



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

CAMILA SUÊNIA DA SILVA VERÍSSIMO

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
DE BAYEUX - PB**

João Pessoa - PB

2016

CAMILA SUÊNIA DA SILVA VERÍSSIMO

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE BAYEUX - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Departamento de Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Prof. Orientador: Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro

João Pessoa - PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V517a Veríssimo, Camila Suênia da Silva.

A assistência farmacêutica na atenção básica no município de Bayeux / Camila Suênia da Silva Veríssimo. – João Pessoa, 2016.

47f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Tecnologia em Gestão Pública) – UFPB/CCSA.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Farmácia. 3. Município de Bayeux - PB. I. Título.

UFPB/CCSA/BS

CDU: 35:614(043.2)

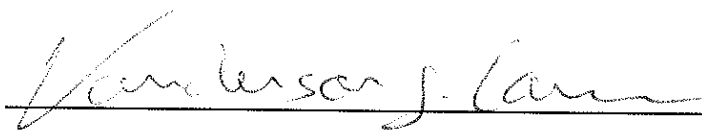
CAMILA SUÊNIA DA SILVA VERÍSSIMO

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
BAYEUX - PB**

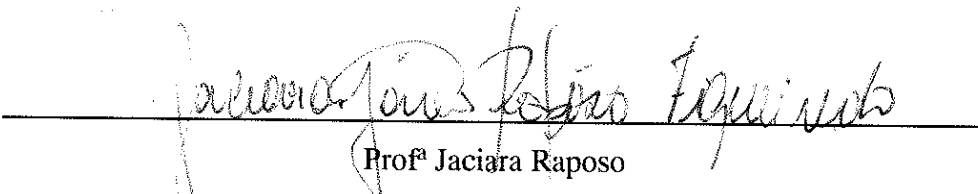
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública no Curso de Tecnologia em Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba.

Aprovada em: 31/05/2016

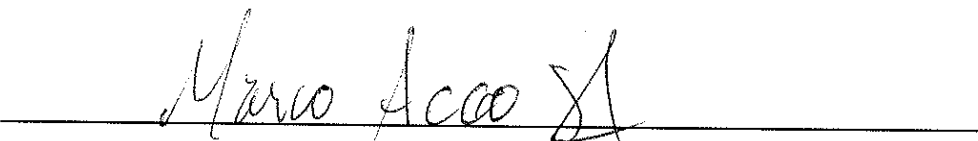
BANCA EXAMINADORA



Prof.º Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro
Orientador (DGP/CCSA/UFPB)



Profª Jaciara Raposo
Membro Examinador (NUPLAR/PRAC/UFPB)



Prof. Dr. Marco Antônio de Castilhos Acco
Membro Examinador (DGP/CCSA/UFPB)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, é Ele o autor de meu destino, o meu guia. Dedico também aos meus pais e a toda minha família, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus por ter permitido eu ganhar mais essa batalha.
- Aos meus pais e família que me ensinaram tudo o que eu sou hoje.
- Ao meu orientador que sem o apoio dele não conseguiria realizar o presente trabalho.
- Aos meus colegas de trabalho e universidade.

RESUMO

A maioria da população brasileira não possui assistência à saúde particular e conseqüentemente, depende totalmente do que é oferecido pelo Sistema Único de Saúde. Vale salientar que essa assistência tanto farmacêutica quanto de saúde é prevista na Constituição Federal de 1988 e na Política Nacional dos Medicamentos. Já que, é previsto no art. 6 que a saúde é um direito social, e que deve ser garantido pelo Estado. O presente trabalho busca analisar a assistência farmacêutica básica que é empreendido pelo município de Bayeux – PB. Vale salientar que a saúde no Brasil ela é hierarquizada, e é dividida em três níveis: atenção básica, média e alta complexidade. Este trabalho debruçou-se apenas sobre a assistência farmacêutica na atenção básica. Para isso foi realizado uma entrevista com a coordenadora da Secretaria de Saúde de Farmácia do município supracitado. A partir de tal entrevista, pode-se concluir que por muitas vezes esta cidade possui algum tipo de dificuldade para manter a assistência farmacêutica, uma vez que a coordenadora por várias vezes relata que foi necessária intervenção judicial por causa da falta de medicamentos que são prescritos pelo médico.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica. Farmácia. Município de Bayeux

ABSTRACT

Most of the population does not have assistance to private health and consequently depends entirely to what is offered by the Unified Health System. It is worth noting that both Pharmaceutical Care both The Health and Planned in the Federal Constitution of 1988 and National Policy of Medicinal Products. Already, and provided for in art. 6 That the Health and hum social law, and must be guaranteed state hair. The Present Work seeks to analyze the Basic Pharmaceutical Assistance what is undertaken by the municipality of Bayeux - PB. It is worth noting that the Health in Brazil It is hierarchical, is divided into three levels: Basic Attention, Media and High Complexity. This study looked only on the pharmaceutical care in primary care. To this was accomplished an interview with the coordinator of the Secretariat of the aforementioned municipality Pharmacy. From this interview, can conclude for many times this city has some kind of difficulty paragraph keep the Pharmaceutical Assistance, once the Secretariat several times reports was required judicial intervention because of the lack of drugs that are prescribed by the doctor.

Keywords: Pharmaceutical care. Drugstore. Municipality of Bayeux.

LISTA DE SIGLAS

AF - Assistência Farmacêutica

CEME - Central de Medicamentos

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional dos Medicamentos

REME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

REMUNE - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

POP - Procedimentos Operacionais Padrão

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1 – O DIREITO A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA..	11
1 SAÚDE COMO DIREITO.....	11
1.1 A Criação do SUS.....	14
1.2 O acesso ao medicamento como direito	18
CAPÍTULO 2 – QUESTÕES TÉCNICAS REFERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA A ATENÇÃO BÁSICA.....	23
2 A ATENÇÃO BÁSICA E A ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	23
2.1 Logística e Financiamento Da AF.....	32
CAPÍTULO 3 – O CASO DE BAYEUX.....	35
3.1 A seleção de medicamentos (Remune – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais)	35
3.2 O controle da distribuição de medicamentos.....	37
3.3 O estoque, dispensação, armazenamento e transporte.....	39
3.5 Na parte da dispensação de medicamentos vencidos	39
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS.....	44

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito que é assistido a todos, desde a Constituição Federal de 1988 (CF/ 88). No artigo 196, discorre que a saúde é um direito que é assistido a todos e deve ser garantido pelo Estado.

Enquanto que no artigo 23 inciso II discorre que é obrigação da União, Estados, Municípios e Distrito Federal cuidar da saúde, assim como a assistência pública desta. Assim, segundo este dispositivo supramencionado pode-se concluir que é dever destes prestar assistência farmacológica para aqueles necessitarem.

A maioria da população brasileira não tem condições de pagar um plano de saúde privado, e por muitas vezes também não compra os medicamentos que são prescritos por falta de dinheiro.

O modelo de sistema de saúde é piramidal, ou seja, é totalmente centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde e isso é dividido por nível de complexidade. Dessa forma, existem três fluxos de atenção à saúde que são: atenção básica ou atenção primária, secundária ou de média complexidade, e a terciária que é de alta complexidade. Vale salientar que, será discutido apenas na vertente da atenção básica a saúde (SANTOS, 2011).

O presente trabalho tem como objetivo analisar a assistência farmacêutica básica que é empreendido pela cidade de Bayeux – PB. Já no que tange aos objetivos específicos são: a) realizar estudo bibliográfico sobre a assistência farmacêutica na atenção primária; b) levantar informações sobre os medicamentos relacionados à assistência farmacêutica da atenção primária; c) analisar o ciclo da gestão farmacêutica na atenção primária do município de Bayeux.

A cidade de Bayeux é um município brasileiro do estado da Paraíba, localizado na Região Metropolitana de João Pessoa. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população foi estimada em 96.140 habitantes, distribuídos em 32 km² de área, dessa forma a cidade possui uma população relativamente grande e que precisa sempre manter a assistência farmacêutica para os que necessitam. Possui 28 PSF's e um hospital de referência para atendimentos de média complexidade que funciona

parcialmente e apenas até às 19h (este mesmo hospital atendia urgência e emergência durante 24h) e atualmente só atende a maternidade durante 24h.

Já em relação à metodologia, foi realizada uma entrevista semi estruturada com a coordenadora da Secretaria de Saúde de Farmácia de Bayeux aonde ela descreveu sobre a assistência farmacêutica básica na cidade supracitada. Da mesma forma que foi realizado uma pesquisa bibliográfica sobre o tema.

Desta forma, este trabalho ficou dividido em três capítulos como pode ser observado abaixo:

- No primeiro capítulo foi discutido a respeito da saúde como um direito, já que isso está presente na Constituição Brasileira. Assim o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Assistência Farmacêutica.
- Enquanto que no segundo capítulo, foi discutido sobre as etapas que compõem a Assistência Farmacêutica.
- No último capítulo, foi relacionado à teoria que foi descrita no capítulo anterior com a entrevista que foi realizada com a coordenadora da secretaria de Saúde de Farmácia do município de Bayeux.

CAPÍTULO 1 – O DIREITO A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1 SAÚDE COMO DIREITO

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que têm vigorado até o presente: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. Nasce um tipo específico de medicina que pode ser chamado de medicina social (MACHADO, 1978).

Só a partir do século XX, iniciaram-se as políticas de saúde de enfrentamento do quadro sanitário existente no país. Em 1808, na vinda da Corte Portuguesa para o Brasil estabeleceu transformações na administração colonial, até mesmo na área da saúde, isto na Era Colonial e no Império.

O Rio de Janeiro, que tinha como sede provisória do Império português e principal porto do país, tornou-se centro das ações sanitárias. No entanto, fez-se preciso a criação de centros de formação de médicos, que até então eram quase inexistentes, devido ao impedimento de ensino superior nas colônias.

Assim:

Por volta de 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, que se mostrou pouco eficaz e, apesar de várias reformulações, não alcançou o objetivo de cuidar da saúde da população. No entanto, é o momento em que instâncias médicas assumem o controle das medidas de higiene pública. Seu regulamento é editado em 20 de setembro de 1851 e Sistema Único de Saúde e a transforma em Junta Central de Higiene Pública. Tem como objetivos a inspeção da vacinação, o controle do exercício da medicina e a polícia sanitária da terra, que engloba a inspeção de alimentos, farmácias, armazéns de mantimentos, restaurantes, açougues, hospitais, colégios, cadeias, aquedutos, cemitérios, oficinas, laboratórios, fabricas e, em geral, todos os lugares de onde possa provir dano à saúde pública (CONASS, 2011, p. 35).

A saúde no período da República, competia aos Estados o dever pelas ações de saúde, de saneamento e educação. Uma vez que tudo isso era previsto na Constituição de 189.

As políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser indicado em fins da década de 1910, encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. Foi o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país (LIMA et al, 2005).

Devido à ausência de um modelo sanitário para o país, deixaram-se as cidades brasileiras a mercê das epidemias. A cidade do Rio de Janeiro, no começo do século XX, mostrava um quadro sanitário caótico, assinalado pela participação de várias doenças graves, como febre amarela, malária, varíola e em seguida, a peste.

A partir disso, pela primeira vez na história do país, os governos republicanos, assimilados dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos as práticas de proteção da saúde coletiva, realizou detalhados planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil da população, que anteriormente, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava a era de surto epidêmico, mas se expandia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

Devido aos movimentos sociais terem sido lento, surgiram muitas denúncias sobre o caos da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e passaram então a contestar sobre soluções imediatas para os problemas gerados pelo modelo de saúde existente.

Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER et al, 2005).

As novas formulações em torno da realidade médica caracterizam-se pelo estudo crítica da teoria preventivista, até então predominante na análise dos problemas da saúde.

Delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva e, nessa perspectiva, o estudo do processo saúde-doença teria como foco não mais o indivíduo ou o seu somatório, mas a coletividade (as classes sociais e suas frações) e a distribuição demográfica da saúde e da doença (ESCOREL et al, 1998).

Como resultado das diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, a Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003).

Sabe-se que a Constituição de 1988 no artigo 196 afirma que a saúde é o direito de toda população brasileira assim como é dever do Estado garantir um bom serviço através de políticas sociais e econômicas. Assim, quando o Estado passou a reconhecer a saúde como um direito fundamenta: “o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.” (MOURA, 2013, p.1).

Desta forma, pode-se afirmar que:

Cabe ao Estado, por ser o responsável pela consecução da saúde, a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Desse modo, o amplo acesso aos medicamentos, por integrar a política sanitária, insere-se no contexto da efetivação do direito à saúde, de modo que as políticas e ações atinentes aos produtos farmacêuticos devem sempre atender ao mandamento constitucional de relevância pública. (MOURA, 2013, p. 4)

Assim, o mesmo autor ressalta que o Estado tem que prestar bons serviços para a saúde. Desta forma, ele é totalmente obrigado a disponibilizar atendimento médico, hospitalar e odontológico. Como também o fornecimento do medicamento para o tratamento da saúde.

Vale destacar que a Constituição Federal no artigo 198 discorre as diretrizes referentes ao Sistema único de Saúde, mas que serão discutidos no tópico seguinte.

1.1 A Criação do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde público que estabelece ações e serviços de saúde, que age em todo o território nacional, em cada esfera de governo, pelos órgãos responsáveis, sejam eles no âmbito da União, Estados e Municípios. O SUS não contribui somente na promoção da saúde, mas como também na área de políticas públicas de Assistência Social e Previdência.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A Lei n. 8.080/90 (BRASIL et al, 1990) assegura, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. No âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. No âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. No âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. (BRASIL, 1988).

A Constituição Cidadã promulgada como a oitava Constituição do Brasil em 1988, foi um marco imprescindível para dar preferência à política do Estado no que diz respeito à área da saúde pública. O SUS é de responsabilidade do poder público que tem por dever regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde.

Dessa forma o SUS prevê a descentralização do sistema de saúde brasileiro, ficando a cargo dos municípios a gestão dos recursos e prestação de serviços à população. No entanto, através desse sistema municipalizado é possível os governos locais aplicarem os recursos de acordo com as necessidades e prioridades de cada município, que apresenta realidades muitas distintas uma das outras (BRASIL, 1988).

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A Lei n. 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. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídico de direito público ou privado (BRASIL et al, 1990).

A Lei n. 8.080/90 trata:

- a. da organização, da direção e da gestão do SUS;
- b. da definição das competências e das atribuições das três esferas de governo;
- c. do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- d. da política de recursos humanos; (BRASIL, 1990).

A partir do princípio da Universalidade, todos os brasileiros, sem exceção e sem restrições, tem direito aos serviços do SUS, bem como assegura o artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, que determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Desta forma, outro fator tornou-se importante que é a atenção farmacêutica, porque a sociedade não resulta só dos serviços de saúde, mas como também do uso de medicamentos como uma forma preventiva, que conseqüentemente soma-se no cuidado a saúde.

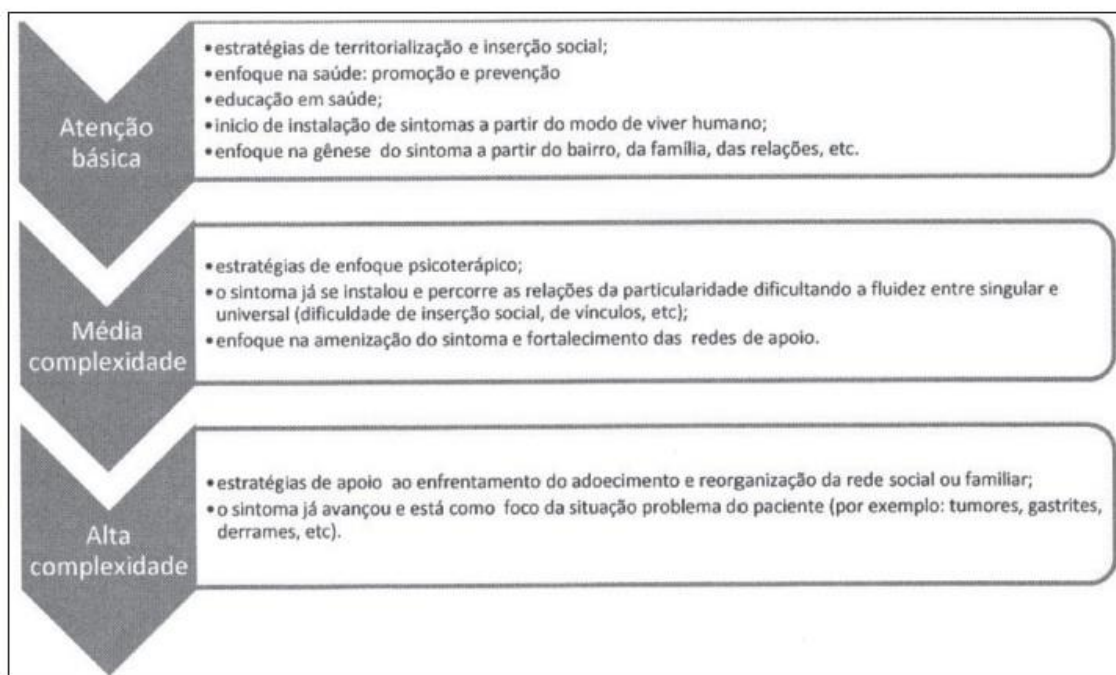
A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (Ceme), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971).

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), que em seu Artigo 6º determina, como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” Atribui, ainda, ao setor saúde a responsabilidade

pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL et al, 1990).

No que tange ao SUS, sabe-se que existe o nível de atenção básica, média complexidade e de alta. Isso tudo será demonstrar o fluxo de ações referentes ao nível de atenção a saúde, na figura 1 abaixo.

Figura 2: Fluxo de Ações nos Diferentes Níveis de Atenção à Saúde.



Fonte: Zurba (2011)

No que tange a atenção básica á saúde, ela é uma política nacional que foi regulamentada no ano de 2006. Nela foi estabelecida uma revisão das diretrizes relacionadas à Atenção Básica, assim como para o Programa Saúde da Família. Assim:

A PNAB ressalta que “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade,

acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (CONASS, 2011, p. 56).

Conass (2011) afirma que o Ministério da Saúde fez uma relação nos quais compõem os procedimentos quer seja de média ou alta complexidade como: anestesia, fisioterapia, diagnose, patologia clínica, dentre outros.

Assim, pode-se afirmar que Alta Complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrosiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distro a muscular progressiva; osteogênese imperfeita; brose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009 apud CONASS, 2011, p. 13)

De forma geral, o Conass (2011) discorre que a média complexidade tem como base os serviços para atender aqueles problemas que podem agravar a saúde da população.

É imprescindível que esta área seja gerenciada adequadamente, entendendo que gerenciar é alcançar resultados por meio de pessoas, utilizando eficientemente os recursos disponíveis. Um bom gerenciamento é fruto de conhecimentos, habilidades e atitudes. Abrange atividades de caráter permanente, pois incorrerá em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação (MARIN et al, 2003).

Conforme Viana, Lima e Ferreira (2010) desde que o SUS foi instituído, a

estratégia privilegiada para a implantação do sistema nacional de saúde foi a descentralização, notadamente a responsabilidade dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde.

1.2 O acesso ao medicamento como direito

Marques e Dallari (2007) afirmam que a Constituição Federal de 1988 garante a toda população brasileira um estado de bem-estar social e de cidadania plena. Ou seja, garante os direitos sociais como por exemplo: o direito a saúde e a educação.

A gestão da Assistência Farmacêutica é de suma importância, visto que, atualmente ela simboliza uma das áreas com maior custo financeiro no âmbito do SUS, como também nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

A demanda por medicamentos é crescente e as tendências não apontam para alterações nesta área. A disponibilização destes insumos envolve um aporte elevado de recursos financeiros e a ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios dos mesmos, que podem ser considerados como cruciais (MSH, 1997, Apud CONASS, 2011).

Com base nos princípios instituídos pela Constituição Federal do artigo 198 e no artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, as ações de Assistência Farmacêutica devem ser efetuadas conforme estes princípios, bem como normas ligadas a Assistência Farmacêutica, no qual destacam-se:

- Universalidade e equidade.
- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinaridade e intersetorialidade.
- Garantia da qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.

- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas (BRASIL, 1990).

Assunção (2014) afirma que a assistência farmacêutica surgiu com o intuito de melhorar as políticas referentes a saúde. Desta forma, a Carta Magna de 1988 no artigo 23 e 196 onde discorre que a União, Estados, Distrito Federal e os Municípios partilham da responsabilidade solidária no que tange aos cuidados da saúde. No que tange, ao artigo 196, in verbis:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, pode-se afirmar que a assistência farmacêutica começou por volta de 1998 com a Política Nacional dos Medicamentos (PNM). Assim, a partir da reorientação que foi delegada pela I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica que aconteceu no ano de 2003 e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004. (PEPE et al, 2010). . O mesmo autor discorre que começou um processo estruturação da AF nas diferentes esferas. De forma geral:

A AF pode ser entendida como um conjunto de atividades sistêmicas articuladas como um ciclo, que se sucedem e só se completam na medida em que a atividade anterior for adequadamente realizada^{19,20}. Neste ciclo, incluem-se as seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (que abrange a prescrição, a dispensação e o uso). Para garantir a oferta de medicamentos de qualidade, são necessárias atividades, no âmbito de outras políticas setoriais, tais como a pesquisa e desenvolvimento (P&D), a produção e o registro sanitário de medicamentos. (PEPE et al, 2010, p. 6)

Paula et al (2009) discorre que essa política teve sua gênese desde da década de 70 onde existiram algumas ações centralizadas referentes aos medicamentos. Foi criada a Central de Medicamentos (CEME), no qual tinha o intuito de promover a distribuição e aquisição dos medicamentos. Mas, em 1983, foi realizado algumas adaptações referentes a assistência farmacêutica e foi criada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (REME).

Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que foi na lei 8.080/90, ele passou a ser um direito de todos. Logo, cabe ao Estado garantir a população o acesso pleno e universal as ações relacionadas a saúde. E no artigo sexto dessa lei, afirma que deve existir uma assistência farmacêutica. Foi a partir de então que, a AF tornou-se algo indispensável. (PORTELA et al, 2010)

O mesmo autor relata que na década de 90 houve a extinção do CEME e acabou criando o Programa Farmácia Básica (PFB). Onde a ideia inicial era fornecer medicamentos para a atenção básica, mas de forma trimestral de 32 produtos farmacêuticos. Entretanto, só funcionaria em municípios que tivessem mais de 21 mil habitantes.

A partir de então o Brasil começou a passar por uma gama de transformações referente a esse tema. A mudança que mais destacou-se foi a PNM. Assim, o PNM é uma política nacional de saúde, que surgiu com a portaria MS/GM nº 3.916 de 1998. Uma vez que o intuito era garantir a segurança e a qualidade dos medicamentos. A portaria 2981/09 nos artigos 9 e 13 relaciona os medicamentos que estão inclusos no processo de assistência farmacêutica.

Com a PNM, houve certa reorientação na AF. Sabe-se que esta é considerada como um posicionamento formal do governo perante as questões de medicamento. Desta forma, ela política pública foi formulada tendo como base a OMS. As principais diretrizes são:

- Adoção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME): trata-se de um meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos;
- Regulamentação sanitária de medicamentos: enfatiza, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica: busca o desenvolvimento de um modelo de assistência farmacêutica que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações

incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais;

- Promoção do Uso Racional de Medicamentos: destaca-se o processo educativo direcionado aos usuários sobre os riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores;

- Desenvolvimento científico e tecnológico: incentivo da revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo;

- Promoção da produção de medicamentos: esforços são concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (o crucial, privado nacional e transnacional);

- Garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos: fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. (PORTELA, et al, 2010, p. 11).

Portela et al (2014) acredita que a partir do momento em que houve a garantia dos medicamentos que são essenciais , pode-se afirmar que houve uma maior valorização e aperfeiçoamento da AF. Então a principal ação da PMN foi a Lei dos Genéricos a partir de 1999. Isso fez com que a população tivesse um maior acesso aos medicamentos essenciais.

Pode-se afirmar que a PNM da AF é considerada como um:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (PORTELA et al, 2010,P. 12).

Os autores acima acreditam que a AF aconteceria de forma correta se

suas ações fossem totalmente efetuadas pelo SUS. Mas, isso vem acontecendo com várias conturbações, já que é lá onde acontece os maiores problemas oriundos da disparidade econômica e social.

Desta forma, para que a AF funcione de forma correta é indispensável que seja criado um princípio norteador nesse ciclo. Entretanto, esse tipo de ação pode ser considerada básica, uma vez que fornece apenas medicação para a população.

Assim, os que estão descritos no grupo 1, que é aquele que possui uma maior complexidade relacionada a doença e que deve ser tratada de forma ambulatorial. Ou:

intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento, medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde) ficaram sob a responsabilidade da União; os tratamentos previstos no Grupo 2 (menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1 e refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento) sob a responsabilidade dos Estados e Distrito Federal; e o Grupo 3 (fármacos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais vigente e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente) fica sob responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal. (MOURA, 2013, p. 4).

Portela et al (2014) atenta que quando existe o abastecimento satisfatório dos medicamentos, demonstra que houve de certa forma uma qualidade e efetividade nos serviços de saúde. Desta forma, isso faz com que exista uma menor desmotivação dos profissionais e da sociedade.

Por fim, vale salientar que o processo de aquisição dos medicamentos é totalmente regido pela Lei da Licitação, a Lei 8.666/93, que obriga a licitação como algo obrigatório, exceto quando existe um período de calamidade no processo de atendimento.

CAPÍTULO 2 – QUESTÕES TÉCNICAS REFERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA A ATENÇÃO BÁSICA

2 A ATENÇÃO BÁSICA E A ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA

De acordo com o CONASS (2011) a Assistência Farmacêutica teve início em 1971 com a Central dos Medicamentos – CEME. A ideia era fornecer medicamentos a população carente de forma centralizada. Mas, na década de 90 e com o surgimento do SUS houve uma necessidade dos gestores em melhorar tal distribuição e foi assim que nasceu a Política Nacional de Medicamentos – PNM.

Tal política sabe-se que ela trouxe uma gama de avanços, principalmente no que tange a regulamentação sanitária e gerenciamento dos medicamentos. Assim, as principais finalidades são: i) garantia de segurança e eficácia na qualidade dos medicamentos; ii) promoção do uso racional de medicamentos; iii) a população teria acesso aos medicamentos essenciais. No que tange as diretrizes da PNM pode-se afirmar que são os seguintes:

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulamentação sanitária de medicamentos.
- Reorientação da Assistência Farmacêutica.
- Promoção do uso racional de medicamentos. Desenvolvimento científico e tecnológico.
- Promoção da produção de medicamentos.
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. (CONASS, 2011, p. 11).

Logo, para alcançar o que é proposto pela PNM no que tange a AF é indispensável que exista uma descentralização da gestão. Assim como, o desenvolvimento de atividades com o intuito de assegurar o uso racional dos medicamentos.

Sabe-se também que existe o DAF, que é o Departamento de Assistência Farmacêutica. E ela possui três competências que são:

I- subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

II - formular e implementar, e coordenar a gestão das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo sangue, hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, na qualidade de partes integrantes da Política Nacional de Saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

III - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, no âmbito de sua atuação;

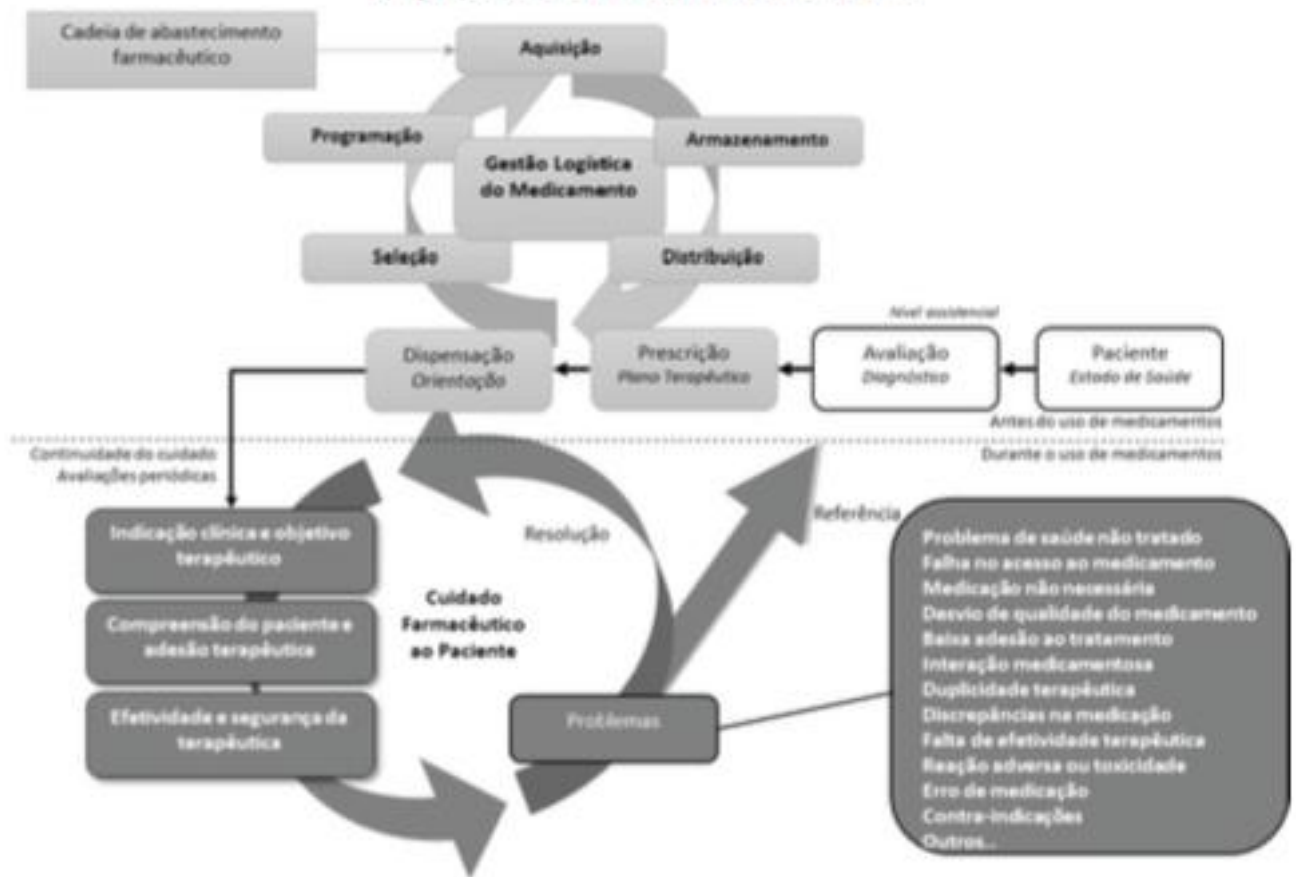
Oliveira, Assis e Barboni (2010) acreditam que o SUS vive uma realidade totalmente distinta do que foi previsto, mesmo sendo algo legal e consolidado por leis, a AF acaba perpassando por uma gama de problemas organizacional e financeira. Desta forma, esses autores acreditam que isso acaba de certa forma comprometendo o acesso aos usuários ao medicamento.

Assim, assegurar o acesso ao medicamento é uma das questões principais do SUS e conseqüentemente por muitas vezes torna-se um eixo norteador de políticas públicas que são totalmente estabelecidas pela AF.

A assistência farmacêutica (AF) pode ser considerada como: “um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que podem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior o paciente” (MARTINS, 2006, p. 17).

Concomitantemente, deve-se atentar que a assistência farmacêutica ela tem que está interligada entre si, a partir de dois eixos como está de acordo com a figura1 abaixo.

Figura 1 Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde.



Fonte: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 2, n. 3, 2011.

Como foi indicado na figura acima existe dois eixos interligados, o primeiro é relacionado a gestão técnica no que tange ao medicamento. Enquanto que o segundo eixo é relacionado a gestão clínica dos medicamentos e isso está totalmente ligado com a atenção a saúde (CONASS, 2011).

Sabe-se que o ciclo da AF elas ocorrem em uma sequência totalmente ordenada. Ou seja, caso uma sequência mude pode prejudicar todas as demais fases. De forma geral, as gerências estaduais têm como responsabilidade ordenar as atividades relacionadas ao ciclo da AF que abrange as seguintes etapas: i) seleção; ii) programação; iii) aquisição; iv) armazenamento; v) distribuição; vi) dispensação de medicamentos. A explicação de cada uma dessas fases estão no quadro abaixo:

Quadro 1 - Ciclo da AF

Fases do Ciclo da AF	Explicação
Seleção de Medicamentos	A seleção de medicamentos é a etapa inicial e provavelmente uma das mais importantes

	<p>do Ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo seu eixo, pois todas as outras atividades lhe são decorrentes. A seleção tem por objetivo proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos e deve ser feita criteriosamente, não sendo tarefa a ser assumida por quem não domina área. A seleção deve ser realizada por uma Comissão ou Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou Comissão de Padronização de Medicamentos, com o objetivo de estabelecer relações nacionais, estaduais e municipais de medicamentos, definindo aqueles que serão disponibilizados pelo SUS para a Atenção Primária, e para a atenção de média e alta complexidade.</p>
Programação de Medicamentos	<p>Atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população. Assim, programar consiste em estimar as quantidades a serem adquiridas para atender a necessidade dos serviços, por um período definido de tempo. A programação deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde, evitando compras desnecessárias, falta ou perda de medicamentos na rede de saúde. Deve considerar os recursos financeiros disponíveis e as prioridades estabelecidas para a área de saúde.</p>
Aquisição de medicamentos	<p>Consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva a compra dos medicamentos estabelecidos na programação, com o objetivo de disponibilizar os mesmos em quantidade, qualidade e menor custo, visando manter a regularidade e o funcionamento do sistema. Esta etapa do ciclo envolve diferentes setores técnicos e administrativos e deve ser permanentemente qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (atendimento às especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado).</p>
Transporte, armazenamento e distribuição de medicamentos	<p>O transporte dos medicamentos deve ser feito de forma segura, em meios de transporte que possuam condições adequadas para assegurar sua integridade. Deve-se garantir, ainda, que os serviços de transporte sejam avaliados pela autoridade sanitária, em conformidade com o que determinam as “Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos Farmoquímicos”, e com as instruções emitidas pelo fabricante. O armazenamento é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades</p>

	de recebimento, estocagem, segurança e conservação, controle de estoque e entrega dos produtos, garantindo a segurança e a qualidade dos medicamentos até sua dispensação ao usuário. A distribuição dos medicamentos, de acordo com as necessidades dos solicitantes, deve garantir a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações, controle e transporte adequado. É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos.
Dispensação de medicamentos	A dispensação não se configura apenas como o fornecimento do medicamento prescrito, devendo atender a aspectos técnicos, com o objetivo de garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e na quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso adequado e guarda correta. Entre as orientações a serem repassadas, destaca-se a forma de administração; a possibilidade de ocorrência de reações adversas; interações com outros medicamentos e com alimentos. Desta forma, o usuário do medicamento terá as informações necessárias para seu uso seguro e correto.

Fonte: CONASS (2011, p. 25 – 31)

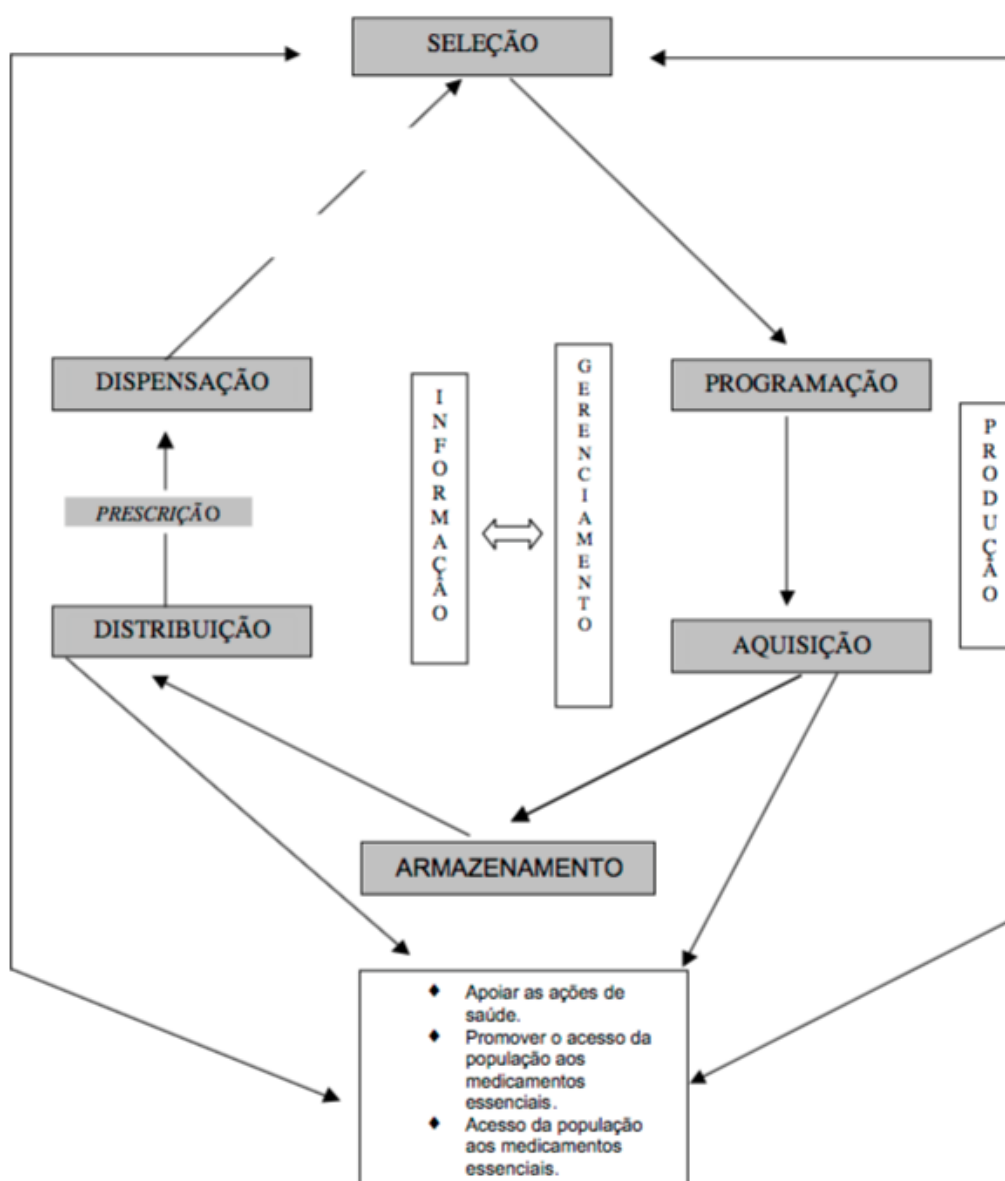
Pode-se afirmar que a atenção primária com a assistência farmacêutica a saúde possui um papel extremamente relevante no SUS, logo acaba melhorando o acesso a população a medicamentos que são considerados essenciais para a população (Brasil, CONASS, 2011). Assim:

A ultima ratio do art. 196 da CF é garantir a efetividade ao direito fundamental à saúde, de forma a orientar os gestores públicos na implementação de medidas que facilitem o acesso a quem necessite da tutela estatal à prestação de serviços médico-hospitalares e fornecimento de medicamentos, além de políticas públicas para a prevenção de doenças, principalmente quando se verificar ser, o tutelado, pessoa hipossuficiente, que não possui meios próprios para custear o próprio tratamento. Dessa forma, os artigos 23, II, e 198, § 2º, da CF impõem aos entes federativos a solidariedade na responsabilidade da prestação dos serviços na área da saúde, além da garantia de orçamento para efetivação dos mesmos (Agravo Regimental no Recurso Extraordinário nº 607381/SC, Primeira Turma, Supremo Tribunal Federal, Relator: Ministro Luiz Fux, Julgado em 31/05/2011, DJ 16/06/2011, p. 116).

De forma geral, a AF é considerada como um acesso para a população a medicamentos de forma sistêmica. Mas, por muitos autores é considerado como uma ação transversal extremamente importante para a saúde pública brasileira. Uma vez que, busca apoiar as ações de saúde para a sociedade.

Assim, a AF pode ser considerada como algo extremamente importante no funcionamento da saúde pública. Uma vez que, acabou tornando-se como um direito constitucional, e que deve ser cumprido de forma total.

Na figura 2 abaixo, pode compreender melhor sobre a AF:



Fonte: Ministério da Saúde (2006)

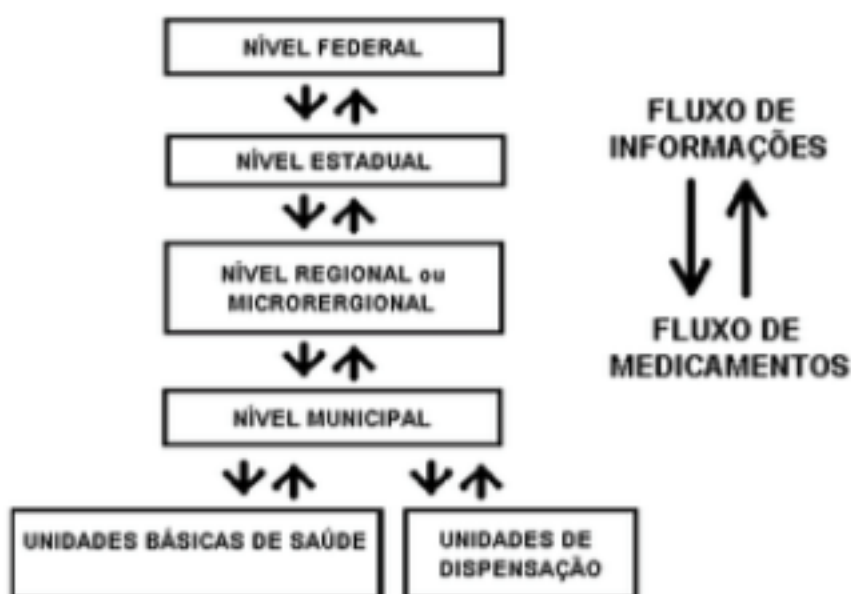
Como foi visto acima, a AF funciona através de atividades de prescrição, aquisição e distribuição dos medicamentos. Logo, torna-se algo extremamente importante e determinante na vida das pessoas, pois, estas a partir de então terão acesso aos medicamentos essenciais para manter a saúde.

No que tange a aquisição, pode-se afirmar que é uma das atividades extremamente importantes para o sucesso da AF. É aqui aonde é realizada a compra dos medicamentos e a seleção dos mesmos. A ideia é manter sempre os medicamentos em quantidade e qualidade. Vale salientar que esse processo sempre deve respeitar os dispositivos legais (MARTINS, 2006).

O armazenamento pode ser considerado como “o conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recepção ou recebimento de medicamentos, estocagem e guarda de medicamentos, conservação de medicamentos e controle de estoque “. (MARTINS, 2006, p. 34).

Já em relação a distribuição, o mesmo autor destaca que é o processo no qual os medicamentos são distribuídos, conforme a figura abaixo:

Figura 3 -fluxo da distribuição de medicamentos pelo SUS



Fonte: Martins (2006, p. 35).

Ou seja, para que exista uma boa distribuição, ela teria que ser rápida, segura e além disso uma forma de controle e informação. Ou seja, de acordo com a figura acima o fluxo de informações é inversamente proporcional ao de medicamentos.

Por fim, a dispensação que:

Dispensação é o ato farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos ao paciente mediante a apresentação de uma receita médica elaborada por um profissional autorizado. Neste momento, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, como: ênfase no cumprimento da dosagem, influência dos alimentos, interação com outros medicamentos, reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação dos medicamentos. (MARTINS, 2006, p. 36).

Em suma, sabe-se que a primeira regulamentação referente a Assistência Farmacêutica a saúde na Atenção Básica em 1999. Foi realizada, um incentivo a assistência farmacêutica básica (IAFB), que buscava abranger todos os municípios. Logo:

O valor do IAFB, proposto pelo MS e aprovado pela CIT, foi de R\$ 2,00 por habitante/ ano, com repasse de R\$ 1,00 *per capita*/ano pelo gestor federal e contrapartida de, no mínimo, R\$ 1,00 *per capita*/ano a ser pactuada entre os gestores estaduais e municipais nas instâncias intergestoras correspondentes. (CONASS, 2011, p. 41).

Conclui-se que com a descentralização da Assistência farmacêutica na atenção básica acabou fazendo com que houvesse uma reorientação nessa área assim como ampliar a população beneficiada com tal programa. Mas, para que os estados e municípios participassem era necessário elaborar um plano estadual.

Mas, a partir de 2002 houve um processo de centralização no que tange aos medicamentos. Além disso, também foi incluído o repasse dos medicamentos para tratamento da hipertensão arterial e o diabetes mellitus. (CONASS, 2011).

Na figura 4 abaixo, pode-se perceber alguns medicamentos que são obrigatórios no que tange a atenção básica, enquanto que os demais medicamentos podem ser encontrados no Renam¹.

Medicamentos na Atenção Básica

O Elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para a pactuação na Atenção Básica, apresentado a seguir, foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e estabelecido pela Portaria nº. 16/GM, de 14/12/00. Visa atender ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional e nacional, e deverá estar contemplado nos planos estaduais de Assistência farmacêutica Básica.

- ▶ AMOXICILINA: cap. 500 mg; pó p/ sus. oral 250 mg/ 5mL
- ▶ BENZILPENICILINA BENZATINA: pó p/ sus. inj. 1.200.000 UI
- ▶ BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTÁSSICA: sus. inj. 300.000 + 100.000 UI
- ▶ CAPTOPRIL: com. 25 mg sulcado
- ▶ CARBAMAZEPINA: com. 200 mg
- ▶ DIGOXINA: com. 0,25 mg
- ▶ ERITROMICINA: sus. oral 125 mg (estearato ou etil-succinato)/5 mL; com./cap. 500 mg (estearato ou etil-succinato)
- ▶ FENOBARBITAL: com. 100 mg; sol. oral gotas 40 mg/mL
- ▶ GLIBENCLAMIDA: com. 5 mg
- ▶ HIDROCLOROTIAZIDA: com. 25 mg/50 mg
- ▶ MEBENDAZOL: com. 100 mg; us. oral 100 mg/5 mL
- ▶ METRONIDAZOL: com. 250mg; sus. oral 200 mg (benzoato)/5 mL
- ▶ NISTATINA: crem. vaginal 250.000 U.I.
- ▶ PARACETAMOL: com. 500 mg; sol. oral gotas 100/200 mg/mL
- ▶ PROPRANOLOL: com. 40 mg (cloridrato)
- ▶ SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL: pó p/ sol. oral env. p/ 1 L
- ▶ SALBUTAMOL: com. 2 mg (sulfato) sulcado; xpe. 2 mg (sulfato)/5 mL
- ▶ SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA: com. 400 mg + 80 mg; sus. oral 200 mg + 40 mg/5 mL
- ▶ SULFATO FERROSO: sol. oral 25 mg/mL Fe (II); com. rev. 40mg Fe(II)

Fonte: Ministério da Saúde (2001).

¹ A relação de medicamentos podem ser encontrados no seguinte link :<
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ODAF/RENAME2014ed2015.pdf>> .

Entretanto, Oliveira, Assis e Berboni (2010) afirmam que nem tudo funciona como previsto nas portarias do Ministério da Saúde, já que a maioria dos municípios brasileiros sofrem com problemas relacionados a disponibilidade dos medicamentos assim como a descontinuidades.

Assim, é extremamente importante que seja respeitado o que está previsto no PNM. Um exemplo disso é o uso racional de medicamentos, isso quer dizer quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas. Desta forma:

Vários são os obstáculos para o uso racional de medicamentos no Brasil: número excessivo de produtos farmacêuticos no mercado; prática da automedicação; falta de informações aos usuários; problemas nas prescrições (sobre prescrição, prescrição incorreta, prescrição múltipla, sub prescrição et c.); disponibilidade ainda insuficiente de diretrizes clínicas tanto no setor privado como público; divulgação de informações inapropriadas sobre os medicamentos; propaganda e *marketing* de medicamentos, entre outros (CONASS, 2011, p. 32).

Desta forma, existe um grande movimento no cenário internacional no qual os medicamentos que sejam prescritos e utilizados de forma correta. A OMS afirma que 50% dos medicamentos que são prescritos são utilizados de forma incorreta.

Tudo isso pode trazer sérias consequências para a saúde. Logo, existem várias estratégias que podem ser utilizadas para o uso racional dos medicamentos. Assim, pode-se perceber que foi necessário uma articulação formal no Brasil sobre essa temática.

2.1 Logística e Financiamento Da AF

No que tange ao financiamento da assistência farmacêutica pode-se afirmar que esta é prevista na lei. Abaixo pode-se observar o quadro de financiamento da Assistência Farmacêutica para a atenção básica :

Quadro 1 – Financiamento do Paraná referente a assistência farmacêutica na atenção básica

ESFERA DE GESTÃO	CONTRAPARTIDA
FEDERAL	R\$ 5,10
ESTADUAL	R\$ 1,86
MUNICIPAL	R\$ 1,86

Fonte: Ministério da Saúde(2011, p. 13).

Em relação as atribuições do gestor municipal, também é previsto na portaria GM/MS nº 3916/1998. Onde afirmar que as seguintes ações devem ser realizadas pelos gestores municipais:

- Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu município;
- Implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- Associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da AF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 14).

No que tange ao papel dos governantes perante a AF, pode-se afirmar que existe uma enorme falta de comprometimento destes perante essa situação. Já que na maioria das vezes existe uma escassez de recurso financeiro, falta de planejamento para aquisição de medicamentos e até mesmo armazenamento de forma imprópria. (OLIVEIRA; ASSIS; BERTONI, 2010).

Em relação à logística Consedey et al (2000) afirma que é indispensável ressaltar que a distribuição dos medicamentos acontecem de forma totalmente centralizada, uma vez que o CEMEPAR (Centro de Medicamentos do Paraná) emite as guias de remessa e separação por destinatário. A partir desse momento os medicamentos são encaminhados para as Regionais de Saúde. Assim:

acompanhados das guias de remessa com as cotas destinadas a cada município que integra a Regional. As Regionais encarregam-se da separação e repasse dos medicamentos às Secretarias Municipais de Saúde que, por sua vez incumbem-se da distribuição às unidades de saúde, mediante critérios estabelecidos pelas instâncias gestoras locais. O controle da distribuição dos medicamentos é realizado nos três níveis (central, regional e local) segundo guias de remessa e inventários trimestrais de estoque e dispensação de medicamentos e tem por objetivo evitar perdas, faltas ou excessos de medicamentos. (CONSEDEY et al, 2000,p. 175).

Pode-se concluir que a maioria dos Estados não estão preparados para trabalhar da forma prevista na portaria do Ministério da Saúde, pois falta investimento na estrutura física, assim como na organização dos processos e a falta de profissionais capacitados. (OLIVEIRA; ASSIS; BERTONI, 2010).

CAPÍTULO 3 – O CASO DE BAYEUX

3. O CASO DE BAYEUX

No presente trabalho foi realizado uma pesquisa exploratória onde discorre sobre a assistência farmacêutica na cidade de Bayeux, que fica localizado no estado da Paraíba. Assim, os tópicos da entrevista foram divididos de acordo com as etapas do ciclo da AF.

3.1 A seleção de medicamentos (Remune – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais)

Como já foi discutido no capítulo anterior, sabe-se que a seleção de medicamentos é a primeira etapa do ciclo da assistência farmacêutica. Assim a pessoa que foi entrevistada expõe sob essa temática e explica de forma sucinta sobre isso. No que tange a seleção de medicamentos, ela afirma que em Bayeux acontece da seguinte forma:

Faz o pedido em cima dele, faz o acompanhamento de compras, encaminha o pedido, faz o pedido anual de compras, faz o pedido de Farmácia Básica (atende os PSF's), material médico hospitalar (hospital) e para as UBS, medicamento hospitalar, medicamentos controlados para atender a Policlínica e o CAPS e curativos. A demanda é alta por feridas por conta do índice de diabetes que é muito alto. Quando faz o pedido anual, quando é licitado, encaminha para a coordenadora e a coordenadora encaminha para o setor de compras, o setor de compras faz a análise de orçamento e encaminha para a licitação e a licitação faz o processo como deve ser feito, faz as análises, quando precisa faz o acompanhamento, faz a seleção, a aquisição, o recebimento, recebe, confere nota fiscal, nº de lote, armazena e depois distribui. (ENTREVISTADA,2016).

Assim, de acordo com os dados do Ministério da Saúde de (2006) esse processo de seleção tem que ser baseada em vários critérios que são estabelecidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. Sabe-se que esse primeiro processo é totalmente importante para a AF, por que nesse passo que é dado o pontapé inicial deste ciclo.

A entrevistada continua afirmando que:

existe 28 PSF's, só que o Conselho Federal, exige 1 farmacêutico para cada UBS, e isso foge da realidade do orçamento financeiro do município, pois todas as gestões, foi justificado que não tem verba para contratar 1 farmacêutico 40 h semanais para cada PSF, foi feito o que fez em João Pessoa, recolheu todos os medicamentos de todos os postos, pois eles estavam recebendo muita crítica do conselho, porque não tinha farmacêutico nos postos, ai o prefeito fez, abriu o I Distrito, o distrito vai abranger 5 unidades, vai atender com 1 farmacêutico de plantão 40 h semanais. Na cidade vai abrir 5 distritos, abrangendo todas as unidades, no qual nesses distritos vai funcionar uma Farmácia Satélite (ENTREVISTADA,2016).

De acordo com o Conselho Regional de Farmácia, todas as Unidades básicas de saúde devem ter assistência de um farmacêutico, confirmando assim com o que foi exposto acima. Sabe-se também que o município aqui estudado ao ser comparado com os demais não possui receita suficiente para seguir tais pedidos. Caso isso não seja seguido pode colocar em risco a saúde da população. A ideia da troca da UBS por distritos é algo interessante, pois seguirá tudo que foi proposto pelo Conselho Federal. Ao continuar com a entrevista a mesma discorre que:

Na secretaria estão atendendo, pois nos postos encontram-se sem medicamentos, ai esta atendendo na farmácia central. Existe uma demanda muito grande de processos, quando não tem o medicamento na padronização, as pessoas vêm abrem um processo, o prefeito disponibiliza uma verba para comprar esse tipo de medicamento ou a demanda judicial, às vezes o paciente nem procura saber da padronização e já vai direto pra justiça, quando chega na justiça, a promotora não quer nem saber, não tem um relacionamento com o município, e tem que ser feito na hora. Quando era com a outra promotora, a Dr. Edilgia, eles tinha um acesso mais fácil pra dizer se aquele medicamento é ou não da padronização, ai foi quando entrou a nova promotora, e no que o paciente chega lá e pede, tem que ser feito naquela hora. A coordenadora quando tirou seu período de férias, estava olhando o livro de ocorrência, eles pedirão a relação de municípios, no qual isso fará com que diminua a demanda judicial. Existe uma padronização CDMAC (Alto custo) que é a padronização do Estado, porque a responsabilidade de cada município é atender a farmácia básica (Renum). (ENTREVISTADA,2016).

Malmman (2010) afirma que nos dias atuais a ideia de distribuição de medicamentos tem se mostrado totalmente sem eficácia. Uma vez que, existe uma grande parte da população que não recebe os remédios necessários para o seu tratamento.

Assim Lippel (2008) discorre que o judiciário tem o poder de fiscalizar aquilo que é promessa constitucional, no caso a prestação universalizada ao serviço

de saúde. Cabe ao mesmo, buscar corrigir as disparidades ocorridas, assim como garantir o direito a saúde e à vida.

A obrigação do Estado é dos medicamentos excepcionais que são os medicamentos de alto custo, não sabemos porque chamam de alto custo, porque existe medicamentos que custa menos de 100 reais, como também custar 10,8,5 mil reais, estes são atendidos pelo CDMAC. Quando o paciente vem saber da farmácia se o município disponibiliza ou não aquele medicamento, quando ele chega por esse trâmite, a gente mostra que é do município, porem esta faltando, pedimos para aguardar que vamos providenciar, quando não é do município, é do Alto Custo do Estado, temos a relação e a gente olha a substancia e já indica e já pedimos que procure uma Assistente Social, esse é o caminho certo, não é porque não tem na Secretaria que vai ter que correr pra justiça. Cada instancia tem sua obrigação, ai quando eles vem pelo trâmite legal antes de correr pra justiça, são indicados direitinho. Quando já vem um medicamento de alto custo do estado que a promotora determina que o município tem que dar, a gente faz a defesa mostrando através de portaria que esse medicamento não é de responsabilidade do município é do alto custo do estado, ai é passado para assessoria jurídica, faz a defesa e passa para a promotora. (ENTREVISTADA,2016).

Ou seja, o judiciário tem que buscar soluções dentro do direito para poder efetivar o direito a saúde. A partir do momento que isso acontece pode-se afirmar que é o ponto mais alto da cidadania, já que é nela que existe uma prioridade aos direitos que são inerentes ao homem.

Assim, pode-se perceber pela entrevista que houve um aumento no número de intervenções judiciais por causa da falta de fornecimento de medicamentos. Nesses casos o poder judiciário tem assumido um papel decisivo nesse processo.

Desta forma o poder judiciário está totalmente autorizado a intervir, pois o usuário necessita do medicamento para poder preservar a sua saúde. Já que Malmman (2010) afirma que está cada vez mais frequente demandas judiciais para a concessão de medicamentos, demonstrando assim por muitas vezes que o sistema de saúde está cada vez mais deficiente.

3.2 O controle da distribuição de medicamentos

No que tange ao controle da distribuição dos medicamentos, pode-se afirmar que tudo deve ser seguido de acordo com o que já foi discutido nos capítulos anteriores.

A entrevistada afirmou que:

Por enquanto não possui programa informatizado, tudo que libera é através de requisição, manda o medicamento para o posto, existe uma requisição modelo, manda a quantidade para cada unidade e o que é atendido na secretaria e fica com a receita. Não vai a mesma quantidade de medicamentos para os postos, avalia dependendo da demanda. Eles tinham um mapa mensal, por enquanto agora vai ficar só no distrito, existe um relatório de estoque, eles preenche pra gente, existe a relação e eles colocam a quantidade que tinha em estoque, quantidade que foi recebido e a quantidade que foi consumido, ai libera em cima do relatório mensal. (ENTREVISTADA,2016).

No que tange a distribuição o Ministério da Saúde (2006) discorre que é nessa etapa que é distribuído os medicamentos às unidades de saúde. Vale salientar que, a distribuição dos medicamentos deve ser garantido com rapidez e segurança no processo de entrega.

Todo mês eles mandavam esse relatório para a secretaria. Alguns medicamentos que são mais caros, agente limita a quantidade, só colocamos a quantidade que vai para cada um, mandava direitinho, mas de um tempo para cá, deixamos de mandar porque tava com esse intuito de recolher os medicamentos para a secretaria, recebia e ficava com o medicamento aqui, porque o pessoal já sabia que o medicamento de farmácia básica ficava aqui e o de controlado estávamos atendendo na secretaria só os de processos. Estava em falta o medicamento controlado na policlínica Benjamim Maranhão, mas foi abastecido no dia 22/04/2016, foi mandado para a policlínica e para o CAPS. Quando o paciente vem com a prescrição médica do alto custo, o médico quando não tem o formulário ou não tem o conhecimento, as vezes o médico mandam pedir na secretaria, mandamos o formulário pra eles preencherem. Existe um recibo que anexa aos processos. Todo o medicamento que o paciente leva do processo, é colocado o nome do paciente e acompanha a quantidade mensal, arquivam-se em processos judiciais, processos administrativos que abrem direto pela secretaria (aqueles que o prefeito autoriza), processos de hemodiálise, processos administrativos de leite e processos de requisição que vão para os PSF's. (ENTREVISTADA,2016).

No decorrer a entrevistada afirma que vários atendimentos que aconteciam na secretaria foi dividido para distritos assim como em João Pessoa. Lá foi dividido da seguinte forma: “5 distritos, 5 farmacêuticos e 5 farmácias satélites, cada farmácia ira atender ate 5 postos”. (ENTREVISTADA, 2016). Mas, no decorrer da entrevista, ela afirmou que apenas um distrito foi instalado para atender os seguintes bairros: Alto da Boa Vista, Jardim Aeroporto, Mário Andreazza I, II, III, Rio do Meio e comercial Norte e Aeroporto.

3.3 O estoque, dispensação, armazenamento e transporte

O Ministério da Saúde (2006) afirma que esse processo de estocagem devem acontecer de forma adequada. Tudo de acordo com o que é exigido pelo Ministério da Saúde. Para que a estocagem ocorra de forma correta, é indispensável que os produtos que serão armazenados devem sempre dispor de: “área física, instalações apropriadas, equipamentos, acessórios, normas e procedimentos, pessoal treinado. “ (p. 60). A entrevistada discorre que:

Já em Bayeux, a entrevistada afirma que é através de balanço, existia ficha de prateleira, mas foi abolido, porque a ficha a gente tentava fazer junto ao medicamento e chegou à conclusão e pegava o medicamento e não dava baixa e quando pegava a ficha estava desatualizada. O controle de vencido é feito através de um convenio com a Serquip (Tratamento de resíduos da PB), notifica quando tem, organiza e faz o recolhimento e tem o local apropriado para os vencidos. . (ENTREVISTADA,2016).

Desta forma, o Ministério da Saúde (2006) discorre que as áreas de estocagem elas devem ser ordenadas para receber todos os tipos de medicamentos e materiais. Vale salientar que é indispensável que seja mantido a sua integridade.

Já em relação a validade dos produtos, eles devem ser ordenados de forma onde os primeiros que vão vencer ficam à esquerda e na frente. Os medicamentos devem ser distribuídos de acordo com o prazo de validade.

3.5 Na parte da dispensação de medicamentos vencidos

No que tange a dispensação pode ser afirmado que é quando proporciona um ou mais medicamento, a partir do momento que existe um pedido por um profissional autorizado. É nesse ponto que o farmacêutico orienta o paciente sobre o uso desse medicamento. Mas, nesse caso a pessoa que foi entrevistada discursou apenas sobre a dispensação de medicamentos vencidos, logo afirmou que:

quando eles veem que os medicamentos estão a vencer, tentamos trocar ou então a gente não faz mais o pedido. Quando ver que o medicamento está em estoque, ex: remédio que sai muito pouco do ano passado pra cá, diminuimos na licitação, diminui a quantidade do pedido, e tem também as doenças sazonais, que acontece numa

certa estação do ano, medicamento este que é usado mais no verão ou no inverno. O pedido é anual e que a demanda não foi tão alta, aí deixamos de pedir pelo pregão, aí nesse caso não faz mais esse pedido mensal de compras. O que ver que está em estoque à gente faz a permuta com algum medicamento que esta faltando, tudo registrados em formulários e arquivados. . (ENTREVISTADA,2016).

O ideal nos processos de dispensação de medicamentos vencidos, é que fosse seguido a POP 007. Logo, o ideal é que seja padronizado o descarte desses medicamentos nos municípios. Vale salientar que o profissional farmacêutico é totalmente responsável por esse descarte de medicamentos.

3.5.1 O transporte

Já no que tange ao transporte, a pessoa que foi entrevistada afirma que tem: “um *carro só para a farmácia e pro almoxarifado que é material medico hospitalar.*” No que tange ao transporte o ideal é que fossem seguidos os seguintes itens:

- Veículo com isolamento térmico é exigido para transportar medicamentos, principalmente em distância longas, em especial no caso de vacinas, soros e insulinas, em razão das grandes variações de temperatura, umidade e pressão atmosférica que ocorrem de uma região para outra.
- Os motoristas e os responsáveis pela distribuição devem ser qualificados, treinados e informados sobre o tipo de material que transportam seu manuseio correto, as condições e os fatores externos que podem alterar a qualidade de sua carga e o seu custo.
- Observar as operações de carga e descarga, o manuseio, o empilhamento correto das caixas/ contêineres, a fim de evitar danificação dos produtos.
- Medicamentos termolábeis – o veículo deve ter características especiais (conforto térmico). Os medicamentos devem ser imediatamente colocados nos locais adequados de armazenagem assim que chegarem ao destino.
- Avaliar o processo, por meio de relatório de desempenho, para garantir a qualidade do sistema de distribuição. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 67).

Tudo isso é totalmente de acordo, já que os medicamentos devem ser sempre transportados da melhor forma possível, visando sempre a manutenção da qualidade. Mas, o ideal é que tudo seja respeitado o que é dito pela Anvisa.

3.4 Outras temáticas

No decorrer da entrevista a autora afirma que por muitas vezes o ministério da saúde envia para o tratamento do Tabagismo. Mas, em relação a hanseníase, tuberculose, estes são feitos apenas através de formulários da seguinte forma: “manda o *quantitativo que foi utilizado durante o mês e manda do que foi utilizado e insulina que é do Estado*” (ENTREVISTADA,2016).

Já que no tange ao programa Hórus que foi instalado na cidade de Bayeux pode-se afirmar que eles:

Tinham interesse de instalar o Hórus, porem eles acharam complicados, pois tem que ter treinamento, impressora especializada, há uma grande burocracia e isso faz com que se desestimule. O Hórus não da a opção de fazer uma permuta de um medicamento para não se perder.(ENTREVISTADA,2016).

Sabe-se que o Hórus é um programa de informação na internet que é disponibilizado pela internet. Ele foi desenvolvido em 2009, com o intuito de qualificar a gestão de Assistência Farmacêutica nas três esferas do SUS. Isso acaba contribuindo na ampliação do acesso aos medicamentos e qualificação da atenção a saúde.

CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou realizar uma discussão a respeito da Assistência Farmacêutica na cidade de Bayeux, que fica localizada na Paraíba. Para isso, foram discutidas várias questões pertinentes ao tema.

A partir de então conclui-se que a saúde pública no Brasil não funciona da forma que foi prevista pela PNM quando foi escrita. Pois, por muitas vezes falta algum medicamento ou exame na assistência básica. Isso faz com que muitas vezes exista algum tipo de intervenção judicial.

É nítido que a maioria da população brasileira não possui recurso para poder ter um plano de saúde. Logo, eles dependem completamente do que é oferecido pelo Estado. Por muitas vezes, dependem até mesmo do fornecimento de medicamentos.

Já que a saúde é um direito que está previsto na Constituição Federal de 1988. E que com a criação do Sistema Único de Saúde esse direito foi cada vez mais sendo reforçado. Entretanto, nem sempre é cumprido o que está ali previsto, necessitando em algumas vezes uma intervenção judicial.

Desta forma, a concretização do direito a saúde por parte da distribuição de medicamentos através do poder público tem se mostrado ineficaz, já que existem vários casos que as pessoas morrem ou que agravam o quadro clínico por falta de medicamento.

No decorrer do trabalho foi discutido a respeito da distribuição de medicamentos relacionados a atenção básica ou primária. Desta forma, pode-se perceber que por muitas vezes o direito do cidadão brasileiro não é respeitado.

Consequentemente pode-se concluir que por muitas vezes esse fornecimento de medicamentos está sendo ineficiente, uma vez que, é necessário a intervenção judiciária para que a população seja alcançada.

Na cidade de Bayeux não é diferente, por ser uma cidade que possui um alto número de habitantes torna-se imprescindível que a AF funcionasse de forma correta. Durante toda entrevista, pode-se perceber que a coordenadora da farmácia faz o que é possível para auxiliar a população.

Entretanto, por causa de uma resolução do Conselho Federal de Farmácia é indispensável que todas unidades básicas de saúde teria que ter a assistência de um farmacêutico. Entretanto, é algo extremamente dispendioso e a cidade achou melhor distribuir em Distritos, como a cidade de João Pessoa fez.

Foram divididos em cinco distritos para atender vários bairros ali existentes. Mas, é indispensável salientar que a cidade ainda não implementou plenamente tais distritos.

Por fim, pode-se observar que existem várias lacunas referentes a AF na cidade de Bayeux por aqui foi apenas analisado a atenção básica. Logo, serve como sugestão realizar um estudo em cada nível de atenção para que se possa ter uma compreensão do que este município vem passando a cada ano.

REFERÊNCIAS

ANGONESI, Daniela. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 629-640, Abril. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Mai. 2016.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

Brasil. Portaria nº. 3.916 , 30 de outubro de 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html> . Acesso em: 4 jun. 2016.

COSENDEY, Marly Aparecida Elias et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.16, n.1, pp.171-182.

LIPPEL, Alexandre Gonçalves. **O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade**. Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/alexandre_lippel.htm>. Acesso em: 10 mar. 2016.

MALMMAN, E. **Direito à saúde e a responsabilidade do Estado**. (2010). Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/7652/Direito-a-saude-e-a-responsabilidade-do-Estado>>. Acesso em 20 abr. 2016.

MARTINS, L. **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM SAÚDE PÚBLICA E SUA ABORDAGEM NO CURSO DE FARMÁCIA DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**. 2006. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00002B/00002BC3.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência farmacêutica no serviço público: cartilha para gestores municipais**. (2013). Disponível em: <http://www.crf-pr.org.br/uploads/comissao/10989/Cartilha_Assistencia_Farmaceutica_no_servico_publico.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. **Política Nacional de Medicamentos**. (2011). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 02 de abr. 2016.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 18. ed. São Paulo: Atlas,

2013.

MOURA, Elisangela Santos de. Direito à saúde na Constituição. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 18, n. 3730, 17set.2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, Nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Mar. 2016.

PAULA, R; et al. Alguns aspectos sobre a REME. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PEPE, Vera Lúcia Edais ET al . A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, Agos. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Mai. 2016.

PORTELA, A. Et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**. 2010. Disponível em:<http://servbib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/930/930> . Acesso em: 10 abr. 2016.

SANTOS, L. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização**, (2011). Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>> . Acesso em: 5 mai. 2016.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito a saúde: efetividade em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.