



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Queiroz Araújo, Suetônio; Sarmiento Costa, Karen; Luiza, Vera Lucia; Lavras, Carmen;
Alves Santana, Eucilene; Urruth Leão Tavares, Noemia

Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de
saúde

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1181-1191

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551015>

- 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

Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde

Comments on “The organization of pharmaceutical services
by ‘health region’ in Brazil’s Unified Health System”

Suetônio Queiroz Araújo¹
Karen Sarmiento Costa²
Vera Lucia Luiza³
Carmen Lavras²
Eucilene Alves Santana¹
Noemia Urruth Leão Tavares⁴

Abstract *This study aimed to describe and characterize the pharmaceutical services provided in Brazil’s Unified Health System (SUS) from the point of view of the healthcare networks that are organized by region in the QualiSUS-Rede Project. This was a cross-sectional study, with data collected from December 2013 to July 2015, in public health establishments that carried out delivery or warehousing of medications (n = 4,938), in 465 municipalities, and the Federal District, in 43 ‘Health Regions’. The results show the existence of at least one management service supporting the health network, and warehousing of medications in all the regions (> 90%). It also showed the availability of at least one healthcare service, in healthcare locations, by pharmaceutical professionals is irregular between the Regions, being highest in the Southeastern Region (74.3%), and lowest in the Northeastern Region (43.3%). The results underpin the need for effective structuring of pharmaceutical assistance in the SUS networks, overcoming the current restrictive vision of its activities, which gives value almost exclusively to the logistical component of support to the network, to the detriment of the clinical component. It is also important to expand, and improve the quality of, the population’s access to medical drugs, and improve the quality of the healthcare offered to users of the system.*

Key words *Health systems, Regionalization, Pharmaceutical services*

Resumo O presente estudo teve o objetivo de caracterizar os serviços farmacêuticos prestados no Sistema Único de Saúde do Brasil sob a ótica das redes de atenção à saúde em regiões de saúde contempladas no Projeto QualiSUS-Rede. O estudo teve delineamento transversal, com coleta de dados de dezembro de 2013 a julho de 2015 em todos os estabelecimentos públicos de saúde que realizavam entrega/armazenamento de medicamentos (n = 4.938) de 465 municípios e Distrito Federal em 43 regiões de saúde. Os resultados mostram a existência de pelo menos um serviço gerencial de apoio à rede de saúde além do armazenamento de medicamentos em todas as regiões (> 90%). E de forma irregular entre as Regiões, há a oferta de pelo menos um serviço assistencial nos pontos de atenção pelos profissionais farmacêuticos, ocorrendo em maior proporção na Região Sudeste (74,3%) e menor na Nordeste (43,3%). Os resultados reforçam a necessidade da efetiva estruturação da assistência farmacêutica nas RAS superando uma visão restritiva das suas atividades, que valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico de apoio a rede em detrimento da clínica. É igualmente importante ampliar e aprimorar o acesso da população aos medicamentos assim como e qualificar o cuidado em saúde ofertado aos usuários do sistema.

Palavras-chave *Sistemas de saúde, Regionalização, Assistência farmacêutica*

¹ Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G. 70058-900 Brasília DF Brasil. suetonioqueiroz@gmail.com

² Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

³ Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Departamento de Farmácia, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

O desafio de combater a fragmentação e prestar serviços contínuos de saúde de forma justa e abrangente continua sendo um grande imperativo para a maioria dos países das Américas¹.

Este desafio ganha contornos mais complicados em um país como o Brasil que, ademais de sua dimensão continental e extensa fronteira, convive com a chamada tripla carga de doença. Esta situação obriga os gestores a buscar soluções assistenciais com especial atenção para o crescimento das causas externas e simultaneamente para as doenças crônicas, principalmente pelo significativo processo de envelhecimento da população. Porém, as doenças parasitárias e infecciosas e a desnutrição, típicas dos países subdesenvolvidos, seguem também requerendo atenção².

Nesse contexto, a regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como o grande eixo norteador do desenvolvimento deste sistema para as próximas décadas. Apresenta-se como resultante da ação coordenada dos três entes federados envolvidos na implementação de processos de constituição de regiões sanitárias, nas quais se organizam redes regionalizadas de atenção à saúde³.

No Brasil, a União, os estados e os municípios são definidos como territórios através da divisão político administrativa. Constituem-se, assim, em territórios nos quais se organizam práticas sanitárias. Porém, na perspectiva de organização de redes de atenção à saúde, há que se configurar outros territórios, que correspondem às regiões sanitárias. Estas são entendidas como área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais singulares e necessidades próprias de atenção à saúde, bem como com os recursos de saúde aí existentes para atendê-la^{3,4}.

Nas regiões sanitárias, organizam-se redes regionais de atenção à saúde, alicerçadas em complementaridades e trocas, e pactuadas de forma participativa entre gestores municipais e estaduais. A modelagem dessas redes regionais de atenção à saúde no SUS apresenta um conjunto de desafios que devem ser superados para que se alcance a consolidação de um sistema integrado e que garanta o acesso e a qualidade da atenção ofertada. Para isto, se faz necessária a cooperação solidária entre estados e municípios e entre os municípios de uma determinada região sanitária⁵.

Em 2010, foram pactuadas no Brasil as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definidas como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas

Regiões de Saúde. Buscam aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência⁶.

As redes de atenção à saúde podem ser entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais, sejam pontos de atenção ou de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integradas através de sistemas logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num dado território². Rodrigues *et al.*⁷ encontraram em revisão integrativa o desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais de Atenção Primária à Saúde - APS como uma das fragilidades sinalizadas pelos trabalhos revisados.

Uma das políticas públicas transversais e estratégicas para o processo de estruturação e organização das RAS e fortalecimento da APS são as farmacêuticas.

Os serviços farmacêuticos envolvem atividades técnico-gerenciais como Sistema de Apoio à Rede de Atenção, sobretudo atividades de cuidado em saúde, devendo comprometer-se com o apoio direto ao usuário e com a obtenção de resultados em saúde. A efetiva estruturação da Assistência Farmacêutica nas RAS é fundamental não só para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, mas também para qualificar o cuidado em saúde ofertado diretamente aos usuários do sistema^{2,8}. Este tipo de ação vem sendo defendido no Brasil por relevantes atores como o Ministério da Saúde⁹ e o Conselho Federal de Farmácia¹⁰.

Esse conjunto de atividades, articuladas em ações multiprofissionais e intersetoriais, são fundamentais à garantia do acesso a medicamentos de qualidade e à promoção de seu uso apropriado⁸. Estudo de revisão sistemática¹¹ identificou que a maioria dos estudos incluídos sinalizavam para a importância da ação dos farmacêuticos na gestão da terapêutica, aconselhamento ao paciente e treinamento de profissionais de saúde na melhoria do processo de cuidado e alcance de resultados clínicos.

No entanto, em que pesem avanços expressivos das políticas farmacêuticas no Brasil, é reconhecido que ainda persistem desafios a serem enfrentados no tocante à perspectiva de garantir o acesso aos medicamentos e a qualificação dos serviços farmacêuticos prestados à população^{12,13}.

Considerando a fase de implantação das RAS no país, torna-se oportuno promover a adequação dos serviços farmacêuticos de maneira que

possam contribuir com todo seu potencial com esta estratégia.

Neste sentido, o presente estudo tem o objetivo de caracterizar os serviços farmacêuticos prestados no SUS sob a ótica das redes de atenção à saúde em regiões de saúde contempladas no Projeto QualiSUS-Rede.

Métodos

Trata-se de uma análise de dados provenientes da pesquisa 'Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede', desenvolvido através de parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial. Esta pesquisa teve como objetivo a identificação da situação dos serviços farmacêuticos, técnicos gerenciais e assistenciais nas 15 Regiões prioritárias do QualiSUS-Rede, de acordo com as diretrizes propostas para o funcionamento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RAS). O QualiSUS-Rede foi instituído como estratégia de apoio à organização das RAS no Brasil, visando a contribuir para a qualificação da atenção, gestão em saúde e gestão e desenvolvimento de tecnologias, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado. Compôs-se de cinco eixos, sendo o primeiro o "Apoio à Estruturação e Qualificação das RAS"¹⁴.

O estudo teve delineamento transversal, com coleta de dados de dezembro de 2013 a julho de 2015 em todos os estabelecimentos públicos de saúde que realizavam armazenamento local de medicamentos em 485 municípios e Distrito Federal, de 43 regiões de saúde (<http://sage.saude.gov.br/>) que faziam parte das Regiões QualiSUS-Rede em setembro de 2013. A fonte inicial para a seleção foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

Foram aplicados cinco instrumentos para a coleta de dados: (1) questionário para o Secretário de Saúde; (2) questionário para o responsável pela Assistência Farmacêutica; (3) questionário para o responsável pelo ponto de atenção e/ou ponto de apoio terapêutico; (4) questionário para o responsável pela Central de Abastecimento Farmacêutica e (5) questionário para o responsável pela Farmácia Hospitalar. Nos três últimos instrumentos de forma complementar foi realizado um roteiro de observação direta.

Neste artigo foram utilizados os dados provenientes do instrumento 3, que contemplou questões estruturadas, referentes à gestão, estrutura e serviços ofertados nos estabelecimentos. Este instrumento foi aplicado por entrevista aos responsáveis pela farmácia dos seguintes estabelecimentos: unidades básicas de saúde/centros de saúde/postos de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), farmácias do sistema prisional e farmácias em edificação exclusiva (medicamentos básicos/ farmácia viva/ Programa Farmácia Popular/ medicamentos do componente especializado). Foram excluídas da análise as farmácias hospitalares e as centrais de abastecimento farmacêutico (municipais/estaduais) por terem instrumentos distintos devido às suas especificidades.

Os desfechos considerados foram os serviços farmacêuticos ofertados nos estabelecimentos de saúde consideradas pertinentes ao: 1) Ponto de Atenção à Saúde (PAS) – quando o estabelecimento e respectivo setor ou área identificado, contava com profissional farmacêutico (responsável técnico e/ou assistente) e desenvolvia pelo menos uma das seguintes atividades de Clínica Farmacêutica: dispensação; seguimento farmacoterapêutico; orientação terapêutica; revisão da farmacoterapia e conciliação terapêutica) ou atividades de farmacovigilância; 2) Ponto de Apoio e Diagnóstico e Terapêutico (PADT) – quando o profissional do estabelecimento e respectivo setor ou área identificado referia realizar a entrega de medicamentos no estabelecimento; 3) Sistema de Apoio a Rede de Atenção à Saúde (SARAS), quando o estabelecimento referia de alguma forma, participar de pelo menos um dos serviços farmacêuticos Técnico Gerenciais de apoio à rede, além do armazenamento local de medicamentos (seleção/programação/ aquisição/ distribuição). As definições operacionais das variáveis utilizadas no estudo estão descritas no Quadro 1.

As variáveis independentes investigadas foram: Região Administrativa (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Sudeste); número de regiões de saúde e serviços farmacêuticos ofertados. Foram estimadas as proporções e aplicados testes do qui-quadrado de Pearson para avaliação da significância estatística, considerando o nível de significância de 5%. Para as análises foi utilizado o programa estatístico SPSS 18.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todas as entrevistas foram precedidas de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quadro 1. Definição operacional das atividades da assistência farmacêutica consideradas no estudo. QualiSUS-Rede, Brasil, 2015.

Serviços	Definição Operacional)
Serviços desenvolvidos nos Pontos de Atenção à Saúde (PAS)	
Dispensação de medicamentos	O estabelecimento possuía farmacêutico e o mesmo referiu fazer a entrega de medicamentos sempre aliada à orientação terapêutica.
Orientação terapêutica	O estabelecimento possuía farmacêutico e o mesmo referiu realizar orientação terapêutica na entrega do medicamento e/ou em atividades em grupos.
Seguimento farmacoterapêutico	O estabelecimento possuía farmacêutico e o mesmo referiu realizar seguimento farmacoterapêutico.
Conciliação terapêutica	O estabelecimento possuía farmacêutico e o mesmo referiu realizar conciliação terapêutica.
Revisão da farmacoterapia	O estabelecimento possuía farmacêutico e o mesmo referiu realizar revisão da farmacoterapia.
Farmacovigilância	Considerado quando no estabelecimento o responsável pela farmácia referiu a realização de notificação de queixas e/ou reações adversas a medicamentos
Serviço desenvolvido nos Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PADT)	
Entrega de medicamentos	A entrega de medicamentos no estabelecimento era realizada por profissional não farmacêutico e com orientação terapêutica ao usuário.
Serviço Gerenciais enquanto Sistema de Apoio a Rede de Atenção à Saúde (SARAS)	
Seleção de Medicamentos	O farmacêutico do estabelecimento ou farmacêutico de referência referiu participar do processo de seleção de medicamentos e/ou quando o responsável pela farmácia referiu que no estabelecimento em realizadas atividades como a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada de medicamentos do Município e a mesma era disponibilizada aos profissionais de saúde e nos consultórios dos prescritores.
Programação de medicamentos	O farmacêutico do estabelecimento referiu participar da programação de medicamentos e/ou quando o responsável pela farmácia referiu existir no estabelecimento cronograma de envio das informações para a programação de aquisição de medicamentos bem como cronograma de envio do pedido para abastecimento das unidades para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF).
Aquisição de medicamentos	O farmacêutico do estabelecimento referiu participar do processo de aquisição de medicamentos.
Armazenagem de medicamentos	Considerado critério de inclusão no estudo, quando no estabelecimento era realizado o armazenamento de medicamentos.
Distribuição de medicamentos	O farmacêutico do estabelecimento ou de referência referiu a realização de distribuição de medicamentos pelo estabelecimento para abastecimento de algum ponto de atenção.

Fonte: Elaboração Própria.

Resultados

O estudo entrevistou nas 15 regiões do Projeto QualiSUS-Rede os responsáveis de farmácias em 4.938 estabelecimentos que armazenavam medicamentos. A grande maioria (79%) eram Centros de Saúde/Unidades de Saúde/postos de saúde localizados em 465 municípios e Distrito Federal, pertencentes a 43 Regiões de Saúde no período da coleta de dados. O percentual de perda foi de 4,1%, correspondente a 20 municípios, devido a problemas no armazenamento dos dados.

A Figura 1 apresenta a caracterização da amostra quanto à proporção de regiões de saúde, de municípios e de estabelecimentos por Região Administrativa. Cerca de um terço dos estabelecimentos ($n = 1.773$) e dos municípios ($n = 146$) se encontravam na Região Nordeste e a Região Sudeste foi a que teve uma maior proporção de regiões de saúde ($n = 13$) com todos os municípios incluídos no estudo.

A grande maioria (78,0%) dos estabelecimentos contava com a participação do farmacêutico. Nestes pontos de atenção da rede ($n =$

3.377) foram analisados a oferta de serviços assistenciais pelo profissional para a população. O serviço com maior oferta nos estabelecimentos foi a orientação terapêutica individual ou em grupos (44,5%) seguida da dispensação (33,5%) e encontrou-se uma baixa realização de seguimento farmacoterapêutico dos pacientes (7,1%). Os serviços de conciliação e revisão da farmacoterapia não foram referidos em nenhum dos estabelecimentos visitados. Destaca-se que na Região Sudeste encontramos a maior proporção de estabelecimentos com os serviços assistenciais

ofertados nos pontos de atenção e a menor oferta na Região Nordeste (Tabela 1).

O serviço de farmacovigilância foi referido em um quarto dos estabelecimentos (24,2%), ocorrendo em maior proporção nos estabelecimentos da Região Sul (34,5%) e em menor proporção nos estabelecimentos da Região Norte do país (7,5%).

Embora a grande maioria dos estabelecimentos (86,0%) tenha referido a entrega de medicamentos por outros profissionais que não os farmacêuticos (dados não apresentados em tabela),

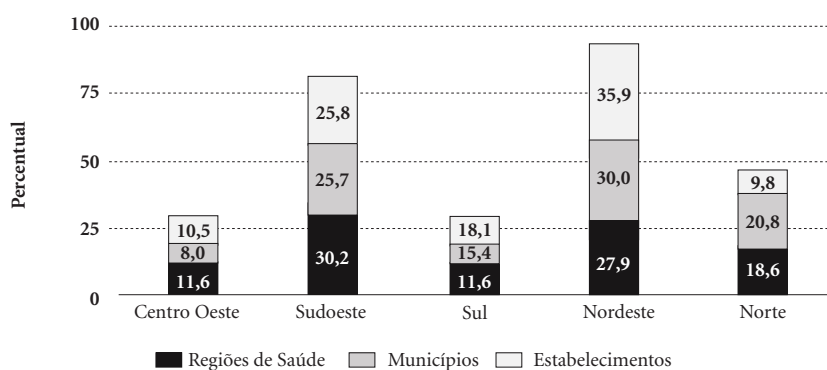


Figura 1. Caracterização da amostra quanto a proporção de regiões de saúde, de municípios e de estabelecimentos por Região Administrativa. Regiões QualiSUS-Rede, Brasil, 2015.

Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 1. Proporção de estabelecimentos com oferta de Serviços Farmacêuticos nos Pontos de Atenção à Saúde (PAS) e nos Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PADT) nas regiões QualiSUS-Rede segundo as regiões administrativas. Regiões QualiSUS-Rede, Brasil, 2015.

	Região Norte		Região Nordeste		Região Sul		Região Sudeste		Região Centro-Oeste		Total		p valor***
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Serviços nos PAS													
Farmacovigilância*	36	7,5	432	24,4	307	34,5	303	24,0	113	21,9	1191	24,2	
Serviços farmacêuticos Clínicos													
Dispensação de Medicamentos	139	48,6	174	14,2	196	27,0	649	59,1	94	23,6	1252	33,5	≤ 0,001
Orientação Terapêutica	151	52,8	324	26,5	307	42,2	750	68,2	128	32,1	1660	44,5	
Seguimento Farmacoterapêutico	22	7,7	19	1,6	38	5,2	168	15,3	18	4,5	265	7,1	
Serviço nos PADT**													
Entrega de Medicamentos	174	36,0	1133	63,9	516	57,8	788	61,9	346	66,9	2957	59,9	≤ 0,001

* Calculado somente para os estabelecimentos que contavam com farmacêutico (n = 3.733). ** Calculado com o total de estabelecimentos visitados (n = 4.938). *** Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

apenas 60% realizava esta entrega com orientação terapêutica ao usuário. Esta proporção foi maior nas Regiões Centro-Oeste (66,9%) e Nordeste (63,9%) e menor na Região Norte (36,0%) do país (Tabela 2).

No que concerne aos estabelecimentos que participam dos Serviços Farmacêuticos gerenciais enquanto Sistema de Apoio à Rede de Atenção à Saúde (SARAS) nas regiões, observou-se que na sua grande maioria foi referida a participação nos serviços de programação (83,8%) e de seleção de medicamentos (79,5%).

Em relação às regiões administrativas do país, foi referida uma maior participação na seleção de medicamentos nos estabelecimentos da Região Sul (88,7%) e de programação nas Regiões Sudeste (88,8%) e Sul (88,2%). Foi observada uma

baixa participação nos processos de aquisição e distribuição de medicamentos para outros pontos de atenção de forma geral, com uma maior proporção na Região Sudeste do país, 22,3% e 35,1%, no desenvolvimento das atividades de aquisição e distribuição, respectivamente.

A Tabela 3 apresenta a distribuição do número de regiões de saúde, população e proporção da oferta de serviços farmacêuticos nos estabelecimentos de saúde em Pontos de Atenção à Saúde (PAS), Ponto de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PADT) e Sistema de Apoio a Rede de Atenção à Saúde (SARAS) segundo Regiões Administrativas. A população total das 43 regiões de saúde contempladas no Projeto QualiSUS-Rede chega a cerca de 45 milhões de pessoas que podem ser beneficiadas pela oferta de serviços da rede de aten-

Tabela 2. Proporção de estabelecimentos que participam dos Serviços Farmacêuticos gerenciais enquanto Sistema de Apoio a Rede de Atenção à Saúde (SAR) nas regiões de saúde contempladas nas Regiões QualiSUS-Rede segundo as Regiões administrativas. Regiões QualiSUS-Rede, Brasil, 2015.

Serviços gerenciais enquanto SAR*	Região Norte		Região Nordeste		Região Sul		Região Sudeste		Região Centro-Oeste		Total		p valor**
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Seleção de Medicamentos	300	62,9	1365	77,8	787	88,7	1031	83,5	368	75,6	3851	79,5	≤ 0,001
Programação de Medicamentos	362	75,9	1431	80,8	784	88,2	1123	88,8	421	81,6	4121	83,8	
Aquisição de Medicamentos	18	3,7	130	7,3	67	7,5	284	22,3	14	2,7	513	10,4	
Distribuição de Medicamentos	29	6,0	142	8,0	143	16,0	447	35,1	35	6,8	796	16,1	

* Calculado com o total de estabelecimentos visitados (n = 4.938). ** Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Tabela 3. Distribuição do número de regiões de saúde, população e proporção da oferta de serviços farmacêuticos nos estabelecimentos de saúde em Pontos de Atenção à Saúde (PAS), Ponto de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PADT) e Sistema de Apoio a Rede de Atenção à Saúde (SARAS) segundo Regiões Administrativas. Regiões Projeto QualiSUS-Rede, Brasil, 2015.

Região Administrativa	Regiões de Saúde (RS)	População* (n hab) das RS	PAS**		PADT***		SARAS***		Valor p
			n	%	n	%	n	%	
Região Norte	08	4.064.276	161	56,3	174	36,0	442	92,5	≤ 0,001
Região Nordeste	12	8.911.847	528	43,3	1.133	63,9	1.653	93,5	
Região Sul	05	8.364.871	420	57,9	516	57,8	869	97,4	
Região Sudeste	13	19.430.288	815	74,3	788	61,9	1.247	98,9	
Região Centro-Oeste	05	4.652.706	186	46,7	346	66,9	476	93,9	
Total	43	45.423.988	2.110	56,6	2.957	59,9	4.687	95,6	

* População IBGE. ** Proporção de estabelecimentos que contam com farmacêutico e que ofertam pelo menos um serviço clínico nos PAS na região administrativa (n = 3.377). *** Proporção de estabelecimentos que ofertam pelo menos um serviço farmacêutico nos PADT e pelo menos um além do armazenamento enquanto SARAS na região administrativa (n = 4.938).

ção à saúde, com destaque para as 13 regiões de saúde da Região Sudeste com aproximadamente 20 milhões de pessoas.

Observou-se a existência de pelo menos um serviço gerencial de apoio à rede de saúde além do armazenamento de medicamentos em todas as regiões (> 90%). De forma irregular entre as Regiões, encontrou-se a oferta de pelo menos um serviço assistencial nos pontos de atenção, ocorrendo em maior proporção na Região Sudeste (74,3%) e menor na Região Nordeste (43,3%) do país.

Discussão

Este estudo avaliou de forma inédita, na perspectiva regional, serviços farmacêuticos tanto gerenciais quanto assistenciais em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS nas regiões contempladas pelo Projeto QualiSUS-Rede. Cabe destacar a complexidade da amostra e a abrangência populacional de mais de 45 milhões de habitantes distribuídos em 485 municípios e Distrito Federal, pertencentes à época a 43 regiões de saúde em 17 unidades da federação.

Os resultados obtidos neste estudo devem ser considerados como subsídio ao aperfeiçoamento dos serviços farmacêuticos prestados no âmbito do SUS, na perspectiva de melhor responder às necessidades de saúde na atualidade frente aos desafios estruturais e funcionais da rede regional de atenção à saúde. Sabe-se que o quadro de necessidades em saúde vem se alterando, o que tem demandado a definição de um conjunto de estratégias voltadas à integração do SUS em todas as suas dimensões.

Neste contexto, no que concerne aos estabelecimentos que participam dos Serviços Farmacêuticos gerenciais enquanto Sistema de Apoio à Rede de Atenção à Saúde (SARAS) nas regiões, observou-se uma maior participação nos serviços de programação e de seleção de medicamentos. Entretanto, há uma baixa participação nos processos de aquisição e distribuição de medicamentos para outros pontos de atenção, o que pode decorrer de uma tendência de centralização dos serviços gerenciais e uma baixa participação no planejamento integrado da assistência farmacêutica, que pode ocasionar lacunas no abastecimento da rede de saúde, como a baixa disponibilidade de medicamentos evidenciada em unidades básicas de saúde¹³.

A observação regional da oferta de serviços clínicos prestados pelo farmacêutico foi iden-

tificada a partir do preconizado no marco das RAS, agrupando os resultados de acordo com o estabelecimento de saúde classificado como Ponto de Atenção à Saúde (PAS) e/ou como Ponto de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PADT). Segundo Lavras³, os PAS que compõem as RAS são unidades funcionais, que exigem condições tecnológicas diferenciadas e específicas (estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico) e campo de atuação bem definido, para oferta de um conjunto de ações de saúde. Os PADT constituem-se também em unidades funcionais, mas que ofertam procedimentos de apoio tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, entrega de medicamentos, etc.

No tocante aos serviços de clínica farmacêutica pode-se observar que em todas as regiões administrativas do país esses serviços de forma geral não são realizados de forma consistente.

A dispensação pode ser definida como *ação realizada por profissional farmacêutico, com finalidade de fornecimento de medicamentos e a orientação para o seu uso racional, em resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional*¹⁵. Tem crescido no Brasil o consenso de designar como “entrega de medicamentos a ação que envolve o fornecimento de medicamentos diretamente aos usuários mas não reúne essas condições, sobretudo a realização por profissional farmacêutico¹⁶. A oferta dos serviços de dispensação foi baixa nas regiões de saúde investigadas, mesmo contando com a presença do farmacêutico e foi, na grande maioria dos estabelecimentos, referido à entrega por outros profissionais não farmacêuticos sem orientação ao usuário. Lacunas na qualificação de farmacêuticos para atividades de dispensação, e o não entendimento do papel do farmacêutico em atividades clínicas diretamente com o usuário tanto pela comunidade quanto por outros profissionais do cuidado são motivos que costumam ser referidos para que a entrega de medicamentos seja de responsabilidade de outros profissionais como apontando em estudo na Malásia¹⁷.

Cabe destacar que tal resultado pode apontar lacunas na organização dos serviços e na qualificação dos profissionais para realização deste serviço de forma integrada às ações de saúde na rede de atenção, que deve ter como elementos norteadores a promoção do uso racional de medicamentos para população.

Foi também incipiente a referência quanto à realização de seguimento farmacoterapêutico

dos pacientes nas regiões de saúde e não houve qualquer referência à oferta dos serviços de conciliação terapêutica e revisão da farmacoterapia. Evidências têm demonstrado o impacto dos serviços clínicos para a comunidade^{18,19}. O acompanhamento/ seguimento farmacoterapêutico dos usuários e a revisão da farmacoterapia tem como finalidade a avaliação dos medicamentos utilizados pelos usuários, prescritos e não prescritos, a fim de identificar interações medicamentosas ou baixa adesão ao tratamento, que possam estar comprometendo os resultados terapêuticos. Já a conciliação dos medicamentos prescritos após alta hospitalar com aqueles em uso pelo usuário antes da admissão hospitalar, incluindo os prescritos pelo médico da ABS visa propor soluções ao usuário e à equipe para harmonização do plano de cuidado do paciente⁹.

Cabe destacar que a atuação clínica do farmacêutico deve estar integrada à equipe de saúde para que os resultados alcançados sejam otimizados, e barreiras interprofissionais na integração dos farmacêuticos na equipe de cuidado de saúde primária precisam ser superados, como apontado em estudo realizado na Inglaterra²⁰. A integração das ações de diferentes profissionais é fundamental para garantir a máxima efetividade e o mínimo risco das terapias. Para isso, é necessária uma coordenação integrada das decisões de cuidado Farmacoterapêutico dos usuários que facilite a continuidade assistencial na rede de atenção²¹. [falta a citação 22]

As regiões Nordeste e Centro-Oeste destacaram-se proporcionalmente das demais pela baixa oferta de serviços de dispensação de medicamentos, orientação terapêutica e seguimento farmacoterapêutico. No entanto, quando observado o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, destacaram-se por apresentarem proporcionalmente as maiores ofertas. Este quadro reflete tanto a carência de profissionais quanto suscita questionamentos sobre a qualificação dos farmacêuticos que atuam nos estabelecimentos para desenvolver as atividades clínicas, o processo de formação destes profissionais, somado a distribuição de tempo ou carga horária que acaba por fazê-los priorizar as atividades técnico-gerenciais desenvolvidas para apoio à rede.

Isso reafirma a necessidade de maior discussão a respeito da importância da oferta qualificada dos serviços clínicos, que melhor respondam às necessidades de saúde dos usuários e que superem as questões relacionadas apenas ao acesso e à qualidade dos produtos farmacêuticos disponibilizados. Isso requer ações articuladas ao processo

de atenção à saúde que possam garantir a continuidade do cuidado, bem como a prevenção e a resolução de problemas ligados à farmacoterapia¹. Diferentes autores^{8,23-25} têm convergido sobre os grandes desafios envolvidos na implementação de serviços farmacêuticos que priorizem a necessidade de assistência, da atenção básica até a especializada, com foco nas pessoas, família e comunidade em lugar de no medicamento como mercadoria.

A maioria dos serviços investigados no presente estudo encontrava-se na atenção básica, situação em que a Organização Pan-Americana da Saúde⁸ defende que a prestação de serviços farmacêuticos é um elemento chave, sobretudo no que implica na relação direta com o usuário/paciente. Fazem parte desta prestação as atividades de promoção da saúde, de dispensação, acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico, farmacovigilância e apoio à automedicação responsável, entre outros. O elenco de serviços investigados inclui alguns destinados a grupos em situações diferenciadas de vulnerabilidade, como as farmácias dos CAPS, do sistema prisional ou do componente especializado, circunstâncias que concentram usuários com requisitos de atenção diferenciada.

Os achados relacionados aos estabelecimentos de saúde ou pontos que desenvolvem Apoio Diagnóstico e Terapêutico, prevalecem proporcionalmente às ofertas clínicas. No entanto, chama a atenção, e cabe reforçar, sobre a organização regional dos serviços a serem ofertados e a qualificação do serviço de entrega ou fornecimento do medicamento ao usuário, uma vez que se refere, para a maioria dos pontos de atenção e/ou apoio terapêutico, a entrega ocorrendo por profissionais não farmacêuticos.

Por fim, cabe destacar que o processo de integração sistêmica que vem sendo perseguido no SUS exige também a integração, tanto na dimensão dos serviços de saúde, como das práticas profissionais. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas à qualificação, organização e integração de estruturas ou processos relacionados a esses serviços e às práticas profissionais que neles se desenvolvem²⁶.

Nesse cenário, quando se analisa a Assistência Farmacêutica no SUS, mesmo identificando-se um conjunto de significativos avanços pode-se reconhecer que ainda persistem desafios a serem enfrentados na perspectiva de garantir qualidade, acesso e estímulo ao uso racional de medicamentos²⁶.

A programação de ações e serviços nas regiões, em especial para os serviços clínicos, deveriam ser

pensadas, programadas e ofertadas a partir das necessidades da população adscrita do território, com base nos dados e perfis epidemiológicos e nosológicos e observando a capacidade instalada de estabelecimentos, como as farmácias²⁷.

A efetiva estruturação da Assistência Farmacêutica nas RAS é fundamental, não só para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, mas também para qualificar o cuidado em saúde ofertado diretamente aos usuários do sistema. Nesse sentido, há que se superar uma visão restritiva das atividades de assistência farmacêutica, que habitualmente valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico em detrimento da clínica farmacêutica²⁶.

Deve-se entender a Assistência Farmacêutica como um conjunto de atividades que podem ser caracterizadas como Apoio à RRAS – relacionadas ao abastecimento; Apoio Terapêutico – entrega de medicamentos; Cuidado Farmacêutico – relacionadas a educação em saúde e a clínica farmacêutica propriamente dita, entre as quais se destacam as atividades de vigilância a saúde e as realizadas através de consultas individuais ou compartilhadas, essenciais no processo de enfrentamento das condições crônicas.

Sabe-se que o manejo clínico dessas condições exige, além da continuidade assistencial e da integração do trabalho multiprofissional, uma atuação diferenciada de cada profissional, o que no caso do farmacêutico deve se voltar prioritariamente aos portadores de comorbidades; aos pacientes polimedicados e/ou àqueles que apresentem baixa adesão ao uso de medicamento.

Convergimos com Lavras³, Mendes et al.¹³, Mendes²⁴ e Magalhães Júnior et al.²⁸ sobre que essa organização regional do sistema de saúde na lógica das RAS precisa atender as diversas situações de modelagens, e não apenas a uma regionalização vinculada em contenção da utilização dos serviços, para evitar custos decorrentes de transferências entre as regiões²⁹.

Deve ser capaz de superar o fator que talvez mais interfere na conformação e consolidação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), que é a fragmentação dos serviços e a ausência ou a frágil articulação existente entre os seus diferentes pontos de atenção em seus diferentes níveis de

atuação. Os serviços farmacêuticos, que também se apresentam fragilizados e normalmente afastados deste processo de construção da rede assistencial no território, se incluem neste caso.

Desta forma, ao propor a caracterização das atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica como inerentes ao PAS; ao PADT; e, ainda, como parte dos SARAS como um todo, podendo ou não coexistir num mesmo estabelecimento, amplia-se o entendimento quanto às distintas naturezas dessas atividades. Aponta-se para a necessidade de se valorizar as atividades relacionadas ao cuidado farmacêutico para melhor responder às necessidades de saúde da população, inserindo-as, claramente, como atividades próprias das unidades funcionais das redes de atenção à saúde.

Por fim, cabe destacar que as diretrizes pactuadas em 2010 para as RAS⁶ que descrevem os serviços farmacêuticos apenas como parte do Sistema de Apoio e compondo o denominado Sistema de Assistência Farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos, precisam ser redefinidas a partir destas evidências obtidas no Projeto QualiSUS-Rede.

Como limitação do estudo podemos destacar a ausência no questionário de pergunta que identificasse explicitamente a conciliação de medicamentos e a revisão da farmacoterapia enquanto registro dos serviços clínicos para o estabelecimento de saúde pode ser limitadora. Estes serviços foram capturados como perguntas abertas, o que pode ter contribuído à sua baixa menção pelos entrevistados. É também possível que o desconhecimento ou a diferença de entendimento dos serviços indagados tenha influenciado nos achados.

Os resultados reforçam a necessidade da efetiva estruturação da Assistência Farmacêutica nas RAS superando uma visão restritiva das atividades de assistência farmacêutica, que valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico em detrimento da clínica, para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, e qualificar o cuidado em saúde ofertado aos usuários do sistema.

Colaboradores

SQ Araújo, KS Costa, VL Luiza, C Lavras, EA Santana e NUL Tavares participaram da redação, contribuíram na concepção e delineamento do manuscrito, revisão crítica do conteúdo intelectual, análise e interpretação dos resultados, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos

Agradecemos em especial à equipe de suporte estatístico do projeto nos nomes de Paula Santucci e Victor Kitt Tanaka e aos apoiadores institucionais da Pesquisa da “Assistência Farmacêutica nas RAS: um recorte nas Regiões QualiSUS-Rede”. O projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Banco Mundial.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud (OPAS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington: OPAS; 2008.
2. Mendes EV. O controle social e a participação democrática nos conselhos municipais de saúde da Ride-DF [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 27]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
3. Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, editors. *Política e gestão pública em saúde* [Internet]. São Paulo: Hucitec; 2011 [cited 2016 Jun 27]. p. 285-316. (Saúde em debate; vol. 212). Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=605172&indexSearch=ID>
4. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
5. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):867-874.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez.
7. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):343-352.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS*. Washington: OPS; 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas).
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde*. Brasília: MS; 2014. (Cuidado farmacêutico na atenção básica).
10. Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná. *A assistência farmacêutica no SUS*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2009.
11. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, Bero L. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 27];7(7). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000336.pub2/pdf/>

12. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(2):91-100.
13. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate* 2014; 38(n. esp.):109-123.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Diretoria de Programa. *Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS; 2009. (Serie C: Projetos, Programas e Relatórios).
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM Nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 1998; 31 out.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS. 24 a 27 de maio de 2006 [Internet]. Brasília: MS; 2009 [cited 2016 Sep 19]. (Projetos, Programas e Relatórios). Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_implementacao_atencao_farmaceutica.pdf
17. Azhar S, Hassali MA, Ibrahim MIM, Ahmad M, Masood I, Shafie AA. The role of pharmacists in developing countries: the current scenario in Pakistan. *Hum Resour Health* [Internet]. 2009 Dec [cited 2016 Sep 16];7(1). Available from: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-54>
18. Messerli M, Blozik E, Vriens N, Hersberger KE. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy - a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 Dec [cited 2016 Sep 19];16(1). Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1384-8>
19. Sabater-Hernández D, Sabater-Galindo M, Fernandez-Llamos F, Rotta I, Hossain LN, Durks D, Franco-Trigo L, Lopes LA, Correr CJ, Benrimoj SI. A Systematic Review of Evidence-Based Community Pharmacy Services Aimed at the Prevention of Cardiovascular Disease. *J Manag Care Spec Pharm* 2016; 22(6):699-713.
20. Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, Hassell K, Kendall J, Sibbald B, Noyce P. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2008; 22(4):387-398.
21. Ramos AC, Guirado EA, Gorostiaga JM, San Juan AM, Tolsa LS. Posicionamiento da Sociedade Española de Farmacêuticos en la Atención Primaria en la Gestión Farmacoterapéutica Integrada [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 19]. Available from: <http://www.sefap.org/media/upload/arxius/SEFAP-POSICIONAMIENTO-4.pdf>
22. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011; 2(3):41-49.
23. Castro MS, Correr CJ. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Brazil. *Ann Pharmacother* 2007; 41(9):1486-1493.
24. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: OPAS; 2012.
25. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 12(1):213-220.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Projeto QualiSUS-Rede: Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte na região*. Brasília: MS; 2016.
27. Araújo SQ. A assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde: o planejamento e os serviços no SUS [Internet]. Universidade de Brasília; 2014 [cited 2016 Jul 4]. Available from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/17424>
28. Magalhães-Júnior HM, Souto-Júnior JV, Andrade LOM, Brêtas-Júnior N, Santos L. *Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora; 2013.
29. Touati N, Roberge D, Denis J-L, Pineault R, Cazale L, Tremblay D. Governance, health policy implementation and the added value of regionalization. *Health Policy* 2007; 2(3):97-114.

Artigo apresentado em 01/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 29/09/2016