

A Assistência Farmacêutica no SUS



*Conselho
Federal de
Farmácia*



*Conselho Regional
de Farmácia do
Estado do Paraná*

CRF-PR

Conselho Federal de Farmácia.

A assistência farmacêutica no SUS / Conselho Federal de Farmácia , Conselho Regional de Farmácia do Paraná ; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia , Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

60 p.

ISBN 978-85-89924-05-4

1. Assistência farmacêutica. 2. Política farmacêutica. 3. Políticas de saúde. 4. Medicamentos. I. Título. II. Conselho Regional de Farmácia do Paraná. III. Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia. IV. Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR.

CDU 615.3

Organização:

Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia – 2010:

Presidente: Valmir de Santi
Martha Hilda Olmedo de Melo
Ricardo Carvalho de Azevedo e Sá
Rossana Santos Freitas Spiguel

Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia – 2009:

Presidente: Valmir de Santi
Lorena Baía de Oliveira Alencar
Mirtes Barros Bezerra de Oliveira Gomes
Renato Soares Pires Melo

Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR:

Presidente: Benvenuto Juliano Gazzi
Adalberto Yassuo Sugahara
Agda de Jesus Silva
Deise Sueli de Pietro Caputo
Maria do Carmo Baraldo Wagner
Maurício Portella
Natália Guerra
Susan Mirian do Patrocínio Alves
Telma Rozinha Dombroski Freitas
Tháís Regina Ranucci
Valmir de Santi

Revisão de Texto:

Daniela Cobucci Ribeiro Coelho Marrazzo

Revisão Técnica:

Jarbas Tomazoli Nunes
José Luís Miranda Maldonado

sumário

APRESENTAÇÃO	5
NOTA TÉCNICA CONJUNTA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONASS e CONASEMS	7
ASSUNTO: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	7
1. ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHOS REGIONAIS DE FARMÁCIA	11
2. LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E PROFISSIONAL RELACIONADA	13
3. ÂMBITO PROFISSIONAL DO FARMACÊUTICO	17
3.1 Decreto 85.878/1981 Regulamenta o âmbito profissional farmacêutico.....	17
3.2 Áreas de atuação do farmacêutico na área pública, definidas através de Resoluções do Conselho Federal de Farmácia.....	17
4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	19
4.1 INTRODUÇÃO	19
4.2 USO RACIONAL DE MEDICAMENTO	21
4.3 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	24
4.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica.....	25
4.3.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	28
4.3.3 Componente Especializado Assistência Farmacêutica.....	29
4.3.4 Organização e Estruturação de serviços e ações de assistência farmacêutica.....	31
4.4 INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	32
4.5 PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	34
4.6 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	35
4.6.1 Proposta do Conselho Federal de Farmácia para a Estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.....	35
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E SUGERIDA	57
SÍTIOS PARA CONSULTA	60

apresentação

A exigência de **farmacêutico** como responsável técnico pelas farmácias municipais está prevista na Lei n. **5.991, de 19 de dezembro de 1973**.

Além de sua atuação específica como responsável técnico pela unidade de dispensação de medicamentos (farmácia), o farmacêutico é, ainda, o profissional com formação para atuar nas seguintes áreas de saúde do Município: assistência farmacêutica, vigilância em saúde (vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental) e nos laboratórios de análises clínicas.

Apresentamos informações básicas sobre a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde -SUS, uma proposta de organização da área farmacêutica nos Municípios, considerando o número de habitantes, as questões ligadas ao financiamento e ao uso racional do medicamento, e ainda subsídios para realização de concurso público prevendo a contratação de farmacêuticos segundo a área de atuação.

Desta forma, o Município poderá dispor de profissionais com perfil mais adequado para desenvolver as atividades de assistência farmacêutica, o que certamente representará melhorias na qualidade de vida da população e o aperfeiçoamento do SUS.

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia têm se empenhado para que a assistência farmacêutica esteja presente nos Municípios brasileiros. Dessas ações positivas em defesa da assistência farmacêutica, resultou a assinatura da Nota Técnica Conjunta, que trata da “Qualificação da Assistência Farmacêutica”, pelas seguintes entidades: Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Por fim, o Conselho Federal de Farmácia coloca-se à disposição dos gestores de saúde, dos membros dos Poderes Legislativo e Judiciário e do Ministério Público para quaisquer assuntos relacionados à assistência farmacêutica.

Dr. Jaldo de Souza Santos
Presidente do CFF

nota técnica conjunta

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONASS E CONASEMS

Transcrição da “Nota Técnica Conjunta do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde”. O texto original está disponível em:

http://www.conasems.org.br/files/nota_tecnica_qualificacao_af.pdf



Ministério da Saúde



ASSUNTO: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

O sistema de saúde brasileiro passou por transformações importantes nas décadas de 80 e 90 com a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS. Ele representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, de estruturar, de desenvolver, de produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que a universalidade de acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a participação das comunidades e a descentralização tornaram-se os princípios do novo sistema.

Naquele período, deu-se início ao processo de implementação das propostas advindas do movimento sanitário brasileiro. Cabe salientar que algumas delas ainda encontram-se inconclusas: a) financiamento do sistema, b) mudanças no modelo assistencial, c) questões relativas aos recursos humanos no SUS, entre outras.

A inclusão dos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária na atual Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde garante como direito de todos e dever do Estado o acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive no que diz respeito à Assistência Farmacêutica. Esta, por sua vez, deve ser entendida como o **conjunto de ações** desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, (...) tendo o **medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional**. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva de obtenção de resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população.

A compreensão deste conceito é de suma importância, uma vez que, com frequência e de forma errônea, ocorre a distribuição de medicamentos sem os necessários critérios que assegurem o uso racional e seguro desses produtos. Por isso, quando se fala em **acesso**, no caso específico dos medicamentos, significa ter o produto certo para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar adequados, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde. Portanto, “**acesso**”, no contexto do uso racional e seguro, **não pode estar restrito ao produto medicamento**, ocorrendo somente por meio da articulação das ações inseridas na assistência farmacêutica e envolvendo, ao mesmo tempo, o acesso ao conjunto de ações de atenção à saúde, com serviços qualificados. Tal entendimento torna essencial à reafirmação de que o conjunto de ações inerentes à assistência farmacêutica incluem tanto aquelas de caráter inter-setorial como aquelas resultantes de atividades multiprofissionais, cuja adequada articulação tem por objetivo gerar impactos positivos no processo de atenção à saúde, além daquelas de caráter específico dos diferentes profissionais atuantes nesse campo.

Nos últimos anos, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no País. Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituem instrumentos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência sanitária à população. Dentre as diretrizes da PNAF, destacam-se: a garantia de acesso e de equidade às ações de saúde incluindo, necessariamente, a assistência farmacêutica; o desenvolvimento, a valorização, a formação, a fixação e a capacitação de recursos humanos; a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo; a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção.

Ampliar o acesso e garantir o uso racional de medicamentos, integrar a assistência farmacêutica às demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar o farmacêutico na rede municipal de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos para implementar a assistência farmacêutica e tornar a gestão eficiente são alguns dos desafios colocados.

O enfrentamento desses desafios requer ações articuladas dos gestores da saúde das três esferas de governo, tendo como objetivo a superação do binômio aquisição/distribuição de medicamentos, reduzido aos seus aspectos logístico-administrativos e sem qualquer conexão com o processo de atenção à saúde dos cidadãos, como sendo aquela assistência farmacêutica definida como política pública estratégica no âmbito do Controle Social do SUS e incorporada como uma das prioridades das ações dos gestores no campo da saúde.

Construir o real significado da assistência farmacêutica e a sua inserção na atenção à saúde, exige dos gestores do SUS compromissos sérios com a estruturação e a qualificação dos serviços farmacêuticos e sua necessária articulação multiprofissional e intersetorial. Neste contexto, os farmacêuticos precisarão estar preparados para suprir as necessidades do sistema de saúde com conhecimentos e competências que viabilizem a implementação da assistência farmacêutica como uma política de saúde. Conhecer e articular os componentes do sistema de saúde com a função de gestão, de planejamento e de avaliação da assistência farmacêutica, é fundamental para a promoção do acesso aos medicamentos com uso racional. **Portanto, a inserção do profissional farmacêutico passa a ser uma necessidade e o seu papel, como profissional responsável pelo uso racional e resolutivo dos medicamentos, assume caráter fundamental para a atenção à saúde, entendida em toda a extensão do princípio da integralidade das ações de saúde. (grifos nossos no último parágrafo)**

Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Presidente Conasems

Osmar Terra
Presidente do Conass

José Gomes Temporão
Ministro de Estado da Saúde

1 Atribuições dos Conselhos Regionais de Farmácia

Os Conselhos Regionais de Farmácia (CRFs) são autarquias federais fiscalizadoras da profissão farmacêutica e de defesa da sociedade.

Nos estabelecimentos farmacêuticos públicos, os **CRFs** têm atuado junto aos Estados e Municípios para regularizar a situação de suas farmácias públicas.

Nos últimos anos, a demanda pela presença do profissional farmacêutico nas farmácias municipais tem aumentado, em decorrência da implementação das diretrizes e prioridades estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos - PNM e das pactuações realizadas entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Dessa forma, o CFF, mais uma vez, busca orientar os Municípios quanto à necessidade de regularização dos seus estabelecimentos farmacêuticos. Informa, também, que está apresentando projetos de capacitação dos profissionais farmacêuticos e dos gestores de saúde para a assistência farmacêutica junto aos CRFs, além de fornecer treinamentos aos profissionais farmacêuticos, nas várias regiões do País, por meio do Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (Cebrim), órgão do CFF.

Base Legal para ação do CFF e CRFs: Lei n. 3.820/60

Art. 10. – As atribuições dos CRFs são as seguintes:

(...)

c) fiscalizar o exercício da profissão, impedindo e punindo as infrações à lei, bem como enviando às autoridades competentes relatórios documentados sobre os fatos que apurarem e cuja solução não seja de sua alçada.

Art. 24. – As empresas e estabelecimentos que exploram serviços para os quais são necessárias atividades de profissional farmacêutico deverão provar, perante os Conselhos Federal e Regionais, que essas atividades são exercidas por profissionais habilitados e registrados.

Art. 6º – (...)

m) expedir resoluções, definindo ou modificando atribuições ou competências dos profissionais de Farmácia, conforme as necessidades futuras.

2 Legislação Sanitária e Profissional Relacionada

As legislações sanitária e profissional relacionadas aos medicamentos e ao exercício da profissão exigem a presença e atuação do farmacêutico na assistência farmacêutica, conforme exposto a seguir:

A) Lei n. 5.991/73

Art. 2º – As disposições desta Lei abrangem as unidades congêneres que integram o serviço público civil e militar da administração direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios e demais entidades paraestatais, no que concerne aos conceitos, definições e responsabilidade técnica.

Art. 3º – Aplica-se o disposto nesta Lei às unidades de dispensação das instituições de caráter filantrópico ou beneficentes, sem fins lucrativos.

Art. 4º – Para efeitos desta Lei, são adotados os seguintes conceitos:

(...)

VIII – Empresa – pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, que exerçam como atividade principal ou subsidiária o comércio, venda, fornecimento e distribuição de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, equiparando-se à mesma, para os efeitos desta Lei, as unidades dos órgãos de administração direta ou indireta, federal, estadual, do Distrito Federal, dos Territórios, dos Municípios e entidades paraestatais, incumbidas de serviços correspondentes;

(...)

X – Farmácia – estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica.

Art. 15. – A farmácia e a drogaria terão obrigatoriamente a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

§ 1 – A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.

§ 2 – Os estabelecimentos de que trata este artigo poderão manter técnico responsável substituto, para os casos de impedimento ou ausência do titular.

Art. 17. – Somente será permitido o funcionamento de farmácia e drogaria sem a assistência do técnico responsável, ou do seu substituto, pelo prazo de até trinta dias, período em que não serão aviadas fórmulas magistrais ou oficiais, nem vendidos medicamentos sujeitos a regime especial de controle.

Art. 53. – Não poderá ter exercício nos órgãos de fiscalização sanitária o servidor público que for sócio ou acionista de qualquer categoria, ou que prestar serviços à empresa ou estabelecimento que explore o comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.

Há uma extensa legislação versando sobre as questões profissionais e sanitárias relacionadas aos medicamentos e à assistência farmacêutica. Citamos apenas as preponderantes quanto à atuação do farmacêutico. O Ministério Público, na sua função de exigir o fiel cumprimento das legislações, tem atuado junto aos órgãos de vigilância sanitária e aos Conselhos Regionais para que a legislação sanitária e profissional seja de fato cumprida. Também, nesse sentido, têm sido as recomendações das últimas conferências estaduais e nacionais de saúde quanto à questão da assistência farmacêutica. O não cumprimento da legislação pode implicar a aplicação da Lei de Responsabilidade Administrativa aos gestores municipais.

B) Farmácias públicas X dispensários de medicamentos

Dispensário de medicamentos é definido no artigo 4º da Lei n. 5.991/73 como:

“XIV – Dispensário de medicamentos – setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente”;

Alguns gestores públicos utilizam-se desta definição de dispensário de medicamentos para, até judicialmente, justificar a não necessidade de contratação de farmacêutico como responsável técnico por suas unidades de dispensação de medicamentos.

Na Unidade de Saúde, os serviços farmacêuticos não se restringem somente à “entrega” do medicamento ao usuário, mas à sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, avaliação de sua utilização na perspectiva de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

O paciente, ao receber o medicamento, necessita de orientação, pois é ele que administrará o medicamento fora de uma Unidade de Saúde e sem supervisão direta de um profissional de saúde.

Fato é que os desafios colocados na Política Nacional de Medicamentos (1998) e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004) como garantia do acesso aos medicamentos e da promoção do uso racional tornam-se indispensáveis à inserção do farmacêutico na equipe de saú-

de, pois exige dos gestores do SUS compromissos com a estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos.

São graves os problemas relacionados ao uso e à gestão inadequada dos medicamentos. Ao se adotar a conduta de que os medicamentos podem ser “entregues” por qualquer pessoa, valoriza-se mais a quantidade dos medicamentos “entregues” e não a qualidade e a resolutividade da assistência farmacêutica. E, ao não se exercer um controle rigoroso dos estoques, da aquisição e da dispensação, certamente, haverá um comprometimento do erário com os desperdícios de recursos, possibilitando desvios, podendo acarretar prejuízos aos usuários do SUS.

Assim, a Resolução 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde, define como um dos pontos básicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em seu artigo 1º, inciso IV, o seguinte:

“As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. **É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida** (grifo nosso). Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.”

Outro ponto a ser considerado é que a maior parte das farmácias públicas gerencia medicamentos sujeitos a controle especial, para os quais a legislação sanitária (Portaria 344/98 MS), especificamente em seu artigo 67, exige que a guarda fique sob responsabilidade de profissional farmacêutico.

“CAPÍTULO VII – DA GUARDA

Art. 67. As substâncias constantes das listas deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, bem como os medicamentos que as contenham, existentes nos estabelecimentos, deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico responsável, quando se tratar de indústria farmoquímica.” **(grifos nossos)**

Os medicamentos sujeitos a controle especial possuem uma série de exigências, além da guarda, envolvendo registros e, principalmente, a necessidade de orientação farmacêutica, pois são medicamentos de alto risco e vários geram dependência física e/ou psíquica.

O artigo 15 da Lei n. 5991/73 exige a presença do responsável técnico durante todo o horário de funcionamento das farmácias. O técnico responsável referido na Lei é o profissional farmacêu-

tico, conforme prevê o artigo 1º do Decreto n. 85.878, de 7 de abril de 1981, que regulamenta o âmbito profissional do farmacêutico.

“Art. 1º – São atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos:

I – desempenho de funções de dispensação ou manipulação de fórmulas magistrais e farmacopeicas, quando a serviço do público em geral ou mesmo de natureza privada;”

O gestor deve estar ciente, também, das pactuações do SUS. Citamos como exemplo a Portaria GM n. 699/06 que, em seu Anexo I, Termo de Compromisso de Gestão Municipal, no item 1.15, estabelece:

“1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

1.15 Todo Município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;”

Há, portanto, necessidade de implantação dos serviços farmacêuticos, em todos os Municípios, com o farmacêutico presente e como responsável técnico, conforme preconiza a Lei n. 5.991/73 e a Portaria 699/06.

Para a estruturação e qualificação dos serviços de assistência farmacêutica, o Município poderá fazer uso dos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB), Portaria GM Nº 2982/2009, devendo também, buscar parceria com o Estado e Ministério da Saúde.

3 Âmbito Profissional do Farmacêutico

3.1 DECRETO N. 85.878, DE 7 DE ABRIL DE 1981, QUE REGULAMENTA O ÂMBITO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

Art. 1º – São atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos:

I – desempenho de funções de dispensação ou manipulação de fórmulas magistrais e farmacopeicas, quando a serviço do público em geral ou mesmo de natureza privada;

II – assessoramento e responsabilidade técnica em:

(...)

b) órgãos, laboratórios, setores ou estabelecimentos farmacêuticos em que se executem controle e/ou inspeção de qualidade, análise prévia, análise de controle e a análise fiscal de produtos que tenham destinação terapêutica, anestésica ou auxiliar de diagnósticos ou capazes de determinar dependência física ou psíquica;

(...)

d) depósitos de produtos farmacêuticos de qualquer natureza.

III – a fiscalização profissional sanitária e técnica de empresas, estabelecimentos, setores, fórmulas, produtos, processos e métodos farmacêuticos ou de natureza farmacêutica;

3.2 ÁREAS DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ÁREA PÚBLICA, DEFINIDAS POR MEIO DE RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA:*

- **Acupuntura (Resoluções ns. 353 e 516);**
- **Análises Clínicas e Toxicológicas (Resoluções ns. 296 e 307);**
- **Assistência Domiciliar Farmacêutica em Equipes Multidisciplinares (Resolução n. 386);**

* www.cff.org.br/legislação

- **Assistência Farmacêutica Pré-Hospitalar em Urgência e Emergência (Resoluções nºs 354 e 492);**
- **Bancos de Leite Humano (Resolução nº 339);**
- **Bancos de Órgãos (Resolução nº 382);**
- **Citoquímica, Histoquímica e Citologia (Resolução nº 359);**
- **Controle de Vetores e Pragas Urbanas (Resolução nº 383);**
- **Controle e Análise de Águas e Controle Ambiental (Resolução nº 463);**
- **Dispensação de Medicamentos e Serviços Farmacêuticos (Resoluções nºs 261, 349, 357 e 449);**
- **Exercício de Auditorias (Resolução nº 508);**
- **Farmácia Hospitalar (Resolução nº 492);**
- **Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (Resolução nº 415);**
- **Hemoterapia (Resolução nº 279);**
- **Manipulação de Medicamentos e de Outros Produtos Farmacêuticos (Resolução nº 467);**
- **Laboratórios de Saúde Pública (Resolução nº 520);**
- **Manipulação de Medicamentos Homeopáticos (Resolução nº 440);**
- **Nutrição Parenteral e Enteral (Resolução nº 292);**
- **Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Resolução nº 477).**
- **Centros de pesquisa clínica (Resolução nº 509);**
- **Indústria de produtos veterinários (Resolução nº 504);**
- **Serviços de diálise (Resolução nº 500);**
- **Terminais, portos e aeroportos (Resolução nº 495);**
- **Radiofármacos (Resolução nº 486);**
- **Meio ambiente (Resolução nº 481 e 457);**
- **Análises clínicas veterinária (Resolução nº 442);**
- **Fracionamento de medicamentos (Resolução nº 437);**
- **Citologia clínica (Resolução nº 401).**

4 Assistência Farmacêutica no SUS

4.1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 é um marco referencial para as profundas mudanças na área da saúde no Brasil. No capítulo dedicado à seguridade social, ficou estabelecida a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-se seus princípios e diretrizes baseados em um conceito ampliado de saúde. De acordo com o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil:

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

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) contempla os preceitos constitucionais e estabelece que, entre seus campos de atuação, está incluída a execução da “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e entre as ações, “a formulação da política de medicamentos,(...) de interesse para a saúde (...)” (BRASIL, 1990). De acordo com seu Artigo 18, compete à direção municipal do SUS:

“dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde”.

A desarticulação da assistência farmacêutica no País, em descompasso com as mudanças que vinham ocorrendo na área de saúde, especialmente com relação ao processo de descentralização do SUS, contribuiu para a formulação de novas diretrizes para a área de medicamentos, explicitada na Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em outubro de 1998.

A PNM fortalece os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, tendo como finalidade principal “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Entre as diretrizes estabelecidas por essa política está a reorientação da assistência farmacêutica, definida 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.” (BRASIL, 1998)

Dentre as prioridades da reorientação da Assistência Farmacêutica

“a estruturação da Assistência Farmacêutica (AF) é um dos grandes desafios que se apresentam aos gestores e profissionais do SUS, uma vez que sua reorientação propõe uma mudança no modelo de organização e na forma de gerenciamento, tendo por base uma nova lógica de atuação. Não deve se limitar apenas a aquisição e distribuição de medicamentos, exigindo para a sua implementação a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. O processo de descentralização exige que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso, o uso racional e a integralidade das ações.” (BRASIL, 1998)

O processo de reorientação da AF proposto pela PNM, e que vem sendo implementado no SUS, está fundamentado:

- *Na descentralização da gestão;*
- *Na promoção do uso racional de medicamentos;*
- *Na otimização e na eficácia das atividades envolvidas na AF;*
- *No desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços de produtos, viabilizando o acesso da população, inclusive no âmbito privado.*

A necessidade de construir uma nova gestão da assistência farmacêutica no SUS fundamenta-se na implementação desta nova prática nos Estados e Municípios, sendo necessário, para isto, o desenvolvimento de ações estruturantes, com aplicação de novos conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas, indispensáveis à qualificação e melhoria das atividades desenvolvidas. Englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e promoção do uso racional, compreendendo a prescrição e utilização dos medicamentos.

Prevê, também, que o processo de descentralização contemplará a padronização dos medicamentos, o planejamento e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão do SUS.

De acordo com a PNM, no âmbito municipal, caberá à Secretaria Municipal de Saúde ou ao organismo correspondente:

- Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica – AF no seu âmbito;
- Associar-se a outros Municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- Treinar e capacitar recursos humanos para cumprimento das responsabilidades do Município no que se refere a esta Política;
- Coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Laboratórios de Saúde Pública;
- Implementar ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- Definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- 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.
- Adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do Município.
- Utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do Município. Investir na infra-estrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

Portanto, o papel dos gestores municipais é importante para que a Assistência Farmacêutica, parte fundamental da atenção à saúde, seja implementada no SUS.

4.2 USO RACIONAL DE MEDICAMENTO

A promoção do uso racional de medicamentos é um dos principais pontos da Política Nacional de Medicamentos, e consta como uma das obrigações dos gestores de saúde nos vários documentos de pactuação das ações de saúde.

Tal fato se explica pelos dados do Sistema Nacional de Informações Toxicológicas – SINITOX que aponta o medicamento como a maior fonte básica de intoxicações.

Por isso, o Conselho Nacional de Saúde, atendendo as orientações da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio da Resolução MS/CNS 338, de 6 de maio de 2004, resolveu englobar entre seus eixos estratégicos:

- *Garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui, necessariamente, a assistência farmacêutica;*
- *Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;*
- *Qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica já existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;*
- *Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;*
- *Promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.*

Dentre as formas de promover o uso racional de medicamentos, destacam-se a implantação e utilização de Relação de Medicamentos Essenciais, Formulário Terapêutico e Protocolos Clínicos e Terapêuticos.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME

A RENAME deve ser o instrumento mestre para as ações de planejamento do Ciclo da Assistência Farmacêutica, de seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Aos gestores estaduais e municipais, a RENAME deve subsidiar a elaboração e a pactuação de suas Relações de Medicamentos. Às equipes de saúde, em especial aos prescritores, a RENAME, juntamente com o Formulário Terapêutico Nacional, pode ser um importante auxílio na escolha da melhor terapêutica. À população e aos usuários do SUS, a RENAME expressa um compromisso com a disponibilização de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos e de acordo com as prioridades de saúde de nossa população. (BRASIL, 2008c)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define medicamentos essenciais como aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade (WHO, 2002 *apud* BRASIL, 2008c).

Todos os Estados também elaboram a sua Relação Estadual de Medicamentos Essenciais – REME, assim como todos os Municípios adotam a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, para atender as suas especificidades regionais e municipais. Estas relações devem ser atualizadas periodicamente e aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde.

Formulário Terapêutico Nacional – FTN

O Formulário Terapêutico Nacional contém informações científicas, isentas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME visando a subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. (BRASIL, 2008d)

De acordo com a OMS, o desenvolvimento de formulários nacionais de medicamentos implica decisão política e de saúde pública, constituindo um esforço direcionado a promover o uso racional dos medicamentos essenciais.

O FTN contém indicações terapêuticas, contraindicações, precauções, efeitos adversos, interações, esquemas e cuidados de administração, orientação ao paciente, formas e apresentações disponíveis comercialmente incluídas na RENAME e aspectos farmacêuticos dos medicamentos selecionados. O FTN apresenta indubitáveis benefícios individuais, institucionais e nacionais. Para o usuário, contribui para obtenção de terapia com eficácia, segurança, conveniência e menor custo. Institucionalmente, favorece a melhoria do padrão de atendimento e a significativa redução de gastos.

Protocolos Clínicos:

Ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma, mas sim, de promover o uso racional e seguro desses produtos. (BRASIL, 2002b, p. 13).

As demandas por medicamentos no SUS são múltiplas e crescentes, que muitas vezes não são passíveis de execução ou incorporação imediata, em face de restrições operacionais e orçamentárias.

Estabelecer protocolos é de fundamental importância na gestão dos medicamentos no SUS, pois harmoniza condutas terapêuticas, em conformidade com a medicina baseada em evidências, facilitando o seu acesso.

Os protocolos clínicos se aplicam de forma ampla na assistência à saúde, e não exclusivamente na assistência farmacêutica.

Na Assistência Farmacêutica, são objetivos dos protocolos clínicos:

- *Estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados;*
- *Promover o uso racional de medicamentos;*
- *Criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz;*

- *Garantir o acesso da população aos medicamentos;*
- *Fornecer subsídios para a implementação de serviços voltados para a prática de um modelo em Atenção Farmacêutica e a gestão dos medicamentos;*
- *Padronizar condutas terapêuticas;*
- *Reduzir a incidência de RAM – Reações Adversas a Medicamento.*

4.3 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica Básica contempla o financiamento das três instâncias gestoras do SUS, pactuada nas Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite).

Em 1998, logo após a publicação da Política Nacional de Medicamentos - PNM, e dando início ao processo de descentralização da AF, foi estabelecido o Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB), com valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Em 2009, o Ministério da Saúde ampliou o Elenco de Referência Nacional – ERN na Atenção Básica, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME – 6 edição, publicada em 2009, na qual procurou definir os medicamentos essenciais a serem utilizados na Atenção Básica, passíveis de financiamento com recurso tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Também compõe o ERN os medicamentos fitoterápicos, que foram ampliados de dois para oito e os medicamentos homeopáticos, conforme Farmacopéia Homeopática Brasileira 2 edição.

Na Portaria GM n. 176/1999, foram estabelecidos os critérios e os requisitos para a habilitação dos Estados e Municípios a receberem este incentivo financeiro. O Ministério da Saúde gerenciava a aquisição e distribuição de medicamentos considerados estratégicos (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão) e financiava o custeio para medicamentos excepcionais (de alto custo) cabendo aos Estados uma contrapartida, regulamentada por uma série de portarias.

A implantação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica possibilitou aos Municípios uma ampliação na oferta de medicamentos à população, porém, em muitos casos, esse acesso não foi qualificado, por não vir acompanhado de ações importantes da assistência farmacêutica, entre elas a promoção de seu uso racional.

As Portarias nºs 176/99 GM/MS e 2.084/2005 GM/MS, entre outras, foram substituídas pela Portaria 3.237, de 24 de dezembro de 2007, que foi revogada pela Portaria GM nº 2.982, de dezembro de 2009, atualizando os valores, os elencos de medicamentos e as transferências de recursos para a Assistência Farmacêutica Básica.

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2.007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com os respectivos monitoramento e controle.

Os blocos de financiamento são os seguintes:

- ▶ Atenção Básica;
- ▶ Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- ▶ Vigilância em Saúde;
- ▶ Assistência Farmacêutica e
- ▶ Gestão do SUS.

O bloco de financiamento para a assistência farmacêutica é constituído por três componentes:

- I. Componente básico da assistência farmacêutica
- II. Componente estratégico da assistência farmacêutica e
- III. Componente de medicamentos de dispensação Especializado (antigo excepcional), Portaria GM/MS 2981/2009.

4.3.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

“Art. 25, da Portaria GM/MS nº 204, de janeiro de 2007. “O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica” (BRASIL, 2007a)

O financiamento dos medicamentos para Atenção Básica (AB) teve seus valores ampliados conforme Portaria GM/MS nº 2.981/2009 e permanece sendo tripartite. A partir de janeiro de 2010, as contrapartidas mínimas estaduais e municipais passam a ser de R\$ 1,86/habitante/ano para cada uma dessas esferas de gestão e o valor aplicado pela esfera federal passa a ser de R\$ 5,10/habitante/ano, com repasses mensais, equivalentes a 1/12 (um doze avos), com base na população, conforme dados do IBGE em 2009. As transferências do recurso federal continuarão sendo feitas diretamente aos Municípios ou aos Estados, em conformidade com as pactuações aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado. Cabe lembrar que a Portaria GM/MS nº 204, de 27 de janeiro de 2007, que “regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento...” define que: Art. 5º – § 2º “Os recursos da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco”; Art. 6º – § 3º “Os recursos de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco”.

Os Estados e Municípios também são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares destinados aos usuários insulino-dependentes de que trata a Lei Federal nº 11.347, de 2006, e a Portaria nº 2.583/GM, de 2007. A partir de janeiro de 2010, os valores a serem aplicados, segundo Portaria GM/MS nº 2982/2009, pelos Estados, Municípios e Distrito Federal passam de R\$ 0,30 para R\$ 0,50/habitante/ano. As responsabilidades de cada esfera no fornecimento desses insumos aos pacientes portadores de diabetes devem ser objeto de pactuação na CIB, assim como a comprovação da aplicação integral desses recursos.

É importante ressaltar que essa portaria traz uma importante inovação quanto à destinação dos recursos, uma vez que, desde 1999, quando se iniciou o processo de descentralização da Assistência Farmacêutica Básica, os recursos tripartites sempre foram destinados exclusivamente para aquisição de medicamentos básicos.

A inserção da estruturação e da qualificação das ações de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme estabelecido no Art. 5º da portaria supracitada, define o montante de 15% dos recursos anuais destinados às atividades e à adequação de espaço físico das Farmácias do SUS, relacionadas à Atenção Básica; à aquisição de equipamentos e mobiliários destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica; e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

As atividades de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica e os recursos financeiros aplicados deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS (o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão – RAG). Conforme orientações do PlanejaSUS, deve-se ressaltar que os instrumentos de planejamento do SUS também devem ser elaborados em consonância com os instrumentos gerais da Administração Pública, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Dessa forma, os gestores que optarem por aplicar recursos financeiros em estruturação da Assistência Farmacêutica deverão prever também recursos de capital, e não apenas de custeio, nos seus dispositivos de planejamento e orçamento.

De acordo com o Art. 13 dessa portaria, “o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dar-se-ão por meio do Relatório Anual de Gestão”. O parágrafo 1º desse artigo normatiza que “o RAG, incluindo as ações de Assistência Farmacêutica Básica, e sua execução orçamentária devem ser elaborados em conformidade com as orientações previstas na Portaria n. 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008”. Vale lembrar que os Municípios têm até o dia 31 de maio de cada ano para encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite a resolução do Conselho de Saúde (CS) que aprova o RAG.

Outras informações acerca dos Instrumentos de Planejamento do SUS constam nos cadernos da série “PlanejaSUS” e podem ser acessados por meio do sítio do Ministério da Saúde no endereço: www.saude.gov.br/planejasus

4.3.1.1 Medicamentos que podem ser adquiridos com recursos do Bloco da Assistência Farmacêutica

Tendo em vista os termos da Portaria GM/MS n. 2.982/2009 em que o elenco financiável com os recursos tripartites, do componente de medicamentos da Atenção Básica, não está restrito ao Elenco de Referência Estadual. Os gestores municipais podem adquirir os medicamentos presentes na RENAME vigente, destinados à Atenção Básica, bem como aqueles descritos nos Anexos I, II e III da portaria, podendo ser aplicados:

- Dos recursos federais transferidos fundo a fundo:
- Custeio dos medicamentos presentes no Elenco de Referência Nacional (Anexo I);

- Custeio dos medicamentos Fitoterápicos (Anexo II);
- Custeio de medicamentos Homeopáticos (conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 2ª edição)
- Custeio dos medicamentos para o atendimento das linhas de cuidado do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas/Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (Anexo III).
- Custeio de medicamentos constantes na RENAME e presentes no Elenco de Referência Estadual, pactuados na CIB.
- Custeio de outros medicamentos inseridos no Elenco Municipal, constantes na RENAME, de uso na Atenção Básica e não financiados com recursos do Componente Estratégico ou do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- Das contrapartidas estaduais e municipais:
- Conforme os itens supracitados, e ainda:
- Na estruturação e qualificação das ações de Assistência Farmacêutica nas atividades destinadas à adequação de espaço físico das Farmácias do SUS, relacionadas à Atenção Básica; aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica; e realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

A Portaria GM 2.982/2009 traz ainda os seguintes anexos:

ANEXO I

ELENCO DE REFERÊNCIA NACIONAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Medicamentos com aquisição pelos Municípios, Distrito Federal e/ou Estados, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e financiamento tripartite.

ANEXO II

ELENCO DE REFERÊNCIA NACIONAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos com aquisição pelos Municípios, Distrito Federal e/ou Estados, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e financiamento tripartite.

ANEXO III

Medicamentos a serem disponibilizados pelos Municípios e Distrito Federal, para atendimento das linhas de cuidado do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, atendidos os critérios estabelecidos nos PCDT, e do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

4.3.1.2 Atendimento de receituário não proveniente do SUS

O atendimento de receituário não proveniente do SUS é uma questão que não se encontra perfeitamente regulamentada e é motivo de celeuma e ações públicas contra os gestores municipais, estaduais e federal de saúde.

De um lado, há os que defendem que todo e qualquer usuário, independente de ser oriundo do atendimento particular ou de convênios de saúde, deve ter o seu receituário atendido pelo SUS, pelo princípio da universalidade dos serviços de saúde.

Do outro lado, há os defensores do argumento de que o SUS é um plano de saúde público, que possui regras, medicamentos e terapêuticas padronizados, sistema hierarquizado, com referências e contra-referências, com porta de entrada única pela atenção básica, e que busca o princípio do atendimento igualitário com equidade. Alegam que o atendimento de receituários provenientes do atendimento particular ou de convênios quebraria esses preceitos e tornaria inviável qualquer tentativa de organização do sistema, bem como promoveria o uso irracional dos medicamentos.

Também se deve lembrar da Lei de Responsabilidade Fiscal que impossibilita os gestores de saúde a gastar recursos além do previsto em seu orçamento.

Tal discussão já tem reflexos no Congresso Nacional, especialmente no Senado Federal, notadamente com os medicamentos de alto custo. De um lado estão o Senador Flávio Arns, as associações de portadores de doenças raras, entre outros, defendendo que qualquer receituário deve ser atendido, independente de protocolo. Em outra posição encontram-se o Senador Tião Viana, o Ministério da Saúde, a ANVISA, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, entre outros, sustentando que o sistema necessita de regulação, que há interesses da indústria farmacêutica, e que a sobrevivência financeira do SUS corre risco se algumas medidas urgentes não forem tomadas. (BRASIL, 2007c)

Com a aprovação do respectivo Conselho Municipal de Saúde, alguns Municípios já adotaram o posicionamento no qual somente as receitas oriundas do SUS devem ser atendidas. Trata-se de uma tentativa de organizar o sistema e garantir que os pacientes tenham acesso aos medicamentos padronizados.

4.3.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O componente Estratégico da Assistência Farmacêutica está previsto no artigo 26 da Portaria 204/2007, que explicita o seguinte:

“Art. 26. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

I – Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II – Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;

III – Sangue e Hemoderivados; e

IV – Imunobiológicos;” (BRASIL, 2007a)

São medicamentos destinados a patologias de controle específico do Ministério da Saúde, para atingirem as metas de controle e eliminação exigidos pela Organização Mundial de Saúde, ou por serem medicamentos cuja aquisição depende de processos de licitação internacional.

Segundo o parágrafo 2º do art. 3º da Portaria 2.982/2009, os insumos para o combate ao tabagismo e para a alimentação e nutrição passaram a integrar o componente estratégico dos medicamentos.

4.3.3 Componente Especializado Assistência Farmacêutica

O componente Especializado da Assistência Farmacêutica está previsto no artigo 26 da Portaria 204, que explicita o seguinte:

“Art. 27. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica.” (BRASIL, 2007a)

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) caracteriza-se como uma estratégia da política de assistência farmacêutica, que tem por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde para tratamento de agravos inseridos nos seguintes critérios:

1.1. doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e

1.2. doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que:

1.2.1. haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou

1.2.2. o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada. (BRASIL, 2007f)

Os Medicamentos Especializados, programa originariamente financiado pelo Ministério da Saúde, tem os recursos incluídos no FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) e é atualmente co-financiado pelos Estados e Distrito Federal. Este grupo de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde é, geralmente, de elevado valor unitário ou pela cronicidade do tratamento tornam-se excessivamente caros, com dispensação no nível ambulatorial. Os recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde são repassados mensalmente aos Estados e ao Distrito Federal,

responsáveis pela programação, aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos aos usuários cadastrados que devem obedecer aos “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”, estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Alguns Estados adotam protocolos clínicos próprios normatizados e financiados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Em 2009, foi aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Esse Componente foi aprovado no sentido de aprimorar e substituir o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, entendendo que ele tem uma importância fundamental para o acesso da população brasileira aos medicamentos para agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do clínico.

Os protocolos clínicos têm o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, os critérios de inclusão e exclusão de pacientes do tratamento, as doses corretas dos medicamentos indicados, bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação.

Há vários protocolos clínicos publicados pelo Ministério da Saúde, disponíveis na página eletrônica do Ministério da Saúde.

Os valores de ressarcimento são definidos pelo Ministério da Saúde para o grupo de Medicamentos Excepcionais por meio de portarias que compõem a tabela de procedimentos do SIA/SIH SUS.

O objetivo majoritário do CEAF é garantir tratamento em todas as fases evolutivas das doenças contempladas e, para isso, fez-se necessário uma avaliação sobre o tratamento de tais doenças, com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas aprovados pelo Ministério da Saúde. Este olhar foi construído, também, levando-se em consideração a abordagem terapêutica na Atenção Básica, visto que muitas doenças contempladas no CEAF requerem, inicialmente, uma abordagem em nível básico da assistência. Por isso, o aprimoramento do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional por meio da aprovação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorreu de forma integrada com a aprovação da Portaria GM nº 2.982, de 26 de novembro de 2009.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde. O Grupo 3 é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos Municípios sob regulamentação da Portaria GM nº 2.982/2009.

Os medicamentos do Grupo 1 devem ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas no Componente e divide-se em: Grupo 1A – medicamentos com aquisição cen-

tralizada pelo Ministério da Saúde e Grupo 1B – medicamentos adquiridos pelos Estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade fundo a fundo. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos do Grupo 1 (1A e 1B) é das Secretarias Estaduais de Saúde. Este Grupo é composto por 63 fármacos em 127 apresentações farmacêuticas, sendo que destes, 22 fármacos em 41 apresentações são adquiridos pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos do Grupo 2 devem ser adquiridos, financiados e dispensados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Este Grupo é composto por 46 fármacos em 112 apresentações farmacêuticas.

Independentemente do grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional. As regras para a dispensação dos medicamentos do Grupo 3 estão regulamentadas pela Portaria GM nº 2.982/2009 que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Considerando os medicamentos dos Grupos 1, 2 e 3, o CEAF é composto por 147 fármacos em 314 apresentações farmacêuticas indicados para o tratamento das diferentes fases evolutivas das doenças contempladas. (www.portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional)

4.3.4 Organização e Estruturação de serviços e ações de assistência farmacêutica

Há recursos previstos nos artigos 29 e 30 da Portaria 204/2007.

“Art. 29. O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

I – Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e

II – Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

(...)

IX – Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;

(...) ” (BRASIL, 2007a)

Durante o processo de municipalização da Assistência Farmacêutica Básica, os Municípios devem assumir o compromisso de estruturarem esta área para desenvolver as atividades que lhe são pertinentes. Trata-se de uma atividade multidisciplinar, porém a sua coordenação deve estar sob a responsabilidade do profissional que tem a formação acadêmica compatível e a atribuição legal para exercê-la: o **farmacêutico**.

A Organização Mundial da Saúde, em 1994, solicitou a todos os países membros que definissem a função do farmacêutico na promoção e na aplicação da política farmacêutica nacional, para atingir o objetivo de proporcionar saúde para todos. Ela conclamou os farmacêuticos e suas entidades para que exerçam a vigilância sanitária a fim de assegurar a qualidade dos produtos e dos serviços farmacêuticos, se encarreguem da gestão dos sistemas de aquisição e administração dos medicamentos, forneçam informações sobre medicamentos à produção e divulguem o conceito de assistência como forma de promover o uso racional de medicamento, e para que participem ativamente na prevenção das doenças e na promoção da saúde.

4.4 INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo a Portaria GM 648/2006, a atenção básica tem Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Dessa forma, tem sido fundamental o trabalho do farmacêutico na dispensação dos medicamentos nas Unidades de Saúde da Família em que se disponibiliza medicamentos, propiciando que as atividades realizadas pela equipe possam ter a efetividade do tratamento medicamentoso por meio da atenção farmacêutica desenvolvida por esse profissional.

Assim, hoje, milhares de farmacêuticos atuam na gestão e na dispensação de medicamentos na Estratégia Saúde da Família, trabalhando em equipe com os outros profissionais de saúde, cumprindo a necessidade da atenção básica e a determinação da legislação em vigor.

Além dessas atividades, em dezembro de 2007, o Ministério da Saúde propôs o programa “MAIS SAÚDE”, por meio do qual estabelece a criação, até 2011, de 1.500 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs, o que se tornou uma realidade com a publicação da Portaria GM 154/2008.

O NASF é uma iniciativa que tem ampliado o número de componentes vinculados às Equipes de Saúde da Família (ESFs), reunindo diversos profissionais da área de saúde, dentre eles o farmacêutico.

De acordo com a Portaria 154/2008, podem ser instituídos dois tipos de NASF:

– NASF 1 – deve ter, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas, podendo um deles ser o FARMACÊUTICO. Cada núcleo deverá estar vinculado a, no mínimo, oito ESFs. Cada NASF 1 constituído receberá do Ministério da Saúde R\$ 20.000,00 para implantação e R\$ 20.000,00 mensais para manutenção.

– NASF 2 – deve ter, no mínimo, três profissionais de diferentes áreas, podendo ser um deles o FARMACÊUTICO. É destinado a Municípios com baixa densidade demográfica. Cada NASF 2 constituído receberá do Ministério da Saúde R\$ 6.000,00 para implantação e R\$ 6.000,00 mensais para manutenção.

A inserção do farmacêutico no NASF é importante por possibilitar o maior acesso da população ao medicamento e contribuir para o seu uso racional, favorecendo, assim, a recuperação da saúde e a prevenção e tratamento das doenças, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O farmacêutico, no NASF, deverá desenvolver:

Ações de assistência farmacêutica na gestão do medicamento:

- Planejar, coordenar e executar as atividades de assistência farmacêutica, no âmbito da saúde pública;
- Gerenciar o setor de medicamentos (selecionar, programar, receber, armazenar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos), com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- Treinar e capacitar os recursos humanos envolvidos na assistência farmacêutica, para o cumprimento das suas atividades.

Ações de assistência farmacêutica na Assistência à Saúde:

- Implantar a atenção farmacêutica para pacientes hipertensos, diabéticos ou portadores de doenças que necessitem acompanhamento constante;
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos pela população, para evitar usos incorretos.
- Educar a população e informar aos profissionais das ESFs sobre o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso.

Os medicamentos despertam grande atenção por parte dos gestores, pois a sua utilização pode gerar distorções comuns à maioria dos Municípios como: *utilização desnecessária; prescrições irracionais; desperdícios com compras erradas e outras, elevando o custo com a aquisição e com o tratamento inadequado das doenças.*

O Conselho Federal de Farmácia poderá disponibilizar sua estrutura para realizar parcerias com os Municípios interessados na capacitação dos profissionais envolvidos com a assistência farmacêutica.

O Conselho coloca à disposição dos Municípios a sua Comissão de Saúde Pública, para auxiliar no esclarecimento de dúvidas que possam existir quanto à participação do farmacêutico nos NASFs.

4.5 PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Plano de Saúde é um importante instrumento de gestão formulado a partir de uma análise da situação da saúde, do modelo de gestão e das prioridades e estratégias do Município. Sendo assim, a assistência farmacêutica deve possuir um capítulo específico no Plano Municipal de Saúde, no qual explicita as prioridades, estratégias, metas, ações e recursos, bem como as atividades a serem desenvolvidas para a estruturação e organização da assistência farmacêutica, o elenco a ser gerenciado e os recursos humanos a serem disponibilizados. Esses são elementos essenciais para as programações anuais e para posterior análise, por intermédio do relatório de gestão, do desenvolvimento das ações previstas em função das metas programadas.

O Plano de Saúde deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e divulgado aos setores da sociedade envolvidos com o tema, a fim de possibilitar o efetivo controle social nesta área.

No Plano Municipal de Saúde as ações de assistência farmacêutica devem estar fundamentadas na:

- Descentralização da gestão;
- No diagnóstico da situação de saúde do Município;
- Na execução das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos;
- Nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;
- Na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;
- Nas condições necessárias para o cumprimento das boas práticas de armazenagem para medicamentos;
- Na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos com a assistência farmacêutica;
- Na permanente avaliação da assistência farmacêutica através de indicadores específicos, que possibilitem o aprimoramento de seu gerenciamento;
- Outros aspectos que atendam às peculiaridades locais.

O Manual “Planejar é preciso”, publicado pelo Ministério da Saúde e disponibilizado na página do Departamento de Assistência Farmacêutica do órgão, apresenta informações sobre a organização desta área, e sugere indicadores de avaliação da qualidade da assistência farmacêutica no SUS.

4.6 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que trata do Pacto pela Saúde, atribui aos três níveis de governo a responsabilidade pela estruturação da assistência farmacêutica. A referida Portaria prevê como competência dos Municípios:

“Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;” (BRASIL,2006a)

Experiências nacionais, nas quais a assistência farmacêutica foi organizada sob a coordenação do farmacêutico, demonstram resultados concretos. Entre estes estão a otimização dos recursos financeiros disponíveis; a racionalização do elenco de medicamentos gerenciados pelo Município, atendendo às necessidades nosológicas e epidemiológicas; a organização e qualificação do acesso dos usuários aos medicamentos; a adesão dos pacientes aos medicamentos prescritos, com aumento da resolubilidade das ações de saúde ofertadas pelo Município; a educação da população acerca dos riscos advindos do uso inadequado ou incorreto dos medicamentos, promovendo, assim, a redução do número de internações.

4.6.1 Proposta do Conselho Federal de Farmácia para a Estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde

I. Introdução

A Assistência Farmacêutica é parte integrante e essencial dos processos de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade. Assim, torna-se primordial que as atividades da Assistência Farmacêutica sejam executadas de forma a garantir efetividade e segurança no processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.

O mau gerenciamento e o uso incorreto de medicamentos acarretam sérios problemas à sociedade e, conseqüentemente, ao Sistema Único de Saúde (SUS), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, além de prejuízos à qualidade de vida dos usuários. Ressalte-se que os recursos destinados à Assistência Farmacêutica representam grande impacto nos cofres públicos.

O uso irracional de medicamentos constitui, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), o maior desafio dentro da política de medicamentos de qualquer país. Abaixo, são expos-

tos dois momentos em que a OMS destaca a necessidade do uso mais racional de medicamentos. O primeiro momento foi em 1999, e o segundo, em 2004:

Estima-se que ⁽¹⁾:

- *até 75 % dos antibióticos são prescritos inapropriadamente;*
- *somente 50% dos pacientes, em média, tomam seus medicamentos corretamente;*
- *cresce constantemente a resistência da maioria dos germes causadores de enfermidades infecciosas prevalentes;*
- *a metade dos consumidores compra medicamentos para tratamento de um só dia.*

E ainda ⁽²⁾:

- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou utilizados inadequadamente;
- os sistemas de abastecimento são pouco confiáveis;
- 90% dos recursos em Produção e Desenvolvimento (P&D) são para as doenças dos 20% mais ricos;
- somente 1% dos medicamentos desenvolvidos nos últimos 25 anos foi para as doenças tropicais e para a tuberculose.

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) coordenou uma pesquisa, em 2007, da qual participaram 29 dos 37 Centros de Informação Toxicológica em atividade no Brasil, que registrou 104.181 casos de intoxicação humana. Os principais agentes tóxicos que causaram intoxicações em seres humanos no Brasil foram: medicamentos (30,7%); animais peçonhentos (20,1%); e os domissanitários (11,4%). Esse estudo permite afirmar e confirmar que o uso indevido de medicamentos constitui um grave problema de saúde pública.

Os meios de comunicação têm divulgado, com frequência, desperdícios de medicamentos em unidades de armazenamento estaduais e municipais, por diversos fatores, que vão desde as aquisições incorretas até o gerenciamento inadequado no setor público.

Em verdade, um olhar sobre o ciclo da Assistência Farmacêutica revela a existência de sérios problemas de gerenciamento em todas as suas etapas constitutivas, que vão desde uma seleção incorreta até a utilização inadequada dos medicamentos pelo usuário.

Ao fazer essa leitura da atual situação da Assistência Farmacêutica pública, o Conselho Federal de Farmácia apresenta a seguir uma proposta para a organização e a estruturação da Atenção Básica à Saúde no SUS.

Esta proposta se apresenta dividida em três segmentos. O primeiro trata da organização da Assistência Farmacêutica, recomendando ao Ministério da Saúde (MS) ações estratégicas e estabelecendo parâmetros para essa organização nos Municípios, de acordo com critérios popu-

[1] Brundtland Gro Harlem. Global partnerships for health. WHO Drug Information vol 13, n. 2, 1999. pp 61-64.

[2] World Health Organization (WHO). World Medicines Situation. Genebra: WHO, 2004.

lacionais (até 50.000, entre 50.001 e 100.000 e para os de população acima de 100.000 habitantes). O segundo trata do financiamento dessa assistência, com a participação efetiva do MS e de recursos financeiros oriundos da pactuação realizada pelos Estados e Municípios, mediante o estabelecimento de um percentual desses recursos em investimentos na organização e qualificação dos serviços farmacêuticos. O terceiro segmento trata da apresentação de um memorial descritivo para a implantação do que se denomina Projeto Farmácia Brasileira.

II. Propostas para organização da assistência farmacêutica na área da atenção básica do SUS

Considerando o investimento público em medicamentos e as informações relatadas pela OMS, quer por prescrição inadequada, quer por uso incorreto, indicam que algo deve ser feito, e a qualificação da Assistência Farmacêutica, por intermédio de farmacêuticos, contribuindo para que a seleção de medicamentos se adeque ao perfil epidemiológico tendo à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais como referência (Rename); que a programação atenda à demanda dos usuários; que o armazenamento seja feito dentro das normas preconizadas; que a distribuição dos medicamentos faça com que os mesmos estejam nos lugares certos e na hora adequada; e que, finalmente, o paciente receba orientação sobre a utilização correta dos medicamentos pelos farmacêuticos, por meio de informações qualificadas, isentas, técnicas e independentes que resultem na promoção do uso racional de medicamentos.

Visando garantir o acesso e uso racional de medicamentos, o Conselho Federal de Farmácia propõe:

II.1 Que o Ministério da Saúde regulamente, por meio de instrumento legal, a estruturação dos Serviços Farmacêuticos, da seguinte forma:

- Que sejam estabelecidos diretrizes, responsabilidades e mecanismos necessários à estruturação da Assistência Farmacêutica e ao seu financiamento, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- Que os Serviços de Assistência Farmacêutica, a serem prestados pelo farmacêutico, sejam definidos como: a) atividades de gestão dos medicamentos e serviços: atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos; b) acompanhamento e avaliação e c) atividades para promoção da saúde.
- Que se implementem, efetivamente, os eixos estratégicos contidos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada por meio da Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004, com foco na Atenção Básica à Saúde.
- Que as farmácias públicas sejam integradas à Rede Nacional de Farmácias Notificadoras visando ampliar as fontes de notificação de casos suspeitos de reações adversas a medicamentos e de

queixas técnicas relacionadas à qualidade dos medicamentos, estimulando o desenvolvimento de ações de saúde. Os farmacêuticos devem ser capacitados para atuar no monitoramento dessas informações, recebendo as queixas dos usuários e notificando-as à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

- Que seja implantado um conjunto de indicadores da Assistência Farmacêutica, a ser pactuado pelos Municípios, como forma de monitoramento dos serviços e do seu impacto, conforme proposta existente no Departamento de Assistência Farmacêutica - DAF/MS. (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.)
- Que sejam definidas as atribuições dos gestores em âmbito municipal, estadual e federal no contexto da implantação, monitoração e financiamento da Assistência Farmacêutica, conforme portarias do Ministério da Saúde.
- Que seja adotada a proposta do CFF para a organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, desenvolvida a partir de oficinas realizadas nos Estados do Paraná e do Ceará, onde foi pactuado a organização por faixa populacional, tendo sido estabelecido três níveis de organização. Para regularização da Assistência Farmacêutica nas unidades onde há dispensação, recomenda-se que seja regionalizada a dispensação dos medicamentos com a implantação de uma ou mais farmácias de acordo com seu porte.

II.2 Que os Municípios estruturem sua Assistência Farmacêutica obedecendo aos critérios adotados de acordo com os níveis de organização e com a base populacional.

II.2.1 Proposta para organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios de nível 1 – com até 50.000 habitantes.

1. Gestão da Assistência

- Institucionalizar a Assistência Farmacêutica (AF) no organograma da Secretaria Municipal de Saúde;
- Elaborar planejamento das ações de AF, inserindo-as no Plano Municipal de Saúde;
- Coordenar a estruturação e a organização dos serviços de AF;
- Avaliar as ações de AF (monitoramento por meio de indicadores);
- Regularizar a situação dos serviços de AF no Conselho Regional de Farmácia e na Vigilância Sanitária;
- Implantar o Programa de Fitoterápicos inserido na AF local;

- Assegurar a contrapartida municipal para a Assistência Farmacêutica;
- Instalar uma farmácia central com área adequada para atendimento (veja anexo);
- Implantar sistema informatizado de controle das atividades da AF.

2. Seleção

- Estruturar a Comissão de Farmácia e Terapêutica instituída por portaria e em funcionamento de acordo com as normas estabelecidas;
- Elaborar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com revisão periódica e com aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- Divulgar aos profissionais de saúde a Relação de Medicamentos pactuados para Atenção Básica;
- Adotar protocolos clínicos para a Atenção Básica.

3. Programação

- Dimensionar, a partir do elenco de medicamentos padronizados, a programação para aquisição, considerando consumo histórico X capacidade instalada X dados epidemiológicos;
- Ajustar a programação à necessidade epidemiológica do Município.

4. Aquisição

- Acompanhar/monitorar a execução orçamentária e financeira dos recursos da AF básica;
- Elaborar catálogo de especificação dos medicamentos pactuados/insumos;
- Participar da elaboração de editais estabelecendo requisitos que assegurem a qualidade dos medicamentos/insumos;
- Emitir parecer técnico para subsidiar a comissão de licitação, regida pela Lei n. 8.666, de 22 de junho de 1993;
- Identificar e acompanhar processos licitatórios em curso (pregão, registro de preço) para verificar a possibilidade de incluir compras de medicamentos;
- Iniciar processo de aquisição de medicamentos e insumos em tempo oportuno;
- Monitorar o cumprimento do termo de adesão (depósito da contrapartida x repasse do elenco);
- Criar dotação orçamentária para garantir recursos visando à aquisição de elenco complementar de medicamentos/ insumos;
- Qualificar fornecedores por meio de indicadores relacionados à entrega, aos prazos e à qualidade dos produtos.

5. Armazenamento e Controle de Estoque

- Dispor de local de armazenamento apropriado (Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF e/ou Unidades de Dispensação - UD);

- Obedecer às Boas Práticas de Armazenamento e Estocagem por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);
- Implantar sistema informatizado de controle de estoque;
- Monitorar a validade dos medicamentos estocados, de forma a evitar perdas por expiração do prazo de validade;
- Manter arquivo de documentos que comprovem a movimentação do estoque.

6. Distribuição

- Viabilizar boas condições para o transporte e a distribuição de medicamento;
- Propiciar aos profissionais de saúde o conhecimento da relação atualizada de medicamentos disponíveis na CAF.

7. Prescrição

- Promover, junto aos prescritores, ações de educação para o Uso Racional de Medicamentos (URM);
- Promover a adesão dos prescritores à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);
- Elaborar e divulgar normas de prescrição no âmbito do SUS.

8. Dispensação e Uso Racional de Medicamentos

- Elaborar instrumento normativo para regulamentar a dispensação de medicamentos;
- Dispensar medicamentos segundo os preceitos das boas práticas;
- Promover o uso racional de medicamentos, fitoterápicos e plantas medicinais;
- Realizar ações de promoção da saúde;
- Dispensar, exclusivamente, mediante receita de profissional habilitado.

9. Recursos Humanos

- Dispor de pessoal auxiliar capacitado em AF;
- Propor realização de programas de capacitação em áreas auxiliares da AF;
- Para municípios de até 15.000 habitantes - Dispor de, pelo menos, um farmacêutico para a execução e organização da AF, devendo atuar como coordenador da AF municipal. Como farmacêutico responsável técnico pela CAF e responsável técnico também pela UD, sua carga horária deverá ser de, no mínimo, quatro horas diárias.
- Para municípios de 15.001 até 50.000 habitantes - Dispor de, no mínimo, dois farmacêuticos, utilizando a proporção de um farmacêutico para cada 10 mil habitantes, para cidades acima de 20 mil habitantes.

11.2.2 Proposta para organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios de nível 2 – com população de 50.001 a 100.000 habitantes

1. Gestão da Assistência

- Articular com o CRF e outras entidades representativas do SUS e do controle social a realização de atividades regionais com o objetivo de divulgar as ações de Assistência Farmacêutica;
- Assegurar a contrapartida municipal para a Assistência Farmacêutica;
- Avaliar as ações de AF (monitoramento por meio de indicadores, contemplando cada componente do ciclo de AF);
- Regionalizar a dispensação de medicamentos;
- Coordenar a estruturação e a organização dos serviços de AF;
- Divulgar o trabalho da AF (informativos, sites institucionais e rádios);
- Elaborar planejamento das ações de AF, inserindo-as no Plano Municipal de Saúde;
- Fazer diagnóstico situacional da AF;
- Implantar um sistema informatizado de controle das atividades da Assistência Farmacêutica;
- Implantar/reactivar o Programa de Fitoterápicos na AF local;
- Institucionalizar a AF no organograma da Secretaria Municipal de Saúde;
- Organizar uma farmácia central com área adequada para atendimento;
- Participar de comissões técnicas;
- Promover a articulação entre as áreas técnicas para viabilizar as ações da AF;
- Promover pesquisas de utilização de medicamentos na rede básica;
- Regularizar a situação dos serviços de AF no Conselho Regional de Farmácia e na Vigilância Sanitária.

2. Seleção

- Estruturar a Comissão de Farmácia e Terapêutica instituída por portaria e em funcionamento de acordo com as normas estabelecidas;
- Elaborar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com revisão periódica e aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- Divulgar aos profissionais de saúde a Relação de Medicamentos pactuados para Atenção Básica;
- Adotar protocolos clínicos para Atenção Básica.

3. Programação

- Dimensionar, a partir do elenco de medicamentos padronizados, a programação para aquisição, considerando consumo histórico X capacidade instalada X dados epidemiológicos;
- Ajustar a programação à necessidade epidemiológica do Município.

4. Aquisição

- Acompanhar a execução orçamentária e financeira dos recursos da AF básica;
- Estabelecer catálogo de especificação dos medicamentos pactuados/insumos;
- Participar da elaboração de editais estabelecendo requisitos que assegurem a qualidade dos medicamentos/insumos;
- Emitir parecer técnico para subsidiar a comissão de licitação, regida pela Lei n. 8.666, de 22 de junho de 1993;
- Identificar e acompanhar processos licitatórios em curso (pregão, registro de preço) para verificar a possibilidade de incluir compras de medicamentos;
- Iniciar processo de aquisição de medicamentos e insumos em tempo oportuno;
- Monitorar o cumprimento do termo de adesão (depósito da contrapartida x repasse do elenco);
- Criar dotação orçamentária para garantir recursos visando à aquisição de elenco complementar de medicamentos/insumos;
- Qualificar fornecedores por meio de indicadores relacionados à entrega, aos prazos e à qualidade dos produtos.

5. Armazenamento e Controle de Estoque

- Dispor de local de armazenamento apropriado (CAF e/ou UD);
- Obedecer às Boas Práticas de Armazenamento e Estocagem por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);
- Implantar sistema informatizado de controle de estoque;
- Monitorar a validade dos medicamentos estocados, de forma a evitar perdas por expiração do prazo de validade;
- Manter arquivo de documentos que comprovem a movimentação do estoque.

6. Distribuição

- Viabilizar boas condições para o transporte e a distribuição de medicamentos;
- Propiciar aos profissionais de saúde o conhecimento da relação atualizada de medicamentos disponíveis na CAF.

7. Prescrição

- Promover, junto aos prescritores, ações de educação para o URM;
- Promover a adesão dos prescritores à REMUME;
- Elaborar e divulgar normas de prescrição no âmbito do SUS.

8. Dispensação e Uso Racional de Medicamentos:

- Elaborar instrumento normativo para regulamentar a dispensação de medicamentos;
- Dispensar medicamentos segundo os preceitos das Boas Práticas de Dispensação (BPD);
- Promover o uso racional de medicamentos, fitoterápicos e plantas medicinais;
- Realizar ações de promoção da saúde;
- Dispensar exclusivamente mediante receita de profissional habilitado.
- Planejar ações visando à implantação da Atenção Farmacêutica;
- Implantar sistema de acompanhamento farmacoterapêuticos dos pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, e dos hipertensos e diabéticos.

9. Recursos Humanos:

- Dispor de quantidade suficiente de pessoal auxiliar capacitado em AF;
- Dispor de programa de educação continuada para profissionais (nível superior e médio) que atuam na AF;
- Manter um farmacêutico na coordenação da Assistência Farmacêutica;
- Manter um farmacêutico para a central de abastecimento;
- Manter um farmacêutico para cada 10 mil habitantes, sendo um farmacêutico em cada serviço (farmácias de Unidades de Saúde), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e etc;
- Articular com os gestores públicos para viabilizar a capacitação do farmacêutico e da equipe da AF dentro da Política Estadual de Educação Continuada;
- Implantar as normas de saúde do trabalhador no ambiente de trabalho.

10. Farmacovigilância:

- Articular com a ANVISA a capacitação dos profissionais para a notificação de eventos adversos a medicamentos;
- Implantar o Programa Farmácias Notificadoras nos Municípios, integrando-as ao sistema estadual e nacional de Farmacovigilância.

11.2.3 Proposta para organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios de nível 3 – com população acima de 100.000 habitantes

1. Gestão da Assistência

- Articular com o CRF e outras entidades representativas do SUS e do controle social a realização de atividades regionais, com o objetivo de divulgar as ações de Assistência Farmacêutica;

- Assegurar a contrapartida municipal para a Assistência Farmacêutica;
- Avaliar as ações de AF (monitoramento por meio de indicadores contemplando cada componente do ciclo de AF);
- Regionalizar a dispensação de medicamentos;
- Coordenar a estruturação e a organização dos serviços de AF;
- Divulgar as ações da AF (informativos, sites institucionais e rádios);
- Efetivar a participação de farmacêuticos nas comissões técnicas;
- Elaborar planejamento das ações de AF, inserindo-as no Plano Municipal de Saúde;
- Fazer diagnóstico situacional da AF;
- Implantar e/ou fortalecer o programa de fitoterápicos inserido na AF local, por intermédio da garantia de recursos da pactuação entre as três esferas de gestão;
- Implantar um sistema informatizado de controle das atividades da Assistência Farmacêutica;
- Institucionalizar a AF no organograma da Secretaria Municipal de Saúde;
- Organizar uma farmácia central com área adequada para atendimento;
- Promover a adequação das unidades de saúde às exigências legais;
- Promover a articulação entre as áreas técnicas para viabilizar as ações da AF;
- Promover pesquisas de utilização de medicamentos na rede básica;
- Regularizar a situação dos serviços de AF no Conselho Regional de Farmácia e na Vigilância Sanitária;
- Gerir os serviços de AF, de forma a garantir a otimização dos recursos disponíveis.

2. Seleção

- Adotar protocolos clínicos para Atenção Básica;
- Elaborar protocolos para inclusão, exclusão e substituição de medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME;
- Divulgar aos profissionais de saúde a Relação de Medicamentos pactuados para Atenção Básica;
- Elaborar e implantar protocolos clínicos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica;
- Estruturar a Comissão de Farmácia e Terapêutica por meio de instrumento normativo,
- Implantar a REMUME com revisão periódica e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, considerando a necessidade epidemiológica da população;
- Publicar memento ou guia terapêutico por meio de parcerias com instituições de ensino.

3. Programação

- Dimensionar, a partir do elenco de medicamentos padronizados, a programação para aquisição, considerando consumo histórico X capacidade instalada X dados epidemiológicos;
- Elaborar a programação para aquisição de forma ascendente;

- Criar comissão para acompanhamento da programação dos medicamentos dos programas estratégicos.
- Disponibilizar banco de dados informatizado.

4. Aquisição:

- Acompanhar a execução orçamentária e financeira dos recursos da AF básica;
- Criar dotação orçamentária para garantir recursos visando à aquisição de elenco complementar de medicamentos/ insumos;
- Deflagrar processo de aquisição em tempo oportuno;
- Elaborar protocolos para aquisição de medicamentos não padronizados;
- Emitir parecer técnico para subsidiar a comissão de licitação, regida pela Lei n. 8.666, de 22 de junho de 1993;
- Elaborar catálogo de especificação dos medicamentos pactuados/insumos;
- Identificar e acompanhar processos licitatórios em curso (pregão, registro de preço) para verificar a possibilidade de incluir compras de medicamentos;
- Iniciar processo de aquisição de medicamentos e insumos em tempo oportuno;
- Monitorar o cumprimento do termo de adesão (depósito da contrapartida X repasse do elenco);
- Participar da elaboração de editais, exigindo requisitos que assegurem a qualidade dos medicamentos/insumos;
- Qualificar fornecedores por meio de indicadores relacionados à entrega, aos prazos e à qualidade dos produtos.

5. Armazenamento e Controle de Estoque

- Disponibilizar local de armazenamento apropriado (CAF e/ou UD);
- Implantar sistema de controle de estoque informatizado (ampliar sua utilização no controle);
- Manter arquivo de documentos que comprovem a movimentação do estoque;
- Monitorar a validade dos medicamentos estocados, de forma a evitar perdas por expiração do prazo de validade;
- Obedecer às Boas Práticas de Armazenamento e Estocagem por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs);
- Participar da comissão de recebimento de materiais e medicamentos.

6. Distribuição

- Disponibilizar veículo adequado que atenda às exigências das Boas Práticas de Transporte;
- Coordenar a distribuição de medicamentos, possibilitando o cumprimento de prazos por intermédio da implantação de um cronograma de distribuição;

- Implantar sistema de controle da distribuição, documentação e arquivo.

7. Prescrição

- Promover, junto aos prescritores, ações de educação para o URM;
- Promover a adesão dos prescritores à REMUME;
- Elaborar e divulgar normas de prescrição no âmbito do SUS.

8. Dispensação e Uso Racional de Medicamentos

- Participar dos grupos operativos de usuários que fazem uso contínuo de medicamentos;
- Colaborar na implantação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASFs),
- Capacitar os membros da equipe de saúde para o uso racional de medicamentos;
- Dispensar exclusivamente mediante receita de profissional habilitado;
- Dispensar medicamentos segundo os preceitos das boas práticas de dispensação;
- Elaborar instrumento normativo para regulamentar a dispensação de medicamentos;
- Garantir gestão adequada da dispensação;
- Informatizar o processo de dispensação;
- Monitorar o uso de medicamentos por meio dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Participar das reuniões que envolvam a equipe multiprofissional;
- Participar das visitas domiciliares;
- Promover campanhas para devolução de medicamentos não utilizados e vencidos;
- Realizar ações de promoção da saúde;
- Realizar ações integradas com os profissionais das ESF (Equipes de Saúde da Família) para a promoção do uso racional de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos;

9. Atenção Farmacêutica

- Prestar orientação individual e coletiva quanto ao uso correto dos medicamentos, priorizando os programas e estratégias do pacto de gestão;
- Planejar e implantar ações de Atenção Farmacêutica dos pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças;

10. Recursos Humanos

- Dispor de programa de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuem na AF;

- Dispor de quantidade suficiente de pessoal auxiliar capacitado em AF;
- Dispor de farmacêutico(s) em cada serviço, tais como na CAF, na farmácia ambulatorial, na farmácia hospitalar, etc;
- Dispor de farmacêutico para coordenar a AF municipal;
- Dispor de um farmacêutico na Atenção Básica para cada 10 mil habitantes;
- Implantar as normas de saúde do trabalhador;

11. Farmacovigilância

- Implantar a farmacovigilância e promover a capacitação dos profissionais para a notificação de eventos adversos a medicamentos integrados ao Programa de Farmácias Notificadoras da ANVISA.

III. Proposta de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Considerando que o Ministério da Saúde, em vários programas e estratégias de ação, tais como SAMU, PSF, NASF, UPAS, GEO, CAPS, FARMÁCIA POPULAR entre outros, sempre participa com financiamento de um componente estruturante e um de custeio, e considerando, ainda, que os Municípios de menor porte são os que têm maior gasto per capita com medicamentos, propõe-se que seja dada uma atenção especial ao financiamento da estruturação da assistência nesses Municípios.

Com base no exposto, o Conselho Federal de Farmácia propõe:

a) Que seja financiada a implantação da FARMÁCIA BRASILEIRA, que é uma farmácia a ser inserida no âmbito dos municípios brasileiros com população abaixo de 50.000 habitantes, com investimento federal para sua implantação física e fornecimento de equipamentos, e com investimento tripartite no seu custeio, incluindo a contratação de farmacêutico.

- Tal farmácia deverá atender a todos os pacientes do SUS, com medicamentos da Atenção Básica, sendo possível a estruturação de uma farmácia para cada Município.
- O investimento para estruturação da farmácia será de R\$80.000,00 (oitenta mil reais) para estruturação da área física, e fornecimento de mobiliários e equipamentos.
- O seu custeio, como a contratação de recursos humanos, (farmacêuticos e auxiliares), deverá ser tripartite, cabendo ao Ministério da Saúde realizar o repasse, conforme demonstrativo abaixo.

DEMONSTRATIVO DO INCENTIVO ANUAL PARA MANUTENÇÃO DA FARMÁCIA BRASILEIRA

Nº. de cidades	Faixa populacional	Número de habitantes – Estimativa IBGE julho/2007	Portaria GM 2.982/09 valores (em R\$)	Portaria GM 2.982/09 Valor do incentivo per capita atual	Incentivo per capita a ser criado na Farmácia Brasileira (Em R\$)	Valor do incentivo proposto para custeio FB
260	837 a 2500	524.252			4,00	2.097.008,00
997	2.501 a 5.000	3.726.768			3,50	13.043.688,00
791	5.001 a 7.500	4.885.880			3,00	14.657.640,00
503	7.501 a 10.000	4.356.855			2,80	12.199.194,00
830	10.001 a 15.000	10.273.732			2,50	25.684.330,00
3391		23.767.487	5,10	R\$ 121.214.183,70		R\$ 67.681.860,00
884	15.001 a 25.000	17.032.568				
712	25.001 a 50.000	24.338.850				
1696		41.371.418	5,10	R\$ 210.994.231,80	1,75	R\$ 72.399.981,50

Dados populacionais de 2009 – Fonte IBGE

- Para implantação física de cada uma das 5087 farmácias, no período de quatro anos, o investimento deverá ser de R\$ 406.960.000,00 o que significa um total de R\$ 101.740.000,00 em cada ano.
- Para o custeio das Farmácias Brasileiras haverá um incremento de R\$ 140.081.841,50 anual no incentivo da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, representando um aumento de 14 % no valor gasto atualmente para a aquisição dos medicamentos nesse nível de atenção.

b) Que seja permitido aos Municípios com população superior a 50.000 habitantes investirem até 15% dos recursos financeiros da Assistência Farmacêutica Básica, provenientes das três esferas de governo, para organização e estruturação dos serviços de farmácia, incluindo a contratação de recursos humanos (farmacêuticos e auxiliares).

Propõe, ainda:

- Que o componente ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA da Portaria GM 204/2006, de 29 de janeiro de 2007, seja novamente incorporado ao Bloco de Assistência Farmacêutica, por ser específico para essa área, tendo em vista que este é o único bloco em que os recursos só podem ser aplicados em contas específicas para cada componente. Isso facilitará sua gestão, posto que reúne todos os recursos e ações num único bloco de financiamento.

ANEXO I

MEMORIAL DESCRITIVO PARA IMPLANTAÇÃO DE FARMÁCIA BRASILEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O Projeto Farmácia Brasileira tem como princípio norteador a adoção de um conceito moderno de farmácia, com estrutura física adequada, atendimento farmacêutico e prestação de serviços, tornando o atendimento ao usuário mais qualificado e humanizado, promovendo assim o acesso e o uso racional de medicamentos.

Para a sua implantação, o Município poderá construir ou reformar o local, devendo apresentar um projeto arquitetônico, de modo a atender tanto a legislação vigente como conter infra-estrutura adequada às suas funções.

O repasse de recursos se dará mediante apresentação e aprovação do projeto arquitetônico pela Vigilância Sanitária e assinatura de Termo de Compromisso do Gestor quanto ao cumprimento integral do projeto.

Para que cada Município possa se ajustar de acordo com o seu perfil demográfico, apresentamos a proposta de três níveis:

- **Nível 1 = dispensação e atendimento farmacêutico**
- **Nível 2 = dispensação e atendimento farmacêutico e prestação de serviços.**
- **Nível 3 = dispensação e atendimento farmacêutico, prestação de serviços e atenção farmacêutica.**

Quanto à estrutura física e localização:

- Área física total: 01 m² para 2 pacientes/dia;
- As normas sanitárias deverão ser seguidas para a reforma e/ou construção da Farmácia (Resolução ANVISA n. 328, de 22 de julho de 1999);
- As instalações deverão possuir piso, paredes e teto íntegros, impermeáveis, lisos e de material lavável;
- Os móveis devem ser de material que permita a higienização;
- A iluminação deverá ser adequada;
- Os ambientes deverão ser climatizados;
- As salas deverão ser identificadas por meio de placas;
- As janelas protegidas com tela milimétrica;
- Deverá ser implantada em local de fácil acesso ao público;
- Deverá possuir rampas para acesso aos portadores de necessidades especiais;

- ✓ Nível 1 = dispensação e atendimento farmacêutico.
(mínimo de 64,89 m²)

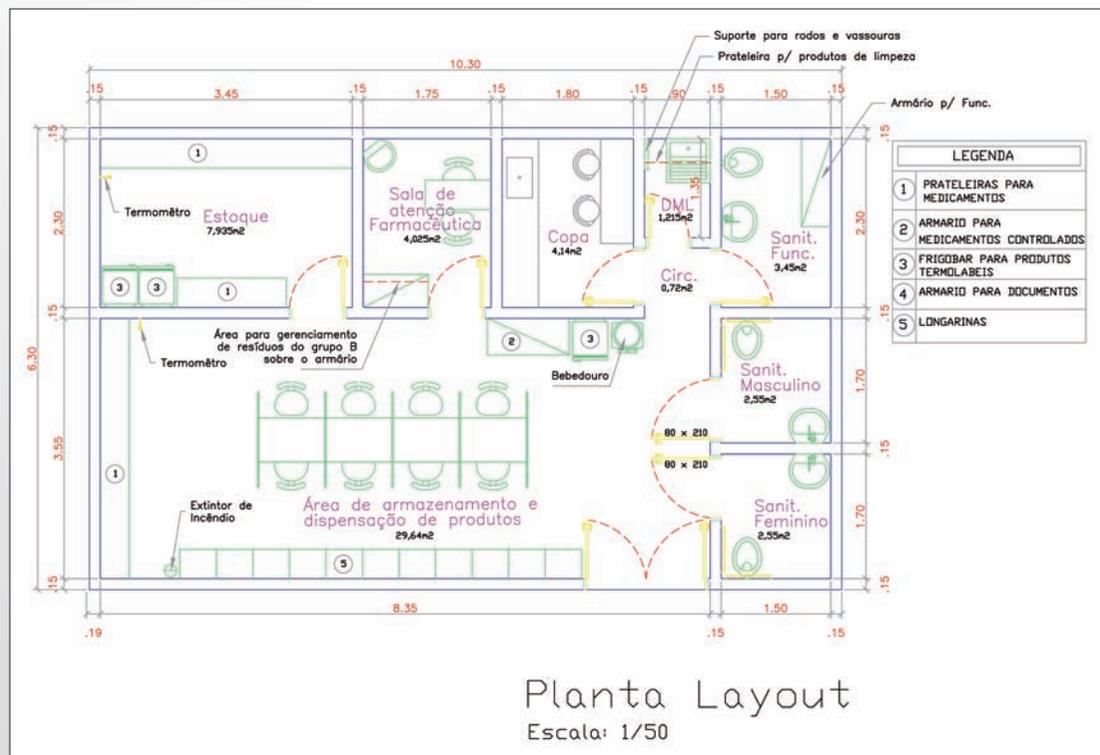


Figura 1: Planta Baixa – Farmácia Brasileira Municipal nível 1 (sugestão)

✓ **Deverá possuir:**

- Sala para a dispensação;
- Sala para atendimento farmacêutico;
- Sala para armazenamento de medicamentos;
- Copa para lanches rápidos;
- Depósito para Material de Limpeza – DML;
- Sanitário para funcionários;
- Sanitários para os dois sexos adaptados aos portadores de necessidades especiais;

✓ **Quanto aos setores e respectivos mobiliários**

▶ **Sala para a dispensação:**

- Longarinas com assentos suficientes para acomodar o público;
- Estação de trabalho (guichês) com 4 lugares para o atendimento de usuários;
- 4 cadeiras fixas para os usuários nos guichês de atendimento;

- 4 cadeiras giratórias para os atendentes;
- Bebedouro;
- Lixeira com tampa movida a pedal;
- Dispensador de senhas e painel eletrônico para senhas.
- 4 Computadores: um por guichê de atendimento

▶ **Sala para atendimento farmacêutico:**

- 1 mesa;
- 1 computador com impressora;
- 1 cadeira giratória;
- 2 cadeiras fixas;
- 1 armário para a guarda de documentos;
- Lixeira com tampa movida a pedal;

▶ **Sala de armazenamento de medicamentos:**

- 1 mesa;
- 1 cadeira fixa;
- Prateleiras em quantidade suficiente para acomodar os medicamentos;
- Prateleiras com bins;
- Pallets;
- Refrigeradores em número suficiente para armazenar os medicamentos termolábeis;
- 1 termômetro para cada refrigerador;
- 1 armário para a guarda de medicamentos sujeitos ao controle especial;
- 1 armário para armazenamento temporário de produtos vencidos e/ou impróprios para o consumo;
- Lixeira com tampa movida a pedal;
- 1 computador com impressora;
- 1 armário para a guarda de documentos;
- Termohigrômetro.

✓ **Quanto aos recursos humanos:**

- ▶ **Farmacêutico:** assistência farmacêutica com carga horária de 40 horas/semanais
- ▶ **Administrativo:** 4 funcionários (carga horária de 40 horas)

- ✓ Nível 2 = dispensação e atendimento farmacêutico e prestação de serviços. (mínimo de 80 m²)

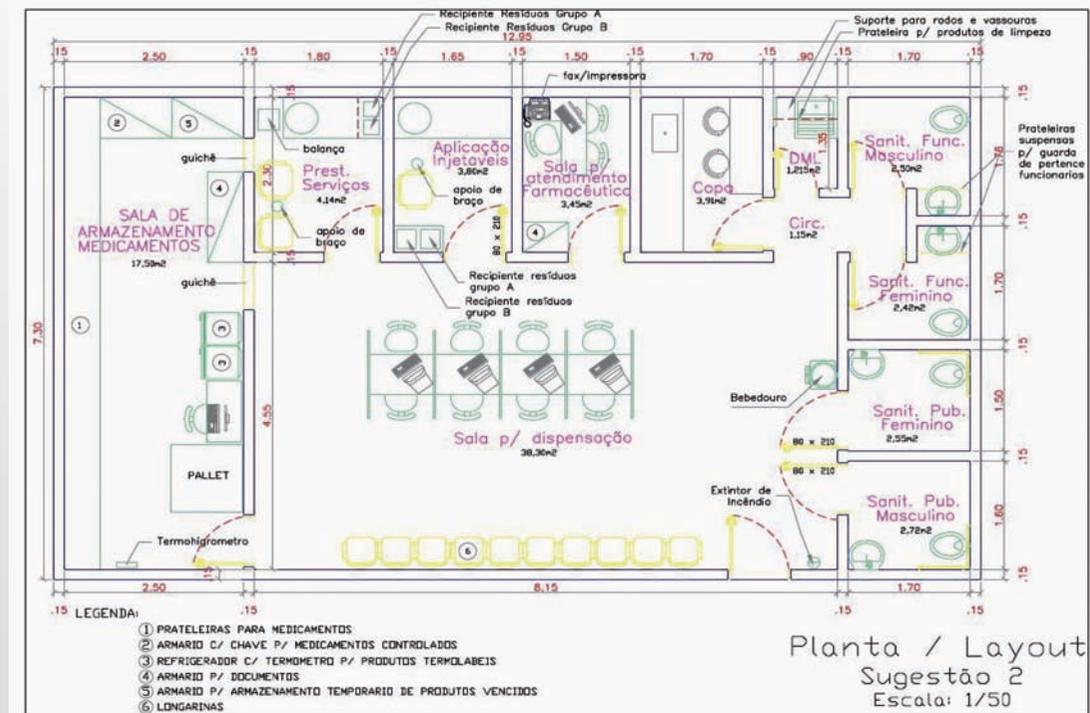


Figura 2: Planta Baixa – Farmácia Brasileira Municipal nível 2 (sugestão)

✓ Deverá possuir:

- Sala para a dispensação;
- Sala para atendimento farmacêutico;
- Salas para serviços farmacêuticos;
- Sala para armazenamento de medicamentos;
- Copa para lanches rápidos;
- Depósito para Material de Limpeza – DML;
- Sanitário para funcionários;
- Sanitários para os dois sexos adaptados aos portadores de necessidades especiais.

✓ Quanto aos setores e respectivos mobiliários

▶ Sala para dispensação:

- Longarinas com assentos suficientes para acomodar o público;
- Estação de trabalho (guichês) com 4 lugares para o atendimento de usuários;

- 4 cadeiras fixas para os usuários nos guichês de atendimento;
- 4 cadeiras giratórias para os atendentes;
- Bebedouro;
- Lixeira com tampa movida a pedal;
- Dispensador de senhas e painel eletrônico para senhas;
- 4 computadores: um por guichê de atendimento

▶ **Sala para atendimento farmacêutico:**

- 1 mesa;
- 1 computador com impressora;
- 1 cadeira giratória;
- 2 cadeiras fixas;
- 1 armário para a guarda de documentos;
- Lixeira com tampa movida a pedal;

✓ **Salas para serviços farmacêuticos:**

▶ **Aplicação de injetáveis:**

- Bancada de trabalho com gavetas;
- Pia com água corrente;
- Dispensador de sabão líquido;
- Suporte para toalha de papel;
- Cadeira com descanso de braço ou maca;
- Lixeira com tampa movida a pedal;
- Recipiente para resíduos do grupo B;
- Recipiente para resíduos do grupo A.

▶ **Prestação de serviços de nebulização e determinação de parâmetros bioquímicos e pressóricos:**

- Bancada de trabalho com gavetas;
- Pia com água corrente;
- Dispensador de sabão líquido;
- Suporte para papel toalha;
- 1 cadeira fixa;
- Cadeira com descanso de braço ou maca;
- Lixeira com tampa movida a pedal;

- Recipiente para resíduos do grupo A;
- Recipiente para resíduos do grupo B;
- Balança digital para adulto com antropômetro 200Kg;
- Aparelho inalador / nebulizador compacto;
- Aparelho para aferir a pressão / velcro + estetoscópio;
- Termômetro digital.

▶ **Sala de armazenamento de medicamentos:**

- 1 mesa;
- 1 cadeira fixa;
- Prateleiras em quantidade suficiente para acomodar os medicamentos;
- Prateleiras com bins;
- Pallets;
- Refrigeradores em número suficiente para armazenar os medicamentos termolábeis;
- 1 termômetro para cada refrigerador;
- 1 armário para a guarda de medicamentos sujeitos ao controle especial;
- 1 armário para armazenamento temporário de produtos vencidos e/ou impróprios ao consumo;
- Lixeira com tampa movida a pedal;
- 1 computador com impressora;
- 1 armário para a guarda de documentos;
- Termohigrômetro.

✓ **Quanto aos recursos humanos:**

- ▶ Farmacêutico: assistência farmacêutica com carga horária de 40 horas/semanais
- ▶ Administrativo: 4 funcionários (carga horária de 40 horas)

✓ **Nível 3 = dispensação e atendimento farmacêutico, prestação de serviços e atenção farmacêutica (mínimo de 80 m²).**

Esta farmácia terá a estrutura física igual ao nível 2.

O diferencial será a realização de Atenção Farmacêutica, serviço a ser realizado pelo próprio farmacêutico, o qual identificará os casos necessários durante a dispensação orientada de medicamentos.

✓ **Quanto ao funcionamento:**

- A dispensação deverá ser realizada por farmacêutico ou por funcionário capacitado, sendo, supervisionado pelo farmacêutico;
- O setor de estoque deverá ter acesso restrito aos funcionários;
- Deverá ser implantado um sistema de gerenciamento de estoque;
- As temperaturas (ambiente e dos refrigeradores) deverão ser monitoradas por meio de mapas de controle de temperatura, com o objetivo de preservar a qualidade dos medicamentos;
- O ambiente deverá ser conservado limpo, livre de poeira, mofo e umidade.

✓ **Demais itens necessários:**

- Linha de telefone;
- Internet;
- Software de Gerenciamento Farmacêutico
- Extintores de incêndio;
- Recomenda-se a contratação de segurança patrimonial.



bibliografia

consultada e sugerida

BONFIM, José Ruben A., MERCUCCI, Vera L. **A Construção da Política de Medicamentos**. Orgs. Hucitec/Sobravime. In <http://www.saude.gov.br/renome>. RENAME 1998.

BRASIL. Lei Federal 5.991, de 17 de setembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos**. Brasília, 1973.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.

BRASIL. Lei Federal 8.080, de 19 de dezembro de 1990. **Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde**, Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei 9.279, de 14 de maio de 1996**. Lei da Propriedade Industrial que estabelece a proteção de patentes. Brasília, 1996.

BRASIL. **Portaria 802, de 8 de outubro de 1998, Anexo II. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição de Produtos Farmacêuticos**. Disponível em <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=22336&word=boas%20and%20pr%C3%A1ticas>>. Acessado em: 16 out. 2008. Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 11 de fevereiro de 1999. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria 176 GM/MS, de 8 de março de 1999. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia Básico de Farmácia Hospitalar**. Brasília, 1994. 174p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria 3916 GM/MS. Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Medicamentos Excepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde, CNS. **Resolução CNS n. 338**, de 6 de maio de 2004b. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

BRASIL, Ministério da Saúde, FIOCRUZ. **Programa Farmácia Popular: Manual Básico**. Brasília DF, 2005b. 102 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6ª ed. Brasília. 2005c. 816p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 699, de 30 de março de 2006. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Brasília, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde, SCTIE, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica SUS, Instruções Técnicas para sua Organização**. 2ª ed. Brasília. 2006c. 98 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, SCTIE, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS, Orientações Básicas**. 1ª ed. Brasília. 2006d. 56 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, SCTIE, Departamento de Assistência Farmacêutica. **Planejar é preciso. Uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica**. 1ª ed. Brasília. 2006e. 74 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>, acessado em 20 de novembro de 2008. Brasília. 2006f.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle**. Brasília. 2007a

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Brasília. 2008a.

BRASIL, Ministério da Saúde; CONASS; CONASEMS. Nota Técnica Conjunta sobre Qualificação da Assistência Farmacêutica. Brasília. 2008b. 3 p., captado em 14/8/2008 em http://www.conasems.org.br/files/nota_tecnica_qualificacao_af.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.981, de 26 de novembro de 2009. **Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. 2009a

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.982, de 26 de novembro de 2009. **Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**. 2009b

CASTRO, Claudia G. S. O de. **Estudos de Utilização de Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A Organização Jurídica da profissão Farmacêutica 2003-2004**. Brasília, 4ª Edição. CFF, Brasília, 2003, 1785 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução n. 440, de 22 de setembro de 2005. Dispõe sobre as prerrogativas para o exercício da responsabilidade técnica em homeopatia**.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003ª.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS. 2003b.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documenta 3: **Para Entender a Gestão dos Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional**. Brasília: CONASS. 2004

DUPIM, José Augusto Alves. **Manual de Organização da Assistência Farmacêutica**. Organização Pan-americana de Saúde.

DUPIM, J. A. A. **Assistência Farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999. 79 p.

GOODMANN & GILMAN. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003.

LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia do Medicamento Princípios Gerais**. São Paulo: Rio de Janeiro. Editora Hucitec - Abrasco. 264 p.

LIMA, Luiz Felipe Moreira e cols. **Vigilância Sanitária de Medicamentos e Correlatos**. Qualitymark Editora.

MARIN, Nelly (org.) et al. **Assistência Farmacêutica para Gestores Municipais de Saúde**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003, 336 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual de Organização da Assistência Farmacêutica**. snt., 1998, 63 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília. 2005, 260 p.

RANG, H.P., et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2004.

ROZENFELD, Suely, TOGNONI, Gianni & LAPORTE, Joan-Ramon. **Epidemiologia do Medicamento**. Princípios Gerais. Hucitec-Abrasco.

ROZENFELD, Suely(org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2000. p. 304

SOBRAVIME; AIS. **O que é Uso Racional de Medicamentos**. São Paulo: Sobravime, 2001.

ZUBIOLI, Arnaldo. **Profissão: Farmacêutico. E agora?**. Curitiba: Editora Lovise. 1992.

sítios

para consulta

- ANVISA: www.anvisa.gov.br
- Conselho Federal de Farmácia: www.cff.org.br
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde: www.conass.com.br
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde: www.conasems.org.br
- OPAS: www.opas.org.br/medicamentos
- Ministério da Saúde: www.saude.gov.br
- FIOCRUZ: www.fiocruz.br
- FUNASA: www.funasa.gov.br
- SBAC: www.sbac.org.br
- SOBRAVIME: www.sobravime.org.br