



Gestão da assistência farmacêutica do Brasil: revisão integrativa da literatura

Management of pharmaceutical services in Brazil: integrative literature review

Natália Ferreira de Oliveira¹, Danusio Pinheiro Sartori², Vivian Romero Santiago³, Auriana Serra Vasconcelos⁴

Palavras-chave

Assistência farmacêutica
Gestão em saúde
Serviços de saúde
Revisão de uso de medicamentos

Keywords

Pharmaceutical services
Health management
Health services
Drug utilization review

Recebido em:
19/09/2014

Aprovado em:
27/10/2014

Conflito de interesses:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

RESUMO

Com a Política Nacional de Medicamentos, a assistência farmacêutica (AF) tornou-se parte integrante de um conjunto de práticas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde, tendo o medicamento como principal insumo, porém contemplando atividades que extrapolam o simples abastecimento de medicamentos, compreendendo seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura no sentido de fornecer um documento de atualização e compilação de dados recentes acerca da gestão da AF do Brasil nos últimos anos. Para a busca dos artigos foram consultadas as bases de dados LILACS, SciELO e MEDLINE, com os descritores “gestão da assistência farmacêutica” e “assistência farmacêutica e gestão”. Os critérios de inclusão considerados foram: os artigos eletrônicos estarem disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e que foram publicados no período compreendido entre 2006 e 2013. Para a coleta de dados dos artigos selecionados, foram utilizados os itens: ano, tipo de estudo, título e objetivo. Foram selecionados oito artigos científicos. Observou-se que, apesar de todos os trabalhos apresentarem objetivos diferentes dentro de uma mesma temática, todos trouxeram à tona um problema comum: a falta de estruturação adequada da AF no Brasil. Ficou evidenciado que a AF é ainda vista como um mero setor de fornecimento de medicamentos. Sugere-se, portanto, uma gestão voltada para atividades de natureza administrativa com AF voltada para o medicamento e usuário.

ABSTRACT

With the National Drug Policy, the pharmaceutical care (PC) has become an integral part of a set of practices for the promotion, prevention and health recovery, having the drug as the main ingredient, but contemplating activities that extrapolate the mere supply of drugs, including selection, programming, acquisition, storage, distribution, prescription, dispensing and use. This study has as an objective to carry out an integrative literature review in order to provide an updated document and compilation of recent data on the management of the PC in Brazil in recent years. For the search of articles were consulted the databases LILACS, SciELO and MEDLINE with the descriptors “management of pharmaceutical care” and “pharmaceutical care and management”. Inclusion criteria were: electronic articles are available in full in Portuguese and which were published in the period between 2006 and 2013. To collect the data of the selected articles, the following items were used: year, type of study, title and objective. Eight scientific articles were selected. It was observed that, despite all the articles have different objectives within the same theme, all brought to light a common problem: the lack of proper structuring of PC in Brazil. The study revealed that PC is still seen as a mere drug supply sector. Therefore, it is suggested the management focused on administrative activities with PC facing the drug and user.

Trabalho realizado na Faculdades Nordeste (FANOR) – Fortaleza (CE), Brasil.

1. Farmacêutica Especialista em Gestão pela FANOR – Fortaleza (CE), Brasil.

2. Farmacêutico Especialista em Gestão; Auditor Farmacêutico da UNIMED Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.

3. Farmacêutica Especialista e Doutoranda em Biotecnologia; Perita Legista da Perícia Forense do Estado do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil.

4. Farmacêutica Especialista e Mestranda em Farmacologia; Professora da Disciplina de Farmácia Hospitalar na UNICE Ensino Superior – Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Natália Ferreira de Oliveira – UNICE Ensino Superior – Rua Dona Leopoldina, 912 – Aldeota – CEP 60110-001 – Fortaleza (CE), Brasil – E-mail: nataliaferreira89@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Com a Política Nacional de Medicamentos (PNM)¹, a assistência farmacêutica (AF) tornou-se componente complementar de um conjunto de ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde, tendo o medicamento como principal insumo, todavia contemplando atividades que extrapolam o simples abastecimento de medicamentos², pois no contexto do gerenciamento temos um ciclo logístico que compreende as seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (que abrange a prescrição, a dispensação e o uso)³.

Para garantir a oferta de medicamentos de qualidade, são imprescindíveis ações, no âmbito de outras políticas setoriais, tais como a pesquisa e desenvolvimento, a produção e o registro sanitário de medicamentos³. Apesar de ser uma atividade multidisciplinar, os farmacêuticos são protagonistas por serem os responsáveis pelo uso racional de medicamentos (URM)⁴.

Com tudo isso, os municípios tiveram que contemplar uma série de responsabilidades que exigem conhecimento e habilidades técnicas e gerenciais quando se trata de AF^{2,5}.

A AF tem foco na garantia do acesso e do URM, constituindo, portanto, um dos sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde⁶ e contemplando as diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tais como: integralidade, equidade, universalidade⁷.

Um dos instrumentos elaborados para garantir maior acesso aos medicamentos foi a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), lista norteadora da PNM. A RENAME, que contém medicamentos até a segunda opção terapêutica das doenças mais prevalentes no país, serve de orientação para a elaboração de listas nos níveis estadual e municipal³. Esta deve ser vinculada à lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

A AF compreende dois componentes: a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento.

A gestão técnica da AF envolve um conjunto de atividades farmacêuticas dependentes entre si, com enfoque na qualidade, no acesso e no URM, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos^{2,8}.

A gestão clínica do medicamento está associada à atenção à saúde e aos resultados terapêuticos efetivamente

alcançados, tendo como foco principal o usuário. Trata-se de uma atividade assistencial baseada no processo de cuidado. O medicamento deve estar disponível no momento certo, em perfeitas condições de uso e deve ser fornecido junto a informações que permitam sua correta utilização pelo utente⁹.

Apesar dos esforços em promover uma AF de qualidade, muitos estudos demonstram que o Brasil é um país que ainda deixa muito a desejar em desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, infraestrutura e operacionalidade e no atendimento da alta demanda populacional por medicamentos^{10,11}.

Apesar de existirem muitos estudos sobre a AF incluindo aspectos relacionados à gestão, poucos são os estudos voltados para realização de um apanhado acerca do que se tem publicado sobre o assunto. Portanto, o presente estudo apresentou como principal objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura no sentido de fornecer um documento de atualização e compilação de dados recentes acerca da gestão da AF do Brasil nos últimos anos.

METODOLOGIA

Realizou-se neste estudo uma revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão trata-se de um procedimento em que as pesquisas são sumarizadas e conclusões são determinadas considerando o delineamento do estudo; portanto possibilita uma visão geral e avaliação do conhecimento produzido sobre um dado assunto para sua inclusão na prática¹². Para elaboração da presente revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas:

1. Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa: para conduzir este estudo, foram estabelecidas as questões: qual a atual situação da gestão da assistência farmacêutica? O que os estudos recentes discutem acerca dessa temática?
2. Estabelecimento de descritores, critérios de inclusão e exclusão para seleção da amostra: para a busca dos artigos foram consultadas bases de dados importantes na área da saúde, com acesso eletrônico gratuito, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), plataforma SciELO e MEDLINE. Os descritores utilizados para busca dos artigos foram “gestão da assistência farmacêutica” e “assistência farmacêutica e gestão”. Os critérios de inclusão considerados foram: os artigos eletrônicos estarem disponíveis na íntegra,

- em língua portuguesa e que foram publicados no período compreendido entre 2003 e 2013. Tal período foi delimitado no intuito de capturar a realidade de trabalho atual em que imperem tecnologias inovadoras e avançadas, globalização, aumento do número de unidades de saúde, consolidação profissional do farmacêutico na saúde, dentre outros. Para a coleta de dados dos artigos selecionados, foram utilizados os itens: ano, tipo de estudo, periódico, título e objetivo. Em seguida foram descritos os resultados encontrados junto à discussão. Foram excluídas as publicações do tipo editoriais, cartas ao leitor, monografias e afins.
3. Seleção de dados a serem estudados: os dados selecionados para construção dos resultados foram: ano, tipo de estudo, título e objetivo e categoria dos trabalhos. Os dados selecionados foram agrupados em duas tabelas.
 4. Análise de dados: foi utilizado o mesmo rigor de uma pesquisa com fontes primárias. Os dados foram organizados em duas tabelas que agruparam os dados selecionados.
 5. Interpretação e apresentação dos resultados: após a exposição dos resultados encontrados, foi realizada a comparação com o conhecimento teórico e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa^{12,13}.
 6. Exposição da revisão integrativa: deve-se, de uma forma clara, apresentar os achados, para que dessa maneira possibilite ao leitor um olhar crítico dos achados. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a etapa pesquisada¹³. A fim de facilitar o processo de análise do leitor, os dados foram organizados em tabelas, segundo descrito anteriormente. A primeira tabela foi separada com um código criado para identificar o artigo, tipo de estudo, ano de publicação, título e objetivos do estudo. Na segunda tabela, os trabalhos foram divididos segundo foco principal da pesquisa.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a filtragem dos resultados e considerando os critérios de inclusão pré-estabelecidos, foram selecionados oito artigos científicos. Dessa forma, para facilitar a análise e apresentação dos achados, elaborou-se um quadro demonstrando o levantamento bibliográfico contendo os seguintes dados: código do artigo, ano de publicação, tipo de produção, título e objetivos dos estudos. Os artigos foram dispostos em ordem cronológica de publicação e cada artigo foi codificado com a letra A e numeração no intuito facilitar sua identificação (Quadro 1).

Observou-se que alguns trabalhos apresentaram objetivos semelhantes, podendo ser divididos em três temas

Quadro 1. Descrição dos trabalhos selecionados.

Identificação	Ano	Tipo de estudo	Título	Objetivo
A1	2006	Descritivo	Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança	Analisar as diferentes concepções dos profissionais envolvidos na assistência farmacêutica
A2	2008	Revisão narrativa	A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça	Realizar uma revisão narrativa acerca da gestão clínica da AF e a medicalização da saúde
A3	2010	Descritivo	Avaliação da gestão descentralizada da AF básica em municípios baianos, Brasil	Avaliar gestão da AF nos municípios baianos
A4	2010	Revisão narrativa	A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da AF	Avançar na compreensão do uso da via judicial para fornecimento de medicamentos, em especial a relação deste com a gestão da assistência farmacêutica no SUS
A5	2010	Revisão narrativa	AF no SUS: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde	Discutir aspectos relacionadas à AF, incluindo aqueles relacionados à gestão
A6	2011	Transversal	Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da AF em município do estado de Sergipe	Avaliar os indicadores de qualidade da AF por meio do instrumento IAPAF em um município do estado de Sergipe
A7	2011	Revisão narrativa	AF integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento	Estruturar um modelo conceitual que incorpore a gestão clínica do medicamento contribuindo para o URM
A8	2012	Exploratório	Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no estado do Rio de Janeiro	Examinar a dispensação de medicamentos do componente especializado da AF em polos no estado do Rio de Janeiro

AF: assistência farmacêutica; SUS: Sistema Único de Saúde; IAPAF: Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica; URM: uso racional de medicamentos.

principais: judicialização da saúde *versus* gestor da AF, avaliação da gestão da AF, concepções dos profissionais acerca da AF e saúde (Quadro 2).

A seguir esta pesquisa traz uma síntese das metodologias utilizadas e resultados mais relevantes encontrados pelos autores. Em sua maioria foram encontrados trabalhos com estudos de cunho descritivo ou de revisão da literatura.

Araujo e Freitas¹⁴, no intuito de analisar as concepções dos farmacêuticos acerca de aspectos da AF, incluindo aqueles relacionados à gestão, realizaram entrevistas com farmacêuticos de algumas unidades básicas de saúde. Foram entrevistados um total de 13 farmacêuticos e dentre os elementos encontrados, os resultados demonstraram que o processo focado na gestão burocrática apareceu de forma mais evidente. A gestão burocrática refere-se às tecnologias envolvidas na gestão do medicamento para garantir sua disponibilidade ao usuário e atividades relacionadas que garantam seu uso racional (controle de estoque, dispensação, distribuição, farmacovigilância, dentre outros) e a consequente qualidade do processo de AF. No entanto, existem percepções bastante diversificadas do que pode ser usado como parâmetro de qualidade da AF. As consideradas mais importantes foram: avaliar adesão dos pacientes, controle dos estoques e resultados dos tratamentos. O autor ressalta a importância de haver certo equilíbrio entre os parâmetros relacionados à gestão e aos relacionados ao usuário, sendo que foi positivo constatar que a maioria dos entrevistados já percebeu o usuário como principal parâmetro de avaliação do serviço. Em conclusão, o autor afirmou que falta um modelo que direcione as práticas da AF. Esse modelo deve ser construído de forma sistêmica e suas tecnologias devem ser adequadas às necessidades do sistema e dos usuários.

Andrade et al.⁷, abordam o fenômeno de “judicialização da saúde”, que tem por objetivo garantir a todos os cidadãos, por meios jurídicos, a integralidade do acesso aos serviços de saúde, conforme preconizado pela

constituição de 1988 em consonância com os princípios de universalidade, igualdade e equidade. Em teoria, a AF tem o objetivo de garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e prover o URM. Dessa forma, cabe aos gestores da AF gerenciarem os custos a fim de que a cobertura seja feita a toda a população. Entretanto, os problemas ocorrem sobretudo no mercado de tecnologias e insumos para saúde (principalmente medicamentos) e no tempo de permanência hospitalar, pois muitas vezes os médicos tomam as decisões em relação às necessidades dos consumidores enquanto que a alta demanda insufla os custos. Como não há como atender a demanda, os usuários passam a requisitar os meios judiciais. A alta complexidade da judicialização repercute no constrangimento dos gestores, pois se por um lado as decisões judiciais visam a garantir o atendimento ao direito e necessidades do cidadão, por outro remetem ao gestor clínico a responsabilidade da decisão de alocação de recursos, o que muitas vezes contradiz o princípio da equidade em saúde e consequente AF de qualidade.

Em Barreto e Guimarães⁵, o estudo objetivou avaliar a gestão da assistência farmacêutica em municípios baianos. Para tal foi construída uma lista de indicadores que incluiu três dimensões: organizacional, operacional e sustentabilidade. Esses indicadores contemplaram características que identificaram a existência de normas e de estratégias para a implementação e sustentação de um modelo diferenciado de gestão da AF, a autonomia decisória, a participação, a disseminação de conhecimentos estratégicos sobre a AF e a satisfação com a qualidade dos serviços e/ou com o atendimento de demandas referidas por usuários e/ou por gestores e trabalhadores do sistema local de saúde. Quanto aos resultados encontrados, considerando a dimensão organizacional, o autor descreve que esta “revela a capacidade de decidir e planejar de forma autônoma, participativa e transparente”. Os resultados mostraram situações de constrangimentos nos municípios, tais como: condição de informalidade da Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica (CMAF) e funcionamento irregular da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Constatou-se também que o farmacêutico não é o profissional responsável pela programação de necessidades de medicamentos essenciais. Entretanto, outros resultados sobre a participação chamaram atenção de modo positivo: o Conselho Municipal de Saúde participava das decisões sobre questões relativas à AF e o fato da CMAF participar da elaboração do Plano Municipal

Quadro 2. Divisão dos artigos segundo temática principal trabalhada.

Tema	Artigos
Judicialização da saúde	A2; A4; A8
Avaliação da gestão da AF	A3; A6
Concepção dos profissionais	A1
Aspectos gerais da AF	A5; A7

AF: assistência farmacêutica.

de Saúde e da Programação da Atenção Básica com o Estado. Tais resultados apontam para uma situação aparentemente favorável à gestão da AF no âmbito municipal. Considerando a dimensão operacional, o autor a descreve como “um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos e investimento dos gestores do sistema municipal para assegurar e ampliar as condições logísticas, técnicas e gerenciais que impactam a capacidade de executar da assistência farmacêutica”. Os resultados demonstraram a existência de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais orientadora das prescrições. Todavia esta não tem sofrido revisões, o que explica a insatisfação dos prescritores e gestores dos municípios no que diz respeito à diversidade e à quantidade dos medicamentos adquiridos e dispensados à população. Em contrapartida, os recursos destinados à aquisição de medicamentos têm sido garantidos. Outra questão levantada foi a falta de transparência quanto à utilização dos recursos que vão para a AF. Observou-se ainda que os municípios apresentam problemas como: temperatura inadequada nos locais de armazenamento dos medicamentos, ausência de prateleiras e pallets, ausência do controle de estoque, inadequação da programação e das aquisições, além de transporte inadequado, fatores que comprometem a qualidade do medicamento. Talvez essa falta de cuidado esteja inteiramente associada à falta de profissional farmacêutico. Por fim, quanto à sustentabilidade, que examina a existência de mecanismos de gestão com potencial para dar sustentabilidade às ações da AF, com a construção de parcerias, da inter-relação com outros setores da instituição, bem como a satisfação referida de usuários e prescritores com a qualidade dos serviços prestados.

Os resultados encontrados mostraram que as iniciativas ainda são discretas e não vêm sendo priorizadas. Estas deveriam ganhar mais importância, já que o próprio SUS prevê a participação social.

Em Pepe et al.³, os autores introduzem o trabalho afirmando que a judicialização da saúde vem exigindo um novo tipo de atuação do gestor no sentido de evitar o crescimento das demandas e preservar os princípios do SUS. A proposta do autor do artigo foi, portanto, avançar na compreensão de um dos aspectos da judicialização da saúde, demonstrando suas consequências quanto à gestão da AF no SUS, incluindo cada uma de suas etapas. Como dito anteriormente, a AF compreende um ciclo que garante o máximo de acesso à população. Entretanto, a

alta intensidade de demandas judiciais pode interferir no cumprimento dessas atividades, principalmente na programação. Além disso, a RENAME, que contempla os medicamentos oferecidos, passa a perder um pouco do seu sentido no momento que a ordem judicial fornece um medicamento não selecionado. Considerando a etapa de aquisição, aquelas realizadas por ações judiciais sem licitação podem favorecer fraudes e compras por valores elevados. Quanto à prescrição, dispensação e uso, estudos mostram que a judicialização tem promovido uso de medicamentos sem evidências clínicas que justifiquem seu uso. Assim, o autor mostra que os elementos de interferência da “judicialização de medicamentos” no ciclo da AF parecem mais claros do que os efeitos da interferência dessa demanda judicial na efetivação do direito ao acesso aos medicamentos, garantido na lei brasileira. Os autores concluem que o gestor deve intensificar sua interlocução com as instâncias do sistema de justiça.

Em Oliveira, Assis e Barbone¹⁵, através de uma revisão teórica que discutiu a AF no SUS, resgatou brevemente a história da PNM, os mecanismos de financiamento no processo de descentralização da saúde e a AF na Atenção Básica à Saúde. A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde exigiu mudanças na distribuição de medicamentos, de maneira a aumentar a cobertura e ao mesmo tempo minimizar custos. Identificaram-se avanços no arcabouço jurídico e institucional: descentralização da gestão das ações da AF; ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais; e estruturação da AF nos municípios. No entanto, persistem ações prioritárias em relação ao financiamento e cobertura populacional, em detrimento da qualidade dos processos. O autor concluiu que em muitos municípios brasileiros ocorrem baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais; dispensação por trabalhadores sem qualificação; condições inadequadas de armazenamento que comprometem a qualidade dos medicamentos; prescrição de medicamentos que não pertencem à RENAME; e problemas relacionados ao acesso dos usuários à farmacoterapia.

Em Souza, Porto e Lyra Júnior¹⁶, no intuito de avaliar a AF em Sergipe, desenvolveram um instrumento de coleta de dados dividido em duas etapas: na primeira foram analisadas: gestão, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e transporte de insumos farmacêuticos; e na segunda, prescrição e dispensação. A análise de cada indicador foi classificada de um a três,

sendo que três representou melhor qualidade do serviço. Quanto aos indicadores de gestão e planejamento, constatou-se, após análise de dados, que o município apresentou nível 3 referente à institucionalização, estruturação e organização dos serviços da AF, ou seja, essa era reconhecida e aceita pelas outras áreas da Secretaria de Saúde. Em contrapartida, apresentou nível 2 para o planejamento, pois não o realizava para todas as etapas do ciclo da AF. No que diz respeito à avaliação, foi considerada no nível 1, pois o município não avaliava suas ações. Em relação aos indicadores de seleção, verificou-se que existia uma lista de medicamentos baseada na RENAME, que era distribuída aos prescritores (nível 3), porém não atendia a cobertura do perfil epidemiológico do município (nível 2). Na programação e aquisição, o município apresentou nível 2, pois não considerava dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e recursos financeiros. Quanto aos indicadores de armazenamento, distribuição e transporte, observou-se que o armazenamento e estoque dos medicamentos estavam sob responsabilidade de profissionais farmacêuticos e as boas práticas eram atendidas (nível 3). Em relação à prescrição, esta foi considerada a etapa mais crítica do processo, uma vez que dez Unidades de Atenção à Saúde não realizavam ações de promoção da adesão dos prescritores à RENAME (nível 1). Por fim, quanto à dispensação, apenas uma das unidades apresentou excelentes condições para tal, incluindo recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e Internet (nível 3). Os autores encerram demonstrando que a AF é ainda uma área incipiente no município estudado, cabendo ao gestor o papel de incorporar mais farmacêuticos para que estes atuem em todas as etapas da AF.

Correr, Otuki e Soler¹⁷ realizaram um trabalho de revisão narrativa da literatura demonstrando como a gestão clínica do medicamento pode contribuir para o URM. Os autores inferiram que os problemas relacionados com a estrutura e a organização, processos de gestão e gerenciais comprometem a acessibilidade aos medicamentos. As questões mais relevantes e prevalentes com relação ao uso inadequado de medicamentos incluem: polifarmácia, erros de medicação, não seguimento de diretrizes clínicas, discrepâncias terapêuticas na transição do utente entre níveis assistenciais, baixa efetividade dos tratamentos, ocorrência de eventos adversos, automedicação irresponsável e baixa adesão aos tratamentos. Em todo o mundo, crescem as evidências do impacto desses problemas

sobre a população e sobre os sistemas de saúde, assim como novas tecnologias são incorporadas a fim de promover o URM e melhorar seus resultados terapêuticos. As necessidades da população vão além da questão do acesso e da qualidade dos produtos farmacêuticos, requerendo ações articuladas ao processo de atenção à saúde que possam garantir a continuidade do cuidado, bem como a prevenção e resolução de problemas ligados à farmacoterapia. Uma nova AF integrada focada na incorporação de tecnologias de gestão clínica do medicamento se faz necessária. Para a nova AF, o autor sugere a criação da farmácia social, identificada como elemento transformador com integração do farmacêutico à equipe multiprofissional e inclusão da atenção farmacêutica e farmácia clínica.

Lima-Dellamora, Caetano e Castro¹⁸ afirmam que os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) devem ser garantidos à população, entretanto, devido a possíveis falhas dos gestores da AF, esses medicamentos, provenientes das listas oficiais, são pleiteados judicialmente. Para comprovação, o estudo analisou a adesão aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) no processo de dispensação de medicamentos do CEAF através de uma pesquisa em farmácias ambulatoriais. Após análise de resultados, constataram que a estrutura das unidades estudadas compromete a dispensação dos medicamentos, que faltam recursos humanos capacitados e que o fluxo de dispensação não é realizado como esperado. Dessa forma, observa-se que as fragilidades no desempenho das atividades do ciclo da AF possivelmente tenham origem em falhas da gestão no planejamento e na organização de serviços. Os resultados indicam barreiras na adesão dos profissionais aos PCDT, prejudicando os usuários que passam, portanto, a buscar vias judiciais.

Após exposição dos resultados encontrados pelos pesquisadores pode-se perceber que apesar de todos os trabalhos apresentarem objetivos diferentes dentro de uma mesma temática, todos trouxeram à tona um problema comum: a falta de estruturação adequada da AF no Brasil em todos os seus aspectos. Além disso, os trabalhos justificam esse insucesso associando a falta de uma gestão farmacêutica qualificada.

Em muitos casos, os autores justificam a falta de qualidade devido à falta de profissional farmacêutico. Segundo Araujo et al.¹⁹,

o farmacêutico ocupa papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde²⁰ assume que esse é o profissional com melhor capacitação para gerir as ações designadas ao ampliado do acesso e promoção do URM, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento da AF.

Os autores também relacionaram vários aspectos relacionados à gestão do medicamento. Em alguns casos faltava padronização da lista de medicamentos e em outros foi citada a judicialização do medicamento, que acaba por direcionar os custos para situações fora dos protocolos clínicos. A tecnologia de gestão do medicamento tem como objetivo o abastecimento, etapa essencial na garantia do acesso da população ao medicamento, em especial a menos privilegiada². A seleção dos medicamentos deve ser formulada a partir de critérios epidemiológicos e farmacoeconômicos, além de considerar a eficácia e segurança dos medicamentos, evitando pressões mercadológicas e de relações interpessoais²¹.

Além disso, chamou atenção o fato de que com a consolidação do SUS, houve aumento dos recursos, entretanto, não há investimento em fatores essenciais para preservar a qualidade do medicamento, como a área física. No caso dessa, por exemplo, fica inviabilizada a dispensação e o armazenamento, impossibilitando a atenção farmacêutica e preservação do URM⁵. Ficou evidenciado que a AF é ainda vista como um mero setor de fornecimento de medicamentos. Sugere-se, portanto, uma gestão voltada para atividades de natureza administrativa com AF voltada para o medicamento e usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os problemas enfrentados nos diversos aspectos relacionados à gestão da AF, sua solução não será simples se a forma como o serviço está estruturado for mantida. Muitos fatores dependem mais de políticas públicas do que propriamente do serviço de saúde em si. Além disso, todos os componentes da AF necessitam de modificações.

Podem ser estimuladas as criações de protocolos clínicos municipais que proponham prescrições de acordo

com a realidade epidemiológica destes. Esse fato reduzirá tanto o fenômeno de judicialização quanto facilitará a gestão de custos por parte do gestor. Torna-se importante a intensificação da atenção farmacêutica para atendimento de maior demanda, sem desumanizar o serviço. Além disso, não esquecer que apesar do enfoque do medicamento ser importante, deve-se priorizar o paciente.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Os autores Natália Ferreira de Oliveira, Danusio Pinheiro Sartori, Vivian Romero Santiago e Auriana Serra Vasconcelos declaram ser responsáveis pela elaboração do manuscrito, sendo que, Natália Ferreira de Oliveira, Danusio Pinheiro Sartori e Auriana Serra Vasconcelos participaram na concepção do projeto, coleta e análise dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final. Vivian Romero Santiago participou na concepção do projeto, redação do artigo e aprovação da versão final. Assim, todos os autores declaram participação suficiente no trabalho para assumir a responsabilidade pelo conteúdo total.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União; 1998.
2. Marin N, Luzia VL, Osório-De-Castro CGS, Machado-Dos-Santos S (orgs). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.
3. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-De-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2405-14.
4. Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. *Cad Saúde Colet*. 2013;21(2):188-96.
5. Barreto JL, Guimaraes MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(6):1207-20.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
7. Andrade EIG, Machado CD, Faleiros DR, Szuster DAC, Guerra Junior AA, Silva GD, et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008;18(Suppl 4):S46-50.
8. Perini E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: Acurcio FA (org.). Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED; 2003.
9. Soler O, Rosa MB, Fonseca AL, Fassy MF, Machado MC, Silva RMC, et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família. *Rev Bras Farm*. 2010;91(1):37-45.
10. Mayorga P, Fraga F, Brum CK, Castro EF. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: Misoczky MC, Bordin R (orgs.). Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. p. 197-215.

11. Fraga FNR. A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
12. Silveira RCCP, Galvão CMO. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):276-84.
13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enferm.* 2008;17(4):758-64.
14. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev Bras Ciênc Farm.* 2006;42(1):137-46.
15. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Suppl 3):3561-7.
16. Souza LS, Porto JG, Lyra Júnior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2011;32(3):403-10.
17. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saúde.* 2011;2(3):41-9.
18. Lima-Dellamora ECL, Caetano R, Osorio-de-Castro CGS. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(9):2387-96.
19. Araujo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da Assistência Farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(Suppl):611-7.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de un grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi: OMS; 1988.
21. Mestriner, DCP. O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do município de Ribeirão Preto SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2003.



Exija qualidade na saúde