



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Feltrin de Oliveira, Luciane Cristina; Araújo Assis, Marluce Maria; Barboni, André René
Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à
Atenção Básica à Saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 3, novembro, 2010, pp. 3561-3567
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302031>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde

Pharmaceutical Assistance in the Basic Units of Health:
from the National Drug Policy to the Basic Attention to Health

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira ¹
Marluce Maria Araújo Assis ¹
André René Barboni ¹

Abstract *This study of theoretical revision discuss the Pharmaceutical Assistance in the Basic Units of Health, rescuing briefly the history of the National Drug Policy; the mechanisms of financing in the process of health decentralization and Pharmaceutical Assistance on the Basic Attention to Health. The expansion of the population access to the health system has demanded changes on drug distribution in order to increase the coverage and at the same time to reduce costs. It was identified advances in legal and institutional structures: the management decentralization of actions on pharmaceutical assistance; the expansion of the population access to essential medicines; and the establishment of the pharmaceutical assistance in some cities. However, it still persists priority actions in relation to the financing and population coverage, in detriment of quality processes. The conclusion is that, many Brazilian cities has low availability and discontinuity of essential medicine offer; dispensation by workers without qualification; inadequate conditions of storage that compromise the quality of medicines; medicine prescription that does not belong to the National Reference of Essential Medicines; and problems related to the access of users to the pharmacotherapy.*

Key words *Pharmaceutical assistance, Basic Attention to Health*

Resumo *Este artigo é um estudo de revisão teórica que discute a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, resgatando-se brevemente a história da Política Nacional de Medicamentos, os mecanismos de financiamento no processo de descentralização da saúde e a Assistência Farmacêutica 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. Identificam-se avanços no arcabouço jurídico e institucional: descentralização da gestão das ações da assistência farmacêutica; ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais; e estruturação da assistência farmacêutica nos municípios. No entanto, persistem ações prioritárias em relação ao financiamento e cobertura populacional, em detrimento da qualidade dos processos. Conclui-se 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 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; e problemas relacionados ao acesso dos usuários à farmacoterapia.*

Palavras-chave *Assistência Farmacêutica, Atenção Básica à Saúde*

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina s/nº, Novo Horizonte. 44036-900 Feira de Santana BA. feltrinlc@yahoo.com.br

Introdução

O Brasil vem experimentando, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público de saúde. Neste contexto, princípios importantes vêm nortear a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade¹.

A universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem-se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. Nesse sentido, a ABS toma força na década de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde².

O PSF tem como “imagem objetivo” superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas, predominantemente, curativas, objetivando a reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica. Vislumbra também a incorporação de conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias, entre elas as relacionadas à AF, para responder às necessidades apresentadas nos espaços concretos em que as pessoas constroem suas histórias e representam seu processo de saúde-doença^{3,4}. Vale lembrar que atualmente o PSF não é mais um programa e sim uma estratégia para reorganização da atenção básica, assim ganhou a denominação de Estratégia Saúde da Família.

Em relação às formas de financiamento da ABS com a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB) em 1997, estabeleceram-se mecanismos de incentivo à organização e financiamento deste nível de atenção. Desde então, os recursos passaram a ser transferidos, de forma regular e automática, diretamente da União para os municípios através do fundo municipal de saúde⁵.

Nesse nível de atenção, procura-se responder às demandas sanitárias e às relacionadas com as ações clínicas. No primeiro caso estão as ações de saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação em saúde, entre outras. As demandas relacionadas com as ações clínicas incluem vigilância epidemiológica (prevenção e tratamento de doenças de relevância epidemiológica) e as tipicamente clínicas (prevenção, tratamento e recuperação, com apoio de técnicas diagnósticas e terapêuticas)⁴.

A distribuição de medicamentos na ABS é parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças. Os medicamentos distribuídos neste nível de atenção são os chamados medicamentos essenciais, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo efetividade⁶. Vários autores, dentre eles Donabedian⁷, referem a eficácia como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional, e a eficiência corresponde às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos⁷.

Nesse contexto, a ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, principalmente através da ABS, exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo minimizar custos. Além disso, foi necessária a construção de um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da AF e assim garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais.

Dessa maneira, o trabalho objetiva discutir a AF no SUS. Para tanto, resgata-se um breve histórico da Política Nacional de Medicamentos, incluindo os mecanismos de financiamento da AF no processo de descentralização da saúde e a AF na ABS.

Política Nacional de Medicamentos no Brasil: um breve resgate histórico

A distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde é uma das atividades da AF. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional⁸.

A PNM também estabelece que a gestão da AF deva ser descentralizada e a aquisição feita com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos⁸.

A atual conformação legal do componente AF no âmbito do SUS é decorrente da construção histórica da PNM do país e de sucessivas tentativas de incrementar o acesso da população aos medicamentos necessários para a sua terapêutica. Autores como Bermudez⁹, Bonfim e Mercucci¹⁰, Bermudez e Bonfim¹¹ e Joncheere¹², no contexto em que escreveram seus trabalhos, enfatizaram a necessidade cada vez mais emergente da implementação de uma Política Nacional de Medicamentos inserida na Política Nacional de Saúde, principalmente no âmbito do SUS, colocando o Ministério da Saúde como a principal agência e força condutora na formulação e implementação desta política. O enfoque principal desses autores é que o direcionamento da política deveria ser feito através de três eixos principais: regulação sanitária de medicamentos, regulação econômica e AF. Esta última, envolvendo um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde do cidadão, que culminam eventualmente com o acesso propriamente dito ao medicamento. Enfim, uma política de medicamentos deve garantir disponibilidade e acesso de toda a população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Durante muitos anos, as ações de AF no sistema de saúde público do Brasil se confundiram com as ações da Central de Medicamentos (Ceme). A Ceme, criada em 1971, nasceu da preocupação do Estado em relação ao acesso ao medicamento pelos estratos da população de reduzido poder aquisitivo, com o objetivo de promoção e organização das atividades de assistência farmacêutica direcionadas a esta população; identificação de indicadores de saúde por região e faixa etária; levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais e nacionais; coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional. Os recursos financeiros eram originários do convênio firmado entre a Ceme e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a sua gestão era centralizadora, sendo que estados e municípios encontravam-se excluídos de todo o processo decisório⁹.

Os medicamentos fornecidos pela Ceme, constantes na Rename, eram destinados ao uso nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Este tipo de financiamento per-

sistiu até o início dos anos 90, quando aconteceu a extinção do INPS e a sua incorporação ao Ministério da Saúde (MS). Desde então, a aquisição de medicamentos continuou por meio do MS, secretarias estaduais e municipais de saúde que mantinham convênios com a Ceme¹³.

Ao longo dos anos de existência da Ceme, foram detectados vários problemas relacionados com o acesso da população aos medicamentos produzidos por ela, entre eles: a pouca utilização da Rename pelos prescritores, desperdícios de medicamentos decorrentes principalmente do pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas, dificuldades de logística com grandes perdas de medicamentos por prazo de validade vencido, além de insuficiência de recursos financeiros¹³.

Na tentativa de melhorar esse quadro, vários programas especiais foram criados, entre eles o Programa Farmácia Básica (PFB), em 1987, que objetivava racionalizar a disponibilidade de medicamentos essenciais na ABS. Este programa foi idealizado como um módulo padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Rename. Os módulos contavam com 48 medicamentos, necessários para atender às necessidades de um grupo de três mil pessoas por um período de seis meses. No entanto, devido a problemas decorrentes, principalmente, da centralização dos processos de programação e aquisição, que não correspondiam ao perfil de demanda das populações atendidas, o programa foi extinto em 1988¹⁴.

A década de 1990 foi marcada por uma crise na Ceme em razão de atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais e escândalos de corrupção que culminaram com a sua extinção, em 1997. Ressalta-se, também nesta década, a regulamentação do SUS, através da Lei nº 8.080/90, o que reforçou a necessidade cada vez mais emergente da formulação de uma política nacional de medicamentos, consoante com o novo sistema de saúde do país^{15,16}.

Nesse contexto, houve a reedição do PFB, semelhante ao modelo do programa anterior de mesmo nome, destinado somente a municípios de até 21.000 habitantes de todo o país, com exceção dos municípios dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná que já haviam iniciado um processo de reorganização da AF. Consedey¹⁴, ao analisar a implantação deste programa em cinco estados brasileiros, constatou falhas, principalmente no abastecimento, em razão do não atendimento das necessidades específicas das populações de diferentes localidades.

Diante desse cenário, foi elaborada e aprovada em 1998 a PNM brasileira, com base nos princípios e diretrizes do SUS, integrando esforços para a consolidação do novo sistema de saúde brasileiro e norteando as ações das três esferas de gestão. A PNM traz como diretrizes a adoção da Rename; a regulação sanitária de medicamentos; a reorientação da assistência farmacêutica com descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos envolvidos com a AF⁸.

A premissa básica seria a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, respeitando as necessidades das populações locais através de critérios epidemiológicos – preocupação pertinente, diante de fracassos anteriores com a experiência centralizadora da extinta Ceme. O gestor federal, a partir desse momento, passa a participar do processo de aquisição, mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica⁶. A partir de então se dá início ao processo de descentralização da AF no SUS.

Os mecanismos de financiamento no processo de descentralização da AF

No final da década de 1990, os municípios passam a gerir a aquisição de medicamentos essenciais distribuídos na ABS, enquanto a aquisição dos outros medicamentos referentes a programas específicos continua centralizada nas esferas estadual e federal.

O financiamento passa a ser norteado pelo Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica estabelecida na Portaria GM nº 176/99⁹, e a participação do nível federal passa a ser através de repasse fundo a fundo, do fundo federal para os fundos estaduais e municipais de saúde com recursos no valor de R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano, repassados em parcelas de 1/12 mensais. A participação dos estados e municípios é feita através das contrapartidas financeiras que, somadas, não podem ser inferiores ao valor repassado pelo governo federal⁵.

O gestor municipal passa a ter algumas responsabilidades importantes, como coordenar e executar a AF no seu respectivo âmbito; associar-se a outros municípios por intermédio de organização de consórcios, tendo em vista a sua

execução; promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores; assegurar a dispensação adequada de medicamentos; definir a relação municipal de medicamentos essenciais com base na Rename e no perfil epidemiológico da população; assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica; investir na infraestrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos⁵.

Em março de 2006, com a aprovação da Portaria GM 698/2006¹⁷ instituiu-se então o bloco de financiamento para a AF constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica, este último foi retirado do bloco de financiamento pela Portaria nº 204/2007¹⁸.

O componente básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de AF no âmbito da ABS e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados. Ele é composto de uma parte financeira fixa e de uma parte financeira variável. A parte financeira fixa consiste em um valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos de AF em ABS, transferido ao Distrito Federal, estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Nessa perspectiva, os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da parte fixa, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da política de AF vigente¹⁸.

Já a parte financeira variável do componente básico consiste em valores *per capita* destinados à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os recursos poderão ser executados pelo próprio Ministério da Saúde ou descentralizados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e organização dos serviços previstos nesses programas¹⁸.

Configura-se então, a atual conformação legal da AF no SUS, que, apesar de bem estruturada através das várias diretrizes e intenções expressas na legislação, ainda está restrita basicamente às atividades relacionadas ao processo de abastecimento de medicamentos.

A preocupação com o aumento da cobertura na distribuição de medicamentos é perceptível, principalmente no âmbito federal, especialmente em relação aos medicamentos essenciais distribuídos na ABS. Tal fato pode ser constatado através da aprovação de leis que regulamentem o financiamento para aquisição de tais medicamentos pelos municípios^{5,18}. Apesar disso, a análise da legislação sobre AF no SUS mostra que as questões do financiamento e de utilização racional dos recursos são predominantes, em detrimento da qualidade dos medicamentos adquiridos e dos processos envolvidos na dispensação, entre eles aspectos importantes como a orientação e educação do usuário.

Diante dessa realidade, a aprovação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), vem reforçar o caráter amplo da AF, com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS¹⁹.

Através da PNAF, verifica-se a inserção da Atenção Farmacêutica como prática norteadora das atividades do farmacêutico dentro da AF. A Atenção Farmacêutica é considerada por Hepler e Strand²⁰ como uma forma responsável de prover a farmacoterapia, considerando prioritariamente os resultados que devem ser alcançados, de modo a influir decisivamente na melhoria da qualidade de vida dos usuários, através de orientação adequada quanto ao uso correto dos medicamentos, assim como à promoção do seu uso racional. Dessa maneira, a Atenção Farmacêutica tem a pretensão de atender a uma necessidade dentro do SUS de humanização do atendimento, estabelecimento de vínculo e acolhimento em relação ao usuário.

Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde

Atualmente, no que tange à organização e ao financiamento da AF no âmbito do SUS, percebe-se duas realidades um tanto quanto distintas. Por um lado, a AF legal consolidada e estruturada pelas respectivas leis e portarias, e que de certa forma norteia e contribui para uma melhor organização da AF nos municípios. Por outro lado, visualiza-se a AF real, atravessada por vários problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica.

Esta realidade vem sendo comprovada através de vários estudos de avaliação da AF²¹⁻²³ realizados em unidades de ABS em distintas regiões

do país. Os resultados dessas pesquisas mostram que a realidade da AF na ABS é bem diferente do que está instituído na legislação e do que é recomendado pelo MS.

Tais avaliações verificaram que grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofrem com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas unidades de ABS. Além disso, a dispensação na maioria das unidades é feita por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos, e em muitas unidades as condições de armazenamento dos medicamentos são inapropriadas, comprometendo sua qualidade. Outro problema encontrado é a prescrição de medicamentos que não pertencem à Rename, comprometendo o acesso dos usuários à farmacoterapia.

A análise dos resultados dessas pesquisas possibilita a identificação de possíveis causas para os problemas encontrados na AF na ABS no âmbito do SUS, entre eles a falta de comprometimento ou a ingerência do gestor em relação à AF; escassez de recursos financeiros, ausência de planejamento e programação para a aquisição de medicamentos; aquisições equivocadas; e o armazenamento em condições inapropriadas que contribui para a deterioração dos medicamentos, ocasionando perdas.

Em meio a inúmeras necessidades e demandas, a estruturação da AF parece não ser considerada prioritária na disputa por recursos nos orçamentos de saúde. Talvez sua importância ainda não esteja explicitada para a maioria dos gestores – realidade constatada pelas condições físicas e de recursos humanos das farmácias das unidades de saúde. Nestes locais, as farmácias geralmente ocupam espaços pequenos, sem condições mínimas necessárias para o armazenamento de medicamentos. A dispensação é feita por trabalhadores sem capacitação, e muitas vezes existem grades separando o usuário do profissional que faz o atendimento, descaracterizando a humanização do serviço²⁴.

Os desafios para a estruturação e a implementação de uma AF efetiva na esfera municipal, principalmente na ABS, começa pela conscientização, por parte dos gestores, da importância da estruturação da AF municipal, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos com as atividades que fazem parte do ciclo da AF. Desta maneira, a distribuição de medicamentos à população pode se tornar viável, racional e mais eficiente.

Neste aspecto, há também a necessidade de aproximação do profissional farmacêutico com as unidades de saúde que dispensam o medicamento, de maneira a se comprometer não só com as atividades relacionadas ao processo de programação e aquisição, como também com a relação existente entre o usuário e o uso racional dos medicamentos. A Atenção Farmacêutica é uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento; nela, o profissional teria que estabelecer uma relação estreita e acolhedora com o usuário, comprometendo-se com o sucesso de sua farmacoterapia. Desta maneira, o farmacêutico deixará de se ocupar estritamente com atividades de caráter burocrático relacionadas com a aquisição de medicamentos para se ocupar também do usuário.

Considerações finais

É inegável a importância da AF na ABS, visto que este nível de atenção deve resolver os problemas de saúde de maior relevância em seu território, utilizando “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade”, dentre estas o uso de medicamentos para cura, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças²⁵. Em síntese, ao procurar um serviço na porta de entrada da rede SUS, a complexidade da AF é traduzida em ações relacionadas às demandas que são construídas no cotidiano das pessoas, da família e dos grupos sociais, exigindo da equipe preparo para lidar com questões subjetivas como anseios e dúvidas sobre a terapêutica, que ultrapassam as queixas apresentadas nos encontros entre os diferentes componentes da equipe e os usuários dos serviços. A baixa densidade envolve o uso de tecnologia na AF básica que opera com a medi-

calização orientada para o autocuidado, por meio de orientações educativas, em que a equipe é mediadora dos processos e a intervenção terapêutica é compartilhada.

Para que a ABS seja resolutive, estabeleça vínculo e se responsabilize pelos usuários, alguns fatores são importantes; dentre eles, é necessário que o usuário tenha acesso a medicamentos de qualidade no momento oportuno e de maneira coerente, ou seja, receba todas as orientações pertinentes quanto ao uso correto das medicações.

As contribuições da legislação e das normatizações do MS para a organização e o estabelecimento de financiamento para a AF na ABS são indiscutíveis. No entanto, existe um grande distanciamento entre a AF básica legalmente estabelecida e a AF básica real dos municípios brasileiros. Os problemas encontrados vão desde o desabastecimento de medicamentos essenciais e má conservação deles no processo de armazenamento até a ausência total de orientação ao usuário quanto à utilização correta desses produtos.

Muitos são os fatores que comprometem a qualidade da AF nos municípios brasileiros; destacam-se: insuficiência de recursos financeiros, necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos, bem como de seus gestores.

Haja vista a possibilidade de melhoria ante as demandas claramente perceptíveis, os estudos de avaliação vêm contribuindo para diagnosticar possíveis problemas, identificar suas causas e contribuir através da proposição de ações corretivas e preventivas que venham melhorar a organização e a gestão da AF básica nos municípios, fazendo-a cumprir efetivamente sua função social, qual seja: assegurar o acesso universal e igualitário dos usuários do SUS à AF de qualidade e com responsabilidade por parte dos responsáveis por esta atenção.

Colaboradores

LCF Oliveira, MMA Assis e AR Barboni participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

- Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enferm* 2005; 13(6):1027-1034.
- Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):401-412.
- Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
- Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Abreu de Jesus WL. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. *Rev APS* 2007; 10(2):189-199.
- Brasil. Portaria GM nº 176/99. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. [acessado 2006 jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm179/gm.htm>
- World Health Organization. WHO Medicines Strategy-countries the core: 2004-2007. Geneva: WHO; 2004. [acessado 2006 jun 12]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>
- Donabedian A. La capacidad de la atención médica: definición e métodos de evaluación. Cidade do México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
- Brasil. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. [acessado 2006 jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>
- Bermudez JAZ. *Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.
- Bonfim JRA, Mercucci VL. *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1997.
- Bermudez JAZ, Bonfim JRA. *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1999.
- Joncheere K. Necessidade de elementos de uma Política Nacional de Medicamentos. In: Bonfim JRA, Mercucci VL. *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1997.
- Acurcio FA, organizador. *Medicamentos e Assistência Farmacêutica*. Belo Horizonte: Coopmed; 2003.
- Consedey MAE. *Análise de implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2000.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- Bermudez JAZ, Possas CA. Análisis crítico de la política de medicamentos em el Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1995; 119(3):270-277.
- Brasil. Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observando o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. *Diário Oficial da União* 2006; 3 abr. [acessado 2006 jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm698/gm.htm>
- Brasil. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. [acessado 2006 jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm207/gm.htm>
- Brasil. Resolução CNS nº 338/2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. [acessado 2006 jun 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucao338/cns.htm>
- Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999; 1:35-47.
- Guerra Jr AA, Acurcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF, Carvalho CL. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15(3):168-175.
- Tasca RS, Soares DA, Cuman RKN. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá-Paraná. *Arq Ciências Saúde Unipar* 1999; 3(2):117-124.
- Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saude Publica* 2005; 39(2):223-230.
- Vieira SV. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 12(1):213-220.
- Starfield B. Atenção Primária e Saúde. In: Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID; 2004.

Artigo apresentado em 07/10/2007

Aprovado em 17/07/2008

Versão final apresentada em 10/09/2008