



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Peixoto, Rafaela Tavares; Campos, Mônica
Rodrigues; Luiza, Vera Lucia; Mendes, Luiz Villarinho
O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017
Saúde em Debate, vol. 46, núm. 133, 2022, Abril-Junho, pp. 358-375
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213308>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406371514009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017

The pharmacist in the Brazilian Primary Health Care: comparative analysis between 2014 and 2017

Rafaela Tavares Peixoto¹, Mônica Rodrigues Campos¹, Vera Lucia Luiza¹, Luiz Villarinho Mendes¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213308

RESUMO O farmacêutico tem importante papel nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, ainda são escassos no Brasil estudos que abordem a influência do farmacêutico na rede assistencial de saúde. O artigo tem como objetivo verificar em que medida a inserção dos farmacêuticos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do País está associada à ampliação de aspectos estruturais das farmácias e à disponibilidade de medicamentos. Trata-se de estudo transversal, retrospectivo e analítico, que utilizou dados secundários do 2º (2014) e 3º (2017) ciclos da avaliação externa do Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os resultados mostraram importante centralização na dispensação de medicamentos ao longo do 2º e 3ºs ciclos PMAQ-AB. Em contrapartida, identificou-se melhora nos aspectos estruturais nas farmácias das UBS e incremento tanto na disponibilidade média de medicamentos como no total de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$. Tais avanços foram ainda maiores na existência de farmacêutico cadastrado na UBS. Evidenciou-se a relevância do farmacêutico na APS no Sistema Único de Saúde, uma vez que sua presença potencializa tanto a disponibilidade de medicamentos como também propicia melhores condições estruturais dos serviços de farmácia da APS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Assistência farmacêutica. Avaliação em saúde. Padrões de prática dos farmacêuticos.

ABSTRACT *The pharmacist play a vital role in PHC. However, studies addressing how pharmacists influence the health care network are still scarce. We aim to verify to what extent the inclusion of pharmacists in PHC Units (UBS) in the country is associated with the expanded structural aspects of pharmacies and drug availability in Brazil. This cross-sectional, retrospective, and analytical study employed secondary data from cycles 2 (2014) and 3 (2017) of the external evaluation of the Improvement of Access and Quality of Primary Care Program (PMAQ-AB) and the National Register of Health Facilities (CNES) databases. The results showed an essential centralization in drug dispensing over PMAQ-AB cycles 2 and 3. In contrast, we identified an improvement in the structural aspects of the UBS pharmaceutical services and an increase in the mean drug availability and the total UBS with drug availability $\geq 80\%$. Such advances were even more significant in the presence of registered pharmacists at the UBS. We conclude by stating that the presence of pharmacists in the PHC of the Unified Health System (SUS) enhances drug availability and provides better structural conditions for PHC pharmacy services.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Pharmaceutical services. Health evaluation. Practice patterns, pharmacists'.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rafaelatpeixoto@gmail.com



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Ela exerce importante papel como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde².

Desde 1994, a APS conta com a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente Programa, como principal método para sua expansão, qualificação e consolidação^{3,4}. Com vistas a apoiar a inserção da ESF na rede, bem como o processo de territorialização e regionalização, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Visando ampliar a integralidade do cuidado, os Nasf passaram, entre outras iniciativas, a incluir o farmacêutico entre os profissionais que podem compor tal equipe⁵.

No âmbito da APS, o farmacêutico tem um importante papel tanto na gestão quanto na assistência. No que concerne à gestão, pode atuar na organização de ações de Assistência Farmacêutica (AF), promoção do uso racional de medicamentos, garantia da disponibilidade, qualidade e conservação dos medicamentos, realização de controle de estoque, entre outros. Já na assistência, essa atuação está relacionada à supervisão da farmacoterapia como um todo, avaliando a prescrição, orientando o paciente e sua família, além de difundir informações sobre medicamentos e saúde⁶. No entanto, as ações do farmacêutico são ainda centradas no medicamento e pouco direcionadas ao usuário⁷.

A legislação brasileira determina a obrigatoriedade de responsabilidade técnica do farmacêutico em todos os estabelecimentos de saúde (farmácias e drogarias) com dispensação de medicamentos⁸, com algumas poucas exceções aplicáveis a situações muito específicas, por exemplo dispensários e unidades volantes⁹. No entanto, estudo de Carvalho et al.¹⁰ aponta que a força de trabalho atuante nas unidades de dispensação de medicamentos, nos serviços da atenção básica do SUS, era

composta predominantemente por técnicos ou auxiliares de enfermagem, seguidos por farmacêuticos.

Diante do importante papel do farmacêutico na APS e da escassez de estudos disponíveis¹¹ que identifiquem quantas farmácias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) contam com farmacêutico no Brasil e de que maneira esse profissional influencia nas ações de AF, faz-se relevante uma análise da distribuição desse profissional no País. Em outras palavras, é importante verificar se a descentralização de serviços na AF vem acompanhando a territorialização da atenção básica a fim de garantir a integralidade, princípio fundamental do SUS.

O presente estudo visa verificar, a partir de bases de dados secundárias de abrangência nacional, em que medida a inserção dos farmacêuticos nas UBS no Brasil está associada à ampliação de aspectos estruturais das farmácias e à disponibilidade de medicamentos.

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo e analítico, que utilizou dados secundários dos 2º (2014) e 3º (2017) ciclos da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e de cadastro de profissionais no banco do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

As variáveis utilizadas foram selecionadas de acordo com a equivalência entre as perguntas dos Módulos I e/ou Eletrônico nos 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, dado que tanto perguntas quanto opções de respostas foram alteradas de um ciclo para outro. Para compatibilização, pormenorizada em Peixoto, Campos, Luiza¹², foram utilizadas outras perguntas pré-existent no mesmo módulo (I) ou entre módulos (I e Eletrônico). Os dados de caracterização dos municípios (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM e dados populacionais) foram obtidos no site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³.

A variável exposição, presença ou não do farmacêutico cadastrado na UBS, foi utilizada de acordo com os dados de cadastro do profissional no CNES (dezembro/2014 e dezembro/2017), devido ao baixo retorno de respostas dessa variável no PMAQ-AB (aproximadamente 30%). Foi realizada validação entre CNES e PMAQ-AB (2º ciclo – farmacêutico realiza dispensação) acerca da presença do farmacêutico, onde verificou-se concordância de 80%¹².

As características dos municípios e UBS (porte populacional e IDHM) foram as variáveis explicativas (de estratificação).

Foram consideradas as seguintes variáveis de análise:

1) Aspectos relacionados à AF: dispensação de medicamentos em geral na UBS e, se existente, a dispensação de psicotrópicos; características estruturais e de ambiência da unidade de saúde (apresentadas no *quadro 1*);

2) A disponibilidade de medicamentos: a) percentual médio de medicamentos disponíveis (variável contínua) e b) disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$ e disponibilidade total de medicamentos no grupo farmacológico (32 medicamentos divididos em 9 grupos) em quantidade suficiente (variáveis binárias). A seleção das variáveis relacionadas à disponibilidade de medicamentos foi feita com base no modelo lógico elaborado por Mendes et al.⁴.

Para essas variáveis, foram utilizados os seguintes critérios metodológicos:

a) A disponibilidade de medicamentos somente foi analisada para aquelas UBS que referiram realizar dispensação de medicamentos na unidade;

b) O medicamento foi considerado disponível quando indicada a sua presença em quantidade suficiente na unidade, ou seja, conforme procedimento definido pelo PMAQ-AB, o

medicamento era considerado disponível quando havia pelo menos uma unidade deste na UBS, verificado por observação direta do pesquisador de campo;

c) Quanto aos medicamentos psicotrópicos, a disponibilidade foi avaliada apenas para os municípios em que não havia centralização da dispensação desses medicamentos e quando havia pelo menos um medicamento desse grupo em quantidade suficiente;

i. O termo centralização será utilizado ao longo do artigo como sinônimo de concentração de ações e serviços de saúde. Em especial, quando se referia aos serviços de farmácia da APS. O oposto é válido, quando nos referimos à descentralização dos serviços.

d) Os medicamentos incluídos nesta análise foram aqueles presentes nos dois ciclos, sem que no 2º ciclo a pergunta tivesse sido passível de sorteio. Foi considerada ainda uma definição prévia por especialistas⁴, de medicamentos-chave constantes no elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e distribuídos em 9 (nove) grupos farmacológicos;

e) A disponibilidade média foi calculada considerando que, quando os 32 medicamentos selecionados neste estudo estivessem presentes na unidade em quantidade suficiente, esse valor seria igual a 100%;

f) A partir da variável acima ('e'), foi traçado o ponto de corte de 80%, onde foram agrupadas UBS com disponibilidade $< 80\%$ de medicamentos em quantidade suficiente e $\geq 80\%$ ¹⁴;

g) A disponibilidade por grupo farmacológico era considerada total quando todos os medicamentos do grupo estavam disponíveis em quantidade suficiente.

Quadro 1. Variáveis equivalentes selecionadas no 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, 2014 e 2017

Subdimensão	Descrição da Variável	Código da Variável 2º Ciclo (2014)	Código da Variável 3º Ciclo (2017)
Identificação Geral	Unidade da Federação	UF	ESTADO
	Código IBGE do município	IBGE	IBGE
	Nome do município	CIDADE	MUNICIPIO
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	CNES	CNES_FINAL
Profissionais da Unidade Básica de Saúde	Nº Profissionais Farmacêuticos na Unidade	I.3.5.6	I.3.2.6
Horário de funcionamento da unidade de saúde (2º Ciclo)/ Medicamentos Componentes da Farmácia Básica (3º Ciclo)	Realização de dispensação de medicamentos na unidade	I.8.6.6	I.15.1
Características estruturais e ambiental da unidade de saúde	Área de dispensação de medicamentos	I.10.1.8	I.6.2.1
	Área de/para fracionamento	I.10.1.9	I.6.2.2
	Sala de/para seguimento farmacoterapêutico	I.10.1.10	I.6.2.3
	Sala de/para estocagem de medicamentos	I.10.1.11	I.6.2.4
	Armazenamento e acondicionamento adequado de medicamentos (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)	I.10.1.12	I.6.2.6
	Existência de computador na farmácia (2º Ciclo) / Nº de computadores, em condição de uso, na Farmácia (3º Ciclo)	I.10.1.13	I.6.2.7
Equipamentos e materiais	Geladeira para farmácia (2º Ciclo)/ Nº geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia em condições de uso (3º Ciclo)	I.12.12	I.8.22
Medicamentos componentes da Farmácia Básica (2º Ciclo)/ Assistência Farmacêutica (Módulo Eletrônico 3º Ciclo)	A dispensação de medicamentos no município é descentralizada? (2º Ciclo - Resposta por eSF)	I.18.1	8.1
	A dispensação de medicamentos no município é: Centralizada/Descentralizada (3º Ciclo - Módulo Eletrônico - Resposta por município)		
Medicamentos componentes da Farmácia Básica	Na unidade qual profissional faz a dispensação dos medicamentos? Farmacêutico	I.18.2.1	Sem equivalente
Medicamentos componentes da Farmácia Básica (2º Ciclo)/ Assistência Farmacêutica (Módulo Eletrônico 3º Ciclo)	A dispensação de medicamentos controlados é descentralizada? (2º Ciclo - Resposta por eSF) A dispensação de medicamentos controlados é centralizada? (3º Ciclo - Módulo Eletrônico - Resposta por município)	I.21.7	8.4
Medicamentos componentes da Farmácia Básica	Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais (Em quantidade suficiente)		
	Sais para reidratação oral	I.18.3/1	I.15.2
	Sulfato ferroso	I.18.13/1	I.15.4.1
	Ácido fólico	I.18.14/1	I.15.4.2
	Medicamentos antiasmáticos (Em quantidade suficiente)		
	Sulfato de salbutamol	I.18.19/1	I.15.5.1
	Dipropionato de beclometasona	I.18.21/1	I.15.5.3
	Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais (Em quantidade suficiente)		
	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol	I.18.26/1	I.15.6.1
	Etinilestradiol + levonorgestrel	I.18.27/1	I.15.6.2
	Acetato de medroxiprogesterona	I.18.29/1	I.15.6.4

Quadro 1. (cont.)

Subdimensão	Descrição da Variável	Código da Variável 2º Ciclo (2014)	Código da Variável 3º Ciclo (2017)
	Medicamentos anti-hipertensivos (Em quantidade suficiente)		
	Captopril	I.19.1/1	I.15.7.1
	Maleato de enalapril	I.19.2/1	I.15.7.2
	Atenolol	I.19.4/1	I.15.7.4
	Hidroclorotiazida	I.19.8/1	I.15.7.8
	Medicamentos cardiológicos (Em quantidade suficiente)		
	Cloridrato de propranolol	I.19.3/1	I.15.7.3
	Sinvastatina	I.19.11/1	I.15.7.11
	Medicamentos antidiabéticos (Em quantidade suficiente)		
	Glibenclamida	I.19.20/1	I.15.8.1
	Cloridrato de Metformina	I.19.21/1	I.15.8.2
	Insulina NPH	I.19.22/1	I.15.8.3
	Insulina regular	I.19.23/1	I.15.8.4
	Medicamentos antibióticos e antifúngicos (Em quantidade suficiente)		
	Amoxicilina	I.20.1/1	I.15.9.1
	Cloridrato de ciprofloxacino	I.20.2/1	I.15.9.2
	Benzilpenicilina benzatina	I.20.3/1	I.15.9.3
	Estearato de eritromicina	I.20.11/1	I.15.9.11
	Sulfato de gentamicina	I.20.12/1	I.15.9.12
	Sulfametoxazol + trimetoprima	I.20.14/1	I.15.9.14
	Sulfadiazina comprimido	I.20.15/1	I.15.9.15
	Fluconazol	I.20.17/1	I.15.9.17
	Nitrato de miconazol	I.20.19/1	I.15.9.19
	Nistatina	I.20.20/1	I.15.9.20
	Azitromicina	I.20.21/1	I.15.9.21
	Medicamentos analgésicos/antipiréticos (Em quantidade suficiente)		
	Ibuprofeno	I.20.23/1	I.15.10.2
	Paracetamol	I.20.24/1	I.15.10.3
	Medicamentos anticonvulsivantes / antidepressivos / antipsicóticos / ansiolíticos e hipnosedativos (Em quantidade suficiente)		
	Diazepam	I.21.10/1	I.15.19.4

Fonte: elaboração própria.

Foram realizados testes uni, bi e multivariados, ao nível de 5% de significância, com uso do Programa SPSS V.22.0.

Aplicou-se o teste T-Student para diferença de média das variáveis contínuas (ex.: disponibilidade de medicamentos) e o teste

Qui-quadrado e Razões de chance (OR bruto) para variáveis categóricas (ex.: infraestrutura – tem geladeira Sim/Não), para ambos os ciclos (2014/2017) e presença do farmacêutico segundo CNES (Sim/Não), com nível de significância 5%.

Realizou-se ainda regressão logística multivariada com o desfecho presença do farmacêutico Sim/Não, avaliando-se as razões de chance ajustadas (ORaj), quanto aos aspectos estruturais da assistência e disponibilidade de medicamentos por grupo farmacológico >80%.

Por se tratar de dados secundários de domínio público, o estudo foi dispensado de apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Das 38.812 UBS no território brasileiro cadastradas no 1º ciclo do PMAQ-AB (2012), 62,0% aderiram ao 2º ciclo (2014) e 78,2% ao 3º ciclo (2017). No que tange aos aspectos relacionados à AF, observou-se redução de 78,1% para 66,8%

na proporção de UBS com dispensação de medicamentos nos 2º e 3º ciclos. A tendência de redução no 3º ciclo em relação ao 2º ciclo foi também observada para UBS com dispensação de medicamentos psicotrópicos e para o armazenamento e acondicionamento adequado de medicamentos, respectivamente 16,1% e 67,6% no 2º ciclo e 13,1% e 56,9% no 3º ciclo, enquanto se observou melhora para UBS com geladeira para farmácia e UBS com sala de estocagem para medicamentos, respectivamente 24,0% e 42,8% no 2º ciclo e 32,3% e 50,8% no 3º ciclo. O indicador 'Na unidade o farmacêutico faz a dispensação dos medicamentos?' estava presente apenas no 2º ciclo, impossibilitando a comparação. Quanto à presença do farmacêutico na UBS, segundo dados do CNES, constatou-se a mesma proporção entre os dois ciclos (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) investigadas no 2º e 3º Ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2014 e 2017

Variáveis	PMAQ 2 (2014)		PMAQ 3 (2017)	
	N	%	N	%
Características gerais				
UBS visitadas (proporção em relação às 38.812 que aderiram PMAQ1)	24.055	62,0	30.346	78,2
Aspectos relacionados à assistência farmacêutica				
UBS que dispensavam medicamentos *1	18.776	78,1	20.286	66,8
UBS que dispensavam psicotrópicos *1	3.882	16,1	3.976	13,1
Área de dispensação de medicamentos *	15.737	65,4	15.497	51,1
Área de fracionamento *	3.131	13,0	4.952	16,3
Sala de seguimento farmacoterapêutico *	2.063	8,6	3.221	10,6
Existe computador na farmácia? *	5.227	21,7	8.291	27,3
Na unidade o Farmacêutico faz a dispensação dos medicamentos? *	3.565	19,9	-	-
Há Farmacêutico na UBS (CNES)?	3.467	14,4	4.475	14,7
Medicamentos armazenados e acondicionados adequadamente (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)? *	14.814	67,6	17.281	56,9
UBS com geladeira para farmácia*2	6.001	24,0	9.806	32,3
UBS com sala de estocagem para medicamentos*2	10.303	42,8	15.412	50,8

Fonte: elaboração própria.

*Para estas variáveis foi considerado o subconjunto amostral das UBS que dispensavam medicamentos.

1Correspondente à categoria 'medicamentos disponíveis' do modelo lógico proposto por Mendes et al. (2014)⁴.

2Correspondente à categoria 'Infraestrutura para armazenamento e dispensação de medicamentos' do modelo lógico. Mendes et al. (2014)⁴.

O IDHM médio foi bastante estável entre os diferentes estratos populacionais, com média de 0,7 no País. No entanto, o indicador UBS/10.000 habitantes, com média de 2,0, apresentou importante variação por porte populacional, decrescendo linearmente de 4,8 para municípios até 10.000 habitantes, a 0,6 para municípios com mais de 500.000 habitantes (*tabela 2*).

Em ambos os ciclos, o percentual de UBS que realizavam dispensação de medicamentos variou positivamente com o porte, de 68,8% a 90,1%, em 2014; e de 61,3% a 84,7%, em 2017, considerando do menor ao maior porte. Ainda no que tange à dispensação de medicamentos, em específico

para os psicotrópicos, as maiores taxas no 2º ciclo foram encontradas nos dois extremos de porte (até 10.000 habitantes – 33,7%; e maior que 500.000 habitantes – 38,2%). Já no 3º ciclo, houve um decréscimo importante no percentual de UBS com dispensação de psicotrópicos em municípios com até 10.000 habitantes (de 33,7% para 6,3%) e aumento naqueles com mais de 500.000 habitantes (de 38,2% para 57,2%), passando a ter o mesmo perfil de distribuição interna entre os portes populacionais verificados na dispensação dos demais tipos de medicamentos (gradiente linear) (*tabela 2*).

Tabela 2. Caracterização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) investigadas no 2º e 3º ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), segundo estrato populacional do município. Brasil, 2014 e 2017

Estrato populacional (habitantes)	Até10 mil	10 - 20 mil	20 - 50 mil	50 - 100 mil	100 - 500 mil	+500 mil	Geral
Total de municípios	2.493	1.400	1.042	325	245	38	5.543
Total de habitantes*	12.838.821	19.738.829	31.353.194	22.384.297	48.788.676	58.572.721	193.676.537
UBS	6.120	7.719	9.759	5.116	6.505	3.593	38.812
UBS /10.000 habitantes	4,8	3,9	3,1	2,3	1,3	0,6	2,0
IDH médio (2010)	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7
PMAQ 2 (unidades que aderiram)							
UBS que aderiram	3.547	4.705	6.180	3.195	4.074	2.354	24.055
UBS que dispensam (N)	2.441	3.307	4.794	2.664	3.449	2121	18.776
UBS que dispensam (%)	68,8%	70,3%	77,6%	83,4%	84,7%	90,1%	78,1%
UBS que dispensam / 10.000 habitantes	1,9	1,7	1,5	1,2	0,7	0,4	1,0
UBS que dispensam psicotrópicos (N)	1.195	596	455	254	483	899	3.882
UBS que dispensam psicotrópicos (%)	33,7%	12,7%	7,4%	7,9%	11,9%	38,2%	16,1%
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (N)	784	569	647	405	693	774	3.868
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (%)	32,1%	17,2%	13,5%	15,2%	20,1%	36,5%	20,6%
% de UBS com farmacêutico (CNES)	32,4%	10,6%	6,6%	7,7%	12,2%	28,4%	14,4%
PMAQ 3 (unidades que aderiram)							
UBS que aderiram	4.152	5.840	7.595	3.978	4.804	2.570	28.939
UBS que dispensam (N)	2.544	3.709	5.260	2.928	3.669	2.176	20.286
UBS que dispensam (%)	61,3%	63,5%	69,3%	73,6%	76,4%	84,7%	70,1%
UBS que dispensam / 10.000 habitantes	2,0	1,9	1,7	1,3	0,8	0,4	1,0
UBS que dispensam psicotrópicos (N)	263	492	522	265	964	1470	3.976
UBS que dispensam psicotrópicos (%)	6,3%	8,4%	6,9%	6,7%	20,1%	57,2%	13,7%
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (N)	1.096	983	1.226	717	1.090	883	6.005
UBS com disponibilidade de medicamentos ≥80% (%)	43,1%	26,5%	23,3%	24,5%	29,7%	40,6%	29,6%
% de UBS com farmacêutico (CNES)	31,7%	10,4%	6,8%	7,2%	14,1%	32,2%	14,7%

Fonte: elaboração própria.

*Estimativas populacionais divulgadas pelo IBGE para os anos de 2014 e 2017.

A proporção de UBS com disponibilidade de medicamentos maior ou igual a 80% também se mostrou maior nos dois extremos de porte populacional (≤ 10.000 e > 500.000 habitantes), em ambos os ciclos. Verificou-se um incremento de cerca de 10% na proporção de unidades que apresentavam disponibilidade de medicamentos maior que 80% (variando aproximadamente de 20,6% para 29,6%), entre os ciclos. A disponibilidade total de medicamentos-chave teve um aumento de 9,2% entre os dois ciclos (de 60,0% para 69,2%). Já a disponibilidade total de psicotrópicos reduziu de 84,5% (2014) para 49,9% (2017) (*tabela 2*).

No que se refere à presença do farmacêutico na UBS, não se observa variação importante entre os anos, sendo a média no Brasil de 14,4%, em 2014 e de 14,7% em 2017. Ao observar tal distribuição entre os estratos populacionais, identifica-se um baixo percentual de UBS (cerca de 7%) com farmacêutico nos estratos

centrais (20.000-100.000 habitantes), que aumenta (variando de 28,4 a 32,2%) à medida que se aproxima aos dois extremos (até 10.000 e mais que 500.000 habitantes), em ambos os ciclos.

Ao estratificar a disponibilidade total de medicamentos por grupo farmacológico e porte populacional (*tabela 3*), identifica-se os anti-infecciosos como os medicamentos com menor disponibilidade, tanto no 2º como no 3º ciclo (2,6 e 2,9%, respectivamente). Essa disponibilidade foi ainda menor em 2014, nas UBS de municípios com 50.000 a 100.000 habitantes (1,4%). No 2º ciclo, as maiores disponibilidades foram observadas para os psicotrópicos (84,5%), seguidos de analgésicos/antipiréticos (66,6%) e antianêmicos (61,5%). Já no 3º ciclo, analgésicos e antipiréticos (81,7%), seguidos dos antianêmicos (74,2%) e cardiológicos (62,3%) apresentaram as mais altas disponibilidades (*tabela 3*).

Tabela 3. Disponibilidade total de medicamentos segundo grupo farmacológico e disponibilidade média de medicamentos estratificados por estrato populacional de município, Brasil, 2014 e 2017

Disponibilidade total por grupo farmacológico	Estrato Populacional (milhares de habitantes)						Total (aderidos)	Presença do farmacêutico na UBS	OR (IC 95%)
	Até 10	10 – 20	20 – 50	50 – 100	100 – 500	+ de 500			
	PMAQ 2º CICLO - 2014 (N=18.776)								
	Grupo farmacológico	% UBS com disponibilidade total (em quantidade suficiente)							
Antianêmicos/vitaminas/sais minerais	62,3	62,2	58,7	58,7	64,6	64,0	61,5	70,5	1,6
Antiasmáticos	23,9	20,0	19,7	24,0	28,8	45,1	25,5	42,4	2,6
Contraceptivos/hormônios sexuais	37,5	30,4	30,3	37,7	44,9	61,9	38,5	55,7	2,3
Anti-hipertensivos	47,8	41,1	39,2	40,0	42,6	40,4	41,5	54,7	1,9
Antidiabéticos	43,4	26,3	21,0	24,2	33,4	49,5	30,8	54,6	3,4
Anti-infecciosos	3,9	3,2	2,2	1,4	1,6	4,3	2,6	5,7	3,0
Analgésicos/ antipiréticos	65,2	63,9	64,0	65,3	72,1	71,0	66,6	74,6	1,6
Cardiológicos	50,8	46,0	48,1	48,0	54,7	48,2	49,3	59,9	1,7
Psicotrópicos (N=3.882)	92,0	84,7	78,5	79,1	83,2	79,5	84,5	88,6	1,7
Disponibilidade percentual média de medicamentos-chave (PMAQ 2)	60,5	57,3	56,6	59,3	63,3	66,5	60,0	69,7	-

Tabela 3. (cont.)

Disponibilidade total por grupo farmacológico	Estrato Populacional (milhares de habitantes)						Total (aderidos)	Presença do farmacêutico na UBS	OR (IC 95%)
	Até 10	10 - 20	20 - 50	50 - 100	100 - 500	+ de 500			
	PMAQ 3º CICLO - 2017 (N=20.286)								
	Grupo farmacológico	% UBS com disponibilidade total (em quantidade suficiente)							
Antianêmicos/vitaminas/sais minerais*	75,7	73,1	74,3	75,1	73,1	74,5	74,2	79,7	1,5
Antiasmáticos	18,8	14,1	14,0	16,5	25,3	51,7	21,1	40,8	3,4
Contraceptivos/hormônios sexuais	64,3	59,2	60,8	63,6	63,3	59,5	61,6	65,2	1,2
Anti-hipertensivos	65,1	60,6	62,2	61,4	57,2	58,1	60,8	67,1	1,4
Antidiabéticos	58,4	39,9	35,9	37,7	43,7	61,0	43,8	61,9	2,4
Anti-infecciosos	4,0	3,2	2,5	2,8	1,7	3,9	2,9	5,5	2,5
Analgésicos/antipiréticos	84,3	81,6	81,3	83,0	79,5	81,8	81,7	87,2	1,6
Cardiológicos	64,5	59,5	62,5	62,6	61,7	64,7	62,3	69,8	1,5
Psicotrópicos (N=3.976)	63,9	49,0	41,6	52,1	39,6	57,0	49,9	73,7	4,5
Disponibilidade percentual média de medicamentos-chave (PMAQ3)	73,6	67,7	67,2	68,1	69,2	72,9	69,2	77,9	-

Fonte: elaboração própria.

*p-valor > 0,05 teste qui-quadrado. Para todos os demais grupos de medicamentos o p-valor < 0,05.

No tocante aos medicamentos para tratamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), os medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e cardiológicos apresentaram importante aumento na disponibilidade entre ciclos (variando de 41,5%, 30,8% e 49,3% para 60,8%, 43,8% e 62,3%, respectivamente) (*tabela 3*).

É possível notar importante variação na disponibilidade de antiasmáticos, contraceptivos e antidiabéticos no 2º ciclo, segundo o porte populacional, figurando da mesma forma no 3º ciclo, exceto para os contraceptivos, que se tornam igualmente distribuídos entre os diferentes portes populacionais (*tabela 3*).

É interessante observar que, nos dois ciclos, tanto para a média geral como para todos os grupos farmacológicos, a disponibilidade foi maior quando havia farmacêutico cadastrado na unidade. A disponibilidade média de medicamentos-chave, variou de 60,0% para

69,2%, entre o 2º e 3º ciclo, chegando a 69,7% e 77,9%, respectivamente, quando havia farmacêutico cadastrado na UBS. No 2º ciclo, a diferença chegou a quase 24% para os antidiabéticos (30,8%, a média geral, e 54,6%, a média quando havia farmacêutico cadastrado – OR: 3,4), sendo de cerca de 17% no grupo de contraceptivos e antiasmáticos (de 38,5% e 25,5%, chegou a 55,7% e 42,4% na presença do farmacêutico, respectivamente – OR: 2,3 e OR:2,6). No 3º ciclo, chama atenção o grupo de medicamentos psicotrópicos, que alcançou 73,7% quando havia farmacêutico cadastrado na UBS (cerca de 24% maior do que a média geral do grupo; OR: 4,5). Adicionalmente, destacam-se, em 2017, os grupos de antidiabéticos e antiasmáticos – que passaram de 43,8% e 21,1% para 61,9% e 40,8% (OR: 2,4 e 3,4, respectivamente) quando havia farmacêutico cadastrado na UBS (*tabela 3 e tabela 4*).

Tabela 4. Associação entre a presença do farmacêutico e aspectos estruturais da UBS que aderiram ao PMAQ 2 e 3 e disponibilidade de medicamentos. Brasil, 2014 e 2017

Indicadores	PMAQ-AB 2º CICLO - 2014				PMAQ-AB 3º CICLO - 2017			
	N de UBS com farmacêutico	Presença farmacêutico cadastrado na UBS - CNES			N de UBS com farmacêutico	Presença farmacêutico cadastrado na UBS - CNES		
		N (%)	OR ¹ (IC 95%)	ORaj ² (IC 95%)		N (%)	OR ¹ (IC 95%)	ORaj ² (IC 95%)
Área de dispensação de medicamentos	2986	2767 (92,7%)	3,04 (2,63-3,51)	1,23 (1,09-1,38)	3548	3268 (92,1%)	4,59 (4,04-5,21)	2,02 (1,73-2,35)
Área de fracionamento	2986	590 (19,8%)	1,35 (1,22-1,49)	1,06** (0,94-1,19)	3548	887 (25,0%)	1,08** (0,99-1,17)	1,40 (1,26-1,55)
Sala de seguimento farmacoterapêutico	2986	528 (17,7%)	2,19 (1,96-2,44)	1,27 (1,12-1,44)	3548	960 (27,1%)	2,46 (2,25-2,68)	1,64 (1,47-1,82)
UBS com sala de estocagem para medicamentos	2986	2070 (69,3%)	2,26 (2,08-2,46)	1,15 (1,05-1,26)	3548	2983 (84,1%)	2,03 (1,84-2,23)	1,29 (1,15-1,45)
Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente*?	2958	2501 (84,6%)	1,76 (1,58-1,96)	1,09** (0,98-1,21)	3469	3220 (92,8%)	1,61 (1,40-1,84)	1,11** (0,95-1,30)
Existe computador na farmácia?	2986	2024 (67,8%)	8,49 (7,79-9,26)	4,07 (3,69-4,49)	3469	2883 (83,1%)	9,32 (8,48-10,25)	5,03 (4,55-5,57)
UBS com geladeira para farmácia	2986	2003 (67,1%)	6,61 (6,07-7,19)	2,60 (2,36-2,87)	3548	2744 (77,3%)	6,17 (5,67-6,72)	2,71 (2,46-2,98)
% UBS com Disponibilidade > 80%	2986	1377 (46,1%)	4,57 (4,20-4,98)	1,79 (1,62-1,97)	3548	1942 (54,7%)	3,79 (3,51-4,08)	1,86 (1,71-2,03)

Fonte: elaboração própria.

*Local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão.

¹ Odds Ratio Bruto.² Odds Ratio ajustado por regressão logística.

**p-valor > 0,05.

Considerando as que contavam com farmacêutico cadastrado, 92,7% das unidades no 2º ciclo, apresentavam área de dispensação de medicamentos – sem variação importante no 3º ciclo (92,1%). Já em relação às unidades que apresentavam medicamentos armazenados e acondicionados adequadamente e sala de estocagem para medicamentos, houve um aumento, entre os ciclos, de 84,6% para 92,8% e de 69,3% para 84,1%, respectivamente.

A chance ($p \geq 0,05$) de a disponibilidade de medicamentos ser maior que 80% foi de 4,57 vezes, em 2014, quando havia farmacêutico nas unidades (ORaj=1,79) e de 3,79 em 2017 (ORaj=1,86). Efeito semelhante foi observado para os demais indicadores, onde a presença do farmacêutico mostrou-se associada, por exemplo, à existência de computador (ORaj=

4,07, em 2014; ORaj =5,03, em 2017) e de geladeira na farmácia (ORaj= 2,60 – em 2014; ORaj= 2,71 - em 2017) (tabela 4). No entanto, a associação entre a presença de farmacêutico na UBS e o armazenamento e o acondicionamento adequados de medicamentos, nos dois ciclos, não se mostrou estatisticamente significativa ($\alpha=0,05$) quando realizada a regressão logística multivariada.

Discussão

Em termos gerais, observou-se tendência de centralização na dispensação de medicamentos ao longo do 2º e 3º ciclos, com destaque especial aos psicotrópicos. Por outro lado, houve melhora no perfil estrutural dos serviços

de farmácia das UBS e incremento tanto na disponibilidade média de medicamentos como no total de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$. Estes avanços se mostraram ainda maiores na presença do farmacêutico cadastrado na UBS.

A centralização na dispensação de medicamentos observada no 3º ciclo foi ainda mais marcada do que nos ciclos anteriores, tanto no 2º ciclo, abordado neste trabalho, quanto no 1º ciclo, no qual encontrou-se 24,7% das UBS sem dispensação de medicamentos⁴.

Este fato traz consigo importante impacto potencial aos usuários, caso não se faça acompanhar de estratégias que garantam a acessibilidade geográfica e a interação da AF com as demais ações de saúde da APS. Na ausência desses cuidados, estará prejudicado o acesso do paciente ao cuidado integral, tal como preconizado pela APS¹⁵.

Diversos são os fatores que podem levar à concentração da dispensação de medicamentos em uma ou mais unidades de saúde específicas, ou até mesmo em local isolado (edificação própria). Aspectos normativos, acompanhados da baixa percepção dos gestores quanto ao papel do farmacêutico tanto na gestão adequada do medicamento como no processo de cuidado do usuário, podem ser importantes fatores limitadores para a efetivação da descentralização dos serviços de farmácia e de dispensação de medicamentos.

Em contrapartida, há de se considerar que, em alguns contextos, a centralização pode sim estar ligada à adequação do serviço e gestão racional dos medicamentos e insumos (e da própria AF), com melhoria da estrutura física para armazenamento, dispensação de medicamento⁴, garantia da disponibilidade de medicamentos e de profissional qualificado. Este é o caso, por exemplo, do Programa Rede Farmácia de Minas (RFM) onde foi aplicada a concentração da dispensação, conseguindo-se com isso auferir vantagens organizacionais¹⁶.

De fato, o Programa RFM, implementado em 2008 na rede pública de farmácias no estado de Minas Gerais, ademais de centralizar a oferta,

manteve o foco na concentração de investimentos para estruturação das unidades, capacitação dos profissionais farmacêuticos, otimização de seu sistema informatizado de gerenciamento da AF, garantia do abastecimento contínuo e regular de medicamentos e promoção do uso racional^{16,17}. Adicionalmente, Leite et al.¹⁵, identificaram um melhor perfil estrutural, com maior espaço físico, carga horária de atendimento ampliada e maior disponibilidade de profissionais, quando exclusivos para o serviço em modelos de farmácia isolada.

No que tange a oferta dos medicamentos psicotrópicos (sujeitos ao controle especial), essa centralização foi ainda mais pronunciada em relação aos demais medicamentos. Merece destaque o fato de o número de UBS com dispensação de psicotrópicos acompanhar o da presença de farmacêutico cadastrado na unidade, de acordo com o porte populacional. Isso se deve, possivelmente, aos requisitos regulatórios vigentes que, além de exigências quanto à área física segregada para armazenamento desses medicamentos, determinam que tais itens somente podem ser dispensados em unidades que possuam farmacêutico responsável técnico. Assim, a centralização poderia estar relacionada à pressão pela presença do farmacêutico realizada pelos Conselhos de Farmácia, visando cumprimento das normativas vigentes.

No entanto, foram identificados medicamentos sujeitos ao controle especial em unidades que não contavam com farmacêutico. Isso acende um alerta, uma vez que este requisito legal visa, entre outros aspectos, conter o uso indiscriminado e abusivo de medicamentos com alto risco de dependência. Destaca-se que esse aspecto poderia estar relacionado à presença de tais medicamentos em carrinhos de emergências, o que, ainda assim, é insuficiente para justificar a discrepância do comportamento desse indicador entre as unidades estudadas.

Em diagnóstico realizado pelo Conselho Regional de Farmácia do Rio de Janeiro (CRF-RJ) e pelas Secretarias Municipais de Saúde

do RJ (Conselhos Municipais de Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro – Cosems-RJ), foi apontada a dificuldade de acesso a medicamentos na perspectiva do usuário, devido à centralização de sua dispensação em razão de multas do CRF-RJ. Por outro lado, sob a ótica da gestão municipal, apresenta-se a dificuldade/impedimento de novas contratações em razão do limite imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, restringindo assim a possibilidade de ampliação do quadro de farmacêuticos nos municípios¹⁸.

Cabe destacar que o farmacêutico no âmbito da APS tem importante atuação tanto nas atividades técnico-gerenciais para garantia do abastecimento regular, acondicionamento adequado e disponibilidade de medicamentos essenciais; bem como atividades clínicas, voltadas para o paciente, familiares e integração com a equipe multiprofissional, visando a promoção do uso apropriado de medicamentos, adesão medicamentosa e prevenção de problemas relacionados a medicamentos¹⁹⁻²². Nesse sentido, Lima et al.²³ apontaram que em unidades que contam com farmacêutico em período integral, os profissionais que realizam a dispensação apresentaram 1,82 mais chance de transmitir orientações sobre a forma de usar os medicamentos.

Ainda assim, observou-se, tanto em 2014 quanto em 2017, reduzido percentual de farmacêuticos atuando na APS, além de distribuição desigual por estrato populacional. Resultados similares foram encontrados também por Carvalho et al.¹⁰ quando avaliada a força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos por regiões do País.

Em análise da AF nos 30 anos do SUS, Bermudez et al.²⁴ destacaram que, mesmo com todos os esforços realizados ao longo das últimas três décadas, ainda existem situações críticas no âmbito de recursos humanos da AF, como a concentração de farmacêuticos nas capitais e estruturas inadequadas dos serviços de farmácia e a falta de pessoal adequado.

Nossos achados, convergentes com estudos anteriores^{4,25}, evidenciaram deficiências nos aspectos estruturais, em especial a

infraestrutura. Este é um fato extremamente preocupante e que reflete diretamente no armazenamento adequado e, por conseguinte, na garantia da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos dispensados. É importante destacar que, por exemplo, as insulinas humanas, medicamentos imprescindíveis no manejo da diabetes tipo 1 e tipo 2 (insulinodependentes) e que devem estar disponíveis na APS, são termolábeis e exigem, para manutenção de suas propriedades farmacêuticas, armazenamento em refrigeração²⁵.

Apesar de não-satisfatórios de forma geral, os aspectos estruturais se mostraram consideravelmente melhores em unidades com farmacêuticos cadastrados, reforçando a importância de sua atuação nos serviços de farmácia (ORaj variando de 1,06 a 4,07).

Em relação à disponibilidade média de medicamentos, o resultado encontrado no 2º ciclo (60%) foi similar ao observado no 1º ciclo (58,5%)⁴ e na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (62,5%)²⁶. Já o 3º ciclo mostrou importante melhora em relação aos ciclos anteriores (69,2%), ainda que inferior aos achados de países como Nicarágua (73,7%) e Honduras (79,2%)²⁷ e ao preconizado pela OMS na APS ($\geq 80\%$)²⁸.

Embora caiba destaque o incremento de quase 10 pontos percentuais (pp) (de 20,6 para 29,6%) no total de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$, o Brasil ainda precisa avançar em estratégias para alcançar tal meta. Ressalta-se mais uma vez a influência positiva do farmacêutico, uma vez que na presença desse profissional o número de UBS com disponibilidade de medicamentos $\geq 80\%$ saltou de 20,6% para 46,1% em 2014 e de 29,6% para 54,7% em 2017.

As melhorias encontradas nos grupos de medicamentos para Dant, bem como os resultados da baixa disponibilidade de anti-infecciosos, vêm ao encontro dos dados apresentados na PNAUM²⁹. Segundo a pesquisa, foram encontradas maiores proporções de obtenção no SUS para medicamentos destinados a condições

crônicas, como hipertensão e diabetes, enquanto medicamentos para eventos agudos como infecções, dor e febre encontravam-se no grupo cuja obtenção prioritária se deu através de pagamento do próprio bolso²⁹. Entretanto, diferente dos resultados da PNAUM²⁹, nosso estudo mostrou alta disponibilidade de analgésicos/antipiréticos.

O aumento na disponibilidade de medicamentos, tanto em termos gerais, como para os medicamentos destinados às Dant, somado à melhoria no acompanhamento das condições crônicas e avanço na cobertura da ESF, podem estar associados à redução de internações por condições sensíveis à APS³⁰.

Se observam interessantes resultados quanto ao porte populacional. Em relação à disponibilidade média de medicamentos-chave (sem fitoterápicos), os resultados do 2º ciclo-2 foram similares aos encontrados por Mendes et al.⁴: maior disponibilidade nos estratos com mais de 100.000 e 500.000 habitantes⁴, o que pode ser justificado pela maior economia de escala em razão do porte populacional e à melhor eficiência dos grandes centros, frente aos municípios de pequeno porte³¹.

Entretanto, a despeito das dificuldades esperadas para municípios de pequeno porte, em razão de aspectos como a alta rotatividade de profissionais e baixa arrecadação tributária³¹, no 3º ciclo observou-se melhora importante da disponibilidade de medicamentos-chave em municípios com até 10.000 habitantes (passando de 59,9% no 1º ciclo para 73,6% no 3º ciclo). Talvez, a centralização na dispensação de medicamentos nesses municípios possa ter influenciado positivamente na concentração de esforços para garantia da disponibilidade desses. Ademais, este fato pode estar associado ainda aos incentivos financeiros federais destinados a municípios pobres ou extremamente pobres com menores densidades demográficas, como por exemplo o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), criado com o propósito de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração das atividades da AF nas redes de atenção à saúde³².

A capacidade arrecadatória dos municípios e seus respectivos gastos em saúde também podem estar refletidos nos resultados aqui encontrados. Araújo et al.³³ identificaram que municípios com até 20.000 habitantes apresentaram maiores gastos per capita para a maior parte dos componentes por eles estudados, inclusive em despesas com medicamentos; se aproximando à mediana de gastos de municípios com mais de 100.000 habitantes, que concentram uma rede de serviço mais especializada em saúde. Em consonância, Vieira e Zucchi³⁴ também observaram relação inversa entre o gasto per capita com medicamentos e a população do município. Dentre as hipóteses levantadas, os autores apontam que a mais plausível de fato seria aquela relacionada ao poder e escala de compras distintos³⁴.

No tocante à disponibilidade total de medicamentos por grupo farmacológico no 2º e 3º ciclos, similarmente ao 1º⁴ em alguns aspectos, observa-se uma maior disponibilidade de anti-hipertensivos em municípios com até 10.000 habitantes; enquanto os antidiabéticos e anti-infecciosos mantiveram maior disponibilidade nos extremos populacionais e menor nos estratos centrais, indo de encontro aos achados de Miclos, Calvo e Colussi³¹.

Salazar, Campos e Luiza³⁵ apontam um alto percentual de equipes de Saúde da Família (eSF) que desenvolvem ações de planejamento familiar (variando de 88,3% a 96,3%, do menor para o maior estrato populacional, respectivamente). No entanto, encontrou-se em nosso estudo que a disponibilidade de contraceptivos não acompanha essa oferta de serviços, podendo prejudicar a consolidação das estratégias traçadas. Observou-se importante melhora na disponibilidade de tal grupo de medicamentos no 3º ciclo, quando comparado ao 2º ciclo e ao 1º ciclo⁴. O estudo de Mattos et al.³⁶ apresenta o relato de um gestor municipal que aponta as dificuldades de abastecimento de contraceptivos ao longo de 2013, corroborando com nossos achados do 2º ciclo. Sabendo que se trata de medicamentos cuja aquisição é realizada pelo Ministério da Saúde, supõe-se

que a melhora na disponibilidade ao longo do 3º ciclo possa estar associada à melhora no processo de compras pelo referido órgão.

Considerações finais

O presente estudo apresentou algumas limitações, em especial pelo fato de o PMAQ-AB ter sido um programa de adesão voluntária. Dessa forma, embora tenha atingido uma ampla cobertura de municípios com equipes contratualizadas, respectivamente 93,5% e 95,6% em 2014 e em 2017, não cobriu todas as UBS do Brasil. Cabe ressaltar também a quantidade de perdas no preenchimento da variável do PMAQ-AB relacionada ao número de farmacêuticos na unidade (*quadro 1*), motivo pelo qual foi necessária a combinação com o CNES, que também possui inúmeras fragilidades, como a possibilidade de desatualização dos dados. Outras limitações identificadas foram o aspecto subjetivo no termo utilizado para a variável sobre a disponibilidade de medicamentos em quantidade suficiente, onde não foi encontrado critério explícito para o que seria considerado como quantidade suficiente; e o sorteio para avaliar a disponibilidade de alguns medicamentos, no 2º ciclo do PMAQ-AB, impossibilitando assim a análise de toda a lista de medicamentos e implicando também a desproporcionalidade entre a quantidade de medicamentos por grupo farmacológico, especialmente para o grupo dos psicotrópicos. A quebra no aspecto longitudinal da aferição sobre qual profissional faz a dispensação dos medicamentos na unidade, também foi uma importante limitação encontrada, uma vez que a variável estava presente apenas no 2º ciclo do PMAQ-AB. Destaca-se ainda que o instrumento não permitia diferenciar farmácias e dispensários, não havendo para esse último a exigência legal do farmacêutico.

Como fortalezas do estudo, temos sua abrangência nacional, a possibilidade de análise segundo o porte municipal e da combinação de diversas dimensões (disponibilidade, estrutura

de serviço e presença do farmacêutico).

Por meio da combinação dos dados do PMAQ-AB com os do CNES, foi possível trazer para o debate a relevância do farmacêutico como componente das equipes de saúde que atuam na APS no SUS. A presença deste profissional nas unidades de saúde potencializa tanto a disponibilidade de medicamentos como também propicia o atendimento de questões estruturais favoráveis dos serviços de farmácia da APS. Entretanto, ainda é necessário evidenciar melhor no nível nacional a inserção do farmacêutico no processo de cuidado e sua associação com resultados em saúde.

É importante transcender a lógica de se garantir a presença do farmacêutico como mero requisito legal destituído de sentido prático, direcionado os esforços no sentido de contribuir para resultados em saúde para indivíduos, famílias e comunidade. É fundamental promover a inserção do farmacêutico como parte integrante da equipe de saúde. Defende-se que o papel do farmacêutico na APS extrapole os muros do serviço, envolvendo-se em atividades como o apoio matricial à equipe, ações na comunidade e visitas domiciliares²¹. Tais aspectos não são contemplados pela legislação que prevê ações apenas no espaço físico da farmácia. A obtenção de tais avanços requer a ampliação da discussão envolvendo atores como as instâncias gestoras do SUS, órgãos de classe e sociedade.

Por fim, cabe ressaltar o importante papel do PMAQ-AB para a utilização de inúmeros indicadores no âmbito da APS. A lamentável descontinuidade do programa em 2019, sem uma proposta substitutiva equivalente, interrompeu a possibilidade de análises longitudinais futuras, com indicadores de abrangência nacional que abordavam tanto aspectos da gestão como do cuidado em saúde na APS.

Agradecimentos

Agradecemos o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública da Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (PPG-SP/ENSP) pelo apoio à publicação e à tradução do presente artigo.

Colaboradores

Peixoto RT (0000-0002-9362-3770)* e Campos MR (0000-0002-7443-5977)* contribuíram

para concepção, cálculos, análise dos dados, escrita e aprovação final da versão a ser publicada. Luiza VL (0000-0001-6245-7522)* contribuiu para concepção, análise dos dados, participação na redação do artigo e aprovação do texto final. Mendes LV (0000-0002-9027-0287)* contribuiu para análise dos dados e revisão do texto final. ■

Referências

1. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. [acesso em 2019 nov 12]; 38(esp):252-264. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JC63pCCBWxw8kfdRKTqfsgH/abstract/?lang=pt>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
3. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2007 [acesso em 2019 nov 12]; (21):164-176. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9334>.
4. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2019 nov 12]; 38(esp):109-123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n4Nwv8hcvy7MLNsXTFDC8hr/abstract/?lang=pt#>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. 25 Jan 2008.
6. Barberato LC, Scherer MDA, Lacourt RMC. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2019 nov 12]; (24):3717-3726. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmacutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679#:~:text=H%C3%A1%20predom%C3%ADnio%20do%20isolamento%20>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [do,e%20normativas%20no%20cen%C3%A1rio%20nacional](#).
7. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. *Rev. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2020 set 24]; 51(supl2):6s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139748>.
 8. Brasil. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. *Diário Oficial da União – Edição Extra*. 11 Ago 2014.
 9. Brasil. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. *Diário Oficial da União*. 19 Dez 1973.
 10. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2019 nov 12]; 51(supl2):16s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139750>.
 11. Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2019 nov 12]; (22):235-244. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-contribuicao-do-farmacutico-para-a-promocao-do-acesso-e-uso-racional-de-medicamentos-essenciais-no-sus/15351>.
 12. Peixoto RT. Influência do Farmacêutico nos Serviços de Farmácia da Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa entre ciclos do PMAQ-AB (2014-2017). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2021.
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama das cidades. [acesso em 2021 abr 1]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.
 14. World Health Organization. WHO Medicines Strategy 2008-2013. [acesso em 2020 dez 7]. Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/Medicines_Strategy_draft08-13.pdf.
 15. Leite SN, Bernardo NLM C, Álvares J, et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):11s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139757>.
 16. Faleiros DR, Silva GD. Gestão Racional da Assistência Farmacêutica: Farmácia de Minas. In: *Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
 17. Pereira VOM, Acurcio FA, Guerra Júnior AA, et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2020 nov 16]; 28:1546-1558. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rRH-h6dm4ydk8d5hpqXqRmmg/abstract/?lang=pt>.
 18. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro; Conselhos Municipais de Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro. Relatório Final dos Seminários Regionais de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: CRF-RJ; Cosems-RJ; 2020.
 19. Federación Internacional Farmacéutica; Organización Mundial de la Salud. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. La Haya, Holanda: FIP; 2011.
 20. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de Plan Básico de Educación Farmacéutica y Competencias del Farmacéutico para la Práctica Profesional. Washington, DC: OPS; 2017.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
 22. Organización Panamericana de la Salud. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de*

- salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS; 2013.
23. Lima MG, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. *Rev. saúde pública*. 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):23s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139771>.
 24. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2019 nov 12]; (23):1937-1949. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/assistencia-farmaceutica-nos-30-anos-do-sus-na-perspectiva-da-integralidade/16732>.
 25. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. *Rev. saúde pública*. 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):13s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139755>.
 26. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev. saúde pública*. 2017 [acesso em 2020 nov 16]; 51(supl2):10s. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139736>.
 27. Emmerick ICM, Luiza VL, Camacho LAB, et al. Access to medicines for acute illness in middle income countries in Central America. *Rev. saúde pública*. 2013 [acesso em 2020 nov 16]; (47):1069-1079. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2013.v47n6/1069-1079/en/>.
 28. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014: Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
 29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. PNAUM - Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. Componente populacional: Resultados. Brasília, DF: MS; 2016.
 30. Pinto LF, Giovanella L, Pinto LF, et al. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2020 nov 16]; (23):1903-1914. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/do-programa-a-estrategia-saude-da-familia-expansao-do-acesso-e-reducao-das-internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-basica-icsab/16697>.
 31. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care. *Rev. saúde pública*. 2017 [acesso em 2020 nov 16]; (51):86. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138344>.
 32. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. saúde pública*. 2017 [acesso em 2020 nov 16]; (51):2s. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/assistencia-farmaceutica-na-atencao-primaria-a-pactuacao-interfederativa-no-desenvolvimento-das-politicas-farmaceuticas-no-sistema-unico-de-saude-sus/>.
 33. Araújo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2020 nov 16]; (22):953-963. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/os-municipios-brasileiros-e-os-gastos-proprios-com-saude-algumas-associacoes/15858>.
 34. Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Rev. saúde pública*. 2011 [acesso em 2020 nov 16]; (45):906-913. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/Zs_mvWsnCFvKr8gDfb44Y5kK/?lang=pt.
 35. Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro

e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2017 [acesso em 2021 fev 27]; (22):783-796. Disponível em: <http://www.cienciae-saudecoletiva.com.br/artigos/a-carteira-de-servicos-de-saude-do-municipio-do-rio-de-janeiro-e-as-acoes-em-saude-na-atencao-primaria-no-brasil/16038>.

36. Mattos L, Silva R, Chaves G, et al. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais

do Sistema Único de Saúde. Saúde Soc. 2019 [acesso em 2021 fev 27]; (28):287-298. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rFhswFTjTgG694bpSTbw4Gb/?lang=pt>.

Recebido em 25/07/2021

Aprovado em 23/12/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve