aos medicamentos. E que, apesar de ser considerado um avanço, grande parte dos gastos com medicamentos no país têm sido provenientes de desembolso direto das famílias, com maior volume de consumo do que os dispêndios governamentais, desconsiderando o direito integral à saúde e acenando para grandes dificuldades dos entes federativos em gerir essa área.

Ao compreender a AF quanto às responsabilidades compartilhadas por União, Estados e Municípios, Medeiros (2018) destaca a quantidade e diversidade de documentos que normatizam o setor, fazendo-se necessária a leitura e interpretação pelos profissionais da saúde, além de constante atualização, para implementação das práticas no SUS, as quais se impõem como possível barreira para disseminação das informações a profissionais com diferentes níveis de formação, incluindo os gestores.

A fragilidade de institucionalizar a AF nas esferas de governo tem gerado ações, como a incorporação sem critérios definidos de medicamentos, causando preocupações com o acesso e dificultando o uso racional (MARGARINO-TORRES et al., 2014).

O Uso Racional de Medicamentos (URM) é um conceito que insere a perspectiva de evitar a automedicação e o uso abusivo ou tóxico de um fármaco, reiterando que o medicamento deve ser prescrito por um profissional habilitado, utilizado de modo, horário e quantidade corretos, ainda por um período tempo indicado na prescrição. A utilização além disso pode colocar a saúde do usuário em risco, pois o URM se fundamenta:

No uso baseado na razão, na inteligência dos fatos envolvidos, buscando promover o uso de medicamentos que tenham evidências científicas que assegurem a sua segurança e efetividade a custos aceitáveis, e não promover a distribuição controlada (PINTO et al., 2015, p. 37).

No Brasil, o uso incorreto de medicamentos tem suas causas, segundo Wannmacher (2010), na polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e no número excessivo de especialidades farmacêuticas disponibilizadas comercialmente.

A disseminação da COVID-19 pelo mundo no primeiro trimestre do ano de 2020 desencadeou várias medidas tomadas pelos países, sendo elevada ao status de pandemia pela OMS. Doença respiratória aguda causada pelo vírus SARS CoV-2 (novo coronavírus), com alta taxa de transmissão, velocidade de progressão, comprometimento da função pulmonar e

incidência de óbito, obrigou o mundo a cultivar distanciamento e isolamento social como formas de conter seu avanço, contágio e agravamento. O enfrentamento político da questão define o rumo do curso epidemiológico, sendo que no Brasil o discurso negacionista tem intensificado o aumento dos casos e sobrecarga da rede hospitalar (SEIXAS, 2021).

Como medidas adotadas no âmbito da AF, em documento do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b), consta a adesão e alteração de normas que estarão vigentes enquanto perdurar a pandemia, com o propósito de que as pessoas diminuíssem as idas às farmácias, evitando aglomerações, conforme disposto no Anexo III.

Fez-se necessários os ajustes na ampliação de prazos de validade de receitas médicas, aumento na quantidade de medicamentos dispensada, como no caso do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, a captura das receitas em domicílio e a entrega da mesma após aprovação do responsável técnico do estabelecimento para algumas especialidades da Portaria 344/98 (que dispõe sobre as substâncias sujeitas a controle especial) e a telemedicina, que elevou a prescrição e o número de receitas digitais.

Soma-se a indicação do uso de medicamentos para prevenção e tratamento do vírus sem comprovação científica da eficácia dos mesmos para e não recomendados pela OMS e ANVISA para tal finalidade, impulsionando uso indiscriminado, automedicação, desabastecimento desses itens nas farmácias, comprometendo a continuidade da terapia para os usuários a qual houve prescrição, e disparidade com as políticas de AF que buscaram se pautar na garantia do acesso com uso racional como norteadores das práticas.

### **3.3 Aspectos globais em assistência farmacêutica**

Os artifícios tecnológicos, derivados da pesquisa científica, são essenciais para a concepção de direitos sociais atualmente, gerando transformações que Mitcham (1999), desde então, reforça que devem ser compreendidas na interação com o meio social. Exemplos ocorrem em várias áreas, como no transporte (evolução dos carros e aviões e a poluição gerada), comunicação, educação, governo, economia e na medicina, em seus avanços nos métodos diagnósticos e tratamentos junto a novas enfermidades, no arranjo dos sistemas de saúde em sua distribuição de recursos e novas demandas.

Ao configurar um sistema de saúde público, com premissas universais, equitativas e integrativas, emprego, renda e educação é que se estrutura uma sociedade digna, retrata

Santos e Soares (2016). Países como o Canadá, a Inglaterra, França, Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia empregaram-se, de modo concreto, em sistemas públicos de saúde arranjados a partir da atenção básica, o que foi determinante para seu desenvolvimento humano, social e econômico. A visão de saúde como investimento e não despesa, foi propulsor ao progresso econômico-social desses países.

A AF se insere nas políticas de saúde como meio de atender as necessidades terapêuticas impostas pelas enfermidades, com altos investimentos em pesquisa, desenvolvimento e base produtiva sólida em países desenvolvidos, mas é um percalço em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Para a OMS, a forma mais efetiva de melhorar o uso de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a medicamentos apropriados e, para isso, tem promulgado ações para que todos os países garantam abastecimento e acesso a medicamentos, eficazes ao menor custo, em suas políticas de saúde.

Com inserção internacional, Brum (2008) destaca a importância dessa garantia na configuração das políticas de saúde, como resposta à melhoria da qualidade de vida dos usuários. A autonomia tecnológica e econômica dos produtores de matérias-primas é ponto explorado pela autora, ao passo que influencia no acesso, principalmente, quando o direito de patente (necessária para o desenvolvimento e investimento em inovações) defronta aos direitos de acesso por usuários que necessitam de tais inovações terapêuticas, sem concorrentes e preços desmedidos, em que se faz necessário um ajustamento com um agente regulador do mercado.

Para Ausín (2008) as patentes limitam o acesso aos medicamentos essenciais por elevar seus preços e promover pesquisa e produção voltada exclusivamente para doenças "rentáveis". Impõe-se um conflito entre mercado e saúde pública, em que por um lado tem-se o medicamento visto como uma mercadoria em produção industrial, salvaguardada por propriedade intelectual, comercializada e com um valor de troca muito rentável e, por outro, enquanto um bem público e social, como uma ferramenta para o tratamento de doenças e condições, vinculado ao exercício dos direitos fundamentais, tais como cuidados de saúde e a vida.

A OMS (WHO, 2021) tem estimulado, como estratégia global, o incremento ao acesso a produtos farmacêuticos (medicamentos, vacinas, insumos, dispositivos médicos) de qualidade, como garantia para o funcionamento do sistema de saúde e dos parâmetros econômicos relacionados. Mas, tem se preocupado com o crescimento do índice de

medicamentos abaixo do padrão ou falsificados, como resposta à limitação de recursos em algumas localidades, que se inserem no comércio globalizado sem qualquer regulamentação.

Os sistemas de desenvolvimento, produção de medicamentos e incorporação destes à assistência à saúde, investem muitos recursos para a produção de medicamentos contra doenças globais prevalentes em países desenvolvidos, em detrimento aos medicamentos essenciais (para doenças negligenciadas) revela Brum (2008). Ao ceder aos interesses econômicos face os da sociedade, reforça o desinteresse em fomentar P&D de medicamentos para as doenças negligenciadas, as quais operam com poucas opções terapêuticas, não muito efetivas e com muitos eventos adversos.

A falta de acesso a medicamentos essenciais em pessoas em situação de pobreza com doenças consideradas negligenciadas (tais como ancilostomose, malária) está relacionada à ausência de investimentos e pesquisas para cura dessas doenças e, ao mesmo tempo, no rígido sistema de patentes dos produtos farmacêuticos, que se relaciona à pesquisa farmacêutica e apropriação dos resultados. Acesso aos medicamentos essenciais é um direito humano e a base para qualquer programa de saúde pública, destinadas a reduzir a morbidade e mortalidade, especialmente em países em desenvolvimento (AUSÍN, 2008).

Segundo Lentacker (2016), é necessário investigar como é produzido e utilizado o conhecimento sobre os fármacos e sua ação, para garantir que os recursos sejam alocados eficaz e eticamente para a produção desse entendimento aos locais com doenças negligenciadas, pois é visto o consumo de drogas com poucos benefícios nas partes ricas do mundo e a falta de acesso a tratamentos essenciais nas populações mais pobres.

O acesso aos recursos médicos também apresenta limites em países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América e Canadá, onde muitas pessoas não podem pagar por um tratamento dentário e medicamentoso devido aos altos preços, impondo a questão de acessibilidade e disponibilidade ao sistema de saúde como direito restrito (YANG, 2012). A urgência com que muitos indivíduos estão recorrendo à rede de saúde americana por conta da infecção pelo novo coronavírus, entre 2020 e 2021, produzirá impactos diretos nos setores econômico e social de suas vidas, considerando as despesas que deverão ser pagas ao sistema.

Dois expressões emergem ao tratar do acesso às políticas de saúde, acesso potencial e acesso real, definidas como:

Acesso potencial refere-se à presença dos cuidados de saúde (disponibilidade e acessibilidade), enquanto o acesso real refere-se à utilização efetiva de serviços de saúde (qualidade e aceitabilidade / acessível) (NGOASONG, 2010, p. 34).

Em que a disponibilidade do serviço não garante sua efetividade nas resoluções dos problemas de saúde, como no exemplo americano, por motivos que vão desde o custo, opções terapêuticas não eficazes, falta de informação e cuidado com o usuário. A OMS (WHO, 2021) afirma que a cobertura universal de saúde só pode ser alcançada quando há acesso a medicamentos e produtos de saúde seguros, eficazes e de qualidade, com regulamentação consistente e facilidade de ingresso ao sistema.

O sistema de saúde norte-americano apresenta questões importantes, como custos, danos e opções de tratamento que, de acordo com Yang (2021), atrapalham o usuário em assegurar a informação para a tomada de decisão no seu tratamento e, conseqüentemente, impedem de servir às reais necessidades do indivíduo, empobrecendo a acessibilidade e disponibilidade de cuidados dos serviços de saúde.

A garantia do acesso aos medicamentos há muito tem sido pauta mundial, frente às interfaces de atendimento, com muitos estudos e tentativas acerca dessa conquista. Ngoasong (2010) sugere a formação de redes entre instituições públicas e privadas pelo mundo, de forma a facilitar o acesso a medicamentos em lugares mais distantes e pobres, como garantia de direitos sociais, mas que desonera o governo em garantir a assistência integral em saúde, nos casos de sistemas públicos universais como no Brasil.

Os argumentos em favor da concepção em redes reportam aos estudos sociais da ciência e podem indicar uma direção para a construção e prática de políticas de atenção em saúde, de modo específico as de AF, em que empoderar o usuário com acesso, informações concretas sobre os medicamentos e dispor de recursos financeiros pode impactar na adesão ao tratamento e garantir o sucesso da terapia, relata Ngoasong (2010).

Isso converge com as orientações da OMS (WHO, 2021), de que a forma mais efetiva de melhorar o uso de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento está em combinar educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a medicamentos apropriados.

A importância de assegurar a informação correta ao usuário com garantia de acesso e qualidade do produto, desponta das informações, em Wannmacher (2010), que mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; mais de 50% dos usuários os utilizam de forma incorreta; acima de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover o URM; menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado são tratados de acordo com diretrizes clínicas em países em desenvolvimento.

Como fatores contributivos, Wannmacher (2010) e Yang (2012) destacam que a prescrição pode ter sido obtida pelos representantes das indústrias farmacêuticas, em vez de fontes com evidências clínicas, com forte viés econômico, além de escolhas inadequadas pelo diagnóstico incompleto e automedicação, pela busca na internet por opções farmacológicas mais baratas, aos medicamentos éticos, que não asseguram eficácia, segurança e qualidade.

Muitos desses aspectos remetem à história dos produtos farmacêuticos e da ciência farmacêutica, segundo Lentacker (2016), culminando com a manifestação do termo economia simbólica das drogas, que tem como significantes a marca, a patente, o ensaio clínico e a droga em si, os quais podem ser classificados como bens simbólicos (utilizando da teoria de bens simbólicos de Pierre Bourdieu), isto é, instrumentos de comunicação e de crédito, que fornecem conhecimento, transmitem informações, carregam valor contábil e produzem autoridade.

Como forma de otimizar o uso de medicamentos e melhorar os resultados de saúde, Garattini e Padula (2018) discutem o conceito americano de cuidados farmacêuticos (PhC - do inglês *Pharmaceutical care*), que se manifesta com a contribuição do farmacêutico para o cuidado de indivíduos na atenção primária em saúde e, desde os anos 90 do século XX, vem sendo adotado internacionalmente, como em 2013 pela Rede Europeia de Cuidados Farmacêuticos, com apoio na Itália da Associação Italiana de Farmácias Privadas.

Hepler e Strand (1990) elucidaram originalmente o PhC como a provisão responsável da terapia medicamentosa para alcançar resultados definidos, que melhoram a qualidade de vida do usuário, que vai além da simples entrega do produto, ao garantir o tratamento seguro e eficaz centrado no paciente.

Similarmente, remete ao conceito brasileiro de atenção farmacêutica, como foco no cuidado com o usuário e sua adesão à terapia medicamentosa. Barros et al. (2020) esclarece que na atenção primária, o trabalho do profissional farmacêutico se divide em serviços gerenciais e clínicos. Os serviços gerenciais (ou de logística) designam um conjunto de atividades que se relacionam para garantir com suficiência e regularidade a qualidade e disponibilidade dos medicamentos e produtos para saúde, entre as quais a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição. As ações clínicas se manifestam na dispensação, no seguimento ou acompanhamento farmacoterapêutico, na educação em saúde, orientação farmacêutica, adequação medicamentosa, revisão da farmacoterapia, atividades essas, que configuram o PhC.

Garattini e Padula (2018) acrescentam o uso rotineiro de bancos de dados clínicos em farmácias até a participação em reuniões multidisciplinares da equipe e aconselhamento ao

indivíduo, como ações do PhC. Relatam que impactos positivos são conseguidos com a intervenção educacional (informações verbais ou escritas) nos resultados de saúde dos pacientes, em comparação com a não intervenção, principalmente com a melhora do seguimento e da adesão ao tratamento farmacológico.

Estudos da FDA apontaram altos índices de mortes e hospitalizações devido a reações adversas a medicamentos (RAMs), o que pode ser evitável ao se assumir a responsabilidade social do PhC, bem como o tempo de internação e o custo do tratamento (HEPLER; STRAND, 1990).

O paciente é o centro do cuidado e a relação estabelecida deve envolver, além de informações técnicas e habilidades de comunicação, aspectos emocionais e empatia. Garattini e Padula (2018) ressaltam a necessidade de ouvir atentamente a narrativa dos usuários para uma melhor qualidade no aconselhamento, principalmente daqueles com vigor debilitado e baixo índice de alfabetização, pois tendem à maior probabilidade de comprometimento em seus resultados de saúde.

A inserção do farmacêutico nas equipes da APS para a prática do cuidado, tem tido resistência no Brasil e em outros países, com a percepção de número insuficiente de profissionais e falta de clareza de suas atribuições, como aponta Barberato et al. (2019) na Figura 5.

A abordagem de PhC, segundo Garattini e Padula (2018), traz à tona o que parece ser um aperfeiçoamento do papel do farmacêutico no atendimento à sociedade, historicamente enraizado no desenvolvimento, produção e composição de medicamentos, mas, como aborda Barberato et al. (2019), de forma global há necessidade de capacitação para o trabalho em equipe e desenvolvimento de atividades do cuidado farmacêutico, a fim de imprimir um novo olhar para o usuário na prevenção e resolução de seus problemas relacionados a medicamentos.

A centralidade do medicamento nas políticas de saúde mundiais institui a necessidade de muitos países estabelecerem ações e programas que propiciem o acesso e adesão ao tratamento, principalmente em locais com poucos recursos financeiros, e outros de firmar regulação de mercado para a garantia da integralidade dos cuidados em saúde por direito. Em ambos, o fortalecimento da AF é possível, com a introdução do cuidado, papel definido na equipe da APS e disposição política.

**Figura 5.** Percepção da inserção do farmacêutico na equipe de saúde em diversas regiões do mundo.

PAÍS	PERCEPÇÃO PROFISSIONAL
Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apesar do surgimento de uma nova interação com o clínico geral, o farmacêutico ainda não se sente integrado nas equipes;</li> <li>✓ O profissional não tem acesso aos registros dos pacientes e outras categorias profissionais resistem em tentar compreender a importância da participação do farmacêutico no serviço.</li> </ul>
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Duas ações: fornecimento de informações e suporte para os médicos agirem na tomada de decisão e atividades de gerenciamento dos insumos;</li> <li>✓ Baixa participação dos farmacêuticos nas equipes pode estar relacionada à falta de tempo para realizar atividades em equipe, à políticas e normas que desencorajam modelos colaborativos de atendimento, ao pouco acesso às informações dos usuários;</li> <li>✓ Modelos de atenção à saúde baseados na comunidade favorecem o trabalho dos farmacêuticos com outros profissionais.</li> </ul>
Chile	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O farmacêutico não é considerado um ator relevante na rede assistencial;</li> <li>✓ Há desconhecimento das competências profissionais, principalmente para o trabalho com atenção farmacêutica e, por isso, enfrenta dificuldades para implementar uma gestão de qualidade.</li> </ul>

Fonte: Adaptada de Barberato et al. (2019).

### 3.4 Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: múltiplos contextos à assistência farmacêutica

O modelo linear de desenvolvimento que retrata as relações entre ciência, tecnologia e a sociedade de forma clássica, com a busca pelo conhecimento sem interferências de valores sociais, passou por momento de revisão nos anos 60 e 70 do século XX ao delinear uma nova política científico-tecnológica, com característica intervencionista dos poderes públicos que promove instrumentos de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico e para monitoramento de seus efeitos (BAZZO et al., 2003).

A partir desta nova perspectiva é que nascem os estudos sociais da ciência e da tecnologia (ou estudos CTS) buscando:



[...] Compreender a dimensão social da ciência e da tecnologia, tanto desde o ponto de vista dos seus antecedentes sociais como de suas consequências sociais e ambientais, ou seja, tanto no que diz respeito aos fatores de natureza social, política ou econômica que modulam a mudança científico-tecnológica, como pelo que concerne às repercussões éticas, ambientais ou culturais dessa mudança (BAZZO et al., 2003, p. 125).

A retomada da busca do desenvolvimento nacional associado às dimensões sociais e econômicas têm incorporado a saúde nesse percurso, visto sua importância em investimentos de pesquisa e desenvolvimento (P&D), seguridade social, serviços (de assistência pelas ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde), geração de emprego, renda, bem-estar e tecnologias inseridas (GADELHA; COSTA, 2012; VIANA et al., 2011).

No território brasileiro, tradicionalmente, o financiador mais significativo de P&D tem sido o governo. Nos países com maiores índices de desenvolvimento, entretanto, o investimento privado na área continua crescendo em relação às taxas do investimento público. As despesas com medicamentos e similares são bastante representativas no Brasil e fomentar Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) na área de medicamentos, fármacos e insumos para saúde, vem ao encontro das políticas e instrumentos para fortalecimento da área da saúde, com envolvimento de vários atores em prol de um crescimento da base produtiva nacional. Como exemplo tem-se que os investimentos empregados para que um novo fármaco/medicamento entre no mercado são em torno de um bilhão de dólares e pelo menos dez anos de P&D, o que induz estabelecer acordos multissetoriais que englobam governo, agências de fomento, universidades, hospitais (TENÓRIO et al., 2017).

A saúde enquanto um dos eixos estruturantes das políticas de proteção social, afirmam Viana et al. (2011), agrega elementos que a fazem despontar como importante setor da economia, com necessárias incorporações de inovações tecnológicas para satisfazer suas demandas, o que a conforma como um verdadeiro complexo econômico-industrial da saúde (CEIS).

O alicerce político-institucional do CEIS é dominado pelo Estado, instituições, sociedade civil organizada e a população em geral, sendo possível constatar a capacidade de mobilizar infraestrutura de CT&I/S (Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde), visando diminuir a dependência nacional de importação de insumos para a saúde e, por efeito, o estímulo à economia do país, exprimem Tenório et al. (2017).

Os serviços da saúde são passíveis de variáveis econômicas e sociais, no contexto de um processo produtivo. Gadelha e Costa (2012) apontam que para uma articulação entre

saúde e desenvolvimento, devem ser consolidadas as funções do Estado e da participação social, bem como a incrementação tecnológica associada aos sistemas de inovação e bem-estar social.

Em uma conjuntura maior Tenório et al. (2017) provém o conceito de Sistema Nacional de Inovação (SNI), como pertencente a uma gama de organizações, empresas e instituições que visam gerar, incorporar, usar e difundir conhecimento, e como este conhecimento somado a inovação determina a competitividade dos países, o que na saúde fortaleceria a estruturação do CEIS e seu reflexo nos setores econômicos e sociais, integradamente.

De modo divergente, Viana et al. (2011) exemplificam o que ocorre no SUS como uma das consequências geradas pela separação das políticas social e econômica, com um sistema ativo enquanto direito à saúde, mas com falhas na execução dos serviços, equipamentos, recursos humanos e financeiros, principalmente, em municípios mais afastados dos grandes centros.

Ao delinear uma revisão sobre o modelo de desenvolvimento aliado a saúde, destacando as experiências acumuladas pelos países, a função do Estado na condução e formulação de diretrizes para o surgimento de uma nova concepção desenvolvimentista, Viana et al. (2011) apontam que devem ser levadas em conta as políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CT&I/S) no Brasil e no estado de São Paulo por seu papel em relação ao CEIS na questão de inovação e incorporação tecnológica em saúde, ao concentrar a maior parte de agentes, instituições, investimentos e produtos.

Várias ações ocorreram com a finalidade de orientar o fomento no âmbito do SUS e propiciar uma base produtiva nacional de produtos para saúde, além de servir como diretriz para as demais agências de fomento científico e tecnológico com atuação no setor.

Um projeto que gerou avanços no cenário de C&T no país foi a criação dos Fundos Setoriais em 1999, sob gestão da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI), que Tenório et al. (2017) acredita ter sido intensificado através da viabilização de vários instrumentos, políticas, programas e leis favoráveis ao SNI (em síntese cronológica no Anexo I) que contribuíram para impulsionar o fortalecimento e fomento da CT&I/S.

Na década de 2000, a elaboração da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e a definição da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) serviram para promover o desenvolvimento científico e tecnológico da área da saúde (NICKEL et al., 2017).

De acordo com Vasconcelos et al. (2017) a aprovação das bases de formulação da PNCTIS e ANPPS ocorreu como reflexo da diretriz de desenvolvimento científico e tecnológico da PNM, norteadas pelos princípios do SUS e orientada pelas necessidades em saúde, contrapondo-se ao modelo preponderante de priorização a partir do potencial de mercado. As subagendas não se delimitaram a promover novas tecnologias, mas instigaram a atender várias questões prioritárias para a saúde pública, investindo muito dos recursos em questões relacionadas à medicamentos.

A ANPPS serviu como dispositivo determinante para a orientação do incentivo à pesquisa em saúde pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT). Os pressupostos da agenda basearam-se em respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar o incentivo para a produção seletiva de conhecimentos e bens, materiais e documentais, em áreas consideradas primordiais para o desenvolvimento das políticas sociais. A agenda foi organizada em 24 subagendas aprovadas e temas de pesquisa. Os temas prioritários contemplavam qualquer etapa da cadeia do conhecimento, desde a pesquisa básica até a operacional, sem restrições quanto às áreas de conhecimento envolvidas (NICKEL et al., 2017).

Como um dos planos da PNCTIS e como forma de direcionar ações à áreas que de maneira efetiva necessitam de combate aos agravos a saúde pública, a agenda despontou ações de fomento à pesquisa e à formação de recursos humanos voltados para o SUS, recebendo contribuições de vários setores da sociedade para sua construção, tais como: comunidade científica, gestores do setor de saúde, representantes dos segmentos da saúde, educação, ciência e tecnologia e da área de serviços sociais, servindo como mecanismo de orientação às ações de CT&I/S no âmbito da SCTIE do MS (TENÓRIO et al., 2017).

A PNCITS objetivou desenvolver e aperfeiçoar os processos de produção e assimilação de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do setor produtivo e demais segmentos da sociedade (NICKEL et al., 2017). Ao articular a PNCTIS juntamente com a Política Nacional de Saúde (PNS) e a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI), Tenório et al. (2017) destacam que essas estão entre os instrumentos e políticas que sustentam as ações de CT&I/S, em que seus recursos norteadores são facilitadores na interface entre as práticas do Estado, do mercado e da comunidade científica, em favor do SUS.

Como uma das competências do sistema de saúde está o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação e contribuir para um

desenvolvimento nacional sustentável e com apoio aos conhecimentos técnicos e científicos, ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas, é operativo para um país em que, a área da saúde tem grande dependência de medicamentos, insumos e equipamentos importados, com a produção concentrada em empresas multinacionais que realizam a maior parte de suas atividades de P&D em suas matrizes fora do território nacional (BRASIL, 2008; VIANA et al., 2011).

A partir de 2018, com o objetivo de alinhar as prioridades atuais de saúde com as atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação e direcionar os recursos disponíveis para investimento em temas de pesquisas estratégicos para o SUS, o DECIT /SCTIE/MS coordenou, em conjunto com as demais áreas técnicas do MS, a formulação de uma nova agenda (BRASIL, 2018b), a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), documento que não substituiu a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa (ANPPS), mas subsidiou a destinação de recursos, o planejamento institucional e a tomada de decisão em saúde no país, de caráter consultivo para potencializar o financiamento de pesquisas em saúde e direcionar esforços para temas estratégicos e de relevância para o SUS.

Essas ações se institucionalizam nacionalmente por meio de marcos para fortalecer, orientar e incentivar as atividades ministeriais em saúde, ao articular com os atores envolvidos nessas políticas, possibilitar atrair C&T internacional para a inovação no Brasil e instrumentalizar o Estado para responder à crescente pressão social e do mercado por incorporação tecnológica de produtos de alto valor agregado no SUS, relatam Tenório et al. (2017).

O documento Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde (PESS) está entre essas ações, o qual visa alinhar as prioridades do MS com as atividades de pesquisa científica e tecnológica, contribuindo para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, promover o desenvolvimento nacional sustentável e auxiliar na criação e manutenção de uma cultura de buscar evidências entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde (BRASIL, 2011; NICKEL et al., 2017).

Um projeto que foi determinante para descentralizar a promoção da pesquisa em saúde pelo setor público e possibilitar a parceria dos entes federativos, do nível federal através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com os estados através das FAPs - Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa foi o Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), que se baseou nas necessidades locais e com temas de pesquisas elencados pela comunidade científica, contribuindo para a redução

da desigualdade em C&T, presente de forma histórica nas regiões do país (NICKEL et al., 2017; TENÓRIO et al., 2017).

Em alguns momentos, destacam Tenório et al. (2017), é preciso ações rápidas pelo DECIT para o desenvolvimento de conhecimento científico e tecnológico, como em situações de demandas de emergências de saúde pública ou especificidade, a exemplo de casos recentes de projetos de pesquisa cujos objetos foram o enfrentamento dos agravos pelo vírus Zika, Chikungunya e, mais recentemente, do novo Coronavírus (causador da COVID-19), em que os agravos à saúde da população se sobrepõem às informações e práticas existentes.

Os modelos de atenção à saúde, incluindo os da AF, são suscetíveis a questões relacionadas às políticas econômicas, sociais e culturais, demandando a incorporação crescente de tecnologias de alto custo, as quais não se refletem em resultados sanitários consistentes, fragilizando a resolutividade na atenção primária no SUS e tornando o sistema de saúde correlativo às imposições do mercado. É preciso que esses quesitos sejam mediados e regulados por políticas públicas para atendimento concreto da população em saúde (LAMB; SHIMIZU, 2014).

As atividades de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde (PD&I/S) geram oportunidades de investimento, emprego e renda, constituindo-se em espaço ativo de desenvolvimento econômico e fortalecido pela articulação com a produção de insumos, medicamentos, equipamentos e materiais médicos, importantes para a política de saúde em todo mundo. A elaboração de C&T para geração de insumos, procedimentos e novos medicamentos voltados ao enfrentamento aos agravos à saúde, cria uma interface entre inovação e produção com assistência, com efeitos significativos para a sociedade (TENÓRIO et al., 2017).

Os resultados dessas pesquisas e investimentos devem ser demonstrados à sociedade, como prestação de contas esclarece Nickel et al. (2017), aplicando e utilizando os dados na gestão e organização do sistema de saúde, na construção de políticas públicas e para a tomada de decisão dos formuladores de políticas.

É aí que se institucionaliza a função intermediadora do Estado, com o dever de regular e empregar ações que constituem desenvolvimento para o setor social, dispondo de recursos para controle e vigilância que garantam a segurança dos produtos para saúde (drogas, fármacos, medicamentos e insumos) mesmo que ele próprio seja o estimulador da produção (TENÓRIO et al., 2017).

As possibilidades de utilização dos resultados de pesquisa, apresentadas por Nickel et al. (2017), se baseiam na política de fomento dos estudos em saúde, na agenda de prioridades,

no pacto com a gestão para favorecer o emprego no processo decisório das políticas públicas, nas relações entre os diversos atores (pesquisadores, gestores, trabalhadores do sistema, empresários, população) nas circunstâncias políticas, culturais e ideológicas da região.

E, como consequência dessas utilizações, há de se instituir o processo produtivo em saúde, onde Tenório et al. (2017) apontam para a necessidade de se envolver vários atores articulados em redes, que compreendem os interesses em PD&I, a ética, os direitos e a garantia de acesso aos serviços de saúde de qualidade, com os mecanismos para construção de políticas para integrá-los.

Cavalcante e Vasconcellos (2007) em uma revisão sobre tecnologias e informação aplicadas à educação em saúde recorreram à redes para delinear que não há distinção, a princípio, de elementos humanos, artefatos tecnológicos, organizações, instituições, onde todos são atores de redes heterogêneas ou sociotécnicas, o que permite uma ruptura da questão entre valorização excessiva da técnica em detrimento dos processos pedagógicos e políticos (e vice-versa), além de relações mais simétricas entre sociedade e tecnologia.

Nesse paradigma, a parceria da rede pública de saúde com universidades e centros de pesquisas locais perfaz um caminho promissor na sistematização de uma política de AF. Para garantir o direito com integralidade na assistência, é imprescindível aliar as necessidades da população com a pesquisa científica e avanços tecnológicos, aos propósitos das políticas públicas de saúde e sua operacionalização pela gestão. Apesar de evidente, é comum que interesses políticos contrários ao desenvolvimento e desafetos entre instituições se sobressaiam ao interesse coletivo, inviabilizando a construção e desenvolvimento de um arcabouço efetivo.

Por isso, as colaborações em forma de rede potencializam a incorporação e o compartilhamento de conhecimentos nos processos de produção. Tenório et al., (2017) alegam que a ciência é componente indispensável e progressivo para a manutenção do CEIS, em que o conhecimento gerado pela pesquisa e empregado na resolução de agravos da saúde pública alimenta todo o seu processo, pois parte de subsídios que implementam novas tecnologias também enriquecem técnicas, processos e tecnologias já existentes, os quais serão fabricados, comercializados e aproveitados nos seus diversos segmentos.

Ao se estabelecer a apropriação do conhecimento científico em saúde e sua utilização pelos diferentes atores institucionais, Nickel et al. (2017) defendem a ampliação de iniciativas que favoreçam a divulgação científica e a comunicação de resultados, uma vez que a existência de discrepâncias na disseminação da informação e na comunicação científica, interferem na aplicabilidade do conhecimento produzido e no uso dos resultados.

Obstáculos para a associação entre desenvolvimento e saúde são destacados por Gadelha e Costa (2012), entre os quais déficits de conhecimento, de incorporação de tecnologias e de uma base de inovação, ameaçando o crescimento e fortalecimento da regulação da política de AF em transformar a base produtiva nacional de medicamentos e garantir o estado de bem-estar brasileiro.

Como exemplo presente, tem-se a corrida pelas vacinas à COVID-19. O Brasil tem um Programa Nacional de Imunizações (PNI) consagrado como um dos melhores do mundo e o Instituto Butantã e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) são instituições de excelência na pesquisa e difusão do conhecimento científico, somadas à produção de imunobiológicos. E mesmo assim, o atraso na concretização da vacinação em relação aos outros países, revela que o fortalecimento de um CEIS está moroso, pois há dependência externa de insumos, matérias-primas e transferência de informações, somados a uma base produtiva insuficiente, desorganização na distribuição e imprecisão no plano nacional, de modo que é possível notar fraudes, desperdícios, atritos políticos e diplomáticos e muitas vidas perdidas pela doença. Soma-se, ainda, o viés negacionista praticado, tanto aos efeitos da doença no país, quanto às condutas provenientes do conhecimento científico, e centralidade das ações pautadas no modelo médico hegemônico de atenção à saúde.

O fomento à CT&I na área de medicamentos, fármacos e insumos para saúde, vem ao encontro das políticas e instrumentos criados para fortalecimento da área, enfatizam Tenório et al. (2017), criando-se uma interface entre inovação e produção com assistência, em que o Estado deve formular e aplicar ações para o desenvolvimento do dispositivo social, visto a saúde ser um bem público atrelado à vida humana, garantindo a segurança dos produtos para a saúde, como medicamentos e insumos, com a articulação em redes que mantenham o processo produtivo e o cuidado ao usuário.

Nessa ligação ciência / tecnologia / inovação / saúde / sociedade, as políticas de AF têm papel indispensável para pesquisa, desenvolvimento, firmamento de uma base produtiva, controle e segurança dos produtos e, no caso dos medicamentos, promover o acesso com uso racional.

Fomentar essa interface tem se tornado um desafio para os gestores na adequada proteção de direitos e na tomada de decisão com qualidade e garantia da integralidade dentro do SUS, haja vista que a produção do cuidado em AF é marcada pela ação dos atores envolvidos em suas interações práticas, no cotidiano de suas atividades em saúde.

### 3.5 Gestão e práticas de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Ao discutir os achados em literatura, várias situações emergiram como relevantes para respaldar os artifícios empregados na gestão da AF pelos entes federativos, com suas responsabilidades para a administração dos serviços, seja com uso de tecnologias ou focadas no usuário do medicamento para efetivar as práticas.

A instituição e regulamentação do SUS trouxeram mudanças importantes nos serviços e assistência em saúde ao introduzir os princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção, equidade, participação das comunidades e descentralização (BRASIL, 2009).

Com a efetivação da AF como política social, Gerlack et al. (2017) menciona que ela se tornou um obstáculo para consolidação do SUS, principalmente, no que refere à sua gestão, como garantia de acesso aos medicamentos e integralidade da assistência terapêutica.

Vieira (2017) considera que o acesso a medicamentos essenciais se constitui em importante instrumento de política pública para melhorar a qualidade de vida das populações e o uso adequado dos mesmos é um dos elementos com maior custo - efetividade da atenção à saúde, em que demanda articulações do sistema, condutas governamentais, regulação sanitária e econômica, além de habilidade gerencial.

Com a finalidade de avaliar, planejar e fixar ações e diretrizes que melhorem a capacidade dos serviços de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida para toda a população, são produzidos espaços de construção de políticas públicas no país, as Conferências Nacionais de Saúde, com amplo debate sobre os temas pautados, os quais indicam a importância que possuem para a população, pressupondo em garantia de acesso à saúde e desenvolvimento sustentável do sistema (LEITE et al., 2018).

Na 16ª Conferência, realizada em 2019, a AF e a C&T foram inseridas nas discussões, o que nem sempre prevalece de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), um estudo para compreender o cenário do acesso e utilização de medicamentos no Brasil, que revelou que quase metade dos municípios que compuseram o estudo não continha a AF nas temáticas debatidas localmente, a não ser por desabastecimento ou desativação de unidades, expondo um descompasso entre as instâncias de controle social, a gestão da assistência farmacêutica e as instituições de pesquisa (AKERMAN; FREITAS, 2017; LEITE et al., 2018).

O medicamento deve ser visto instrumento estratégico e tecnológico para a melhoria da saúde, com capacidade de influenciar sobremaneira a aptidão resolutiva dos serviços e os agravos ao usuário (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2019b). Na prática, compete



à AF garanti-lo nos equipamentos de saúde, mas é apreendida de diversas formas por parte dos gestores, muitas vezes resumindo-a aos procedimentos de aquisição e distribuição como política pública de acesso ao medicamento (CORTEZ et al., 2014).

Ações da PNM também visaram contemplar o paciente, os profissionais de saúde, os gestores, as instituições e os sistemas de saúde, com estratégias de estímulo ao URM, regulação da prescrição e dispensação de medicamentos, gradativa ampliação da lista de produtos sujeitos a controle especial inspecionados nacionalmente por meio do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) e controle da prescrição e dispensação de antimicrobianos com obrigatoriedade da retenção da receita e escrituração em livro específico, tanto no setor público como privado (VASCONCELOS et al., 2017).

É fundamental que as atividades de gestão da AF, que compreendem a coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços prestados à população, promoção do acesso e uso racional dos medicamentos, sejam desempenhadas com coesão para os bons resultados nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

A administração dos recursos financeiros, e principalmente a redução de gastos, sempre configura um desafio para os gestores dos sistemas de saúde. No campo da AF esse controle se acentua na garantia do acesso universal, visto que o medicamento é o centro de todas as atividades que englobam as políticas de AF, desde a pesquisa até a dispensação (CORTEZ et al., 2014).

O campo de trabalho da gestão apoia-se nas atividades do ciclo da AF, já descritas anteriormente na seção 3.2, como um sistema integrado de tecnologias e sequências lógicas, cujos componentes apresentam naturezas técnicas, científicas e operacionais que representam as estratégias e o conjunto de ações necessárias para a implementação da AF, incluindo a prática dos gestores para o pleno exercício da relação entre prescrição, dispensação e uso (BRASIL, 2013b; VIEIRA; ZUCCHI, 2014).

Cortez et al. (2014) buscaram na literatura os determinantes que dispuseram do processo de gestão e planejamento da atenção farmacêutica no SUS, esclarecendo as facilidades e dificuldades encontradas para uma melhor compreensão das políticas sobre medicamentos e seus efeitos, contribuindo com os gestores no esclarecimento dos usuários sobre seus direitos no acesso a medicação.

O CRF-SP, por meio de suas Comissões Assessoras de Saúde Pública, consentiu à classe e aos gestores algumas diretrizes para a estruturação da AF no nível municipal, com o objetivo de nortear os farmacêuticos e gestores públicos municipais para a gestão,

planejamento, gerência e execução das ações do setor, visando à garantia do acesso e o uso racional de medicamentos, assim como o aprimoramento dos cuidados prestados pelo profissional. O documento resume as necessidades de adequação das condições de trabalho, uniformizando-as em todo o Estado, tendo como alicerce a eficiência dos serviços prestados (BRASIL, 2013a).

Muitos municípios do Brasil expõem vulnerabilidades no que compete à descentralização das ações e à capacidade de gestão da AF no campo da atenção primária em saúde, cabendo ampliar o olhar do somente abastecer para um de melhorias na qualidade dos serviços que inclui, entre outros, acesso, disponibilidade e acessibilidade geográfica (GERLACK et al., 2017).

No estudo do componente avaliação dos serviços de AF do PNAUM (BRASIL, 2017a) é posto que na perspectiva do usuário o acesso foi considerado como a frequência com que os medicamentos foram obtidos por meio de unidades dispensadoras do SUS, disponibilidade média estabelecida como a existência de pelo menos uma unidade de cada item em estoque no momento e a acessibilidade geográfica como grau de facilidade para chegar à unidade, emergindo como pontos essenciais para o trabalho do gestor público.

O exercício da prática das políticas farmacêuticas, por longo período, se direcionou para os cuidados com o medicamento, em que a assistência do profissional se norteava nas atividades de planejamento, síntese, produção, abastecimento, distribuição e controle de qualidade dos produtos. Os progressos nas discussões dessas políticas passaram a incluir atenção farmacêutica como exercício de cuidado e integralidade das ações de saúde, passando o usuário e o território a serem o centro da atuação profissional. Cortez *et. al.*, (2014) singulariza a atenção farmacêutica às atividades de cuidado com o usuário, a fim de promoverem o URM, adesão à terapia e melhora da qualidade de vida, enquanto a AF engloba uma amplitude de operações, muitas vezes interdisciplinar, em saúde para com o medicamento.

Os aspectos regionais como quantidade de municípios do Estado e número de habitantes devem ser levados em consideração para estabelecer as linhas da gestão, além do grau de complexidade do serviço a ser oferecido à população.

A concepção apresentada no ciclo da AF (Figura 2) de articulação entre as atividades técnicas e operacionais serve de suporte orientativo para o desenvolvimento das atividades gerencias. A estrutura implantada deve respeitar as características de cada município, como perfis epidemiológico, geográfico, social e econômico relacionadas à área de saúde. Formalização da AF na estrutura organizacional do governo, infraestrutura e recursos

humanos são elementos mínimos que devem ser implementados, de acordo com o CRF-SP (BRASIL, 2013).

A compreensão da AF como garantia de acesso com uso racional dos medicamentos requer estruturação e qualificação, com articulação das atividades que norteiam a prescrição, dispensação e uso, a fim de elucidar a AF como uma “política pública estratégica no âmbito do Controle Social do SUS e incorporada como uma das prioridades das ações dos gestores no campo da saúde” (BRASIL, 2009, p. 9).

Além disso, outros aspectos como políticas de financiamento e programas governamentais devem ser levados em consideração para o ordenamento do serviço público. Essas informações devem subsidiar a elaboração da estrutura organizacional da AF para o município, de modo que as atividades implantadas possam admitir avaliações periódicas que apontarão possíveis revisões para adequações às novas necessidades do serviço (BRASIL, 2013a).

O desenvolvimento de ações no intuito de avaliar a gestão da AF no SUS é importante, a fim de subsidiar os gestores para a tomada de decisão. Estudos neste sentido utilizam indicadores de dimensões organizacional, operacional e sustentabilidade que representam ações estratégicas e contemplam o ciclo logístico (GERLACK et al., 2017).

Como alinhamento aos propósitos da PNM torna-se competência gerencial, por exemplo, revisar a relação de medicamentos permanentemente, a fim de identificar e garantir o atendimento às necessidades em saúde (MARGARINOS-TORRES et al., 2014).

A gestão dos recursos financeiros na AF é outro fator de atenção no provimento de medicamentos da população. Como parâmetro orientativo da OMS, e pontuado por Vieira (2017), deve-se comparar a eficácia com os custos para a padronização do produto, uma vez que a escassez de recursos é limitrofe às muitas necessidades, cabendo uma escolha racional e com participação social abrangente.

Em um estudo sobre indicadores da seleção de medicamentos em serviços públicos foi destacado que o crescente número de tecnologias sanitárias, aliadas à pressão de mercado junto aos serviços de saúde elevam os questionamentos acerca da incorporação de medicamentos nos órgãos públicos, sendo que:

Em muitos países, a aquisição de medicamentos tornou-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas de saúde, já que compete com outras prioridades, gerando gastos que nem sempre resultam em melhora significativa dos indicadores de saúde. Em muitos casos, recursos são desperdiçados com medicamentos inapropriados, ineficazes ou não seguros, o que pode ter consequências como efeito

subterapêutico, reações adversas, interações medicamentosas preveníveis e aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos (SANTANA et al., 2014, p. 228).

Os medicamentos como alternativa terapêutica assumem um papel de mercadoria com princípio ativo, especialmente após a sintetização de substâncias químicas em escala industrial ocorrida no século XX, intensificando o processo de medicalização e “cultura da pílula”, os quais tornaram o medicamento e os insumos farmacêuticos as principais fontes de bem-estar e saúde a seus consumidores, alertando que:

O uso excessivo e inadequado da medicação termina por provocar desperdício de recursos e resulta em dano significativo ao paciente, por conta dos resultados insatisfatórios e da multiplicação dos efeitos adversos. Ressalte-se que ao mesmo tempo em que ocorre um consumo de medicamentos supérfluos ou injustificados (como no caso dos polivitamínicos) há, sobretudo em países subdesenvolvidos, carência de medicamentos essenciais (BARROS, 2011, p. 956).

O movimento da gestão é técnico, político e social, propício para gerar resultados. Ele se institucionaliza, segundo Gerlack et al. (2017, p. 3), “por meio da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos, em um ambiente complexo caracterizado por uma série de condicionantes relacionados ao problema em questão.”

Desde as últimas décadas do século XX, muitos países recorrem à utilização de indicadores de assistência à saúde para avaliar o desempenho de seus serviços. No Brasil, a crescente introdução de políticas públicas de saúde, a demanda dos usuários e a dinâmica de expansão dos sistemas impõem a qualidade dos indicadores como condição para a gestão de políticas públicas e à tomada de decisão (COSTA; NASCIMENTO JR., 2012).

O estudo da PNAUM avaliou vários desses indicadores nos serviços de AF na atenção primária do SUS, com amostras de várias regiões, entrevistas com usuários, gestores, médicos, farmacêuticos e observações da infraestrutura, revelando como fatores condicionantes para a gestão a organização, controle participativo, capacidade técnica-gerecncial, tecnologia de monitoramento e avaliação, além de produção da gestão, que devem ser estimulados a fim de eliminar as lacunas entre as políticas estabelecidas e as práticas vivenciadas na atenção primária do SUS (GERLACK et al., 2017).

A definição de listas de medicamentos essenciais é consenso na recomendação dos órgãos nacionais e internacionais para alcance da racionalidade (SANTANA et al., 2014). E em consonância, deve-se cumprir, no Brasil, a regulamentação da prescrição emitida pelo SUS em sintonia com a RENAME, como primórdio para a gestão da AF (SANTOS-PINTO et al., 2013).

A prescrição e o fornecimento de medicamentos fora da lista essencial têm gerado muitas discussões, baseadas no princípio da integralidade da assistência terapêutica (IAT). Diversas interpretações sobre suas implicações e abrangência são temas de decisões judiciais no campo da AF, grande parte culminando no atendimento como direito previsto em lei, e uma outra responsabilidade para a gestão do SUS (VIEIRA et al., 2017).

Lamb e Shimizu (2014) mencionam que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) se constitui em importante espaço para discussões e construção acerca das políticas de AF, com debates que não se limitam apenas a questões técnico-administrativas, mas à prática gerencial, como a organização, financiamento, acesso, responsabilidades dos entes federativos e também a demanda judicial, como resultante da compreensão da integralidade da assistência.

A judicialização da saúde envolve elementos para discussão: se por um lado há o entendimento mais abrangente da integralidade, “tudo para todos”, o que tem preocupado os gestores pelo relevante número de ações judiciais por medicamentos, denota o cidadão maior consciência sobre o direito à saúde e acesso ao Poder Judiciário, no qual a maior parte das vezes demanda solicitações de produtos relacionados para oferta, mas que alguma adversidade dificultou o acesso. A integralidade deve ser ponderada no sentido das práticas profissionais, da organização das ações e serviços ou na resposta governamental para problemas de saúde ou para grupos específicos, como no tratamento de doenças raras ou alternativas para pacientes que não podem fazer uso de fármacos constantes na RENAME (VIEIRA, 2017).

Uma avaliação da AF realizada pelo MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) apontou que a disponibilidade dos medicamentos essenciais é um obstáculo para as esferas municipais e estaduais, visto os trâmites de aquisição e estoque no fornecedor, podendo gerar um desabastecimento nas unidades de saúde e, conseqüentemente, deficiência na qualidade dos serviços, que recai na atuação insuficiente da gestão (VIEIRA; ZUCCHI, 2014).

O trabalho árduo em gerir as políticas de AF, assegurando acesso e URM à população, tem fatores que dificultam a concretização das ações e podem se tornar barreiras à garantia do direito à saúde, mas que podem ser contornados. Garantir as dimensões do ciclo logístico, integração e comunicação entre unidades, informação e orientação ao usuário e infraestrutura é o caminho para resolutividade das atividades em muitos municípios (VIEIRA, 2017).

Quando se relaciona as tecnologias da AF e a questão de governança no conceito de gestão, como a capacidade de formular políticas, de mobilizar recursos políticos e de

disponibilizar recursos técnicos e administrativos para o alcance dos objetivos, presume-se que a gestão da AF em parte está relacionada à habilidade de alocar e gerenciar esses recursos para assegurar o acesso e o uso racional de medicamentos (VIEIRA; ZUCCHI, 2014).

Os modelos de gestão da AF (exemplificados na Figura 6) incluem variáveis e devem considerar o acesso aos medicamentos pela administração pública, relata Vieira (2017). A adoção de parcerias com a iniciativa privada na dispensação de medicamentos, por exemplo, não exime o serviço público da esfera gerencial, visto que vários medicamentos da RENAME não são comercializados por drogarias. Além disso, os custos podem se acumular ao governo, pois os gastos para oferta de medicamentos por meio da AF no SUS são menores que os da Farmácia Popular, em que drogarias atuam na dispensação de medicamentos e são ressarcidas pelo governo, tanto pelo produto quanto pelo serviço.

**Figura 6.** Quadro exemplificando os modelos de gestão da assistência farmacêutica e suas fragmentações.

Modelos de gestão da assistência farmacêutica	Exemplo	Acesso a medicamentos	Algumas possíveis dificuldades sob a perspectiva da administração pública
Gestão pública estatal	Assistência farmacêutica pública estatal (maioria dos municípios brasileiros)	Depende muito do desempenho da equipe da Secretaria de Saúde na gestão do componente logístico e do financiamento regular das aquisições	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerenciamento dos processos de aquisição</li> <li>• Dificuldades para cumprimento de cronogramas de distribuição</li> <li>• Falta de medicamentos nas unidades de saúde</li> </ul>
Mix público e privado integrado	Gestão das unidades de saúde, inclusive farmácias, por organizações sociais (OSS), mas gestão global da assistência farmacêutica sob responsabilidade da administração pública	Depende muito do desempenho da equipe da Secretaria de Saúde na gestão do componente logístico da assistência farmacêutica e do financiamento regular das aquisições	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem ocorrer os problemas mencionados anteriormente em razão de o componente logístico da assistência farmacêutica ficar sob a responsabilidade da administração pública</li> <li>• Dificuldades de coordenação das ações do componente técnico (a gestão da unidade de saúde é da OSS e os farmacêuticos são contratados por ela)</li> <li>• Sobreposição de programas com custos diferenciados para a mesma fonte pagadora e indução do mercado para garantir oferta apenas por meio do programa que lhe seja mais rentável</li> </ul>
Mix público e privado segmentado	Assistência farmacêutica pública estatal ou pública por meio de OSS coexistindo com o Programa Farmácia Popular	É facilitado pelo fornecimento de medicamentos por meio da rede privada de estabelecimentos farmacêuticos (drogarias)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custos podem ser mais elevados que nos outros modelos</li> <li>• Dificuldades de regulação e controle dos gastos</li> <li>• Desarticulação entre os componentes técnico e logístico da assistência farmacêutica</li> <li>• Acompanhamento farmacoterapêutico pela administração pública fica prejudicado, a menos que sejam criados mecanismos para interligar os serviços de saúde do SUS à rede privada</li> <li>• Fragmentação do cuidado pode ser maior</li> </ul>

Fonte: Extraído de Vieira (2017, p. 4).

A saúde pública no Brasil sempre foi vista como obstáculo para o desenvolvimento econômico do país, dado a demanda de usuários e a contenção de recursos para suprir tais necessidades. O envelhecimento populacional e os desafios de controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis ainda consistem como dificuldades, necessitando da aplicação de estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das complicações. Nesse contexto, naturalmente, a demanda por estímulos para a AF deve ser incessante e progressiva, sendo primordial a atuação em rede de cuidado, envolvendo todo o ciclo de gestão do

medicamento e vários atores responsáveis, efetuando o trabalho com qualidade e eficácia para o atendimento adequado ao usuário (CORTEZ et al., 2014).

Ao compreender um modelo de AF de gestão pública incorporado em um modelo de vigilância em saúde, como efetivo na consolidação das ações de atenção básica no SUS, se faz importante investigar as práticas das políticas públicas da área no município de São Carlos-SP, com escuta aos profissionais que atuam nos serviços, presumindo-se que essas ações não se articulam com as concepções conquistadas para garantia de acesso e uso racional de medicamentos.

#### 4. PERCURSO METODOLÓGICO

Com o objetivo de analisar a prática das políticas públicas de AF no município de São Carlos-SP, levando em conta aspectos vinculados ao campo CTS, estabeleceu-se a trajetória metodológica para o desenvolvimento da investigação, definindo a pesquisa qualitativa como apropriada a captar as percepções, opiniões e relações dos trabalhadores com a temática abordada.

Ao analisar a essência das abordagens metodológicas da pesquisa qualitativa, Minayo (2014, p. 22), define-as como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”, trazendo como consequência o desafio de tornar científicos os aspectos subjetivos, considerados impossíveis de serem resumidos em dados estatísticos de forma objetiva.

Patias e Hohendorff (2019) discutem alguns pressupostos para a cientificidade da pesquisa qualitativa. A natureza da realidade é múltipla e subjetiva, na qual as experiências dos participantes e suas percepções são úteis e importantes. O conhecimento válido é construído na interação, através das experiências individuais, do pesquisador com o objeto de estudo ou os indivíduos pesquisados, inexistindo a neutralidade positivista, visto que o pesquisador está influenciando e sendo influenciado pelo que está sendo pesquisado. Os autores complementam que, na pesquisa qualitativa, o raciocínio ou a lógica indutiva, a qual parte das premissas individuais para generalizações, é o cerne do método que não deriva de uma teoria específica, mas a produz a partir das percepções dos participantes do estudo.

Alencar et al. (2012) e Minayo (2014) destacam que vários ganhos são possíveis na pesquisa qualitativa, que leva em conta os mais desmedidos graus das relações sociais, dos quais a compreensão de dificuldades enfrentadas no cotidiano que não se contemplam nas análises positivistas, compreendendo a hermenêutica dialética como importante artifício de análise, que:

[...] Faz a síntese dos processos compreensivos e críticos. Neste sentido, a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, considerando que o ser humano complementa-se por meio da comunicação, sendo preciso compreender seu contexto e sua cultura. A contribuição produtiva do intérprete é parte inalienável do próprio sentido do compreender, somente sendo possível quando aquele que compreende coloca em jogo seus próprios preconceitos (ALENCAR et al., 2012, p. 244).



Minayo (2014) credita à pesquisa qualitativa a compreensão da lógica interna de grupos, estabelecimentos e atores no que se refere a: valores culturais e representações sobre sua história; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e a efetivação de políticas públicas.

A base subjetiva da pesquisa qualitativa teve alguns pressupostos discutidos sobre a necessidade de um certo controle dessa subjetividade, considerando que:

[...] Não há como evitar ou controlar totalmente a subjetividade, sendo o/a pesquisador/a um/a coconstrutor/a de significados junto ao/s indivíduo/s pesquisado/a/s. [...] O total controle da subjetividade é impossível dado que os pesquisadores sempre terão algum nível de envolvimento emocional com o tema pesquisado, além de algum conhecimento prévio advindo do contato com a literatura da área e o próprio contato com o/a entrevistado/a (PATIAS; HOHENDORFF, 2019, p. 4).

Por outro lado:

O manejo da subjetividade têm como um de seus objetivos a busca de representatividade, ou seja, a verificação de qual realidade está sendo representada pelos resultados da pesquisa - a realidade do/a pesquisador/a ou do/a pesquisado/a. Visando garantir a representatividade dos participantes da pesquisa, o/a pesquisador/a pode adotar uma postura ingênua (*naive inquirer*) durante a coleta de dados, solicitando esclarecimentos e aprofundamentos dos conteúdos relatados pelos participantes da pesquisa (PATIAS; HOHENDORFF, 2019, p. 5).

As argumentações que envolvam a abordagem do método qualitativo no campo da saúde são impregnadas de pressupostos das ciências sociais, mas que também precisam agregar a evolução dos conhecimentos nas disciplinas que as circundam (a exemplo da biotecnologia), relacionando-as com os pontos socioeconômicos, políticos e ideológicos, abrangendo e vivenciando uma complexidade de objetos de estudos em saúde, os quais não podem se abster da problemática social (condições, situações e estilos de vida) que impactam diretamente no estado de bem-estar (MINAYO, 2014).

Apesar desses elementos, que se fundamentam em conhecimento e em práticas, é notório que:

O desafio de tratar do objeto saúde/doença é vencer dicotomias analíticas, movendo-se no terreno das inter-relações e interconexões. O saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos. Dentro desse caráter peculiar de abrangência das ciências que compõem o campo da saúde, as teorias sobre pesquisa qualitativa e sobre métodos e técnicas pertinentes ao tema se articulam num todo maior, guardando distinção e contribuindo para o maior entendimento dos problemas práticos envolvidos. Mas é preciso dizer que elas são fundamentais para essa área,

em que a realidade dos fatos está inteira e intensamente permeada pelo campo simbólico e afetivo (MINAYO, 2014, p. 28).

Ao se referir às modalidades de análises qualitativas propostas para pesquisa em saúde, a autora enfatiza que elas devem ser contextualizadas, levar em conta a origem e a historicidade dos fatos sociais e dos grupos em estudo, incluir os espaços formais da economia e da política como questões essenciais culturais do modo de vida e considerar os lugares comuns ao mesmo tempo de consensos e de conflitos, contradições, subordinação e resistência.

As ações executadas no âmbito da saúde sejam elas clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento, devem requerer atenção aos valores, atitudes e crenças (elementos sociais, subjetivos e culturais) do público ao qual a ocorrência será direcionada, pois estes conceitos formam a base das ciências da saúde, o que não as tornam “menos científicas, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam” (MINAYO, 2014, p. 31).

O método qualitativo definido pela autora é aplicado:

[...] Ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...] se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos [...] além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2014, p. 57).

Das poucas inserções dispostas na literatura relacionadas ao conhecimento da área farmacêutica, Margarino-Torres et al. (2014) desenvolveram um estudo baseado no referencial teórico-metodológico da pesquisa qualitativa em saúde, com foco na gestão da AF no SUS em estados e municípios brasileiros, sendo abordado o responsável por esta gestão como o sujeito da ação e discutindo suas percepções nas dimensões organizacionais da área.

A abordagem qualitativa em estudos com participantes trabalhadores da saúde exprime apreço pela experiência do profissional e tem guiado estudos no campo da saúde coletiva, de acordo com Barberato et al. (2019), porque a compreensão do trabalho e posterior transformação, indispensavelmente, passa pela construção da percepção dos trabalhadores.



de saúde da população à época e a utilização de fórmulas curativas para tratamento de doenças. Somente em 1873 há registro da chegada e atuação médica na cidade, com o curandeirismo ainda privilegiado frente à ciência pela população local.

De acordo com informações do *site* oficial da Prefeitura Municipal de São Carlos ([www.saocarlos.sp.gov.br](http://www.saocarlos.sp.gov.br)), atualmente o município conta com um Centro Municipal de Especialidades (CEME – São Carlos), ambulatório com 24 especialidades em saúde que atende as cidades da microrregião de São Carlos e no qual os agendamentos são feitos diretamente pelas unidades de saúde de origem, 12 UBS (Unidade Básica de Saúde), 3 UPA (Unidade de Pronto de Atendimento) e 21 USF (Unidade de Saúde da Família).

## **4.2 Dinâmica da pesquisa**

A pesquisa desenvolveu-se em dois momentos: 1 - levantamento de dados e 2 - pesquisa de campo.

No levantamento de dados foram investigadas as informações sobre AF e suas políticas constante no *site* da prefeitura, visto a importância da transparência dos dados pela Lei nº 12.527/2011 que regulamenta o acesso à informação pública, a fim de identificar as ações propostas pelo MS e SES-SP para o setor, caráter orientativo para a população e para construção do instrumento (roteiro de entrevista) do momento seguinte. Esta consulta também abrangeu os outros municípios do DRS III, a fim de comparar e compreender a divulgação das informações das políticas em análise na região.

Na dinâmica da pesquisa de campo procedeu-se a coleta e análise dos dados, da seguinte forma: A) Elaboração do roteiro de entrevista e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP); B) Identificação, contato e agendamento das entrevistas com os indivíduos participantes; C) Realização das entrevistas e transcrição das mesmas; D) Análise dos dados.

## **4.3 A coleta dos dados**

A técnica de pesquisa empregada para a coleta dos dados foi a entrevista, apoiada por roteiro semiestruturado (Apêndice A).

Os instrumentos utilizados para o trabalho de campo na pesquisa qualitativa funcionam, de acordo com Minayo (2014), como mediadores entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica, na qual o roteiro de entrevista se caracteriza como uma lista de temas que desenvolve os indicadores qualitativos de uma investigação, servindo como um guia.

Os roteiros, segundo Alencar et al. (2012) devem ser elaborados para cada técnica, abrangendo os tópicos que necessitam ser respondidos pelos participantes de forma a possibilitar a compreensão do objeto. E que seja formado com orientações e aspectos a serem retratados, a fim de guiar o entrevistador durante a coleta.

Entre alguns tipos, o roteiro para entrevista semiestruturada deve abordar em tópicos, que funcionam como lembretes, as informações essenciais e esperadas. Na sua construção deve permitir flexibilidade nas conversas e absorver novos pontos trazidos pelo entrevistado como sendo de sua estrutura de relevância (MINAYO, 2014).

Como técnica de pesquisa, a autora destaca a entrevista como estratégia privilegiada de comunicação e a mais empregada no trabalho de campo no sentido de coleta de informações sobre determinado tema científico. Pode ser definida:

Como uma forma de interação social resultante da relação entre duas pessoas que se veem, o pesquisador e o entrevistado, com o objetivo de obter dados que interessam à investigação. Nesta técnica, o instrumento primordial é a palavra, através da qual se revelam valores, símbolos, sentimentos e condições estruturais (ALENCAR et al., 2012, p. 246).

As entrevistas realizam-se por iniciativa e abordagem do entrevistador, tendo por finalidade compor informações cabíveis para o objeto pesquisado, adquirindo dados, subjetivos, referentes diretamente ao entrevistado (reflexões e pontos de vista). Se classificam por suas formas de organização em sondagem de opinião, entrevista semiestruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada e entrevista projetiva, além das histórias de vida e grupos focais. Como matrizes de informação viabiliza dados e fatos de duas naturezas: um pertencente a natureza morfológica da realidade, que poderia ser adquirido por outros meios como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos e um segundo referente especificamente ao sujeito entrevistado (MINAYO, 2014).

Essas informações da segunda natureza tratam da:

Reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos” e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças,

maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2014, p. 262).

A autora lembra que a entrevista, como técnica priorizada de interação social, se remete às mesmas dinâmicas das relações existentes na sociedade, expressando de modo diferenciado os traços da realidade nos dados produzidos. Além disso:

Pelo fato de captar formalmente fala sobre determinado tema, a *entrevista*, quando analisada, precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante. Dessa forma, além da fala que é seu material primordial, o investigador terá em mãos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano (MINAYO, 2014, p. 263).

Dentre os protótipos, a entrevista semiestruturada é definida por Minayo (2014) como a combinação de questões abertas e fechadas, na qual o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada. Segue a um roteiro que, além de facilitar a abordagem, assegura principalmente aos pesquisadores menos experientes que suas hipóteses ou suposições serão tratadas na conversa.

Os participantes que compuseram o estudo fazem parte de dois segmentos que atuam na AF e foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhador Farmacêutico: profissional responsável pelas unidades de dispensação, que as gerencia e atende o usuário na sua especificidade. Aqui também foram incluídos os farmacêuticos que atuam em cargos de chefia e gestão, os quais são capazes de informar e explicitar suas concepções acerca das questões que envolvem a pesquisa, como a organização, políticas praticadas, entre outras;
- Trabalhador Atendente da Farmácia: é quem auxilia o farmacêutico nas demandas da unidade, abastece, organiza e também faz atendimento ao usuário.

É importante esclarecer que no desenho original do projeto estava previsto um terceiro grupo, o de Usuários, caracterizado pelas pessoas que utilizam o serviço público de saúde para seu tratamento farmacológico, recorrendo à unidade regularmente em busca dos seus medicamentos de uso contínuo, por exemplo, anti-hipertensivos e antidiabéticos. Mas com a pandemia COVID-19 e suas decorrências desde março de 2020, o número de usuários na farmácia reduziu e alguns não se sentiram seguros em conceder entrevista mesmo em lugar reservado ou em formato on-line, o que impossibilitou a participação desse grupo no prazo definido para conclusão dessa pesquisa.

Para participar da entrevista os integrantes dos dois segmentos da AF foram convidados através de contato prévio (telefone ou visita à unidade), quando era explanado o propósito do estudo e a importância da sua participação. Em caso afirmativo, as entrevistas eram agendadas e realizadas em locais definidos por eles ou de forma remota.

Os mesmos foram orientados pelo TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) sobre os riscos associados à participação, os quais são mínimos e podem se traduzir em cansaço físico e/ou psicológico, irritabilidade, falta de atenção ou qualquer risco não previsto neste termo, ao responder às questões da entrevista. Estavam cientes que seus dados seriam preservados, podendo retirar seu consentimento em qualquer tempo e não comentar alguma questão abordada sem prejuízo qualquer à sua ligação com o serviço ou constrangimento com a chefia.

O número de entrevistados não foi pré-definido, já que se trata de uma abordagem qualitativa, mas a pretensão inicial era entrevistar todos os farmacêuticos de unidades de dispensação que se distribuem pelas regiões de atendimento da cidade, mas dois deles não responderam nenhuma das tentativas de contato, não participando do estudo.

O número de participantes ou de entrevistas tem sido considerado parâmetro na adequação dos dados na pesquisa qualitativa que, segundo Patias e Hohendorff (2019), está relacionado com a capacidade de viabilizar a coleta e análise, bem como do entendimento e da natureza do objeto em investigação. Assim, não é previsto ou suposto antecipadamente um número de participantes, mas verificado, realmente, durante a execução do estudo, com descrição dos critérios que justifiquem o número de entrevistados e o procedimento de escolha dos mesmos.

Uma reflexão de Minayo (2017) sobre amostragem e saturação na pesquisa qualitativa enfatizou que a amostra está relacionada à perspectiva do objeto, sendo importante que o número de participantes seja suficiente para assegurar que os dados se repitam e complementem.

De certo modo, a autora aponta estudos em que a investigação qualitativa costuma envolver de vinte a trinta entrevistas e um mínimo de dez. Entretanto, discute os critérios de volume e a riqueza de dados, em que o primeiro se limita à quantidade e a outra às particularidades intrínsecas. Os direcionamentos devem se dar pela busca dos dois e:

Nesse sentido, pode-se dizer que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. [...] Não existe um ponto de saturação a priori definido, e nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em

números. O que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões (MINAYO, 2017, p. 10).

Foram entrevistados doze participantes no período de 4 de maio até o dia 5 de outubro de 2020, identificados pela sigla F quando Farmacêuticos e A para os Atendentes, seguido do número sequencial pela ordem em que a entrevista ocorreu (F1, F2..., A1, A2...).

#### **4.4 Método de análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas, em seguida foi criada uma nuvem de palavras com o corpus dos dados a partir do programa Pro Word Cloud (das próprias funcionalidades do editor de texto do office) e análise através da técnica hermenêutica dialética, buscando captar os sentidos e o lugar de fala de cada entrevistado, a fim de desenvolver uma análise que envolva as perspectivas dos sujeitos que gerenciam e desenvolvem a prática, refletida nos usuários que utilizam o serviço farmacêutico municipal.

Ao abordar o processo de interpretação e análise dos dados na pesquisa qualitativa, Patias e Hohendorff (2019), discorrem sobre a importância em uma imersão nos dados, iniciada já na coleta, se realize por meio da transcrição do material coletado, repetidas leituras e revisão dos áudios gravados, bem como das anotações em diários de campo e revisão de outras fontes de dados. Soma-se a atenção que deve ser direcionada na redação dos resultados, após escolhida a técnica de análise, atentando que:

[...] Para o balanço entre os resultados em si e interpretação dada aos resultados, ou seja, como o/a pesquisador/a entendeu os resultados. Uma forma de garantir este balanço é utilizando trechos das falas dos participantes que sustentam as interpretações apresentadas pelo/a pesquisador/a, tornando mais clara aos leitores a fonte das interpretações do/a pesquisador/a (PATIAS; HOHENDORFF, 2019, p. 6).

Como forma de análise dos dados qualitativos, para Minayo (2014), a hermenêutica dialética se constitui em importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas que levem em conta a subjetividade, por fazer a síntese dos processos compreensivos e críticos. Enquanto a hermenêutica é a busca da compreensão de sentido, do esclarecimento do contexto dos atores e das propostas que produzem, a dialética é tida com a ciência do diálogo, da pergunta e da controvérsia, necessitando de instrumentos de crítica e de apreensão das



contradições na linguagem para buscar nos dados os contrapontos para realizar uma crítica informada.

A autora complementa:

[...] Enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica (MINAYO, 2014, p. 168).

Pela visão metodológica, o enfoque hermenêutico evolui em buscar diferenças e semelhanças entre os contextos dos investigados e do investigador, entender os fatos, relatos e observações, caracterizando o contexto histórico, apreciar e decidir sobre o que ouve, observa e compartilha e elaborar uma descrição dos acontecimentos em que os diferentes atores se sintam contemplados (ALENCAR et al., 2012).

Fundamentada na arte de compreender, a hermenêutica se aplica em contextos biográficos, narrativas, entrevistas, documentos, livros, artigos, entre outros. Essa compreensão se configura em sua gênese como a capacidade, no caso o pesquisador, de se colocar no lugar do outro, constituinte dos processos históricos e do presente. Este formador da unidade temporal da abordagem hermenêutica em que:

Se marca o encontro entre o passado e o futuro, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar a um entendimento (nunca completo e nunca total), ou intransparente, levando a um impasse na comunicação. Por isso, as ideias de alteridade, entendimento e a noção de mal-entendido são possibilidades universais tanto no campo científico como no mundo da vida (MINAYO, 2014, p. 328).

Em uma configuração das convicções da hermenêutica se depreende que compreender demanda a possibilidade da interpretação, de instituir relações e arrebatam inferências em todas as direções. A conformação geral dessa forma de abordagem:

Atinge sua concreção na abordagem histórica, na medida em que aí se tornam operantes as vinculações concretas de costumes e tradições e as correspondentes possibilidades de seu futuro. Mas compreender significa também e sempre estar exposto a erros e a antecipações de juízos. A compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais se inicia uma relação não são arbitrárias. Existe realmente uma polaridade entre familiaridade e estranheza e nela se baseia a tarefa da hermenêutica, buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala (MINAYO, 2014, p. 337).

Já a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta, da controvérsia, do estranhamento e da crítica. Averigua nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, as estruturas enigmáticas e contraditórias para realizar uma crítica sobre elas. A concepção dialética precisa criar dispositivos de crítica e de percepção das contradições da linguagem, valorizando-as, assim como a própria oposição entre quem avalia e o que/quem é avaliado e ressaltando a observância histórica das falas, relações e atos (ALENCAR et al., 2012).

Pode-se definir a dialética como o estudo da oposição das coisas entre si e como método uma abordagem que resultaria em:

Desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si; explicar o desenvolvimento do fenômeno dentro de sua própria lógica; evidenciar a contradição interna no interior do fenômeno; compreender o movimento de unidade dos contrários; trabalhar com a unidade da análise e da síntese numa totalização das partes; correlacionar as atividades e as relações (MINAYO, 2014, p. 340).

A combinação da hermenêutica com a dialética se constitui em importante rota para subsidiar pesquisas qualitativas, uma vez que é possível reconhecer completividades e dissensos entre elas, as quais se destacam o condicionamento histórico da linguagem, das relações e das práticas, o pressuposto de que não há observador imparcial, o questionamento do tecnicismo sobre o intersubjetivismo da compreensão e da crítica, referem à prática estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho e se conectam para buscar o sentido com a verdade do fato investigado (ALENCAR et al., 2012).

Como combinação de oposições complementares, a dialética tem como pressuposto o método hermenêutico, pois:

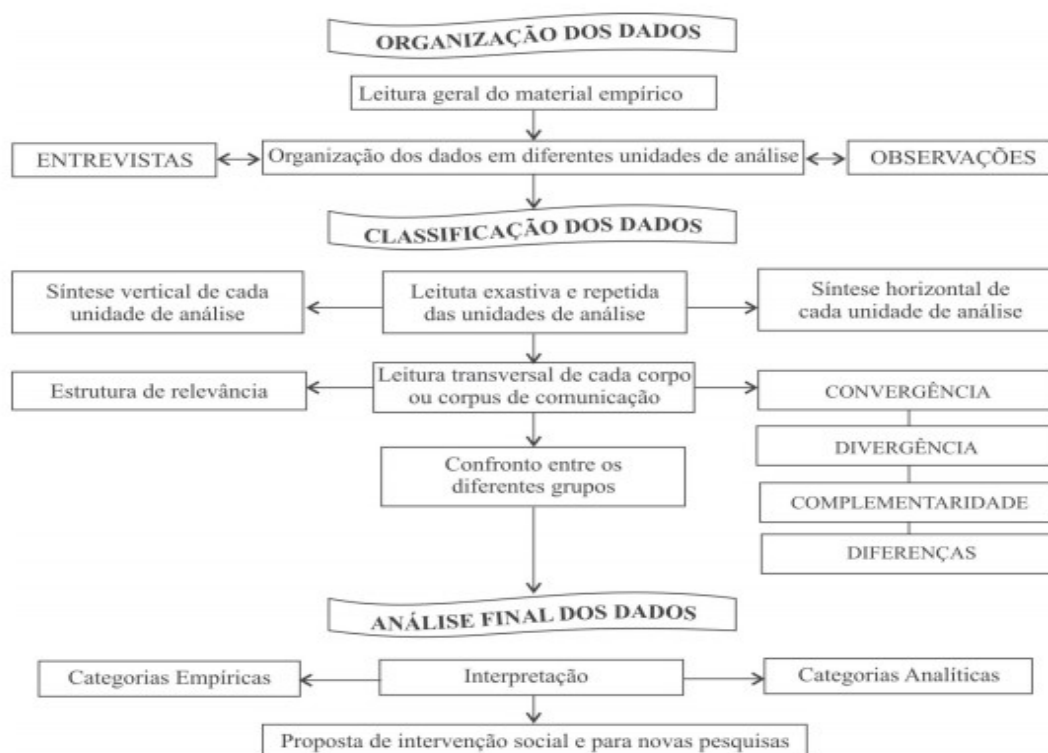
(a) Ambas trazem em seu núcleo a ideia fecunda das condições históricas de qualquer manifestação simbólica, de linguagem e de trabalho do pensamento; (b) Ambas partem do princípio de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história; (c) Ambas superam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento, pois elas consideram o investigador parte da realidade que investiga; (d) Ambas questionam o tecnicismo como caminho capaz de realizar a compreensão e a crítica dos processos sociais; (e) Ambas referem-se à *práxis* e desvendam os condicionantes da produção intelectual, marcada tanto pela tradição, pelos pré-juízos, como pelo poder, pelos interesses e pelas limitações do desenvolvimento histórico (MINAYO, 2014, p. 350).

Alencar et al. (2012) assinala que a inserção do pesquisador no cotidiano dos sujeitos pelas técnicas expostas, permite uma fidedignidade à realidade empírica e à experiência dos investigados.

Os limites e contribuições da articulação entre os métodos, focalizados no esforço para a compreensão na hermenêutica e posicionamento crítico na dialética da realidade social são evidenciados por Minayo (2014). O entendimento de textos, fatos históricos, cotidianidade e da realidade propostos na hermenêutica apontam limitações que vigorosamente são compensadas pelo recurso dialético. Este, por sua vez, ao enfatizar a controvérsia, mudança e macroprocessos pode, de modo geral, se usufruir da ferramenta hermenêutica para ajustar o acordo e a importância do dia a dia. Ambos se manifestam como momentos essenciais da produção da lógica relativa aos processos sociais e, conseqüentemente, aos sistemas saúde e doença.

A apropriação das reflexões da associação desses métodos na análise de dados e pertinência para os estudos qualitativos nas pesquisas em saúde, ressaltando que, enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, a divergência e a crítica, Alencar et al. (2012) aplicou essa combinação para estudar o acesso à AF, com a finalidade de revelar um caminho metodológico alternativo aos estudos nesta área, esquematizado na Figura 8, em que aplica três momentos: organização, classificação e análise final dos dados. Ele se configura como um modelo a ser empregado em estudos dessa natureza e que foi apropriado nesta investigação.

**Figura 8.** Fluxograma do desenvolvimento da análise hermenêutica dialética.



As prerrogativas do emprego do método hermenêutico dialético nos estudos da área farmacêutica são significativas, afirmam Alencar et al. (2012), se concebendo como uma alternativa metodológica às abordagens positivistas nos estudos dessa área, valorizando os diversos atores que integram essa tecnologia de saúde e assim, superando a posição de pesquisador imparcial da realidade vivenciada ao compreender, questionar e discutir os saberes do contexto analisado e contribuem para a:

Possibilidade de construção coletiva de propostas que transformem a prática da Assistência Farmacêutica, visto que implica na participação de diferentes sujeitos da pesquisa que operam saberes e práticas necessárias ao processo de cuidado da saúde; é um método que permite maior compreensão crítica da assistência farmacêutica, historicamente caracterizada por um modelo de atenção excludente, focalizado, impessoal, burocratizado e não resolutivo; permite o resgate do processo político que caracteriza a assistência farmacêutica, articulando os diferentes contextos históricos à realidade estudada; é, portanto, uma alternativa metodológica às abordagens positivistas nos estudos dessa área que, até então, tem sido majoritariamente a mais utilizada (ALENCAR et al., 2012, p. 248).

#### **4.5 Ética na pesquisa**

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da UFSCar em dezembro de 2019 e obteve aprovação, em março de 2020, por meio do parecer consubstanciado número 3.901.113, conforme Anexo II.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

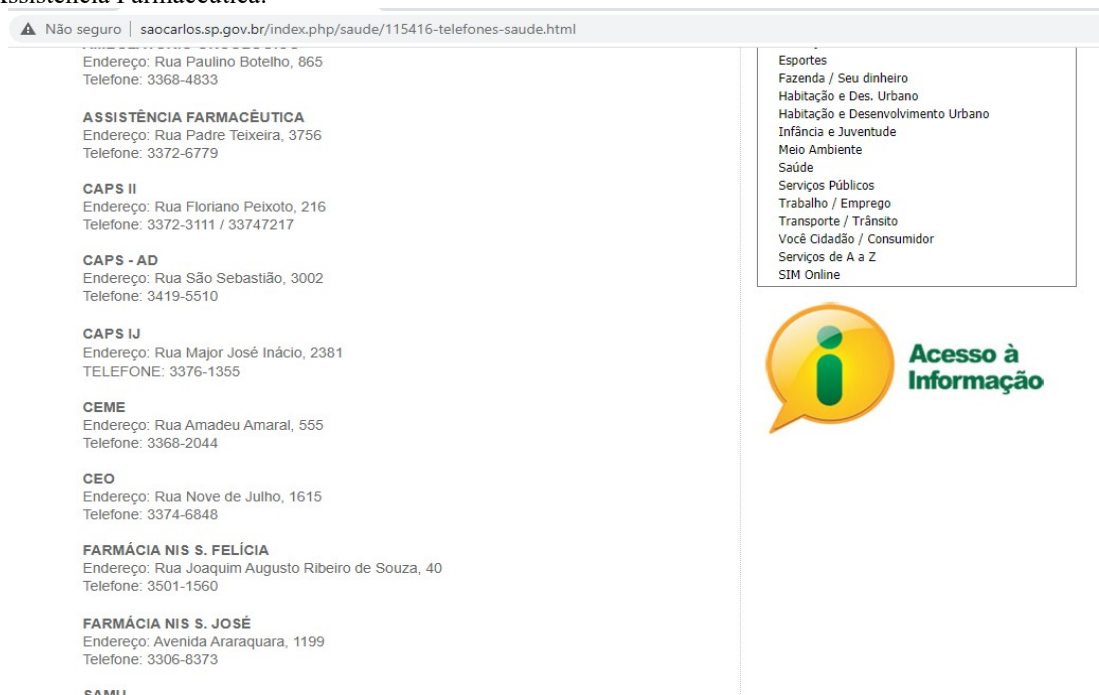
Os resultados obtidos foram organizados em duas seções: uma sobre as informações oficiais disponíveis no sítio *on-line* do município e outra com o material proveniente das entrevistas. Esta segunda expressou-se em cinco categorias de análises, que puderam ser visualizadas a partir da nuvem de palavras construída.

De imediato, foram visíveis lacunas na estruturação e gerenciamento das políticas públicas de AF no município de São Carlos-SP, que impactam diretamente no acesso e adesão aos medicamentos, assim como no seu uso de forma racional e na aplicação dos recursos (físicos, humanos, financeiros).

### 5.1 Acesso às informações oficiais

A busca no *site* da Prefeitura Municipal de São Carlos-SP sobre as políticas de AF praticadas no município, assim como, programas, protocolos, documentos necessários e localização, apontou para pouca ou inexistentes informações, restringindo a apenas telefones da seção de AF e de duas farmácias, conforme pode ser observado na Figura 9.

**Figura 9.** Informações localizadas no site da Prefeitura do município de São Carlos-SP, relacionadas às políticas de Assistência Farmacêutica.



▲ Não seguro | saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115416-telefones-saude.html

Endereço: Rua Paulino Botelho, 865  
Telefone: 3368-4833

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Endereço: Rua Padre Teixeira, 3756  
Telefone: 3372-6779

**CAPS II**  
Endereço: Rua Floriano Peixoto, 216  
Telefone: 3372-3111 / 33747217

**CAPS - AD**  
Endereço: Rua São Sebastião, 3002  
Telefone: 3419-5510

**CAPS IJ**  
Endereço: Rua Major José Inácio, 2381  
TELEFONE: 3376-1355

**CEME**  
Endereço: Rua Amadeu Amaral, 555  
Telefone: 3368-2044


**CEO**  
Endereço: Rua Nove de Julho, 1615  
Telefone: 3374-6848

**FARMÁCIA NIS S. FELÍCIA**  
Endereço: Rua Joaquim Augusto Ribeiro de Souza, 40  
Telefone: 3501-1560

**FARMÁCIA NIS S. JOSÉ**  
Endereço: Avenida Araraquara, 1199  
Telefone: 3306-8373

**SAMU**

- Esportes
- Fazenda / Seu dinheiro
- Habitação e Des. Urbano
- Habitação e Desenvolvimento Urbano
- Infância e Juventude
- Meio Ambiente
- Saúde
- Serviços Públicos
- Trabalho / Emprego
- Transporte / Trânsito
- Você Cidadão / Consumidor
- Serviços de A a Z
- SIM Online

 **Acesso à Informação**

Fonte: Extraída do site <http://www.saocarlos.sp.gov.br/>.

Ao ampliar a busca nos outros 23 municípios pertencentes ao DRS-III, consubstanciando o contexto regional em que a cidade de São Carlos está inserida, observou-se que a divulgação na região é escassa quanto aos serviços e políticas praticados, reduzida a mais três municípios com telefone sobre farmácias, um que dispõe de decreto sobre a padronização de medicamentos para prescrição e uso no âmbito do Sistema Único de Saúde e o município de Araraquara - SP com página destinada às políticas de AF (<http://www.araraquara.sp.gov.br/servicos/assistencia-farmaceutica>), com informações sobre unidades de dispensação, programas e relação de medicamentos essenciais.

Esse panorama regional evidencia uma deficiência na orientação e esclarecimento da população sobre acesso e disponibilidade de medicamentos. Em pesquisa de dados e serviços da AF (BRASIL, 2017a) também mostrou que mais da metade dos locais estudados no país, não disponibilizam informações à população sobre os locais de entrega de medicamentos na rede municipal de saúde.

A informação em saúde é amplamente difundida como primordial na literatura. Conhecer e entender seus direitos, saber como buscar o serviço, seu funcionamento e deveres, enquanto cidadão brasileiro usuário do SUS, impacta no desempenho da política e no atendimento dos princípios doutrinários do sistema em sua amplitude. O acesso e disponibilização da informação acerca da AF municipal se mostraram escassos, visto não haver divulgação dos direcionamentos e das formas de proceder para cada instância relativa aos medicamentos. O contato telefônico foi o único meio identificado para esclarecer e orientar os usuários, direcionando esforços e pessoal para o atendimento segmentado, presencial e informativo por telefone, à assistência ofertada.

Cortez et al. (2014) reiteram que o entendimento, por parte da população, dos caminhos para a disponibilização dos medicamentos nas redes públicas de saúde é complexo, estabelecido por determinações políticas, sociais e econômicas, e requer melhor compreensão visto sua importância e impacto na promoção da saúde.

Os sítios eletrônicos das prefeituras municipais de São Paulo - SP ([https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist\\_farmaceutica/](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist_farmaceutica/)) e Ribeirão Preto - SP (<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/divisao-de-farmacia-e-apoio-diagnostico>) são exemplos de disponibilização da oferta de serviços de AF à população, com informações acerca das legislações (federal, estadual e municipal), unidades, programas, estoque acessível, REMUME, atividades realizadas, entre outros, que empoderam o indivíduo para o curso do seu tratamento farmacológico, com assertividade no direcionamento do

atendimento, poupando tempo, recursos e desgastes com a procura, além de contribuir para o acesso aos medicamentos e servir de artifício para o gestor na formulação de suas diretrizes.

## 5.2 As entrevistas

O percurso para obtenção dos resultados na pesquisa de campo foi desafiador. Quando seriam iniciadas as entrevistas, em meados de março de 2020, ocorreu o estopim da pandemia COVID-19 no Brasil, com todas as medidas e desdobramentos que se seguiram, impedindo a realização das mesmas, pois muitos participantes desmarcaram, não se sentiam seguros em ter essas conversas pessoalmente e não se consideravam hábeis para realizar por videoconferência, preferindo esperar esse período acabar.

Nesse sentido, percorreu-se com as tratativas para conseguir as entrevistas ao longo dos meses, seguindo todos os protocolos de segurança requeridos e de acordo com a vontade do participante em concedê-la presencialmente ou de maneira virtual. Ao todo foram obtidas doze participações, sendo sete de farmacêuticos e cinco de atendentes. Ressalta-se que dois farmacêuticos não retornaram às várias tentativas de contato, deixando duas regiões da cidade fora da composição do estudo.

O perfil dos participantes, com suas pluralidades de características e trajetórias, foi relatado como segue:

A1 – 45 anos, gênero feminino. Possui ensino médio completo, é concursada para o cargo de Assistente Administrativo, com nove anos de exercício na prefeitura e há três como atendente na farmácia, sem ter tido qualquer experiência anterior ao cargo que executa atualmente;

A2 – 38 anos, gênero feminino. Cursando ensino superior, efetiva para o cargo de Agente Comunitário de Saúde, com oito anos de exercício e há cinco como atendente de farmácia, sem qualquer experiência anterior na função;

A3 – 33 anos, gênero masculino. Possui ensino médio completo, sendo concursado para o cargo de Assistente Administrativo. Apresenta dez anos de efetivo exercício na administração pública municipal, divididos em sete anos como atendente na Farmácia Popular do Brasil e três anos como atendente de farmácia em unidade básica. Antes de ingressar no serviço, não possuía experiência anterior à função que exerce atualmente;

A4 – 34 anos, gênero feminino. Possui ensino médio completo e sete anos de efetivo exercício como funcionária pública municipal, sendo concursada como Agente Comunitário

de Saúde, mas há quatro anos exerce a função de atendente de farmácia, não possuindo qualquer experiência anterior nas atividades que realiza;

A5 – 33 anos, gênero feminino. cursando ensino superior, concursada como Assistente Administrativo há cinco anos, sendo todo esse tempo exercendo a função de atendente de farmácia. Não possuía qualquer experiência anterior à função.

F1 – 38 anos, gênero feminino. Ensino superior em Farmácia Bioquímica, com mestrado em Ciências Farmacêuticas. É concursada como Farmacêutica do município há treze anos, com várias passagens em cargos com função gratificada e experiências em vários segmentos municipais, como na Farmácia Popular do Brasil, Farmácia do Alto Custo, Farmácia do Judicial, Seção de Logística de Materiais e Medicamentos, Seção de Apoio à Assistência Farmacêutica e na Secretaria da Fazenda;

F2 – 44 anos, gênero feminino. Ensino superior em Farmácia Bioquímica, com doutorado em Ciências Fisiológicas. É concursada como Farmacêutica do município há três anos, com experiência anterior em drogarias privadas;

F3 – 47 anos, gênero feminino. Ensino superior em Farmácia Bioquímica, com especialização em Homeopatia. Atua há dez anos como farmacêutica concursada da administração pública municipal, com experiência anterior em drogarias privadas;

F4 – 52 anos, gênero feminino. Ensino superior em Farmácia Bioquímica, com especializações em Homeopatia e Saúde da Família. Está há quatro anos e seis meses como farmacêutica efetiva da prefeitura, com experiências na Gestão de Unidade Básica e na Farmácia de Alto Custo. Possui experiência anterior como farmacêutica da rede pública de outros municípios;

F5 – 60 anos, gênero feminino. Possui ensino superior completo em Farmácia Bioquímica, com treze anos de efetivo exercício na administração municipal como farmacêutica. Apresenta experiência anterior ao cargo, com vinte e três anos de atuação como funcionária pública estadual de São Paulo;

F6 – 61 anos, gênero feminino. Possui ensino superior completo em Farmácia Bioquímica, com quatro anos e oito meses atuando como farmacêutica da rede municipal. Possui experiência de mais de vinte anos em drogarias e farmácias magistrais;

F7 – 57 anos, gênero masculino. Possui ensino superior em Farmácia Bioquímica, com especialização em Homeopatia. É concursado como farmacêutico público do município há dezoito anos, com passagens por cargos de função gratificada e experiências em diversos setores, como na Farmácia Popular do Brasil, Farmácia do Alto Custo, Farmácia do Judicial,

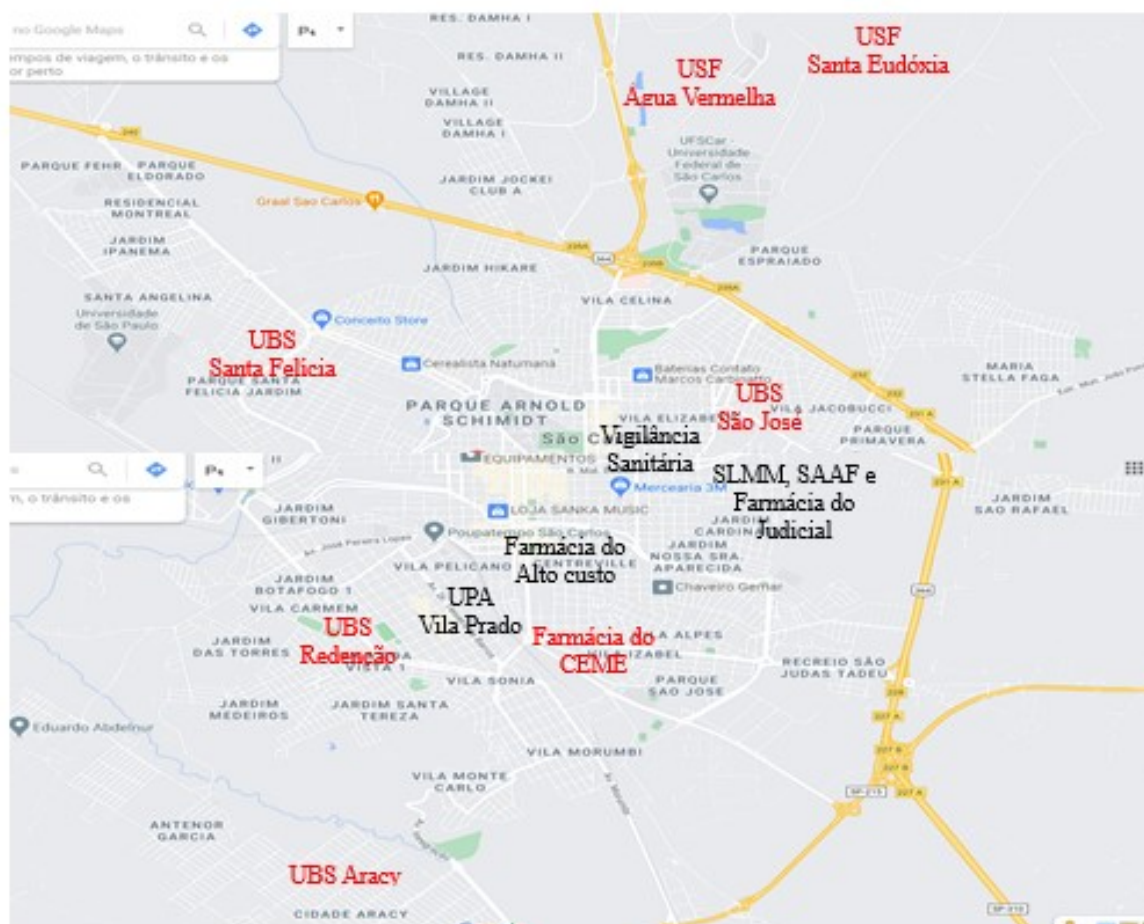




a população, das quais seis (USF Água Vermelha, USF Santa Eudóxia, UBS São José, UBS Santa Felícia, UBS Aracy, UBS Redenção) desempenham rotinas do Componente Básico e uma (CEME-São Carlos) que atende, além desse, também o Componente Estratégico para toda região.

Somada a elas, há a farmácia do alto custo, que faz a mediação burocrática e operacional com o DRS III em Araraquara para a dispensação do Componente Especializado, a farmácia do judicial, que atende à demanda de processos por medicamentos não padronizados da relação municipal, e as seções de logística e de AF, que coordenam a compra, armazenamento, distribuição dos medicamentos, gestão e diretrizes dos serviços.

**Figura 11.** Distribuição e localização das farmácias com dispensação.

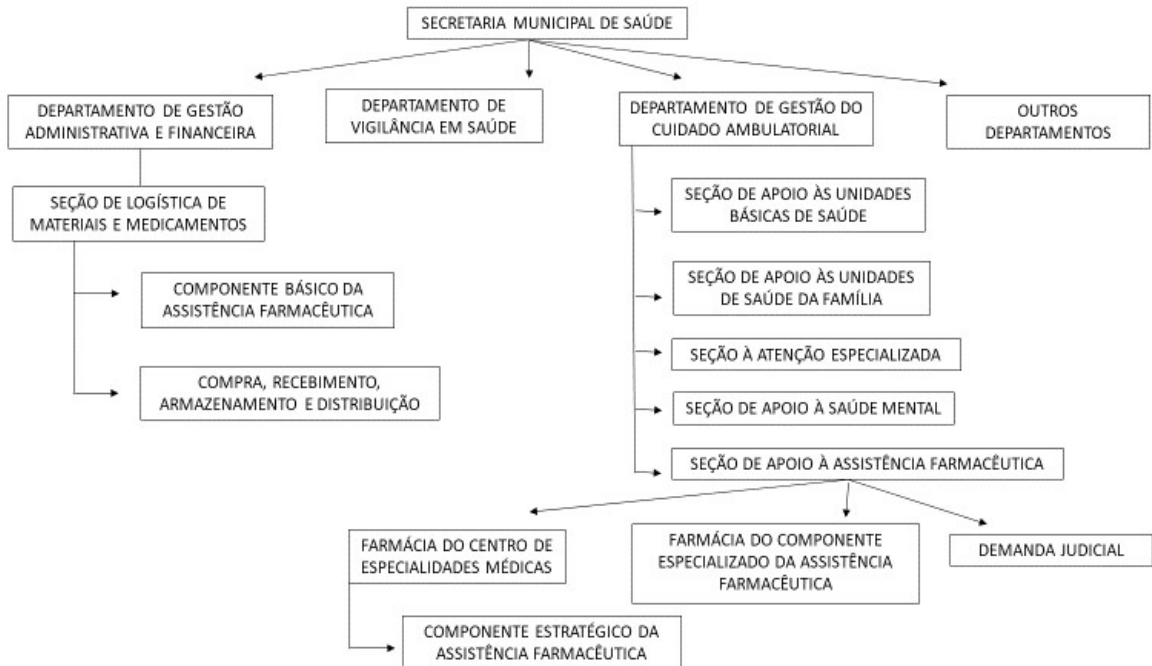


Fonte: Adaptado de <https://www.google.com.br/maps>.

Por meio da apreciação do material obtido observa-se que a AF se insere como uma Seção dentro do Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial (DGCA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo responsável pela demanda judicial, componente especializado (“alto custo”), farmácia do CEME- São Carlos e pelos farmacêuticos das outras

unidades enquanto recursos humanos. A Figura 12 exprime a posição da Seção de Apoio à Assistência Farmacêutica (SAAF) dentro do organograma administrativo da SMS e os elementos ligados à tecnologia do medicamento.

**Figura 12.** Estrutura administrativa da Assistência Farmacêutica de São Carlos-SP.



Fonte: Elaborada pelo autor, com base em documento de estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos-SP (BRASIL, 2018c).

Um importante instrumento para a prática da AF refere-se à identificação da mesma na estrutura organizacional da SMS, o qual foi averiguado na rede investigada:

*[...] na época era ele que estava como responsável pela SAAF (F2).*

*[...] nós temos vários farmacêuticos, um na chefia, que é da SAAF (F4).*

Autores sinalizam que a não ocorrência estrutural do componente farmacêutico no organograma administrativo da rede de saúde pode comprometer a integração das políticas relacionadas ao medicamento no planejamento das ações em saúde e dificultar o desenvolvimento de suas atividades, visto que essa estrutura compreende a identificação, análise, ordenação e agrupamento das atividades e recursos visando o alcance dos resultados anteriormente estabelecidos pelo planejamento (BRASIL, 2020a; GERLACK et al., 2017).

A institucionalização da AF em São Carlos – SP corrobora com os resultados obtidos na PNAUM – Serviços (BRASIL, 2017a), em que 82,7%, dos seiscentos municípios da amostra, afirmaram possuir uma coordenação de AF no organograma da SMS, que sinaliza avanço no processo de planejamento e gestão. Todavia, deve-se destacar que o sucesso no desenvolvimento das ações depende de fatores como o perfil e a formação do profissional responsável pela área, o grau de autonomia a ele delegado e o adequado monitoramento e avaliação das ações e metas estabelecidas. Poucos são os municípios que revelaram total autonomia para gerirem os recursos da AF, sendo que 42,1% apontaram não ter qualquer tipo de autonomia, impondo que para implantação e consolidação de uma política de AF local efetiva, é necessário transpor esse desafio.

A seleção é feita pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do município, que revisa a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) a cada dois anos em média, fornecendo um formulário aos prescritores da rede pública de saúde para sugestões e avaliações de inclusões, exclusões e substituições. Em geral é baseada na RENAME, mas há especialidades farmacêuticas acrescidas como complementares pelo município, apontadas nas falas:

*A gente tem uma comissão de farmácia e terapêutica, que a gente faz a seleção dos medicamentos, isso eu acho que a nossa lista ela é bem bacana, a gente revisa ela a cada dois anos [...]. Então assim, a gente tenta manter uma lista de medicamentos bem atuais, então isso é uma coisa que é um ponto positivo aqui em São Carlos, que eu vejo de uma forma positiva (F1).*

*Então tem também a comissão de farmacoterapêutica do município, que agora está meio parado, mas que são sugestões de acrescentar e de retirar alguns medicamentos (F5).*

*A única coisa que acho, assim, boa no município é a... assim, não é nem em relação a ação, mas é a lista de medicamentos que é bem grande, que eu acho que é uma das maiores da região [...] é baseada, mas tem medicamento a mais (A3).*

Somam-se aos pontos fortes elencados neste estudo, a concepção da CFT, e a relação de medicamentos que dela resulta, no município e seu desempenho na seleção da lista padronizada. Foi apontada política inovadora presidida por um farmacêutico e com atores de vários setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em sua composição, que avaliam com base na eficácia, abrangência e custos as solicitações dos prescritores, tendo êxito em seu propósito, bem como na cobertura dos problemas de saúde.

A seleção dos medicamentos a serem utilizados é uma das tarefas mais importantes da AF, porque é a base para o desenvolvimento das outras atividades do serviço, devendo

considerar as propriedades epidemiológicas, econômicas, geográficas e culturais do município, além de servir de instrumento para que o gestor possa tomar decisões mais uniformes e segundo diretrizes estabelecidas (BRASIL, 2013a).

Ao levar em conta a garantia do acesso com uso racional na seleção, Wannmacher (2010) sinaliza os benefícios para o usuário e instituição, em que para o primeiro a garantia de uma terapia com eficácia e segurança, ao passo que para o segundo visualiza-se melhoras no padrão de atendimento, redução de gastos e, de modo abrangente, índices positivos na qualidade de vida da população e confiança na rede pública de saúde.

Entretanto, ressalta-se que o sucesso na garantia do direito ao tratamento medicamentoso se confirma com a efetivação do abastecimento e disponibilidade nas unidades para dispensação, depreendendo-se das falas que problemas no provimento são recorrentes, seja por falta de matéria-prima na indústria produtora, desabastecimento do distribuidor, atraso nos processos licitatórios ou quantidade insuficiente para atender à demanda municipal, não fortalecendo a prática com uma dimensão em variedade de produtos sem estoque acessível:

*Claro que tem algumas faltas e tudo mais, acaba sendo inevitável, às vezes medicamento indisponível no mercado, às vezes falta do Dose Certa né, então a gente trabalha com algumas faltas normalmente (F1).*

*E falta muito medicamento né [...] tem bastante coisa que falta, geralmente são os que tem o custo mais elevado, então o pessoal reclama um pouco (F2).*

A compra, armazenamento e distribuição é feita pela Seção de Logística de Materiais e Medicamentos (SLMM), popularmente denominado por almoxarifado, responsável pela obtenção dos insumos e medicamentos para a rede, bem como abastecer todas as unidades da rede de saúde municipal (UBS, USF, UPA). O pedido e abastecimento é realizado semanalmente, conforme entrevistados:

*Então, a gente primeiro tem essa comissão, então a gente tem a seleção, a aquisição dos medicamentos é feita pelo almoxarifado, todos, a maioria com ata de registro de preço, por pregão, então também funciona bem. Ai as unidades fazem esse pedido via sistema para almoxarifado e o almoxarifado faz a distribuição (S1).*

*A gente faz o pedido para o almoxarifado central. Os pedidos nossos têm que ser feitos até na quarta-feira porque a gente recebe a medicação na sexta feira de manhã (A1).*

*A gente pede tudo para o almoxarifado central e eles entregam [...] uma vez por semana entregam a medicação para a gente (F2).*

*E aí pede direto para a Assistência Farmacêutica, para o almoxarifado e aí o medicamento vem uma vez por semana (A3).*

A dispensação é realizada em sete unidades de saúde do município, que englobam uma região para atendimento na atenção primária, de acordo com a fala:

*Então, dispensando? Água Vermelha e Santa Eudóxia, são as duas que [...] são as duas rurais, CEME, Redenção, Santa Felícia, Aracy e [...] São José, são sete unidades (F1).*

Para tanto é necessária a apresentação de prescrição médica ou odontológica da rede pública municipal ou dos hospitais e equipamentos de tratamento referenciados, como Hospital Estadual de Américo Brasiliense, Hospital de Amor de Barretos, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Hospital Universitário de São Carlos (HU/UFSCar), Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, Maternidade Dona Francisca Cintra Silva em São Carlos, entre outros:

*Só atende receituário da rede pública. [...] SUS, isso, aí HU, Santa Casa, qualquer UBS, UPA. [...] E Santa Casa a gente não atende Santa Casa é... clínicas, porque é particular, só atende Santa Casa-SUS. Se for receita de consultório particular ou plano de saúde a gente não aceita e também não atende receitas de fora, a não ser que seja de Ribeirão. [...] É, hospitais de referência, que aí vem muito de Ribeirão, vem de Araraquara, do hospital psiquiátrico de lá e vem também acho que [...] mais são essas mesmas [...] Américo e Campinas também às vezes a gente pega alguma coisa (A1).*

*Não, só as que o município autoriza, particular não dispensa nada de particular (A2).*

*Assim, as receitas que são [...] assim, os medicamentos padronizados, receitas do SUS. [...] Do SUS e do município. A não ser que seja autorizado, que nem, por exemplo, o Hospital do Câncer, o Hospital de Barretos que são [...] que eles entram e a gente pode entregar, mas só. Particular a gente não fornece e tem que ser do município, mesmo que seja do SUS, mas de outro município a gente também não fornece (A4).*

O sistema empregado pelo município é o Gerenciador de Informações da Administração Pública (GIAP), em que as unidades fazem a solicitação, a seção de logística recebe, separa e envia, seguindo uma programação semanal em cada região da cidade. Também é utilizado para a dispensação de medicamentos do componente básico nas unidades, em que o usuário portando o receituário e documento de identificação é cadastrado e são registrados os medicamentos que está retirando.

O sistema informatizado se apresentou ineficiente ao atendimento das necessidades técnicas e gerenciais. É consonante em todas as entrevistas com trabalhadores da saúde que as falhas são recorrentes. Incluem-se problemas na aquisição de medicamentos, com produtos da lista não disponíveis *on-line* para solicitação, códigos de um mesmo produto em duplicidade, omissão de informações sobre os usuários e não conformidade para escrituração dos medicamentos constantes na Portaria 344/98:

*A distribuição é semanal, continua sendo, e a gente tem um problema sério com o sistema. Então o farmacêutico recebe o medicamento e ele teria que fazer a dispensação via sistema, mas isso não acontece em todas as unidades, [...] questão de sistema e recursos humanos que eu acho que é o mais difícil, então assim o farmacêutico hoje não consegue fazer dispensação via sistema, o que eles costumam fazer? Alguns medicamentos, os controlados, os medicamentos que são um pouco mais caros, mas o ideal seria fazer a dispensação de tudo. [...] achei muito complicado fazer a dispensação via sistema: você tem que abrir [...] uma caixinha para olhar, pesquisar, tem vários pacientes com o mesmo código, com vários códigos diferentes, você não consegue saber qual foi, ele não consegue compilar (F1).*

*O sistema que a gente usa para dispensar, ele não fornece livro de controlados, sabe, então tem um monte de falha (F2).*

*[...] É o tal do GIAP. Mas, assim, tem várias lacunas, a gente não consegue ter o controle, porque esses dados eram para ser passados do específico do paciente (F3).*

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020c), desde 2009 existe uma parceria entre o MS, Estados e Municípios que culminou com o desenvolvimento do sistema HÓRUS, no intuito de qualificar a gestão da AF nas três esferas do SUS e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população, concentrando o gerenciamento dos medicamentos e insumos dos componentes da AF.

Apesar dos indícios de implantação e de capacitação ainda não se verificou a instauração e funcionamento desse sistema no município estudado, nem mesmo em comunicação com as informações do atual sistema empregado na rede, verificado nas seguintes entrevistas:

*O sistema é o Giap e ele dá muito trabalho, muito problema até hoje. A gente tava tentando mudar para o Hórus, mas o Giap ele ia se adequar ao Hórus, na verdade a gente ia usar o Giap, mas o Giap ia se adequar a ter os dados que o Hórus precisa porque o Hórus virou obrigatório no ministério né, então a gente tem que usar o Hórus para a gente receber o repasse. Então o Giap ele iria se adequar ao Hórus, mas isso não aconteceu, então a gente continua usando o Giap, não usa o Hórus. Não sei que teria uma mudança agora de plataforma no Giap e aí eles tiveram um monte de problema com essa mudança, porque alguns medicamentos sumiram do estoque do almoxarifado, a unidade não tá conseguindo pedir tudo, alguns códigos*

*não estão batendo, então eles estão em processo de transição desde o final do ano passado, que isso tem dificultado um pouco (F1).*

*O sistema HÓRUS nós fizemos capacitação, todos farmacêuticos da rede de São Carlos, foi pedido pela secretaria para a gente estar fazendo a capacitação, então todos nós fizemos, só que daí tem que iniciar no almoxarifado, para o almoxarifado para as unidades (F3).*

*Então, era para ser o HÓRUS, mas eu não sei em que pé que ficou, na verdade, era para o GIAP [...] era para implantar o HÓRUS, todo mundo até fez o treinamento do HÓRUS, mas aí a prefeitura disse que teria que ter o GIAP mesmo e que o GIAP ia se responsabilizar de passar os dados do GIAP para o HÓRUS (F5).*

*Então vai fazer o treinamento ainda, tudo. A (farmacêutica) já fez o treinamento do HÓRUS, algumas coisas eu acho que já mudou, mas não é tudo não (A2).*

Além de poder ser utilizado em diversos tipos de serviços que gerenciam medicamentos e insumos, o MS (BRASIL, 2020c) indica alguns benefícios com o uso do HÓRUS, não constatados na qualificação da AF em São Carlos-SP, tais como identificar em tempo real o estoque dos estabelecimentos de saúde, gerenciar os recursos investidos na aquisição e distribuição, gerar os livros de medicamentos sujeitos a controle especial, agendar dispensações, detectar a demanda de atendimento e origem das prescrições, conhecer o perfil de acesso e utilização de medicamentos e insumos na rede.

Costa e Nascimento Jr. (2012), em uma pesquisa sobre a introdução do HÓRUS no SUS para qualificar a gestão e serviços nas três esferas de governo, relatam melhorias no controle técnico e científico da qualidade da AF, envolvendo a dispensação, recursos humanos, infraestrutura, gestão administrativa e apontam o sistema como uma inovação tecnológica de nível internacional.

Ao aperfeiçoar o gerenciamento da AF com o HÓRUS, Wannmacher (2010) acrescenta que ele contribui para a promoção do uso racional de medicamentos na APS, ao dispor de informações que podem ser acessadas pela equipe de saúde para fundamentar a indicação e seleção de medicamentos essenciais que atendam às prioridades locais.

O sistema que atualmente é empregado para a AF em São Carlos – SP não fornece informações, relatórios e dados que auxiliariam na tomada de decisão e aprimoramento da política. Ainda houve referência à instabilidade do sinal de internet, uma vez que o sistema empregado é totalmente on-line, impondo que a dispensação ocorra com anotação manual no verso da receita, quando uso continuado, ou sem qualquer tipo de registro para outros casos:

*[...] Tem uma dificuldade grande por questão de internet (F1).*

*Quando cai a internet a gente não consegue fazer nada, tem que dispensar tudo na mão mesmo. Então a gente tem o controle na receita dos medicamentos de uso*



*contínuo, mas controlado, os psicotrópicos, esses medicamentos a gente já não consegue dispensar quando cai a internet e mesmo quando está tudo funcionando, os psicotrópicos a gente não tem livro de registro e o GIAP não fornece esse livro, então a gente registra. No GIAP tem um controle nosso, mas não é o que é preconizado na Portaria 344 (F2).*

*[...] Mas não é muito organizado não, ele sai do ar, a internet é ruim (A2).*

As dificuldades no processo de introdução de inovações tecnológicas, desafios na capacitação de recursos humanos e lacunas na estrutura organizacional das secretarias de saúde, constituem aspectos que, para Costa e Nascimento Jr. (2012), desfavorecem a utilização e informatização de informações em saúde, impossibilitando o planejamento de ações no território.

Junto, a informação disponibilizada aos munícipes, nos canais oficiais da administração analisada, é insignificante em instruir sobre as políticas de AF, ressaltando as dificuldades com implantação de novas tecnologias para área e do trabalho em rede, dado que:

*Alguns anos atrás a gente fez uma cartilha e ia fazer no site da prefeitura com todas as informações, e colocar o nome, as funções básicas de uso dos medicamentos e alguma coisa assim, que também não foi, ficou só [...], fiz meses fazendo tudo e está tudo pronto, a documentação, toda a cartilha para a orientação dos pacientes (F7).*

Isso prejudica a promoção do uso racional de medicamentos que, segundo Akerman e Freitas (2017), se configura em uma meta não atribuída apenas ao encontro entre profissional de saúde e usuário, que excede os limites da simples interação entre prescrição e utilização que ocorre na relação médico-paciente, exigindo um difícil ajustamento entre os múltiplos direcionamentos dos diferentes atores que interagem no campo da assistência farmacêutica.

Outro fator importante a ressaltar remete às soluções e propostas, extraídas das entrevistas com os participantes, para reorganização da política de AF no município como o código de barras e a centralização:

*Tá, assim, uma ideia é fazer a dispensação via código de barra para tentar fazer um controle e gestão de estoque, porque a gente ainda percebe que isso é um problema. [...] o estoque não dá [...] se não vê, assim, não tem fim de alguns itens né e aí a gente começa a perceber que tem, eles pegam em vários lugares diferentes, então se a gente não conseguir fazer uma gestão de estoque adequado, nós vamos ter problema. Então a ideia é colocar o código de barra (F1).*

*Eu acho a dispensação de medicação muito complicada assim. Poderia ser mais ágil se você tivesse um sistema que funcionasse corretamente. Hoje você tem várias tecnologias que te permitiriam fazer isso de forma mais rápida, se você implanta um código de barras, por exemplo, você tem um leitor, você vai passando ali (A1).*

*Sabe, a dispensação deveria ser uma coisa [...] pedimos até o código de barras, que iria facilitar muito a nossa vida na hora de dispensar, mas até agora não conseguimos ainda (F5).*

*Fizemos algumas propostas sobre a centralização. Centralizar em três lugares, deixar uma central, uma no Aracy e uma fazendo a Água Vermelha e Santa Eudóxia, Água Vermelha e Santa Eudóxia se manteria (F1).*

*Porque como o número de farmacêutico é muito pequeno, o que a gente pensou em fazer uma época era centralizar a farmácia, aí ia ficar com umas duas satélites, assim, na parte rural e lá no Aracy, que é muito distante, não é [...] ia ficar outra farmácia central. Para concentrar os farmacêuticos, aí assim um conseguir ajudar o outro (F2).*

*Eu acho que tinha que ter um espaço grande, um lugar para retirar remédio, eu não sei se daria certo uma unificação das farmácias (A3).*

O emprego de equipamentos, como leitor de código de barras, é bem-vindo nos serviços de atendimento da AF, organizando e otimizando os processos, além de garantir a rastreabilidade do produto, conforme descreve Pinto (2016). A autora complementa que o foco dessa automação é a melhoria contínua para o usuário e a racionalização dos recursos, mas atenção deve ser dada para cada realidade a ser implantada, certificando-se da integração com o sistema informatizado, meios para manutenção e reparos em qualquer imprevisto com mau funcionamento.

A aplicação de aparelhos tecnológicos se deu como resposta às dificuldades encontradas no registro da dispensação no cadastro do usuário, nos códigos de produtos divergentes do número disponível no sistema, nas várias codificações para um mesmo produto e na comunicação com a seção de logística, o que acentua as probabilidades de erro ao dispensar um produto por outro e ameaça à gestão do estoque.

O sentido compreendido nas falas dos participantes para a centralização da farmácia foi para sanar o número reduzido de farmacêuticos para atender toda a demanda de atividades que envolvem o profissional na rede de São Carlos-SP, com ética e qualidade nas ações.

Entretanto, centralizar a dispensação poderia acarretar em maior deslocamento do usuário, gastos com transporte, espaço físico capaz de suportar todas as atividades, além dos custos para manutenção. Investir, estruturar e ampliar o número de farmácias em unidades de saúde se torna uma opção de melhor custo efetividade, com maiores garantias do atendimento e resolutividade no acompanhamento da farmacoterapia.

### 5.2.2 Políticas públicas e programas: uma odisseia municipal!

As políticas de AF incluem vários programas com seus protocolos e regras de atendimento, sendo que a maior parte delas compete à esfera municipal operacionalizá-las ao usuário.

A coordenação e recebimento dos recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), parceria entre Estado e Município, também se revelou nas falas dos participantes, como norma a seguir sem poder adequar-se à realidade local, tornando-se um empecilho a ser administrado, mas facilmente gerenciado:

*A gente ainda aqui em São Carlos recebe os medicamentos do Dose Certa em medicamento. Isso é um ponto falho no meu ponto de vista, porque o Dose Certa demora para entregar, não tem data, tem muita falta e as validades muito próximas. Então isso é uma coisa que a gente tem um pouco de dificuldade, mas a gente ainda não conseguiu passar para receber em dinheiro porque a prefeitura tem um certo receio de trocar e ficar sem receber o dinheiro, então a gente ainda recebe em medicamento os medicamentos do Dose Certa. Então isso eu acho tranquilo assim a questão dessa gestão do Dose Certa e a nossa gestão de estoque (F1).*

Os medicamentos advindos do programa Dose Certa, no componente básico, limitam a capacidade gerencial de alocar o capital para outro item da lista, visto que as sazonalidades acabam por estocar um certo produto em quantidade suficiente para um período maior, às vezes precisando descartá-lo.

*[...] o único que a gente não consegue mexer muito são os do Dose Certa porque a gente fica engessado naquela né, naquela lista [...] assim, um desabafo, é que eles nos deixam muito engessados a uma programação anual. Então, o que vem do Dose Certa eu tenho que pedir aquilo, mesmo se eu tenho [...] eu tenho estoque de Captopril, não vou precisar, tenho estoque, a validade tá curta, eu não quero pedir, eu não consigo não pedir né, então esse também é um problema que eu percebo assim como um problema dos medicamentos do Estado. Ai a gente já relatou isso para eles várias vezes e tudo mais e eles falam que eles fazem a programação deles em cima da nossa programação, então se eu não pedir vai sobrar para ele, então assim né, fica meio complicado (F1).*

Vieira (2017) constata essas inferências ao alegar que o financiamento insuficiente do SUS, a regulação sanitária e econômica, o envelhecimento da população, o surgimento de medicamentos inovadores, o gerenciamento das tecnologias em saúde e a sustentabilidade financeira do sistema são itens importantes para os gestores públicos adequarem à sua realidade local, compreendendo forma de minimizar as dificuldades da sociedade nas ações da política de AF.

A atenção básica é o principal componente do município para promover as ações de saúde em seu território. É nela que devem ocorrer, além da consulta médica, ações de prevenção e educação em saúde. Para concepção da estrutura da AF, a PNAUM pressupôs como desafio para os gestores “construir sistemas logísticos eficientes associados a atividades técnicas e clínicas que qualifiquem o uso dos medicamentos” (BRASIL, 2017a, p. 30).

As inferências dos dados, desta análise, permitem afirmar que essa construção está atrasada, pois ao entrelaçar o número de habitantes com o de farmácias que dispensam, aproximamos de 31.500 pessoas por unidade, o que pode diminuir a eficácia dos serviços, considerando que são poucas unidades para abranger toda cidade e quando não encontram em uma unidade, o usuário se desloca de ponta a ponta em busca do medicamento, como notado:

*O atendimento é feito das sete até umas quatro da tarde, a demanda é mais ou menos de 350 a 400 pacientes por dia (F4).*

*Ouvir melhor esse paciente para que ele não fique indo de unidade em unidade, ele sai de uma, vai em outra unidade. Então esse prontuário eletrônico único também eu acho que ia ajudar bastante, porque cada um já ia ver, no hospital já ia ver que ele já passou pela unidade básica, que tipo de conduta foi tomada, então eu acho que essa unificação de informações e da farmácia também, paciente já passou na unidade tal, foi para outra unidade, pegou tal medicamento (F5).*

Esses elementos acabam por comprometer a qualidade do serviço e até causando danos à saúde do usuário. A cidade de Araraquara – SP, pertencente ao mesmo departamento regional e semelhante em número de habitantes, tem elencado em seu sítio eletrônico dezenove unidades com dispensação de programas da atenção básica. É de conhecimento que a OMS recomenda uma farmácia (e drogaria) para cerca de 10.000 habitantes e que a média alta no Brasil está em torno de três farmácias, mas na rede pública em São Carlos – SP, essa média se projeta de forma desigual, o que compromete o atendimento em saúde.

Complementa-se que, em documento com diretrizes para estruturação da AF municipal (BRASIL, 2013a), o CRF orienta que cada farmácia da rede básica deve conter um farmacêutico responsável e auxiliares capacitados em número suficiente para atender até 80 usuários/dia para cada assistente, o que também não ocorre.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) em que se encontram os programas de doenças infecciosas, é centralizado na farmácia do Centro de Especialidades (CEME) de São Carlos, juntamente com o componente da atenção básica para a população local. Os usuários são atendidos, cadastrados no Sistema de Controle Logístico

de Medicamentos (SICLOM), orientados e acompanhados pelo farmacêutico da unidade no seguimento da terapia medicamentosa e avaliação de reações adversas.

Para o atendimento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) foi estabelecida uma parceria com o governo estadual. O município possui espaço físico e funcionários próprios para atendimento, com idas frequentes ao município vizinho- Araraquara, sede do DRS III e responsável pela distribuição e dispensação dos medicamentos do componente nas cidades compreendidas pela regional, que ocorre tanto para receituários do sistema público, como da rede particular.

A gestão desse programa tem se mostrado uma grande dificuldade para o município. São Carlos é a cidade do Departamento Regional de Saúde com maior demanda nesse componente, estrutura deficitária em termos de recursos humanos, equipamentos e informatização para atendimento dos usuários, além dos custos com aluguel do imóvel, transporte e diárias pagas aos servidores para deslocamento à cidade sede:

*A questão do Alto custo também, assim, que pensamos em algumas alternativas, não sei se existe, eu gostaria de pensar em alguma alternativa de terceirização, não sei do Alto Custo, não sei se existe essa possibilidade, que é uma coisa que me incomoda, que não é um programa municipal e a gente fica com uma carga enorme em cima de nós com esse programa. Tem que ir para Araraquara, um gasto, toda semana diária, motorista para buscar os medicamentos. Tem que ir um funcionário daqui para digitar o movimento de lá toda semana (risos). Então é uma coisa assim que não sei se devolve, acho que o Estado precisaria se comprometer um pouco mais com o programa aqui em São Carlos [...] tá um pouco desproporcional que a gente percebe né. A gente ficar com essa responsabilidade, ter que ir, tá em falta, o paciente reclama aqui, o paciente não tem essa noção que o problema não é municipal, né (F1).*

*[...] passando muita dificuldade em relação ao Estado. Então o paciente fica aguardando né a vez dele. A [...] demanda ali no alto custo nesse um ano e seis meses um aumento de 2 mil pacientes [...] 2 mil pacientes/mês a mais e nós não temos aumento de funcionário, pelo contrário, só tirou funcionário e nós não temos um sistema de informatização que nos ajude (F4).*

Sobre os programas ainda, alguns apontamentos apareceram no diálogo sobre a possibilidade de garantir acesso com uso racional de medicamentos, como a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos em uma unidade básica de saúde:

*Eu sou super a favor de prevenção, de profilaxia, de tratamento alternativo, eu sou a favor disso. A gente abriu um grupo de práticas de saúde antes da pandemia, nós estávamos trabalhando, então tinha uma sexta que a gente trabalhava a hora do chá e trazia ervas para tirar Omeprozol, para tirar esses remédios [...] muito fortes que o pessoal toma, mas agora está parado, mas a gente tem um grupo aqui disso. A gente trabalha bastante nisso (A2).*

O exposto se deu como substituição ao consumo de medicamentos alopáticos, considerado em grande escala pelo participante. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do MS (BRASIL, 2020e) contempla recursos terapêuticos chamados de medicina complementar ou alternativa pela OMS, e os institucionaliza no SUS, buscando estimular as ferramentas naturais de prevenção e recuperação da saúde, com tecnologias seguras e eficazes, entre as quais as plantas medicinais e fitoterápicas, que integram o ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Acrescenta-se que apesar de uma política para uso de plantas medicinais e fitoterápicas, os quais constam na RENAME e financiados pelo CBAF, são poucos os municípios que os disponibilizam à população (BRASIL, 2017a). Nota-se que a estruturação e desenvolvimento desta política carece ser impulsionada para uma atenção efetiva e resolutiva de suas ações.

Uma aderência maior ao programa Aqui Tem Farmácia Popular foi sugerida, extinguindo da lista municipal os medicamentos em comum, como meio de realocar os recursos para outros produtos e setores dentro da AF, já que não haveria gasto para o usuário e o mesmo seria atendido em drogarias conveniadas espalhadas por diversos pontos da cidade:

*[...] Medicamentos que são gratuitos em Farmácia Popular, em geral, creio eu que esses até podiam ser substituídos por medicamentos que seriam mais, assim, a trocar, né, já que eles são gratuitos em outros lugares, coloca-se outros (A4).*

*[...] Que se faltar no postinho o cara vai na esquina e compra ou ele vai pela Farmácia Popular e o governo fornece nas drogarias (F4).*

Vieira (2017) ressalta que a esfera pública deve ser responsável pela provisão dos medicamentos e gerenciamento das atividades como modelo de gestão da AF a ser praticado, evitando que a subdivisão dos serviços e do cuidado se torne expressiva, comprometendo o acesso do usuário ao tratamento farmacológico.

### **5.2.3 Recursos físicos, humanos e logísticos**

A estrutura física e recursos humanos também foram abordados nas entrevistas e identificados como deficientes. O espaço físico foi avaliado como pequeno, sem áreas divididas para estoque e atendimento. O dimensionamento de pessoal disponibilizado para os atendimentos nas farmácias também se mostrou em número menor que o necessário, vista a

quantidade de receitas e usuários atendidos e os procedimentos fundamentais para adequada dispensação:

*É [...] a questão da falta de funcionário e falta de farmacêutico é fato né, a gente tem 12 farmacêuticos só [...] no total (F1).*

*A Assistência Farmacêutica em si é bem fraca aqui por causa que a gente está num número muito pequeno de farmacêuticos para atender a população inteira de São Carlos (F2).*

Nesse estudo também foram identificadas outras categorias profissionais atuantes na esfera farmacêutica, que comprometem a qualidade das informações sobre medicamentos e os resultados em saúde. Mesmo que os colaboradores atuem após treinamento com o responsável técnico da unidade de dispensação, a não configuração do cargo público de auxiliar de farmácia implica em desarranjo nas rotinas estratégicas do setor, falta de discernimento com os termos específicos, atendimento qualificado dificultado e sobrecarga de afazeres para o farmacêutico.

Em seu documento com diretrizes para AF municipal (BRASIL, 2013a), o CRF-SP apresenta algumas propostas de atribuições do auxiliar de farmácia, entre os quais se destacam o auxílio ao farmacêutico nos serviços de recebimento, armazenagem, nas atividades administrativas e na dispensação, a manutenção do local de trabalho em condições de higiene e de organização, seguindo padrões técnicos e sanitários de acordo com a legislação, cumprimento da rotina de serviços, reportando-se ao farmacêutico sempre que necessário, além de seguir regimentos, instruções e zelar pelo patrimônio público.

A atividade de auxiliar de farmácia é exercida por assistentes administrativos e agentes comunitários de saúde (ACS), treinados pelo responsável técnico da unidade. Este foi um ponto abordado pelos entrevistados, pois não há na prefeitura o cargo para auxiliar de farmácia, apontado por entrevistados:

*Então, a gente não tem o auxiliar de farmácia na equipe, que é uma falha, já pedimos algumas vezes, mas não tem nem a vaga aqui em São Carlos, teria que criar isso. [...] Não tem o cargo. Nessa última reunião na Câmara ficou, mais uma vez os vereadores ficaram sensibilizados com a nossa situação e se comprometeram a de novo, fazer uma pressão junto à prefeitura com relação a contratação de farmacêutico, a criação de mais cargo de farmacêutico e a criação de um cargo de auxiliar de farmácia, porque a gente tem auxiliar administrativo nas farmácias e o que não é o correto né, que é o que a gente tem alguns problemas (F1).*

*[...] É auxiliar administrativo e agente de saúde, comunitário de saúde. A gente não tem a função criada e, assim, é outro ponto fraco, a gente não tem curso para atualização da equipe que trabalha com a gente. A gente tem a equipe, no caso eu até tenho uma equipe, mas a gente não consegue fazer capacitação, atualização*

*desses profissionais que estão com a gente na equipe, também é um outro ponto, porque ponto forte assim não consigo enxergar nesse momento, porque eu me sinto sem apoio, nenhum (F3).*

*É farmacêutico, só farmacêutico. E tem os administrativos que atendem no balcão, na dispensa. Que não existe na prefeitura, nem auxiliar, nem técnico. Assim, eu sei que já existe um projeto na Câmara Municipal para a criação desse cargo na prefeitura, o cargo de [...] acho que de assistente, auxiliar, né, auxiliar de farmácia (F4).*

A descrição sumária das atribuições dos cargos para ingresso na Prefeitura Municipal de São Carlos - SP, de agente comunitário de saúde e assistente administrativo, revela que os mesmos se encontram em desvio da função a que concursaram, pois não há menção aos serviços de farmácia.

Desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão, cabe aos ACS, atribuições também respaldadas pela PNAB (BRASIL, 2017b). Aos assistentes administrativos compete o planejamento e desenvolvimento de atividades administrativas, colaborando na preparação de relatórios, estudos e levantamentos, mantendo o fluxo de informações com outras áreas, a fim de assegurar o cumprimento e o aprimoramento das rotinas de trabalho.

Traços de novas orientações despontaram nas propostas discutidas e aprovadas na 9ª Conferência Municipal de Saúde (BRASIL, 2019c), em que, no Eixo 1: Saúde como Direito, propiciou a abertura de concurso e, se necessário, criação do cargo de Técnico de Farmácia, o que reitera a necessidade coletiva de estabelecer políticas de AF com qualidade dos serviços.

Uma avaliação da AF nos estados e municípios (BRASIL, 2020a) aponta que os gestores, profissionais e usuários têm identificado alguns problemas fundamentais que impedem o avanço da estruturação e organização dos serviços, como ações fragmentadas na área e não articuladas a outros setores da saúde, falta de apropriação pela equipe de ferramentas práticas de planejamento e ausência de entendimento dos usuários de como ocorre o acesso aos medicamentos a que têm direito. Tais adversidades também se ratificaram no município estudado, revelando a importância de a AF estar inserida nas atividades, programas e políticas de saúde, de maneira integralizada, garantindo que as ações sejam efetivas e resolutivas.

A escassez verificada na estrutura física e nos recursos humanos, como dimensões para a efetiva prática da AF, é respaldada por Rodrigues et al. (2017) que consideraram insatisfatório ou crítico o grau de implantação desses aspectos, no que se refere a suficiência



de equipamentos, mobiliários, conectividade, recursos humanos e estrutura física do setor de abastecimento farmacêutico para o funcionamento dos serviços de AF na atenção básica.

Adaptações também se verificaram na conduta prática da AF, devido a pandemia COVID-19, impactando na utilização de medicamentos, recursos humanos disponíveis e atualização do sistema, diminuição no número de usuários para atendimento nas farmácias e na estrutura física para comportar com segurança, já que este foi referido como deficiente, sendo necessário supri-lo para o exercício das políticas da área:

*É um absurdo o uso do antibiótico assim, agora parou, antes da pandemia era 50, 60 receitas por dia de antibiótico que a gente pegava e tudo criança, sabe, e agora não tem mais, quer dizer, as pessoas não ficam mais [...] quer dizer que não precisava, né, que era antes que usava demais (A3).*

*E com essa demanda desse COVID também, funcionário é afastado (F4).*

*A gente vai testando e vai pedindo correções, é o que eu estava fazendo, mas aí com a pandemia, mesmo a moça que dava assessoria do GIAP ela, agora, já dá assessoria remota, mas a ideia era que ela viesse para tentar resolver os problemas que faltam ainda. [...] Área física também, ainda mais agora com a pandemia, é pequena para você atender, a maioria dos pacientes tem que ficar do lado de fora agora, a gente só deixa entrar aqueles que vão ser atendidos, porque senão na área pequena vai ficar com aglomeração (F5).*

A regulamentações do MS para a AF também puderam ser analisadas no município. A Nota Informativa nº 1/2020 da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) do MS (BRASIL, 2020b) que trata das recomendações para reorganização dos processos de trabalho nas farmácias e para a dispensação de medicamentos em situação da epidemia COVID-19 e está disposta em quatro eixos, em que o eixo 4 refere-se às orientações sobre o uso racional de medicamentos para tratamento do vírus, foi parcialmente atendida.

No eixo 1 que trata da organização da farmácia percebeu-se que a sinalização e barreiras que delimitam o distanciamento entre funcionários e usuários, assim como entre os próprios usuários, não estavam evidentes em algumas unidades. A disponibilização de álcool em gel 70% para higienização estava ofertada em vários pontos, mas recipiente para que sejam colocadas as prescrições dos pacientes e para a retirada dos medicamentos, evitando-se contato entre as mãos, não foi observado, sendo que o contato para entrega da receita e retirada dos medicamentos ocorria de forma usual.

O eixo 2, que trata da dispensação de medicamentos, ficou fragmentado em sua observância. A utilização de luvas de procedimento para evitar o contato com itens de uso pessoal dos pacientes se exercia em apenas uma unidade, bem como a utilização de jalecos

descartáveis e toucas. O atendimento se dava por ordem de chegada, mas com prioridade para pacientes idosos, com sintomas respiratórios, transplantados, portadores de doenças autoimunes e gestantes, de acordo com a norma. O uso de máscaras foi realizado por todos os atores, mas não foi observado se as máscaras dos profissionais de saúde seguiam as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

As receitas médicas de uso contínuo tiveram seus prazos de validade ampliados, com o objetivo de diminuir o fluxo de usuários na farmácia e na rede de atenção à saúde, conforme especificado no item 2.11, mas a dispensação em quantidades suficientes para períodos superiores a 30 dias não foi possível, devido à disponibilidade de estoque e estrutura física, o que auxiliaria na diminuição do número de retornos dos usuários às farmácias nesse período de pandemia.

Na dispensação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica, eixo 3, a renovação automática dos procedimentos por período adicional de três meses, desde que não haja mudança na dose, quantidade dispensada e/ou medicamento prescrito foi atendida, uma vez que o programa é centralizado no DRS-III, que distribui aos municípios vizinhos, sendo que São Carlos é a cidade com mais demanda. A norma ressalta que esses casos se referem a pacientes que já estão em tratamento, não sendo necessário retornar ao médico para solicitação de Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento (LME) e prescrição médica, ou seja, não apresentarão os documentos supracitados para não interrupção do tratamento por conta da pandemia.

A RDC nº 357, de 24 de março de 2020 (BRASIL, 2020b) que estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2) não teve sua aplicação verificada.

O programa municipal de entrega de medicamentos em casa ainda não está normatizado e as quantidades máximas de medicamentos dispensados seguiram a legislação vigente da Portaria 344/98, que de forma geral ocorre para o período de dois meses. Isso porque o espaço físico destinado à farmácia nas unidades de saúde não comporta um estoque de produtos que atenda tais alterações, mesmo com recebimento semanal, além de não suporte logístico definido para essa efetivação.

Seixas et al. (2021, p. 3) questiona se os novos movimentos, protocolos, fluxos, fortalecimento de estruturas de assistência em saúde para enfrentamento da COVID-19, não “apenas reforçam um conservadorismo em torno de velhos conceitos”, refletindo sobre a necessidade de se investir em novas tecnologias de cuidado e redes de apoio, como o cuidado de proximidade, pouco explorado na gestão desta calamidade, no qual o SUS tem uma variedade de dispositivos para assegurar formas de atendimento mais próximas ao território e necessidades das pessoas, intensificando o vínculo entre os atores e o compartilhamento horizontal das informações.

Em publicação do CONASEMS, Ferreira e Zuben (2020) esclarecem que os municípios e toda rede do SUS precisam estar articulados para atender as situações de emergência à circulação do vírus, promovendo a assistência adequada à saúde do indivíduo e garantindo a integralidade das ações na prevenção e monitoramento da doença.

A organização da máquina pública para prevenção da vida é iminente em momentos de emergência de saúde pública, em que outras formas de combater a doença não estejam disponíveis. A concretização de um CEIS no país, autossuficiente para incorporar o desenvolvimento científico e tecnológico em inovações para a área da saúde, como insumos, moléculas, equipamentos e vacinas, tem sido dilapidada nos últimos anos, com a extinção dos setores responsáveis no MS.

O atraso na oferta de uma vacina para COVID-19 é um reflexo dessa não configuração de uma indústria da saúde nacional. Nesse sentido, é fundamental a ampliação das ações da APS, fortalecimento da rede de cuidados, infraestrutura adaptada, recursos humanos capacitados, a educação popular em saúde e as atividades que compõem o ciclo logístico da AF (programação, aquisição, armazenamento, gestão de estoque e distribuição de medicamentos) como suporte para as ações curativas no local. Entretanto, inferências das entrevistas indicam que essa sistematização não está estabelecida em São Carlos – SP, com efeitos no alastramento da contaminação pelo vírus e sobrecarga na atenção hospitalar.

#### **5.2.4 A relação de medicamentos e os cuidados farmacêuticos: garantia de acesso e adesão ao tratamento?**

A constituição de uma relação municipal de medicamentos essenciais afirma os princípios do SUS no direito à saúde. O número de especialidades farmacêuticas disponíveis na relação municipal de medicamentos - acima de duzentas - somadas às do programa Dose

Certa, foi apontado como avanço na conjuntura local, visto conseguir atender um amplo espectro de enfermidades:

*Bom, essa questão de número de itens eu acho interessante, a relação municipal de medicamentos eu acho muito boa, a gente tem muitos itens (F6).*

No Anexo IV encontra-se a Portaria 013/2018 – SMS (BRASIL, 2018d) que atualiza REMUME em vigor, junto aos trinta artigos normativos e onze anexos com os protocolos e fluxos das prescrições para atendimento, sendo dividida em três grupos, a saber:

Grupo I – Medicamentos dispensados em unidades específicas da rede municipal de saúde, mediante prescrição emitida por profissionais vinculados aos respectivos serviços e devidamente autorizados pela SMS;

Grupo II - Medicamentos para uso restrito aos procedimentos realizados pelas equipes das unidades de saúde, incluindo as unidades móveis, sendo proibida sua dispensação ambulatorial;

Grupo III - Fórmulas Nutricionais para dispensação aos usuários cadastrados no Programa de Acompanhamento Nutricional da rede pública municipal.

Em seu papel de garantir o acesso a medicamentos que envolvam os agravos à saúde da população local, a relação de medicamentos essenciais acaba cumprindo, visto que disponibiliza diferentes princípios ativos, em variadas formas farmacêuticas e apresentações, com algumas das classes terapêuticas e indicações representadas por antiagregante plaquetário, antivirótico, antianêmico, antibacteriano, anti-helmíntico, antiarrítmicos, antieméticos, fotoprotetor, anti-hipertensivos, antifúngico, antiasmático, antiácido, relaxante muscular, vasodilatador cerebral, corticosteroides, analgésicos, anti-inflamatórios, contraceptivos, antitérmico, anticoagulante, refluxo gástrico, broncodilatador e mucolítico, lubrificante ocular, antidiabéticos, terapia hormonal, tratamentos de gota, osteoporose, rinite alérgica, além de fórmulas lácteas, dietas enterais e os psicotrópicos (regidos pela Portaria 344/98).

Também atende aos critérios de construção de regulamentos pelo MS (BRASIL, 2020d), de forma democrática e articulada com a rede, baseia-se na RENAME e considera as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, a partir de evidências científicas confiáveis.

Esse trabalho é realizado pela CFT e, ainda, objetiva rever a lista de medicamentos, avaliando as solicitações dos prescritores e a existência de similaridades na classe terapêutica

e indicações. A lista atual data de 2018, sendo que em 2020 deveria ter sido revisada, mas foi impossibilitada por conta da pandemia:

*A gente tem a comissão farmacêutica, então os médicos, farmacêuticos, dentistas, médico, enfermeiros, acho que são esses profissionais, fazemos reuniões a cada dois anos. A nossa reunião é de 2018, nós não fizemos pelo COVID, foi programado tudo para março e estourou a pandemia, então prorrogou e provavelmente o ano que vem que vai fazer essa revisão, porque precisa de reunião presencial com todo mundo, porque a discussão é muito longa, porque é cada medicamento para excluir, para incluir. Depois que o médico prescritor assinou (o formulário) e a gente reúne para analisar. Se tem outro na rede já que nos justifica, não vai ser incluso, entendeu? E assim, também alguma coisa que ninguém pediu para excluir e está incluindo outro, a comissão avalia uma possibilidade de excluir aquele, entendeu, para não ficar dois, três medicamentos com a mesma indicação (F7).*

Dois pontos chamam atenção na REMUME, que convergem a alguns obstáculos já pontuados. O artigo 15º remete à um “Programa Informatizado de Dispensação” e orienta ao preenchimento do campo Observações com dados do prescritor e data, como comprovação de protocolo singular ao produto. Para um sistema informatizado em AF, esses dados deveriam constar em campos específicos e que disponibilizaria o histórico do usuário na rede, medicações em uso, última retirada, possível interação, que permitiriam o gerenciamento das atividades, porém não foram visualizados na utilização do GIAP:

*Acredito que não, porque a gente tenta pelo sistema, mas [...] esse sistema GIAP, mas não são todos, São poucas farmácias que tem no município, da rede SUS, mas nem todo mundo utiliza esse sistema. E o sistema também tem algumas falhas que as vezes não tornam os dados fidedignos (F3).*

E o artigo 28º ao estabelecer as corresponsabilidades na orientação ao usuário, em casos de resolução da irregularidade da prescrição, como sendo do farmacêutico, dispensador, prescritor e da coordenação/supervisão da Unidade de Saúde, demonstra a importância do trabalho multidisciplinar e a integralização dos serviços da farmácia no território, como componente de um modelo de vigilância em saúde (PAIM, 2001). Mas, inquieta com o emprego do termo dispensador para se referir ao auxiliar de farmácia, denotando pouca valorização à função, pois enquanto significado literal de “aquele que distribui” o termo não se aplica à prática farmacêutica, em que a entrega de um medicamento deve ser com segurança, garantia da qualidade e com orientações que asseguram o uso apropriado pelo usuário.

Como propósito de promover o uso racional de medicamentos, a aplicação da REMUME revelou obstáculos, trazidos nas entrevistas com unanimidade de que é impossível essa garantia com a estruturação da AF disponível em São Carlos-SP, sendo necessário

umentar recursos humanos, farmacêuticos e auxiliares, unidades de dispensação e estabelecer a prática do cuidado, da atenção farmacêutica. Algumas falas confirmam:

*Assim, tem muita coisa que eu acho que deveria melhorar, primeira coisa era contratar mais farmacêutico, porque a gente não dá conta da demanda. E aí com isso, eu acho que é melhor até essa parte de a gente estar fazendo mais a Atenção Farmacêutica, podendo estar controlando melhor os pacientes (F2).*

*Então eu acho que muitas vezes a gente vê que se você conseguisse fazer uma adesão melhor do paciente né, no tratamento dele, se eles não iam ficar indo de unidade em unidade. Ele não tem uma adesão do tratamento, não só por conta da dispensação, mas por conta também do atendimento que eles recebem na atenção básica (F5).*

A condução das ações do ciclo do cuidado da AF, em que a dispensação, utilização e monitoramento se incluem, exige atenção ao usuário, com foco na melhora de sua qualidade de vida pelo uso correto dos medicamentos e adesão ao tratamento. A OPAS/OMS afirma que a baixa aderência à terapia diminui as chances de melhora clínica, reduzindo a eficiência do sistema de saúde.

São diversos os fatores que influem para a não adesão aos medicamentos, entre os quais Vieira et al. (2015) destacam a ocorrência de efeitos colaterais, o esquecimento em tomá-los, preço, preocupação da reação com bebida alcoólica, por falta de conhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, por fazer uso de tratamentos alternativos e receio de se intoxicar, com possibilidades de agravar parâmetros clínicos, em especial os que não geram um sintoma aparente (como dislipidemias), podendo levar a sérias complicações e demanda pelo sistema de saúde.

Os riscos na utilização incorreta das medicações e comprometimento da saúde dos usuários emergiram com veemência nas práticas farmacêuticas locais, pela falta de tempo na dispensação e consulta de informações em fontes não confiáveis pelos auxiliares:

*O tempo correto a gente não tem porque é muito corrido, mas o paciente tem dúvida, quando o paciente questiona não é todas as vezes que eu consigo suprir a dúvida dele. Se a (farmacêutica) tiver ali eu pergunto para a (ela), mas se a (farmacêutica) não está eu tenho que recorrer ao Google (A1).*

*E a gente não tem tempo, nós farmacêuticos, de estar fazendo grupos para estar orientando os pacientes, a gente vê que tem paciente que tem dificuldade, mas a demanda não deixa, a gente não consegue. Por isso que eu falo, nessa parte de a gente estar se reunindo para ter essas ações, ter mais profissional, tanto o farmacêutico, quanto da equipe para estar viabilizando [...]. Então, eu sinto essa dificuldade (F3).*

É importante a regularidade na avaliação da relação municipal de medicamentos, sua familiaridade com a RENAME e alcance terapêutico, mas que precisam caminhar juntos com a oferta da atenção farmacêutica, garantindo a adesão ao tratamento e diminuindo os riscos no uso da medicação, pois, de acordo com Oliveira Junior et al. (2020, p. 100), a falta de informações pode comprometer a saúde dos usuários, com eventos indesejáveis e agravamento da situação clínica, “uma vez que a utilização inadequada de medicamentos pode esconder determinados sintomas, causar reações alérgicas, dependência e até a morte”.

A decisão no seguimento ou não da terapia inclui aspectos multidimensionais do indivíduo, que Barros et al. (2020) vinculam ao cuidado farmacêutico (ou atenção farmacêutica) o exercício de empoderar o usuário para que a opção terapêutica prescrita se efetive para seu bem-estar. Vieira et al. (2015) consideram que a habilidade de compreender e o conhecimento em saúde dos usuários são importantes ferramentas que podem influenciar de maneira positiva essa adesão.

Como caminho para um sucesso terapêutico, a atenção farmacêutica não se caracteriza no município e nem apresenta indícios de sua implementação, apesar de apontada pelos entrevistados como necessária:

*Atenção farmacêutica. Isso. Seria muito interessante ter uma salinha para isso, para direcionar alguns pacientes que tem mais necessidade dessa assistência, isso não tem, não tem essa estrutura (F6).*

*Eu comecei a fazer um curso de cuidados farmacêuticos aí do Ministério, mas não consegui terminar, mas a ideia é muito boa, da Atenção Básica mesmo, o farmacêutico dentro dessa equipa da atenção básica, participando também e recebendo também o apoio de toda a equipe, fazendo parte da equipe, eu acho que a gente estava fazendo um trabalho isolado e não de equipe, a gente não consegue fazer esse trabalho conjunto, eu sinto também essa falta de estar fazendo parte de uma equipe, olhando para o paciente de vários ângulos de vários profissionais (F5).*

Combinar educação dos profissionais de saúde e do consumidor com disponibilidade de medicamentos apropriados constitui estratégia eficiente para melhorar o uso de medicamentos na APS no Brasil, ressalta Wannmacher (2010). De forma isolada, qualquer das ações limita a garantia de sucesso e apenas replica o modelo médico hegemônico de atenção à saúde.

### 5.2.5 As vivências são significativas

Outro sentido que sobressaiu das entrevistas com a maior parte dos trabalhadores da saúde foi o da relação com o trabalho. Inerente à atuação profissional do farmacêutico, mas atribuída aos auxiliares, a rotina dos serviços das unidades de dispensação transpareceu esgotá-los emocionalmente. Falta de adequação da estrutura física, muitos usuários e receitas para atender, não apoio da gestão, desvalorização profissional e organização insuficiente das atividades em rede foram fatores por eles apontados. Afastamentos por adoecimentos são constantes e contribuem para o não fortalecimento da AF municipal, pois o desenvolvimento progressivo de uma diretriz é prejudicado ao se desamparar o setor do trabalhador afastado com o redimensionamento de pessoal:

*[...] A gente não tem valor nenhum, nenhum como profissional. E trabalhamos, assim, uma demanda muito grande para pouco funcionário, tipo, 400 pessoas passam num dia, as vezes a gente está em quatro, em três, então atende mais de 100 cada um, sai desgastado daqui (A2).*

*Então a gente não tem nem farmacêutico suficiente para cobrir todas as farmácias, então sempre quando entra alguém de férias uma farmácia fica sem farmacêutico porque não tem como, não tem um folguista, não tem ninguém para cobrir, que seja para cobrir as férias, né? Então todos os farmacêuticos trabalham sozinhos nas farmácias, cada um em uma farmácia que tem, várias foram fechadas porque não tinha funcionário suficiente e aí ficou só nos postinhos maiores. E a assistência farmacêutica que a gente consegue fazer é só entregar medicamento, a gente não consegue dar muita orientação, eu não sei assim, eu acredito que o movimento nas outras farmácias também seja parecido com aqui, porque as outras também são grandes (F2).*

*Eles veem o farmacêutico como um entregador mesmo, que é o que tem acontecido, a nossa profissão ela é desvalorizada aqui, você não vê a gente ser consultado, quando você é consultado você não é ouvido, porque o que eles decidiram é o que vale [...] E nós não temos aumento de funcionário, pelo contrário, só tirou funcionário (F4).*

*Infelizmente eu não diria que tem uma política de assistência farmacêutica, nós não temos gestores que enxergam a nossa profissão, então não tem a valorização profissional, não tem o pensamento do papel do farmacêutico, de entender o que o farmacêutico faz. Hoje a gente tem o farmacêutico na unidade como um mero entregador de medicamento porque ele não consegue dar uma assistência, nem atenção farmacêutica, absolutamente nada, é pegar a medicação, fazer pedido e acabou, então nós não temos, tivemos muitos projetos, todos engavetados (F7).*

Observou-se que a legislação e normativas estão um pouco distantes das práticas gerenciais e reais necessidades em São Carlos, como retratado em estudos referenciados por Gerlack et al. (2017), pois as incumbências para organização da AF na rede de saúde não coincidem com os anseios da sociedade. Importante destacar que para implantação e



sistematização dos serviços de farmácia é inevitável a cooperação entre os gestores públicos e a identificação das carências estruturais das políticas vigentes.

Em seu contexto histórico, a cidade contou com um farmacêutico como secretário de saúde (entre 2006 e meados de 2007), com experiência em gestão da AF e programas da área, o qual, posteriormente, atuou como diretor da ANVISA. Não foi apontado pelos trabalhadores ou observado nas práticas do serviço qualquer progresso para a área nesse período, se firmando a concepção de entrega de medicamento e abastecimento como bastante para a política local.

As experiências dos trabalhadores, suas qualificações, intencionalidades e percepções diárias são pouco valorizadas para a construção e aperfeiçoamento das políticas:

*Eu acho que assim, dá um pouco de tristeza assim, até porque o município tem recursos bons, tem programas bons, mas a administração não ajuda. Você tem até às vezes condição de fazer melhor, mas não tem ajuda para isso, não te permitem fazer isso e isso deixa a gente um pouco frustrada. Às vezes você quer executar a assistência farmacêutica, prestar a assistência à população, orientar, mas ninguém te dá ouvidos, isso deixa a gente um pouco desmotivado para algumas coisas (A5).*

*A gente gostaria de fazer um trabalho melhor, de qualidade, não quantidade, eu acho que as pessoas muitas vezes pensam aí na quantidade "Vamos atender tantos pacientes". A gente acaba tendo que fazer isso mesmo né (F5).*

*Na verdade, eu fiz tanto curso na minha vida de gestão, de assistência farmacêutica, para melhorar toda a estrutura do município. Eu estou chegando no final da minha carreira, com grande desânimo de não estar conseguindo absolutamente nada. Está praticamente da forma que eu entrei há 18 anos atrás, está igual. Piorou porque quando eu entrei a demanda era pequena, a gente tinha o CEME, todas as unidades faziam a dispensação, dava um absurdo também. A gente (hoje) tem uma estrutura dessa e está muito pequeno já (F7).*

Araujo (2016) sugere que programas de capacitação para a gestão das atividades farmacêuticas na rede pública de saúde em São Carlos-SP sejam ofertados, a fim de adequar as ações do ciclo da AF e construir um planejamento coletivo para desenvolver a área, envolvendo os vários atores, de diferentes segmentos, incluindo os gestores que devem participar dessa construção e apoiar sua concretização no território.

Apesar das Conferências Municipais de Saúde garantirem a participação da sociedade, incluindo os trabalhadores da área, para avaliar, planejar e definir as diretrizes que melhorem a qualidade dos serviços de saúde pública, os representantes dos poderes executivos e legislativos devem priorizar o atendimento dessas ações, a fim de proporcionar melhora na qualidade de vida das pessoas. A AF é um instrumento que carece, logo, de propostas para sua efetiva reestruturação e a vivência dos trabalhadores tem muito a acrescentar.

Apesar de atuarem com técnicas voltadas prioritariamente ao ciclo logístico do medicamento, os trabalhadores percebem a importância de atrelar o cuidado com o usuário e a atenção farmacêutica em suas atividades. Merhy e Feuerwerker (2009) consideram que a extrema objetividade resulta em uma ação profissional focada em procedimentos, subtraindo na área da saúde o aspecto do cuidado com e o olhar no outro, reduzindo a eficiência do ato. Ao transportar para as políticas de AF, as práticas se efetivam no encontro na farmácia, pela atitude dos trabalhadores, com seus conhecimentos, ferramentas e experiências e, pelas intencionalidades e anseios do usuário.

Os modelos de atenção à saúde agregam tecnologias organizadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas, que resultam na política pública praticada, com inserção multidisciplinar e intensificadas em planos, programas, projetos, bases de dados, sistema de informação e pesquisas (PAIM, 2001). No contexto investigado, a política pública de AF tem se simplificado em abastecimento e entrega de medicamentos ao usuário, como suficiente aos gestores, mas não às necessidades da sociedade pela perspectiva analisada, que carece de atendimento integral em saúde.

Ouvir os trabalhadores de um setor, como agentes produtores de ação em saúde, é significativo para a sistematização das condutas. Na AF estudada, os profissionais farmacêuticos possuem vivências e são capacitados para adequarem a realidade atual à política efetiva na garantia da integralidade da assistência, do acesso e uso racional de medicamentos, apesar do sentimento de conformismo e impotência predominar em suas falas.

O direito à saúde de modo integral se estabelece enquanto diretriz da política de saúde brasileira, mas que na prática não se efetiva como preconizado. A análise das práticas da AF em São Carlos é um exemplo desta disparidade, em que um imenso aparato de normas, conhecimento e tecnologias estão a serviço da população, a princípio, mas que não se efetivam na farmácia de uma UBS municipal e ainda divergem fortemente da prática almejada pelos próprios trabalhadores da área, que não se sentem entrelaçados nessa rede e sem papel atuante na execução da política farmacêutica propriamente dita.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral a análise indica discrepâncias na estrutura, organização, gestão e práticas da AF em São Carlos – SP, em relação aos norteamentos que configuram as políticas públicas da área no Brasil, com intensos percalços e extremamente centrada no abastecimento como atividade principal.

A investigação entrelaçada no contexto do direito em saúde e nos princípios doutrinários do sistema conquistado, reforça a essencialidade que o medicamento, enquanto fruto de conhecimento científico e inovação, exerce para o bem-estar biopsicossocial dos usuários. Ademais, estimula o setor econômico e impacta na demanda de outros equipamentos e serviços em saúde de uma região.

Para isso, é importante a articulação de elementos como arcabouço logístico operante, gestor hábil, recursos humanos adequados e capacitados, diretrizes instrutivas, medicamentos e insumos suficientes, além de informações, orientações e cuidado para o usuário. A concepção de uma política pública deve viabilizar a transformação de intenções em atitudes práticas, que produzirão mudanças no mundo real

No local do estudo, a percepção dos trabalhadores da AF, farmacêuticos e auxiliares de farmácia, revela poucos aspectos positivos e várias fragilidades implicadas. Enquanto recurso de acesso aos medicamentos, a atuação da CFT e a REMUME foram vistas como artifícios eficientes em suas finalidades, cumprindo as regulamentações determinantes. Já na perspectiva da garantia do uso racional, não se legitimou, com poucos esclarecimentos transmitidos sobre a utilização.

As precariedades na assistência se materializaram na demanda elevada de usuários, gestão desorganizada, falta de apoio dos gestores, pouca valorização profissional, sistema informatizado moroso, número de unidades e recursos humanos insuficientes, concepção de AF como entrega de medicamentos e o não exercício da atenção farmacêutica, com consequentes efeitos na adesão ao tratamento e uso (in)apropriado da medicação.

A dispensação orientada e os cuidados farmacêuticos, não percebidos na operacionalização das farmácias públicas, seriam essenciais para a garantia da adesão e segurança ao tratamento, identificação de eventos adversos (como qualquer dano ao usuário relacionado ao uso, correto ou não, de medicamentos ou pela falta de acesso), empoderamento do indivíduo sobre sua saúde, diminuição do agravamento das doenças, fortalecimento da rede de saúde, além de economia com a compra e o descarte de medicamentos dispensados e não utilizados.

Importante considerar que o cenário posto pela pandemia COVID-19, submeteu este estudo à algumas adaptações, incluindo a coleta e análise dos dados, com entrevistas *on-line*, uso de máscaras, distanciamento social e diminuição do número de usuários nas idas às farmácias.

O cumprimento fragmentado das exigências impostas, pelo estado de emergência em saúde pública, para continuidade no atendimento às demandas da AF, com segurança, pode acarretar riscos para usuários e trabalhadores. A correta demarcação do espaço para garantia do distanciamento, uso correto dos EPIs, o não contato físico, a dispensação em quantidade superior a 30 dias e prorrogação do prazo de validade das receitas são dispositivos relacionados com a efetivação do direito à saúde e continuidade da terapia, no momento.

São Carlos-SP, enquanto “capital brasileira da tecnologia”, abriga universidades e centros de pesquisas de excelência, *startups* e empresas multinacionais, com acentuadas atividades de desenvolvimento científico e tecnológico, que potencializam a capacidade de estabelecer parcerias para a qualificação das ações em saúde pública, tão necessárias no contexto da AF, para além do modelo de suprimento por décadas empregado, que ainda persiste na cidade.

O aprimoramento do sistema informatizado se apresenta como exemplo dessa cooperação. Com os atributos de correlacionar dados e interligar os diversos níveis do cuidado e esferas de governo, para seguimento farmacoterapêutico do usuário e gerenciamento das atividades de rotina da unidade (pedido, conferência, armazenamento, controle de estoque, dispensação), prepararia o serviço para sua dimensão fundamental no atendimento ao usuário, acesso e uso racional.

É essencial que o viés político, em sua forma pejorativa, não se sobreponha ao atendimento às necessidades locais, cabendo aos gestores públicos direcionar esforços para cumpri-lo. A configuração dos atores envolvidos em rede, apoiada nas ações multiprofissionais na APS e gestão participativa no sistema, contribuem para o fortalecimento e (re)orientação à uma prática farmacêutica adequada, com planejamento das atividades, condutas técnicas eficazes, educação em saúde e defesa do direito à vida.

Enquanto pesquisador, educador e profissional de saúde com vivência nessa rede, se faz importante, e inerente como conduta, a atitude de disponibilizar esta tese aos gestores, trabalhadores envolvidos (e aos das outras áreas integrantes da saúde) e população usuária do sistema, a fim de apresentar a situação do município e refletir sobre a concepção de adequadas e necessárias políticas públicas de AF.

Também, os resultados têm potencial de embasar a elaboração de um documento pela SAAF ao Poder Legislativo que, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, requeira a ampliação do número de cargos públicos de farmacêuticos, criação da função de auxiliar de farmácia, concurso e contratação do mesmo, aumento do número de farmácias públicas no município para atendimento da demanda, recursos destinados à estruturação física das unidades e implantação de um plano de atenção farmacêutica, como ação viável e apropriada para o âmbito local.

Integrar o modelo de AF público nas atividades da APS, com oferta de serviços e cuidado em saúde é determinante para a realidade investigada, a fim de desconstruir que o fornecimento de medicamentos é a única ação preponderante da política em prática, historicamente enraizada, em que o olhar a partir do campo CTS permitiu a ampliação das possibilidades do fazer em saúde, ao considerar as necessidades dos usuários do sistema para a tomada de decisão dos gestores e intervenções efetivas, impactando nos vários aspectos do direito à vida do indivíduo, seja econômico, político e social.

Como compartilhado por Maria Cecília de Souza Minayo na epígrafe desta tese, o conhecimento não se fecha em um processo finito e “não se pode prever o final do processo histórico, embora seja possível projetá-lo como politicamente mais democrático e ecologicamente saudável”. Assim, parece pertinente a realização de novos estudos na perspectiva qualitativa, que explorem o pressuposto em relação a esfera administrativa e institucional, que direcionem olhar e escuta aos agentes do sistema e, especialmente, aos cidadãos – usuários de medicamentos – não contemplados nesta análise. Podem contribuir para a tomada de decisão política dos gestores, a fim de implementar instrumentos resolutivos de agravos ao bem-estar coletivo e individual, para que continuamente garantam o direito à assistência farmacêutica integral e propiciem saúde pública gratuita, universal e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; FREITAS, O. de. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): evaluation of pharmaceutical services in the primary health care. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 1s, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300101&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 fev. 2018.
- ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2236>. Acesso em: 12 ago. 2020.
- ALMEIDA, C. C.; ANDRADE, K. V. F. de; Assistência farmacêutica no sistema único de saúde (SUS): conceito, histórico e dispositivos legais. **Rev. Saúde. Com.**, v. 10, n. 1, 2014, p. 80-86. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/214/253>. Acesso em: 9 fev. 2018.
- ARAÚJO, A. L. A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000700010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 ago. 2020.
- ARAUJO, E. R. de. **A construção coletiva de uma proposta de planejamento para a assistência farmacêutica em uma rede de atenção à saúde**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Clínica), Universidade Federal de São Carlos, 2016. 84 p. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7398/DissERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 set. 2020.
- AUGUSTO, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 105-119, 1989. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20701989000200105&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701989000200105&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27 jan. 2021.
- AUSÍN, T. Conflicto de valores en la investigación farmacéutica: entre la salud pública y el mercado. **Arbor**, v. 184, n. 730, p. 333-345, 2008.
- BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A. dos; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001003717&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003717&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jan. 2021.
- BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000100509&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100509&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31 jan. 2021.

BARROS, J. A. C. de. Refletindo sobre a inovação farmacêutica e seus impactos no acesso aos medicamentos. **Hist. cienc. saúde-** Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.955-959, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702011000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000300024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2015.

BAZZO, W. A.; LINSINGEN, I. (von); PEREIRA, L. T. V. do (eds.). **Introdução aos estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade)**. Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), Madri: 2003. 172 p.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia. **Assistência farmacêutica municipal: diretrizes para estruturação e processos de organização**. 2.ed., São Paulo, 2010.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Assistência farmacêutica municipal: diretrizes para estruturação e processos de organização**. São Paulo, 2013a. 72 p.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Saúde pública**. São Paulo, 2013b. 79 p.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. Esplanada dos Ministérios. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). **Envio de informações, por parte dos municípios, para a Base Nacional da Assistência Farmacêutica – BNAFAR**. Nota. Brasília, 2019a. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/orientacao\\_ao\\_gestor/bnafar-envio-de-informacoes-para-a-base-nacional-da-assistencia-farmacautica/bnafar-nota/](https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/bnafar-envio-de-informacoes-para-a-base-nacional-da-assistencia-farmacautica/bnafar-nota/). Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Fundação Oncocentro de São Paulo. **Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo**. Boletim RRAS 13, 2014. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/boletinsRaas/Boletim-RRAS13.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2016/2022**. Brasília, 2016. Disponível em: [http://www.finep.gov.br/images/a-finep/Politica/16\\_03\\_2018\\_Estrategia\\_Nacional\\_de\\_Ciencia\\_Tecnologia\\_e\\_Inovacao\\_2016\\_2022.pdf](http://www.finep.gov.br/images/a-finep/Politica/16_03_2018_Estrategia_Nacional_de_Ciencia_Tecnologia_e_Inovacao_2016_2022.pdf). Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. **Plano de Ação em Ciência, Tecnologia e Inovação para Saúde**. Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2018a. Disponível em: <https://antigo.mctic.gov.br/mctic/opencms/ciencia/SEPED/Publicacoes/ENCTI/PlanosDeAcao.html>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes->

e-programas/politica-nacional-de-praticas-integrativas-e-complementares-pnpic. Acesso em: 12 set. 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2. **Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2017b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica:** resultados [recurso eletrônico]. Série PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil; Caderno 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 100 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente\\_avaliacao\\_assistencia\\_pnaum\\_cadern04.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_cadern04.pdf). Acesso em: 29 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica.** Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica. **Hórus.** Disponível em: <http://saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus/sobre-o-sistema>. Acesso em: 17 ago. 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos em Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais:** Rename 2020 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. 217 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/r/relacao-nacional-de-medicamentos-essenciais-rename>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Sobre a Assistência farmacêutica.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sobre-a-assistencia-farmaceutica>. Acesso em: 25 nov. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Políticas de Saúde e Assistência Farmacêutica do SUS** [curso]. FIOCRUZ Brasília, 3ª oferta, 2020a. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/psaf-3a-oferta/>. Acesso em: 26 mai. 2020.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 26 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_prioridades\\_pesquisa\\_ms.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf). Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde – PESS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica\\_Portugues.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf). Acesso em: 22 abr. 2016.

BRASIL. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. 9ª Conferência Municipal de Saúde. **Relatório Final**. 2019c. Disponível em: <https://preconferenciasaudesaocarlos.wordpress.com/>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Prefeitura Municipal de São Carlos. Diário Oficial. **Portaria nº 013/18-SMS**. São Carlos, 2018d. Disponível em: [https://www.saocarlosoficial.com.br/diariooficial/001/DO\\_04042018\\_45OP8B.pdf](https://www.saocarlosoficial.com.br/diariooficial/001/DO_04042018_45OP8B.pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. **Estrutura Organizacional**. São Carlos, 2018c. Disponível em: [http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/2017/administracao/017\\_SMS.pdf](http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/2017/administracao/017_SMS.pdf). Acesso em: 3 ago. 2020.

BRUM, L. F. da S. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1457-1458, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600028&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 jan. 2017.

CARVALHO, M. N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, 16s, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300310&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300310&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 fev. 2018.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 611-622, 2007. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 mar. 2016.

CHIARINI, T. **Cenários para o Sistema Nacional de Inovação: 2019-2022**. Seção de Informação e Prospecção Tecnológica/SEIPT, Rio de Janeiro: INT, 2020. 46p. Disponível

em: <https://int.gov.br/docman/estrategia/2101-cenarios-int-2019-2022/file>. Acesso em: 25 jan. 2021.

CORTEZ, D. X.; CORTEZ, F. de O. X.; LEITE, R. M. Assistência farmacêutica no SUS. **Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 5, 2014. Disponível em: <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/86/86>. Acesso em: 9 fev. 2018.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR., J. M. do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2015.

FERREIRA, M. do C.; ZUBEN, A. P. B. von. **Vigilância em saúde nos municípios: caderno de textos [livro eletrônico]**. 1. ed., Campinas: IPADS, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/publicacoes/28300/caderno-de-textos-vigilancia-em-saude-nos-municipios-1-3-3/>. Acesso em: 31 jan. 2021.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 13-20, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2015.

GARATTINI, L.; PADULA, A. Pharmaceutical care in Italy and other European countries: between care and commerce? **Journal Postgraduate Medicine**, v. 130, n.1, p. 52-54, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00325481.2018.1399043>. Acesso em: 26 fev. 2020.

GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Sup. 2, 2017. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/gestao-da-assistencia-farmacutica-na-atencao-primaria-no-brasil/>. Acesso em: 9 fev. 2018.

HAM, C.; HILL, M. **O processo de elaboração de políticas no estado capitalista moderno**. Tradução de Renato Amorim e Renato Dagnino. Título do Original: *The Policy in The Modern Capitalist State*. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993. Disponível em: <https://ainterpol.files.wordpress.com/2014/05/texto-iepp-processo-de-elaboracao-de-politicas-no-estado-capitalista-moderno-hill.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American journal of hospital pharmacy**, v. 47, n. 3, p.533-543, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2316538/>. Acesso em: 26 fev. 2020.

IBGE. **São Carlos**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em: 31 ago. 2020.

LAMB, L.; SHIMIZU, H. E. Assistência farmacêutica no SUS na perspectiva dos gestores estaduais de saúde. **Tempus-atas saúde colet.**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 143-155, 2014. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1588/1355>. Acesso em: 9 fev. 2018.

LEITE, S. N. et al. Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica em pauta: contribuições da sociedade para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4259-4268, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001204259&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204259&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 fev. 2020.

LENTACKER, A. The symbolic economy of drugs. **Social Studies of Science**, v. 46, n. 1, p. 140-156, 2016.

MACHADO, M. L. T. **História da saúde em São Carlos**. São Carlos: EdUFSCar, 2007. 331p.

MAGARINOS-TORRES, R. et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000903859&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903859&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 set. 2015.

MEDEIROS, A. L. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios**. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23042018-143211/pt-br.php>. Acesso em: 18 jan. 2021.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed., São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesq. Qualit.**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/315756131>. Acesso em: 9 set. 2020.

MITCHAM, C. Why Science, Technology, and Society Studies? **Bull. Sci. Technol. Soc.**, v. 19, n. 2, p. 128-134, 1999.

NGOASONG, M. Z. Understanding the developing role of global health partnerships on access to medication: an sts perspective. **Bull. Sci. Technol. Soc.**, v. 30, p. 33-42, 2010.

NICKEL, D. A. et al. Disseminação e uso dos resultados de pesquisas financiadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Brasil, 2004 a 2007. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 208-220, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000100208&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100208&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 fev. 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, E. F. de; KÜNSCH, D. A.; CHIACHIRI, R. Saúde, Consumo de Medicamentos e Comunicação: um estudo sobre o uso da internet e das redes sociais por

peças de mais sessenta anos. **Rev. GEMInIS**, v. 11, n. 2, p. 99-122, 2020. Disponível em: <https://www.revistageminis.ufscar.br>. Acesso em: 22 dez. 2020.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes, ANVISA/ISC-UFBA. Brasília, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

PATIAS, N. D.; HOHENDORFF, J. V. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 24, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722019000100236&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100236&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 set. 2020.

PINTO, L. H. et al. O uso racional de medicamentos no Brasil dentro da assistência farmacêutica e suas implicações no presente. **Rev. Eletr. Farmácia**, v. 12, n. 1, p. 27-43, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/33304>. Acesso em: 9 fev. 2018.

PINTO, V. B. Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. In: **Uso Racional de Medicamentos**: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica, v. 1, n. 12, 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1540-armazenamento-e-distribuicao-o-medicamento-tambem-merece-cuidados-0&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1540-armazenamento-e-distribuicao-o-medicamento-tambem-merece-cuidados-0&Itemid=965). Acesso em: 10 set. 2020.

RODRIGUES, P. S.; CRUZ, M. S.; TAVARES, N. U. L. Avaliação da implantação do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 192-208, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000500192&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500192&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 fev. 2018.

RUA, M. das G. **Políticas públicas**. 3.ed. rev. atual. Florianópolis, UFSC. CAPES: UAB, 2014. 130p.

SANTANA, R. S. et al. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 3, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2015.

SANTOS-PINTO, C. Du B. et al. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1056-1058, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001000002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 mar. 2015.

SANTOS, R. I. dos; SOARES, L. Saúde e Cidadania. In: SANTOS, R. I. dos et al. **Políticas de saúde e acesso a medicamentos**. Florianópolis: EdUFSC, 2016. 77 p.

SEIXAS, C. T. et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25, supl. 1, e200379, 2021.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832021000200200&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000200200&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 dez. 2020.

SEMEÃO, C. C. Políticas públicas na saúde e sua relação com ciência tecnologia e sociedade. In: MIOTELLO, V.; HOFFMANN, W. A. M. (orgs). **Apontamentos de estudos sobre ciência, tecnologia e sociedade**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2010. (p. 67 - 75).

TENÓRIO, M.; MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D'. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1441-1454, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-81232017002501441&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232017002501441&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 fev. 2018.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v.7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 2 abr. 2021.

VASCONCELOS, D. M. M. de et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002802609&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802609&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 fev. 2018.

VIANA, A. L. D'. et al. Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação. **Lua Nova**, São Paulo, n. 83, p. 41-77, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452011000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 fev. 2015.

VIEIRA, F. S. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 126, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100607&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100607&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 9 fev. 2018.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Gestão da Assistência Farmacêutica: Análise da situação de alguns municípios. **Tempus-atas saúde colet.**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 11-29, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1581/1348>. Acesso em: 9 fev. 2018.

VIEIRA, L. B.; UETA, J.; PEREIRA, L. R. L. Adherence to medication before and after the use of a Drug-Dispensing System with usage control. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 329-337, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-82502015000200329&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502015000200329&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 jan. 2021.

WANNMACHER, L. Condutas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária à Saúde. In: **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, n. 1, 2010. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=list&slug=assistencia-farmacutica-958&Itemid=965&lang=en&limitstart=5](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=list&slug=assistencia-farmacutica-958&Itemid=965&lang=en&limitstart=5). Acesso em: 30 jan. 2021.

WHO. World Health Organization. **Medicines**. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/medicines#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/medicines#tab=tab_1). Acesso em: 30 jan. 2021.

YANG, Y. Patient autonomy investigation under the technology-based health care system. **Bull. Sci. Technol. Soc.**, v. 32, n. 2, p. 163-170, 2012.

## APÊNDICE A

### Roteiro de entrevista

Gestor ( ) Trabalhador Farmacêutico ( ) Trabalhador Atendente de Farmácia ( )

- Sujeito nº \_\_\_\_\_

- Contato: Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### Dados pessoais

- Nome (iniciais): \_\_\_\_\_

- Idade: \_\_\_\_\_ - Gênero: \_\_\_\_\_

- Escolaridade/Formação/Pós-graduação: \_\_\_\_\_

- Cargo: \_\_\_\_\_ Tempo de Exercício: \_\_\_\_\_ Não se aplica ( )

- Efetivo ( ) Função Gratificada ( ) Cargo em Comissão ( ) Não se aplica ( )

- Experiência anterior de trabalho relacionada ao cargo atual: ( ) Sim ( ) Não

Qual função? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ Não se aplica ( )

#### Questões norteadoras

- Como é sistematizada a(s) política(s) de Assistência Farmacêutica (AF) no município? Pode me dizer?

- Há alguma política inovadora ou planejada para este município? Descreva. Conte um pouco mais.

- Como as avalia? Quais seriam seus pontos fortes, fracos e efetividade?

- Quem participa/se envolve na AF em seu município?

- Percebe algum tipo de obstáculo/desafio para o progresso/avanço dessas políticas? Pode comentar?

- Como enxerga o papel da assistência em seu meio, frente ao surgimento de novos produtos, novas tecnologias e da inovação na área farmacêutica?

- É possível garantir o acesso aos medicamentos com uso racional? Pode expor suas considerações?

- Sente algum tipo de dificuldade ou necessidade no acesso ou rotina do serviço? Quais são?

- Presume algo para/O que seria uma assistência farmacêutica eficiente no campo das políticas públicas de saúde de uma forma geral e no seu município? Fale sobre isso.

- Algum esclarecimento/dúvida?

*Obrigado pela participação e contribuição!*

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Resolução 466/2012 do CNS)

#### POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: UM OLHAR A PARTIR DO CAMPO CTS

Eu, Luiz Henrique ChENCHI, estudante do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos (PPGCTS/UFSCar) o(a) convido a participar da pesquisa “Política pública de assistência farmacêutica em município do interior paulista: um olhar a partir do campo CTS” orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado.

O Ministério da Saúde define que a Assistência Farmacêutica (AF) se dá pelo conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do fomento de acesso aos medicamentos e uso racional e para tanto várias ações e programas são definidos para atendimento integral da população em saúde. Nota-se, ainda, que boa parte dessas políticas não se desenvolve de forma efetiva, pois são frequentes reclamações de falta de medicamentos, produtos e serviços de atendimento em AF por parte dos usuários, muitas noticiadas pela imprensa.

O objetivo deste estudo baseia-se em examinar a prática da política de assistência farmacêutica no município de São Carlos-SP, considerando que a conexão entre inovação, produção de novos fármacos e garantia do acesso com uso racional é parte integrante do campo CTS.

O Sr.(a) foi selecionado(a) por ser gestor, farmacêutico, atendente de farmácia ou usuário do serviço de farmácia pública no município onde a pesquisa se realizará. Sua participação não é obrigatória e consiste em responder uma entrevista semiestruturada com perguntas acerca das políticas públicas de AF local.

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que os riscos associados com a participação na pesquisa consistem em estresse e desconforto, cansaço físico e/ou psicológico, irritabilidade, falta de atenção ou qualquer risco não previsto neste termo, como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e também constrangimento e intimidação pelo fato do pesquisador já ter atuado na rede municipal de saúde em estudo. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, o entrevistador irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

O benefício desta pesquisa está em revelar os principais entraves aos avanços na área e apontar caminhos e diretrizes para uma gestão e propagação efetiva da AF, buscando a melhoria e qualidade dos serviços.

A qualquer momento pode desistir de participar ou retirar seu consentimento sem sofrer qualquer dano ou prejuízo em sua relação com o pesquisador, instituição proponente ou



com a rede pública de saúde da qual faz parte. As informações sobre sua participação e os dados obtidos por meio desse estudo serão confidenciais e sigilosos e ao serem divulgados não possibilitarão a sua identificação, assegurando total privacidade. Não haverá nenhum tipo de ressarcimento, já que não terá gastos financeiros e sua participação será voluntária e sem fins econômicos.

A entrevista será gravada e transcrita para análise dos dados. Solicito sua autorização para a gravação áudio a fim de garantir a fidedignidade das informações.

O Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde constam os dados de contato do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação antes e durante o curso da pesquisa.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235, Caixa Postal 676, CEP 13565-905, São Carlos-SP, Brasil. Fone: (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.**

Pesquisador Responsável: Luiz Henrique Chenchi

Contato telefônico: (XX) XXXXX-XXXX E-mail: lhchenchi@gmail.com

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

## ANEXO I

**Cronologia dos principais instrumentos políticos relacionados ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação no Brasil.**

ANO	INSTRUMENTO	NOTA
1990	<b>Lei nº 8.080/1990 (Art. 15 § XIX)</b>	Define que cabe ao SUS fomentar pesquisas e estudos na área de saúde.
1994	<b>1ª CNCTIS</b>	1ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde - promoveu a institucionalização do debate político sobre as atribuições do SUS no fomento à P&D/S.
1999	<b>Fundos Setoriais</b>	Instrumentos de financiamento de projetos de pesquisa, desenvolvimento e inovação. Cabe à área de Saúde: CT-Saúde, CT-infra, CT-Biotec, CT-verde/ amarelo, e ainda, as denominadas “ações transversais” que envolvem mais de um fundo.
2001	<b>Programa Institutos do Milênio</b>	Estimula a formação de redes de pesquisa entre laboratórios, de modo a potencializar a infraestrutura física existente.
2004	<b>2ª CNCTIS</b>	2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde - aproximou os objetivos da Política Nacional de Saúde (PNS) com os da Política Nacional de Ciência e Tecnologia (PNCT) incrementando a articulação entre os setores da Saúde, Educação e Ciência e Tecnologia.
	<b>PNCTIS</b>	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - orienta para que o desenvolvimento nacional em CT&I/S se faça de modo sustentável, e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País.
	<b>ANPPS</b>	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde – orienta as prioridades de pesquisa a serem fomentadas, em consonância com os princípios do SUS.
	<b>Lei nº 10.973/2004 - Lei da Inovação</b>	Estabelece medidas de incentivo à CT&I no ambiente produtivo, visando à habilitação e alcance da autonomia tecnológica e ao desenvolvimento industrial do país.
	<b>PITCE</b>	Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior – define a inovação como eixo central da política produtiva e de comércio exterior.
	<b>Lei nº 11.105/2004 Lei de Biossegurança</b>	Estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam Organismos Geneticamente Modificados – (OGM) e seus derivados.
	<b>Lei nº 11.196/2005 Lei do Bem</b>	Dispõe sobre incentivos fiscais para a inovação tecnológica.
2006	<b>Programa de Subvenção Econômica</b>	Promove ascensão das atividades de inovação e o incremento da competitividade das empresas e da economia do País.
2007	<b>PACTI (2007-2010)</b>	Plano de Ação de Ciência, Tecnologia e Inovação – buscou incrementar a produção científica e tecnológica do país.
2008	<b>PDP</b>	Política de Desenvolvimento Produtivo – incrementa o Complexo Econômico Industrial (CEI) em seus diversos setores, entre eles as parcerias universidade/ empresas.

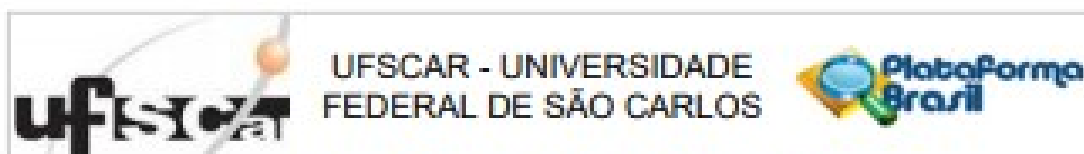
	<b>Portaria GM/MS n° 1.942/2008 GECIS</b>	Cria o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde para a implementação do marco regulatório brasileiro que dispõe sobre as estratégias para o fortalecimento do Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde (CEIS).
	<b>Programa INCT</b>	Programa dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia. 82 INCT são da área da Saúde, dentre os 252 fomentados em 2016.
	<b>Portaria GM/MS n° 978/2008</b>	Define produtos estratégicos para o SUS. Prioriza o fomento à PD&I e a fabricação de vacinas, hemoderivados e produtos para doenças negligenciadas.
2009	<b>PNGTS</b>	Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde – promove atividades gestoras relacionadas aos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde.
	<b>Lei n°. 12.101/2009 Proadi - SUS</b>	Cria o Programa de Apoio de Desenvolvimento Institucional para o SUS (Proadi-SUS), apoiando pesquisas estratégicas para o SUS, por meio de recursos de isenção fiscal. Fazem parte desse programa os hospitais de excelência.
2010	<b>Lei n°. 12.349/2010 - Lei de Compras Públicas</b>	Promove a substituição de importações de produtos manufaturados e serviços nacionais resultantes de desenvolvimento e inovações tecnológicas realizadas no país.
	<b>Plano Nacional de Pós-Graduação (2011-2020)</b>	Prioriza as ações de P&D em saúde, dentre elas: promover pesquisa agregando ensino de pós-graduação – empresa – sociedade; estimular a parceria universidade – empresa; promover cooperação internacional; contribuir para o fortalecimento dos INCT e dos Centros de Pesquisa, de Difusão e de Inovação; <i>apoiar o fortalecimento da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC)</i> .
2011	<b>Agenda PESS</b>	Agenda de Pesquisa Estratégica para o Sistema de Saúde - define as linhas de pesquisa do SUS, para atender aos objetivos estratégicos definidos no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015.
	<b>Plano Brasil Maior 2011-2014</b>	Fortalece a cadeia produtiva, de inovação e de competitividade nacional seguindo as linhas de ação das PDP e da PITCE com vistas ao apoio, e ao desenvolvimento e execução de portfólios tecnológicos nas empresas.
	<b>Lei n°. 12.401/2012</b>	Cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS. Responsável por assessorar o MS na incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novas tecnologias em saúde.
2012	<b>Estratégia Nacional de CTI 2012-2015</b>	Incrementa a inovação nas empresas e consolida o Sistema nacional de Inovação (SNI).
	<b>Portaria GM/MS n° 837/2012</b>	Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das parcerias para o desenvolvimento produtivo, fomenta a parceria entre instituições públicas e privadas, estimulando a transferência tecnológica para o país.
	<b>Resolução CNS 466/2012</b>	Regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.
	<b>Lei n°. 12.715/2012 - Pronon e Pronas/PCD</b>	Cria o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) que visa a incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos no campo da oncologia e da pessoa com deficiência, respectivamente, com recursos provenientes de deduções fiscais no Imposto de Renda.

2013	<b>INOVA-SAÚDE (2013-2017)</b>	Apoia atividades de PD&I em projetos de instituições públicas e privadas que atuam no CEIS permitindo a continuidade do financiamento a projetos com potencial para a diminuição da dependência tecnológica do País frente aos insumos utilizados no campo da saúde.
	<b>Portaria GM/MS n° 3.089</b>	Prioriza o fomento científico e tecnológico para os biomateriais e produtos relacionados à oncologia, às doenças crônicas não transmissíveis, às doenças negligenciadas, às enfermidades virais, às doenças sexualmente transmissíveis e à Aids.
	<b>Decreto 8.065/2013 § 31</b>	Atribui ao Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) a participação na formulação, implementação e avaliação da PNCTIS tendo como pressupostos as necessidades demandadas pela PNS e a observância dos princípios e diretrizes do SUS; coordenar e executar as ações do MS no campo da P&D em saúde, e promover a articulação intersetorial no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia.
	<b>Portaria GM/MS n° 2.531/2013</b>	Redefine a lista de produtos prioritários para o investimento do SUS em P&D, produção e estabelecimento de PDP.
	<b>PNPC</b>	Programa Nacional das Plataformas do Conhecimento - apoia as parcerias entre empresas e instituições de pesquisa científica e tecnológica, nacionais e internacionais, para a realização de encomendas tecnológicas e para obtenção de produtos ou processos inovadores, de bens ou serviços, que envolvam risco tecnológico.
2015	<b>Emenda Constitucional n° 85/2015</b>	Código Nacional de C&T - altera e adiciona dispositivos na Constituição Federal para atualizar o tratamento das atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação.
2016	<b>Resolução CNS n° 506/ 2016</b>	Regulamenta o processo de acreditação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) que compõem o Sistema CEP/Conep e dá outras orientações.
	<b>Lei n° 13.243/2016</b>	Marco legal de CT&I - Dispõe sobre o estímulo ao desenvolvimento científico, a pesquisa a capacitação científica tecnológica e a inovação.
	<b>Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (Encti)</b>	Orientação estratégica de médio prazo para a implementação de políticas públicas na área de CT&I, bem como servir de subsídio à formulação de outras políticas de interesse.
2018	<b>Decreto 8.898</b>	Dispõe sobre o Conselho Nacional de C&T.
	<b>Plano de ação em Ciência, Tecnologia e Inovação para a Saúde</b>	Promover a ciência, a tecnologia e a inovação por meio de pesquisa básica, aplicada e translacional em saúde para fortalecer a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças, bem como diminuir a dependência externa de produtos e tecnologias.
2019	<b>Portaria 6.762</b>	Institui o Programa Nacional de Apoio aos Ambientes Inovadores.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016; BRASIL, 2018a; CHIARINI, 2020; TENÓRIO et al., 2017.

## ANEXO II

**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: UM OLHAR A PARTIR DO CAMPO CTS

**Pesquisador:** Luiz Henrique Chenchi

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 27008619.1.0000.5604

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.901.113

**Apresentação do Projeto:**

Intitulado POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA: UM OLHAR A PARTIR DO CAMPO CTS, apresenta-se como resumo do Projeto em apreciação: As questões envolvidas na relação ciência, tecnologia e sociedade/políticas públicas/saúde encadeiam o desenvolvimento econômico com a produção de tecnologias e suas consequências sociais. A Assistência Farmacéutica (AF) se enquadra neste panorama como política de saúde com grandes investimentos públicos em pesquisas e produção, que deveriam ser empregados para garantir o acesso da população ao medicamento com seu uso racional. O Ministério da Saúde (MS) através do Departamento de Assistência Farmacéutica (DAF) estabelece as normativas para o setor através de políticas públicas (como o Programa Farmácia Popular, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, Sistema Honor, entre outros), as quais sinalizam como indicadores da AF para estados e municípios. Na prática, ainda se nota pouca resolutividade na garantia de uma AF de qualidade nas unidades públicas de saúde e obstáculos em vários níveis da rede para execução das propostas. Este projeto de pesquisa pretende examinar o contexto em que se desenvolve a política de AF no município de São Carlos, localizado no interior do estado de São Paulo, identificando os atores envolvidos, as ações traçadas e os meios praticados. Utilizará o método de pesquisa qualitativa em saúde, através de entrevistas com roteiro semiestruturado e empregará a análise hermenêutica-dialética na busca de apreender as perspectivas dos atores envolvidos na rede de AF (gestores, trabalhadores e usuários), com base nas políticas públicas

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

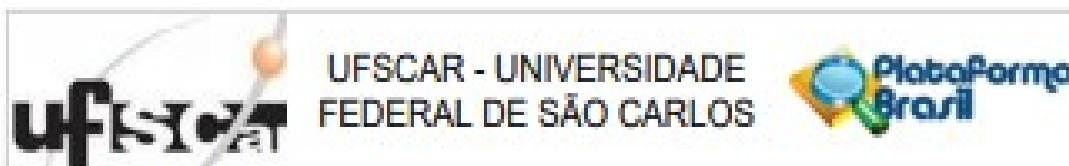
**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.505-900

**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9593

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.661.113

resultantes das investigações iniciais no campo. Espera-se que os principais entraves aos avanços, no âmbito municipal, da área se revelem; que os produtos advindos dos investimentos em pesquisa e políticas públicas estejam disponíveis à população e que as diretrizes para uma rede de cuidado da AF efetiva e prática sejam apontados.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **PRIMÁRIO:**

Examinar a prática da política de assistência farmacêutica no município de São Carlos-SP, considerando que a conexão entre inovação, produção de novos fármacos e garantia do acesso com uso racional é parte integrante do campo CTS.

##### **SECUNDÁRIOS:**

- Descrever a estrutura e funcionamento da rede de AF em São Carlos-SP; identificar as políticas e programas em exercício e os atores imbricados em seus desdobramentos na rede municipal;
- Verificar os aspectos que dificultam a implantação e efetividade dos serviços farmacêuticos;
- Discutir proposições que se materializem em contribuição para a gestão da prática farmacêutica;
- Relacionar a percepção dos atores frente à rede de AF municipal com os indicadores propostos pelas políticas do setor.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No TCLE RISCOS E BENEFÍCIOS são explicitados da seguinte maneira: Quanto aos RISCOS declara que as perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que os riscos associados com a participação na pesquisa consistem em estresse e desconforto, cansaço físico e/ou psicológico, irritabilidade, falta de atenção ou qualquer risco não previsto neste termo, como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e também constrangimento e intimidação pelo fato do pesquisador já ter atuado na rede municipal de saúde em estudo. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, o entrevistador irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário,

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.562-905

**UF:** SP

**Município:** SÃO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.981.113

visando o bem-estar de todos os participantes.

Quanto aos BENEFÍCIOS declara-se que a pesquisa está em revelar os principais entraves aos avanços na área e apontar caminhos e diretrizes para uma gestão e propagação efetiva da AF, buscando a melhoria e qualidade dos serviços.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância social, acadêmica no âmbito da saúde. Trata-se de uma abordagem qualitativa para examinar a política pública da Assistência Farmacêutica (AF) no município de São Carlos, Estado de São Paulo, seus impactos para a saúde da população e os desafios para implantação e gestão dessa política, como o caminho a ser percorrido na busca por melhorias e soluções, tendo em vista a importância do medicamento na perspectiva Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS). O trabalho envolverá a cidade de São Carlos que integra o Departamento Regional de Saúde III, região administrativa central do Estado de São Paulo sediada em Araraquara. Como técnica de pesquisa qualitativa será empregada a entrevista, do tipo semi-estruturada. Serão convidados a participar os sujeitos gestores da AF, trabalhadores do setor de farmácia pública, como farmacêuticos e atendentes de farmácia e usuários do serviço das farmácias, por serem consideradas as pessoas capazes de informar e explicitar suas perspectivas acerca das questões que envolvem a pesquisa. Os dados obtidos serão analisados empregando-se a técnica da hermenêutica-dialética.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pelo enquadre proposto no estudo evidencia-se a aderência deste Projeto à Resolução 466 de 2012 e 510/2016.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se a **APROVAÇÃO**

**Considerações Finais a critério do CEP:**

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 335	<b>CEP:</b> 13.565-905
<b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO CARLOS
<b>Telefone:</b> (16)3351-9685	<b>E-mail:</b> csp@umanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.901.113

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1065978.pdf	13/12/2019 09:37:39		Aceito
Folha de Rosto	FolhaeRosto.pdf	12/12/2019 11:03:19	Luiz Henrique Chenchi	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTA.pdf	12/12/2019 11:00:36	Luiz Henrique Chenchi	Aceito
Outros	CartaAutorizacao.pdf	12/12/2019 10:59:54	Luiz Henrique Chenchi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/12/2019 10:54:17	Luiz Henrique Chenchi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutorado2019Luiz.pdf	25/11/2019 21:41:32	Luiz Henrique Chenchi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 05 de Março de 2020

---

Assinado por:  
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO  
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3334-6685 E-mail: csp@ufscar.br



## ANEXO III

**Regulamentação AF: normatizações relacionadas com Assistência Farmacêutica, publicadas ou em tramitação.**

TEMA	ORIGEM	TIPO	Nº	DAT A	EMENTA/RESUMO	STATUS	LINK
Execução do CEAF	CGCEAF/DAF/SCTIE/MS	Ofício Circular	17	07/05/20	Orientações sobre execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no atual cenário de pandemia do COVID-19.	Vigente	<a href="http://saude.gov.br/images/pdf/2020/May/18/Oficio-Circular-n-----17-2020--CGCEAF-DAF-SCTIE-MS---0014740655.pdf">http://saude.gov.br/images/pdf/2020/May/18/Oficio-Circular-n-----17-2020--CGCEAF-DAF-SCTIE-MS---0014740655.pdf</a>
Profissionais de Saúde	MEC	Portaria	374	03/04/20	Dispõe sobre a antecipação da colação de grau para os alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, exclusivamente para atuação nas ações de combate à pandemia do novo coronavírus - COVID-19.	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/web/dou/-/portarian-374-de-3-de-abrilde-2020-251289249">http://www.in.gov.br/web/dou/-/portarian-374-de-3-de-abrilde-2020-251289249</a>
Capacitação	GM/MS	Portaria	639	02/04/20	Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Cria um cadastro de profissionais de saúde, para consulta dos gestores no enfrentamento a COVID-19.	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/en/web/dou/portaria-n-639-de-31-de-marco-de2020-250847738">http://www.in.gov.br/en/web/dou/portaria-n-639-de-31-de-marco-de2020-250847738</a>
Preços Medicamentos	PR	Medida Provisória	933	31/03/20	Suspende, pelo prazo que menciona, o ajuste anual de preços de medicamentos para o ano de 2020. (60 dias)	Vigente	<a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/At_o2019-2022/2020/Mpv/mpv_933.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/At_o2019-2022/2020/Mpv/mpv_933.htm</a>
Profissionais de Saúde	MS	Portaria	580	27/03/20	Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19).	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/web/dou/-/portarian-580-de-27-demarco-de-2020250191376?inheritRedirect=true&amp;redirect=%2Fweb%2Fguest%2Fsearch%3Fstart%3D4%26qSearch%3Dpandemia">http://www.in.gov.br/web/dou/-/portarian-580-de-27-demarco-de-2020250191376?inheritRedirect=true&amp;redirect=%2Fweb%2Fguest%2Fsearch%3Fstart%3D4%26qSearch%3Dpandemia</a>
Distribuição, armazenamento e transporte de medicamentos	Anvisa	Resolução (RDC)	360	27/03/20	Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 304, de 17 de setembro de 2019, que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/web/dou//resolucao- rdc-n360-de-27-demarco-de-2020-250404862">http://www.in.gov.br/web/dou//resolucao- rdc-n360-de-27-demarco-de-2020-250404862</a>
Capacitação	GM/MS	Portaria	580	27/03/20	Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Concede bonificação de 20% sobre o valor da bolsa paga aos residentes, pelo prazo de seis meses, como reconhecimento pelo trabalho prestado e incentivo ao enfrentamento da epidemia provocada pelo coronavírus no país.	Vigente	<a href="https://bvsm.saudef.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2020/prt0580_30_03_2020.html">https://bvsm.saudef.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2020/prt0580_30_03_2020.html</a>
Execução do CEAF	CGCEAF/DAF/SCTIE/MS	Ofício Circular	11	25/03/20	Novas orientações para o Componente Especializado Assistência Farmacêutica durante a situação de epidemia de COVID-19.	Vigente	<a href="http://saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/13/OficioCircular-n---11-2020-CGCEAFDAF-SCTIE-MS---0014141749.pdf">http://saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/13/OficioCircular-n---11-2020-CGCEAFDAF-SCTIE-MS---0014141749.pdf</a>

Imposto de Importação	Ministério da Economia/Câmara de Comércio Exterior/Comitê Executivo de Gestão	RESOLUÇÃO	22	25/03/20	Concede redução temporária, para zero por cento, da alíquota do Imposto de Importação ao amparo do artigo 50, alínea d, do Tratado de Montevidéu de 1980, internalizado pelo Decreto Legislativo nº 66, de 16 de novembro de 1981, tendo por objetivo facilitar o combate à pandemia do Corona Vírus / Covid-19.	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-22-de-25-de-marco-de-2020-249807290?inheritRedirect=true&amp;redirect=%2Fweb%2Fguest%2Fsearch%3FqSearch%3DCLOROQUINA">http://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-22-de-25-de-marco-de-2020-249807290?inheritRedirect=true&amp;redirect=%2Fweb%2Fguest%2Fsearch%3FqSearch%3DCLOROQUINA</a>
Regras da Portaria nº 344/1998	Anvisa	RDC	357	24/03/20	Estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/en/web/dou/resolucao- rdc-n357-de-24-de- marcode-2020- 249501721">http://www.in.gov.br/en/web/dou/resolucao- rdc-n357-de-24-de- marcode-2020- 249501721</a>
Controle Hidroxicloroquina e Cloroquina	Anvisa	RDC	354	23/03/20	Altera a RDC nº 351/2020	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/en/web/dou/resolucao- rdc-n354-de-23-de- marcode-2020- 249317430">http://www.in.gov.br/en/web/dou/resolucao- rdc-n354-de-23-de- marcode-2020- 249317430</a>
Capacitação	GM/MS	Portaria	492	23/03/20	Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19).	Vigente	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0492_23_03_2020.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0492_23_03_2020.html</a>
Financiamento	GM/MS	Portaria	480	23/03/20	Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID 19.	Vigente	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0480_25_03_2020.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0480_25_03_2020.html</a>
Telemedicina	GM/MS	Portaria	467	20/03/20	Regulamenta a telemedicina e define que pode contemplar o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada. A regulamentação ainda determina que os atendimentos promovidos por meio de dispositivos de telemedicina sejam registrados em prontuário clínico. A emissão de receitas e atestados médicos à distância deverão se dar por meio do uso de assinatura eletrônica certificada.	Vigente	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0467_23_03_2020_extra.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0467_23_03_2020_extra.html</a>
Controle Hidroxicloroquina e Cloroquina	Anvisa	RDC	351	20/03/20	Inclusão dos medicamentos hidroxicloroquina e cloroquina na Portaria SVS/MS nº 344/1998	Vigente	<a href="http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/Resolucao%20n%C2%BA%20351ANVISA.htm">http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/Resolucao%20n%C2%BA%20351ANVISA.htm</a>
Declaração ESPIN	GM/MS	Portaria	188	19/03/20	Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).	Vigente	<a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html</a>
Telemedicina	CFM	Ofício	1756	19/03/20	Ofício do CFM ao GAB/MS em que reconhece a possibilidade e a eticidade da utilização da telemedicina, além do disposto	Comunicação	<a href="http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf">http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf</a>

					na Resolução CFM nº 1.643, de 26 de agosto de 2002, nos ESTRITOS e SEGUINTEs termos: Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento; Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença. Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.		
Financiamento	GM/MS	Portaria	430	19/03/20	Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) no país, para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).	Vigente	<a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0430_20_03_2020.html">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0430_20_03_2020.html</a>
Execução da AF	GAB/SCTIE/MS	Nota Informativa	1	19/03/20	Orientações para a Assistência Farmacêutica durante a situação de epidemia de COVID-19	Vigente	<a href="https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/23/NotaInformativa-n---1--GAB-SCTIE-MS.pdf">https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/23/NotaInformativa-n---1--GAB-SCTIE-MS.pdf</a>
Saúde Suplementar	MS	Portaria GM/MS	428	19/03/20	Altera a Resolução Normativa - RN nº 428, de 07 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo Coronavírus.	Vigente	<a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0428_20_03_2020.html">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0428_20_03_2020.html</a>
Execução do CEAF	CGCEAF/DAF/SCTIE/MS	Ofício Circular	09	18/03/20	Orientações para o Componente Especializado Assistência Farmacêutica durante a situação de epidemia de COVID19	Vigente	<a href="http://saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/13/OficioCircular-n---09-2020-CGCEAFDAF-SCTIE-MS.pdf">http://saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/13/OficioCircular-n---09-2020-CGCEAFDAF-SCTIE-MS.pdf</a>
Execução da AF	CPFP/CGAFB/DAF/SCTIE/MS	Nota Técnica	134	18/03/20	Alterações no programa farmácia popular devido à situação de emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (covid19). Atualizada pelo OFÍCIO Nº 498/2020/CPFP/CGAFB/DAF/SCTIE/MS.	Vigente	<a href="https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/08/NotaTecnica-134-2020-FARMACIA-POPULAR.pdf">https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/08/NotaTecnica-134-2020-FARMACIA-POPULAR.pdf</a>
Execução do CEAF	GM/MS	Portaria	13	06/01/20	Altera regras de execução do CEAF - LME 6 meses, validade da LME, modelo LME	Vigente	<a href="http://saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/13/PORTARIA-N--13-2020.pdf">http://saude.gov.br/images/pdf/2020/Apr il/13/PORTARIA-N--13-2020.pdf</a>
Interlocação MP/SMS e SES	MP	Portaria	01	01/01/20	Define promotores e procuradores que atuarão como membros focalizadores em todos os estados para promover a interlocação entre os membros do Ministério Público brasileiro com as secretarias de saúde estaduais e municipais, bem como outros órgãos ligados à temática COVID-19 e com o próprio Giac.	Vigente	<a href="http://www.in.gov.br/web/dou/-/portariagiac-covid-n-1-de-marco-de-24-de-2020-249812767?inheritRedirect=true&amp;redirect=%2Fweb%2Fguest%2Fsearch%3FqSearch%3Dcovid">http://www.in.gov.br/web/dou/-/portariagiac-covid-n-1-de-marco-de-24-de-2020-249812767?inheritRedirect=true&amp;redirect=%2Fweb%2Fguest%2Fsearch%3FqSearch%3Dcovid</a>

Telemedicina	CFM	Resolução	2.228	07/08/02	Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Reestabelece os efeitos da RESOLUÇÃO CFM Nº 1.643, DE 7 DE AGOSTO DE 2002 – Não menciona assinatura eletrônica.	Vigente - Revisão prevista após ESPIN, conforme PL 696/2020.	<a href="https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643">https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643</a>
Receita digital	Senado	Emenda a PL	696		Libera a dispensação para até 03 vezes mais o prescrito, durante calamidade pública.	Aprovado com emenda de redação	<a href="https://legis.senado.eg.br/sdleggeter/documento?dm=8082484&amp;disposition=inline">https://legis.senado.eg.br/sdleggeter/documento?dm=8082484&amp;disposition=inline</a>
Telemedicina	Câmara	PL	696		Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARSCoV-2). Prevê receituário com assinatura eletrônica ou digitalizada. Prevê regulamentação da Telemedicina pelo CFM, após ESPIN.	Aprovado. Aguarda SANÇÃO	<a href="https://legis.senado.leg.br/sdleggeter/documento?dm=8083024&amp;ts=1585787743828&amp;disposition=inline">https://legis.senado.leg.br/sdleggeter/documento?dm=8083024&amp;ts=1585787743828&amp;disposition=inline</a>

Fonte: Extraído do site do Ministério da Saúde (BRASIL,2020b).

**ANEXO IV****Portaria 013/2018 – SMS (BRASIL, 2018d)**

PORTARIA Nº 013/18-SMS DE 28 DE MARÇO DE 2018 O Secretário Municipal de Saúde, CARLOS EDUARDO COLENCI, no uso de suas atribuições legais e, em especial, as que lhe são conferidas pelo inciso I do artigo 18 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei Municipal nº 10.418, de 25 de abril de 1991 e alterações posteriores, e pelo Decreto Municipal nº 246, de 29 de agosto de 2014, e tendo em vista o que consta do Processo nº 737/2007, Considerando o que dispõe o art. 196 da Constituição Federal, que garante a todos os cidadãos o acesso universal à saúde, de forma igualitária, sendo dever do Estado a implantação de políticas sociais e econômicas; Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando a Portaria GM/MS nº 3916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos; Considerando o elenco de medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e a necessidade de complementar a relação de substâncias necessárias para tratamento das patologias conforme perfil epidemiológico loco-regional; Considerando a necessidade de oferecer aos usuários, de acordo com rigorosos critérios técnicos e estudos de medicina baseada em evidências clínicas, um elenco definido de medicamentos, de forma regular e contínua, para o atendimento dos agravos mais prevalentes ou de maior demanda no município; Considerando a Deliberação CIB - 72, de 20-12-2013, que aprova as diretrizes para a dispensação de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no Estado de São Paulo; Considerando a Resolução SS - 83, de 17-08-2015 da Secretaria Estadual da Saúde, que dispõe sobre a prescrição no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS; Considerando a Resolução CREMESP Nº 278 de 23-09-2015, que regulamenta a prescrição médica de medicamentos no âmbito do Estado de São Paulo; Considerando a Portaria nº 009/07-SMS de 16 de abril de 2007, que trata da definição dos medicamentos padronizados para prescrição e uso no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de São Carlos, Considerando a Portaria nº 004/10-SMS de 07 de junho de 2010, que trata da inclusão/exclusão dos medicamentos padronizados para prescrição e uso no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de São Carlos, Considerando o Ofício Circular nº 01/2010 - SMS de 20/12/2010 que orienta sobre as inclusões de medicamentos na REMUME define seus respectivos anexos, os protocolos, requisitos e/ou orientações para dispensação; Considerando a Portaria nº 021/2010 - SMS, que orienta o fluxo de atendimento e normativas para a dispensação de medicamentos da rede pública municipal; Considerando a Portaria nº 047/12-SMS, de 21 de agosto que inclui medicamentos na REMUME; Considerando a Portaria 007/07-SMS, que instituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos e delega à Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica, poderes deliberativos e normativos sobre a formulação e implementação das políticas relacionadas com seleção, programação, prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos, por meio da elaboração, e atualização constante da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, bem como protocolos clínicos, num processo dinâmico, participativo e multidisciplinar, de forma a garantir terapêutica segura e racional com melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde. RESOLVE e DETERMINA: Art. 1º - Retificar a REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - 2017, legitimada através da Portaria 009/2007 e redefinir os medicamentos padronizados para prescrição e uso, exclusivo, no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de São Carlos. Art. 2º. -

Normatizar a prescrição e a dispensação de medicamentos, e orientar o fluxo de dispensação no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único municipal. Art. 3º - Definir que a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos-SP - fornecerá os medicamentos constantes nesta relação, exclusivamente, para os usuários residentes e domiciliados no Município de São Carlos, mediante apresentação de prescrições da rede pública e respeitando os Protocolos Clínicos elaborados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica e restrições de uso. Art. 4º. Estabelecer que os medicamentos e nutrição padronizados serão divididos em três grupos (protocolos) a saber: I - Medicamentos a serem dispensados em unidades específicas da rede municipal de saúde, mediante prescrição emitida por profissionais vinculados aos respectivos serviços e devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, que atendam a requisitos previstos em protocolos técnicos pré-estabelecidos (Protocolo I - vide Anexo I); II - Medicamentos de uso restrito aos procedimentos realizados pelas equipes das unidades de saúde, incluindo as unidades móveis sendo vedada a dispensação ambulatorial dos mesmos (Protocolo II - vide Anexo I); III - Fórmulas Nutricionais: Dispensadas aos pacientes cadastrados no Programa de Acompanhamento Nutricional da rede pública municipal, de acordo com Portaria específica. (Protocolo III - vide Anexo II). Parágrafo único - Além dos medicamentos relacionados nos anexos desta portaria, o município de São Carlos fornecerá, também, aqueles constantes nos programas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e do Ministério da Saúde, mediante a sua disponibilidade, observados os critérios estabelecidos por aqueles órgãos. Art. 5º. Somente serão aviadas receitas que apresentem: a. Carimbo da Unidade de Saúde ou identificação do estabelecimento de saúde da rede SUS; b. Nome completo do paciente; c. Medicamentos prescritos pela denominação comum brasileira (DCB) (princípio farmacologicamente ativo / denominação genérica) e de acordo com o sistema de pesos e medidas oficiais; d. Indicações de posologia e duração do tratamento, prescritas em caligrafia legível à tinta ou digitada, sem rasuras, com data de sua emissão, nome e assinatura do prescritor com seu respectivo número de registro no conselho de classe correspondente. Na ausência de carimbo, equivale-se o nome completo e legível do prescritor com número de registro no Conselho Regional. § 1º - Não serão aceitas prescrições com abreviaturas e fica determinado que toda prescrição que estiver pelo nome comercial será exclusivamente para compra e não será feita intercambialidade nas Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM's). Fica entendido que nestes casos o usuário foi orientado a efetuar a aquisição do medicamento no mercado privado. § 2º - A responsabilidade pelo fornecimento de receita em duas vias ao usuário é da instituição de procedência. Art. 6º. Para a dispensação dos medicamentos específicos ou com restrição de uso, a primeira prescrição deverá ser, obrigatoriamente, do especialista da rede pública municipal ou unidade pública de saúde referenciada. O acompanhamento e seguimento posterior, para tratamento com estes medicamentos de uso contínuo, poderá ser prescrito nas Unidades de Saúde (UBS/USF), quando contra referenciados pelo especialista. Exceto as prescrições das insulinas de ação ultrarrápida e lenta de acordo com protocolo exclusivo da Endocrinologia da Secretaria Municipal de Saúde. Art. 7º. O formulário para cadastramento do paciente diabético para uso das insulinas de ação ultrarrápida e lenta, padronizadas pela REMUME deverá, obrigatoriamente, ser preenchido pelo endocrinologista em duas vias. Retém-se uma via no prontuário do paciente no Centro Municipal de Especialidades (CEME) e a segunda deverá ser anexada ao receituário. Após a dispensação na Farmácia de referência, este formulário será, obrigatoriamente, encaminhado para arquivo no prontuário da Unidade de Saúde (UBS/USF) onde faz acompanhamento. Art. 8º. As prescrições de medicamentos de uso contínuo para tratamento de doenças crônicas poderão ser feitas para no máximo 6 (seis) meses, a contar da data de emissão. Sendo o prazo máximo para primeira retirada de 30 (trinta) dias. Art. 9º. As prescrições de medicamentos contraceptivos e para terapia de reposição hormonal poderão ser feitas para até no máximo 1 (um) ano de tratamento. Art. 10º.

A prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial deve, obrigatoriamente, atender ao disposto em legislação específica, conforme regulamentação da Portaria nº 344 de 1998 e suas atualizações e RDC's 20 de 2.011 e 68 de 2014. Não serão aceitas fotocópias como segunda via. § 1. - No caso da prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial, em quantidade que exceda a prevista em legislação específica, é dever do prescritor, justificar a posologia incluindo o CID (Classificação Internacional de Doenças). § 2. - No caso de terapêuticas com antimicrobianos que exceda os 10 (dez) dias, o prescritor deverá expressar a validade da receita. Art. 11º. Os pacientes, residentes e domiciliados no município, atendidos nas Unidades de Saúde e que tenham sido referenciados aos Ambulatórios Especializados e Hospitais do SUS, poderão retirar os medicamentos nas Farmácias Municipais, mediante apresentação de receituário e cartão de matrícula, desde que os medicamentos constem da REMUME e que o receituário esteja em conformidade com artigo 4º desta Portaria. Art. 12º. Referente aos receituários oriundos das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Hospital Universitário - UFSCar e Santa Casa de Misericórdia serão atendidos e fornecida medicação para uso agudo e na quantidade estabelecida pelo período determinado, não excedendo 30 dias de tratamento. Para estas Unidades as receitas não se caracterizarão como uso crônico ou contínuo e devem estar acompanhadas com orientação ou encaminhamento para seguimento com profissional das Unidades de Saúde municipais. A medicação poderá ser fornecida, exclusivamente nestes casos, até no máximo a data de consulta agendada. Parágrafo único - São aceitas como uso contínuo as prescrições do Hospital Universitário - UFSCar - para especialidades conveniadas com o Município (referenciadas). Art. 13º. As prescrições de medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98) originárias das Unidades de atendimento de urgência e Emergência serão dispensadas, em quantidade mínima que cubra o período de agendamento para consulta com médico da Unidade de Saúde (USF, UBS ou Centro Municipal de Especialidades - CEME). Art. 14º. Os medicamentos pertencentes aos programas específicos deverão ser retirados nas Farmácias do Componente Especializado (Alto Custo) e Farmácia de Especialidades, conforme referências. Art. 15º. Na primeira dispensação, de medicamentos regulamentados em protocolos para especialistas, deverá ser registrado no Programa Informatizado de dispensação, no espaço de observações, nome do médico e data da consulta para caracterizar cadastramento no tratamento específico e comprovar cumprimento de requisito do protocolo. As próximas dispensações, inclusive com médico da Unidade de Saúde (UBS, USF), ficam liberadas desde que observado o cadastramento, exceto para insulinas com protocolos. Art. 16º. As prescrições de medicamentos padronizados e prescritos pelo nome genérico oriundas das Unidades vinculadas à rede pública, demandadas após internações ou procedimentos cirúrgicos, serão atendidas nas Farmácias de referência e/ou na Farmácia de Especialidades para usuários da Regional Vila Isabel e imediato agendamento de consulta com especialista no CEME ou clínico da Unidade de Saúde de referência para continuidade do tratamento. Art. 17º. As restrições de uso e justificativas do Anexo I deverão, obrigatoriamente, serem respeitadas e apresentadas totalmente preenchidas para o aviamento. Art. 18º. Os formulários para justificativa estarão disponíveis nas Unidades de Saúde que contemplem os profissionais envolvidos com os protocolos. Art. 19º. O dispensador deverá anotar na receita, a quantidade do medicamento que foi atendida, a data e seu nome de forma legível. § 1º - A primeira via da receita deve ser devolvida ao usuário e a segunda via ficar retida na Farmácia e arquivada pelo prazo de 1 (um) ano, para fins administrativos. § 2º - As receitas de medicamentos sujeitos a controle especial devem atender à legislação específica, sob todos os aspectos. Art. 20º. A quantidade dispensada de medicamentos não sujeitos a controle especial, destinados ao tratamento de doenças crônicas, de uso contínuo, deve ser suficiente para no máximo 30 (trinta) dias de tratamento. § 1º - O usuário deverá utilizar a primeira via da receita para retirar o(s) medicamento(s) mensalmente, durante o prazo estabelecido pelo prescritor dentro do

limite estabelecido nos artigos 6º e 7º desta Portaria e que não exceda a validade da receita. Art. 21º. Os medicamentos de uso exclusivo nas Unidades de Saúde, conforme especificados na REMUME (medicamentos para inalação e injetáveis de uso restrito) não serão fornecidos aos pacientes, devendo estes retornar à unidade de saúde para cada aplicação, mediante apresentação do receituário. § 1º - No horário de aplicação ou inalação que a Unidade estiver fechada este procedimento deverá ser realizado na Unidade de Pronto Atendimento. Art. 22º. Nos casos de supervisão da equipe com relação ao atendimento domiciliar e em situações especiais, os medicamentos para inalação, curativos e injetáveis poderão ser fornecidos para uso na residência. Art. 23º. Prescrições oriundas das Unidades de Saúde da Família com medicamentos de uso restrito a especialista, o prescritor deverá, obrigatoriamente, preencher justificativa e na falta de formulário próprio fazer justificativa ou relatório de próprio punho. Art. 24º. Medicamentos de uso contínuo são considerados, apenas, os medicamentos para tratamento de doenças crônicas. Art. 25º. Nas prescrições de analgésicos, anti-inflamatórios e miorrelaxantes musculares para uso agudo será fornecida quantidade máxima para 10 (dez) dias de tratamento. Período maior de tratamento deverá apresentar justificativa de uso contínuo de AIES OU AINES. Art. 26º. Nos receituários onde constar como posologia: "se dor", "se febre", "quando necessário", será fornecido uma cartela, um frasco ou uma unidade correspondente deste medicamento. Art. 27º. Publicação do Protocolo do Programa de Acompanhamento Nutricional do Centro Municipal de Especialidades, através de portaria, elaborado pela Nutricionista Ana Cristina do Amaral Camossa, pela assistente Social Silvia Bianco do Amaral e membros da rede pública de saúde, estabelecendo critérios e fluxo para atendimento e acompanhamento de pacientes com necessidades especiais de alimentação. Art. 28º. Nos casos em que a receita esteja em desacordo com o disposto nestas normas, são corresponsáveis pela orientação ao paciente, para resolução da irregularidade da prescrição: o farmacêutico, o dispensador, o prescritor e a coordenação da Unidade de Saúde (supervisor). Art. 29º. Ficam revogadas as Portarias SMS nºs: 009/2007; 004/2010; 021/2010; 040/2012; 047/2012; 048/2012; 002/2016; Circular SMS nº 021/2010 e demais disposições em contrário. Art. 30º. A presente portaria entra em vigor na data de sua publicação. CARLOS EDUARDO COLENCI Secretário Municipal de Saúde Os anexos abaixo relacionados, estão disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento. Anexos da Portaria nº 013/18-SMS ANEXO I - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS 2018 (REMUME) - PROTOCOLOS I E II ANEXO II - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS 2017 (REMUME) - PROTOCOLO III ANEXO III – Justificativa de medicamento - CEFTRIAXONA ANEXO IV - Justificativa de medicamento - RISPERIDONA 1mg/ml solução oral ANEXO V - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO de Tramadol 100mg/ml solução oral ou Tramadol 100mg/2ml solução injetável e/ou Codeína 30mg + paracetamol 500mg comprimido ANEXO VI - Justificativa de uso de Oxcarbazepina 300mg. ANEXO VII - Justificativa de uso de Levofloxacino 500mg. ANEXO VIII - Justificativa de uso de Amoxicilina 250mg + Clavulanato de Potássio 62,5 / 5ml suspensão ou Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg comprimidos. ANEXO IX - Protocolo Clínico do para dispensação do medicamento Clopidogrel 75mg ANEXO X - PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE ANÁLOGOS DE INSULINAS DE LONGA DURAÇÃO (GLARGINA) E DE CURTA DURAÇÃO (LISPRO E ASPART) PARA ATENDIMENTO DO PACIENTE DIABÉTICO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE. ANEXO XI - Fluxo de Fornecimento de medicamento Heparina durante a gestação.