



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

PAULINA DE CÁSSIA ROSA NUNES

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA À POPULAÇÃO: UM ESTUDO DOCUMENTAL
NO DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO**

PALMAS - TO
2022

PAULINA DE CÁSSIA ROSA NUNES

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA À POPULAÇÃO: UM ESTUDO DOCUMENTAL
NO DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dr^a. Helga Midori Iwamoto.

**PALMAS - TO
2022**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- N972a Nunes, Paulina de Cássia Rosa.
Assistência farmacêutica à população: um estudo documental no diário oficial do município de Palmas - TO. / Paulina de Cássia Rosa Nunes. – Palmas, TO, 2022.
94 f.
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2022.
Orientadora : Helga Midori Iwamoto
1. Assistência Farmacêutica. 2. Gestão. 3. Planejamento em saúde. 4. Estudo documental. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PAULINA DE CÁSSIA ROSA NUNES

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA À POPULAÇÃO: UM ESTUDO DOCUMENTAL
NO DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas da Universidade Federal do Tocantins para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dr^a. Helga Midori Iwamoto.

Aprovada em 28/09/2022.

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
 HELGA MIDORI IWAMOTO
Data: 28/09/2022 16:13:02-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^a. Dr^a. Helga Midori Iwamoto, (Orientadora)
Universidade Federal do Tocantins

Documento assinado digitalmente
 HELGA MIDORI IWAMOTO
Data: 28/09/2022 16:13:02-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Marcelo de Souza Cleto, (Membro interno)
Universidade Federal do Tocantins

Documento assinado digitalmente
 HELGA MIDORI IWAMOTO
Data: 28/09/2022 16:13:02-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^a. Dr^a. Lia de Azevedo Almeida, (Membro externo)
Universidade Federal do Tocantins

Dedico esta dissertação à Professora Dr^a.

Juliana Ricarte Ferraro.

(in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Nestes anos atípicos de estudo no mestrado, entre aulas presenciais e à distância, muitos professores e professoras se doaram, não só em lições didáticas e metodológicas, mas também em ensinamentos de perseverança e superação. Eu sou grata imensamente aos professores (as) por não me deixarem volatizar e desistir no meio do caminho.

Expresso, ainda, os meus agradecimentos à professora Dr^a. Helga Midori Iwamoto que se dispôs a orientar este trabalho com prazo limitado e por ter sugerido mudanças que me fizeram olhar a escrita por outro ângulo.

A saúde como direito de todos e dever do Estado é uma demagogia e ainda tira a responsabilidade dos cidadãos sobre o próprio bem-estar: se Estado é quem cuida, não sou eu.

Drauzio Varella

RESUMO

A assistência farmacêutica apresenta várias problemáticas, especialmente oriundas da carência de planejamento em saúde e da fragmentação da assistência. Neste sentido, este estudo buscou descrever as ações de Assistência Farmacêutica (AF) do município de Palmas - TO. A pesquisa se define como qualitativa, descritiva, bibliográfica e documental. O presente trabalho analisou o conteúdo documental de 161 diários oficiais do município de Palmas - TO. No entanto, apenas 39 diários estavam relacionados ao objeto de estudo desta pesquisa, os diários oficiais publicados do município de Palmas - TO, entre os anos de 2010 e 2021. Os dados gerados foram analisados a partir dos pressupostos da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977). A pesquisa evidenciou as seguintes categorias: estrutura organizacional da secretaria municipal da saúde e programas finalísticos de apoio; reorganização administrativa do poder executivo do município de Palmas; transferências de recursos do SUS; programa de assistência farmacêutica - farmácia popular; manter anualmente em 100% o sistema HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica; qualificar os serviços de assistência farmacêutica nos municípios com população de extrema pobreza e manutenção da assistência farmacêutica. Constatou-se que no município de Palmas - TO, embora a AF venha surtindo efeito aos poucos, ainda se trata de uma assistência que precisa de maiores garantias e que apresenta diversas dificuldades. Além disso, para sua execução e estruturação, demanda maiores garantias formais por parte do poder público.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Gestão. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

The pharmaceutical care presents several problems, especially arising from the lack of health planning and the fragmentation of care. In this sense, this study sought to describe the actions of Pharmaceutical Assistance (PA) in the city of Palmas - TO. The research is defined as qualitative, descriptive, bibliographic and documentary. The present work analyzed the documentary content of 161 official diaries in the city of Palmas - TO. However, only 39 journals were related to the object of study of this research: the official journals published in the city of Palmas - TO, between the years 2010 and 2021. The data generated were analyzed based on the assumptions of the Content Analysis proposed by Bardin (1977). During the investigation, the following categories were evidenced: organizational structure of the municipal health department and finalistic support programs; administrative reorganization of the executive power of the municipality of Palmas - TO; transfers of SUS resources; pharmaceutical assistance program - popular pharmacy; annually maintain 100% of the HORUS system - National Pharmaceutical Assistance Management System; qualify pharmaceutical assistance services in municipalities with extreme poverty populations and maintenance of pharmaceutical assistance. It was found that in the city of Palmas - TO, it was found that although the PA is having an effect gradually, it is still an assistance that needs greater guarantees and that presents several difficulties. In addition, for its execution and structuring, it demands greater formal guarantees from the public authorities.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Management. Health planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regiões de Saúde do Tocantins, 2022.....	20
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais marcos e normativas referentes a Assistência Farmacêutica	34
Quadro 2 - Caracterização e normativas dos componentes da Assistência Farmacêutica	37
Quadro 3 - Caracterização dos instrumentos de gestão que inserem a Assistência Farmacêutica.....	40
Quadro 4 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre estrutura organizacional da secretaria municipal da saúde e programas finalísticos de apoio	51
Quadro 5 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre reorganização administrativa do poder executivo do município de Palmas - TO	54
Quadro 6 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre transferências de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS)	57
Quadro 7 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre articulação a Assistência Farmacêutica.....	66
Quadro 8 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre Manutenção da Assistência Farmacêutica.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.A.	Ao Ano
AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
ATFP	Aqui tem Farmácia Popular
CAEF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CAF	Central de Abastecimento de Medicamentos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CE	Ceará
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CF	Constituição Federal
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissões Inter gestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMF	Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID	Coronavírus 2019
CSS	Conta Satélite de Saúde
DF	Distrito Federal
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST	Doença Sexualmente Transmissível

ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GAB	Gabinete
GCTR II	Gratificação de Coordenação Técnica de Referência II
GCTR III	Gratificação de Coordenação Técnica de Referência III
GSUS	Gratificação de Atividade Finalística e Técnica no SUS
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IAPAF	Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humana Municipal
LCF	Lei Complementar Federal
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
Nº	Número
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
P.	Página
PAS	Programações de Saúde
PAF	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
PB	Polo Base
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNES	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
QUALIFAR-SUS	Programa nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS
R\$	Reais
RAG	Relatório Anual de Gestão

RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SEMUS	Secretaria Municipal da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SPAS	Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TO	Tocantins
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
URM	Uso Racional de Medicamentos
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. JUSTIFICATIVA	18
1.2. OBJETIVOS	19
1.2.1. Objetivo geral	19
1.2.2. Objetivos específicos	19
2. LOCUS DE PESQUISA	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	22
3.2. ASPECTOS HISTÓRICOS	24
3.3. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	28
3.4. CICLOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O PAPEL FARMACÊUTICO	30
3.5. GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	34
3.5.1. Garantia da assistência farmacêutica no Tocantins	41
3.6. ESTUDOS RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	42
4. METODOLOGIA	47
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	47
4.2. AMOSTRA.....	47
4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	47
4.4. COLETA DE DADOS	48
4.5. ANÁLISE DE DADOS	48
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83

1. INTRODUÇÃO

A gestão pública em saúde, em geral, desafia a maioria das nações do mundo, por ser difícil de executar nos mais diversos contextos. Em um cenário mundial, o Brasil é o país mais populoso e o maior territorialmente a oferecer um Sistema Único de Saúde (SUS) 100% gratuito. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a gestão das ações e os serviços relacionados a saúde, devem ser solidárias e participativas entre a União, os Estados e os Municípios. Deste modo, o SUS é constituído tanto de ações quanto dos serviços de saúde, perpassando a atenção primária, média e de alta complexidade. Assim como, os serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2002). Apesar do Brasil ter um investimento na área de gestão pública de saúde proporcional ao de países de alto desenvolvimento, há ainda muitos entraves na disponibilização e execução dos recursos de forma efetiva e eficiente.

Para fins desta pesquisa, a Assistência Farmacêutica (AF) envolve o acesso da população a todos os medicamentos essenciais e tem característica multidisciplinar. A AF é definida como: “(...) 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 o controle de qualidade” (BRASIL, 2002, p. 34). Além disso, a AF está relacionada também com: “(...) a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos” (BRASIL, 2002, p. 34).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), tem por principal objetivo, garantir o acesso aos medicamentos de forma racional e segura, oferecendo ferramentas essenciais para tal execução. As atividades desenvolvidas com os medicamentos, correspondem a uma das principais estratégias existentes, além disso, a implementação e a execução dessas atividades são determinantes para o sucesso das ações em saúde na PNM (BRASIL, 2007).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que realizou a pesquisa nacional de saúde (2019), apenas 86,1% das pessoas que procuraram os serviços de saúde, obtiveram o acesso na primeira tentativa. Este percentual decresceu se comparado à 2013 (95,3%) e, se mostra superior com relação à região nordeste (77,6%). Neste contexto, quando se observou a obtenção de todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde, 60,9% tiveram fármacos prescritos. Porém, somente 85% das pessoas que tiveram medicamentos receitados conseguiram todos os medicamentos indicados pelo profissional de saúde. Neste sentido, as regiões norte e nordeste apresentaram índices inferiores (80,6% e

83,5%, respectivamente) (IBGE, 2019).

Os dados apresentados pela pesquisa nacional em saúde (2019), evidenciou que apenas 30,5% dos usuários do sistema de saúde conseguiram pelo menos um medicamento prescrito. O menor índice alcançado foi no Nordeste que apresentou uma acessibilidade de apenas 28,9%. Este número varia ainda de acordo com os critérios relacionados a escolaridade, cor e idade. Os indivíduos com menor escolaridade, pessoas pretas e idosos (60 anos ou mais) receberam pelo menos um dos medicamentos prescritos no serviço público (IBGE, 2019).

Um levantamento feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em parceria com o MS, Fundação Oswaldo Cruz e o IBGE, analisaram as contas nacionais relacionadas à saúde entre o período de 2010 a 2017 e concluiu que os gastos com medicamentos pelas famílias brasileiras em 2017 corresponderam a 29,9% das despesas com saúde (IBGE, 2019).

A Conta Satélite de Saúde (CSS), um órgão ligado ao MS, destacou que na distribuição da despesa de consumo do governo entre 2010 a 2017, aumentou com a prestação de serviços de saúde pública em relação a proporção do Produto Interno Bruto (PIB), passando de 2,7% do PIB, em 2010, para 3,1%, em 2017. No caso dos medicamentos, houve um efeito contrário, passando de 0,2% para 0,1%. Ressalta-se ainda que, a despesa de consumo com medicamentos se manteve estável no mesmo período entre as famílias, aproximadamente de 1,5% do PIB, enquanto o consumo de serviços de saúde privada (incluindo planos de saúde) teve aumento de 2,5% para 3,5% do PIB. Em linhas gerais, os desafios e as questões relacionadas a AF são as mais diversas no país. Entre elas, a melhoria no desempenho dos gestores e a operacionalização dessa assistência nas redes de atenção à saúde e recursos financeiros limitados.

No Estado do Tocantins, foram desenvolvidos vários estudos nas reuniões da Câmara Técnica de Gestão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em articulação com gestores municipais e técnicos do Estado, a fim de serem definidas as novas sub-regiões de saúde que passaram a ser 15 (SES-TO, 2015). Assim, diante dessas responsabilidades, algumas análises foram realizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Deste modo, em 2015, foi realizada uma auditoria operacional para avaliar a gestão da assistência farmacêutica básica na cidade de Palmas - TO. Tal auditoria, visou verificar o nível de abordagem dos instrumentos de planejamento do SUS e no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite, além do ciclo da assistência farmacêutica básica, apontando assim diversas irregularidades, tais como estruturas físicas inadequadas e infraestrutura de tecnologia da informação deficiente (TCU, 2015).

O TCU constatou que, tais recursos podem ser geridos com mais eficiência, sem desperdícios, a fim de assegurar a oferta de medicamentos adequada às unidades de saúde, destacando a importância de utilizar os instrumentos de gestão de forma a incorporar essas

estratégias. Desta forma, esta pesquisa pretende responder à seguinte pergunta, considerando a perspectiva dos instrumentos legais de gestão e um corte temporal mais amplo: Quais foram as ações que o município de Palmas - TO realizou em termos de assistência farmacêutica no diário oficial do município entre os anos de 2010 e 2021?

Para situar o leitor acerca dos temas centrais desta pesquisa, no que diz respeito à estrutura, esta dissertação se divide em seis capítulos. O primeiro capítulo versa sobre a introdução do tema de maneira breve e objetiva. Apresenta a justificativa e os objetivos da pesquisa. O segundo capítulo apresenta o lócus da pesquisa que situa o contexto local em que o trabalho foi desenvolvido. O terceiro capítulo apresenta o referencial teórico que discorre sobre os principais pontos da AF, desde a conceituação histórica, funcionalidade, legislação e estudos sobre a temática. O quarto capítulo consiste na apresentação do método, que caracterizou como a pesquisa foi realizada. O quinto capítulo apresenta a análise desenvolvida por meio dos dados levantados durante a averiguação realizada nos diários oficiais do município de Palmas - TO e apresenta ainda os principais resultados encontrados. O sexto capítulo apresenta as considerações e aborda a dissertação como um todo, levando em conta, as teorias e as análises para aprimorar não só o processo de AF no Brasil, mas também para contribuir com o processo de aprimoramento da AF de um modo geral.

1.1. JUSTIFICATIVA

A AF apresenta várias problemáticas, especialmente oriundas da carência de planejamento em saúde e da fragmentação da assistência, esta última percorre as diversas instâncias sanitárias. Entretanto, tais dificuldades sempre existiram, especialmente em solo brasileiro, sendo naturalmente evidenciadas e potencializadas em um contexto que demanda, de forma mais imperativa, uma boa organização dos sistemas assistenciais. Neste sentido, considerando a necessidade do planejamento estratégico no sistema assistencial em saúde, que é representado pelo SUS, e tendo em vista a importância da assistência farmacêutica para o bom curso organizacional de qualquer nível sanitário, consideramos que um projeto voltado para os dois âmbitos seria útil em muitos aspectos. Isto posto, a justificativa para a escolha do tema consistiu em três principais esferas: pessoal, acadêmica e social.

No contexto pessoal, a pesquisadora se identificou na grande área de conhecimento da Farmácia, no ramo da saúde pública, especialmente àqueles referentes à gestão inteligente dos recursos farmacêuticos. Além disso, a esfera municipal de gerência pública foi a escolhida por lidar mais diretamente com a população, atuando de forma mais contundente no nível tático-

operacional de planejamento, se comparado a outras esferas governamentais. Assim, Palmas – TO, foi o município selecionado para ser alvo deste estudo.

No contexto social, pesquisas sobre planejamento em saúde e assistência farmacêutica promovem o reconhecimento da área profissional, empoderando farmacêuticos e evidenciando a necessidade de sua presença nas equipes multiprofissionais nos diversos níveis de saúde, sejam assistenciais ou gerenciais. Ademais, analisar profundamente os documentos de planejamento público em saúde, diagnosticando dificuldades, falhas e lacunas, fomenta o aperfeiçoamento de planejamentos futuros.

Os recursos públicos seriam economizados e mais bem utilizados, se houvesse a elaboração mais inteligente de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, bem como o delineamento e efetivação de ações eficientes. Desta forma, as diferentes políticas públicas se tornariam mais efetivas, alcançando mais pessoas e causando impactos positivos. Uma assistência farmacêutica quando inserida de forma organizada, contínua e desfragmentada no sistema, pode auxiliar para que os cidadãos sejam beneficiados com mais acesso a tratamentos corretos, precoces e otimizados, gerando assim uma menor morbimortalidade da população.

No contexto acadêmico, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de maior produção de conhecimento a respeito da abordagem realizada na assistência farmacêutica no âmbito dos governos municipais, sobretudo na organização e no planejamento no que se refere a saúde municipal. Desta maneira, este trabalho tem como principal objetivo, descrever as ações de assistência farmacêutica do município de Palmas - TO.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo geral

- Descrever as ações de Assistência Farmacêutica do município de Palmas -TO.

1.2.2. Objetivos específicos

- Verificar as principais portarias publicadas referente a Assistência Farmacêutica;
- Verificar as principais resoluções publicadas referente a Assistência Farmacêutica;
- Verificar os principais decretos publicados referente a Assistência Farmacêutica.

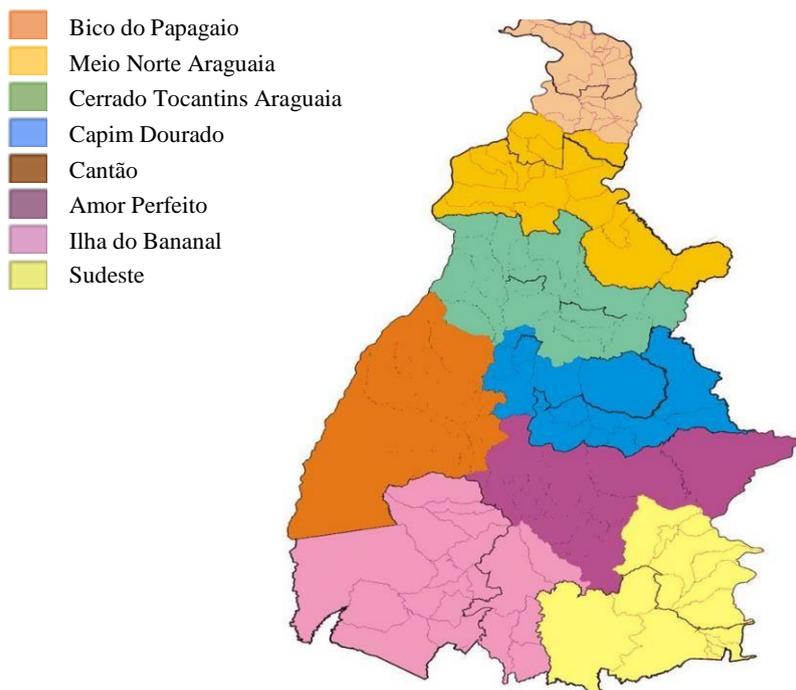
2. LOCUS DE PESQUISA

De acordo com dados do IBGE (2019), Palmas - TO apresenta a maior população do Estado do Tocantins, com uma população estimada em 228,332 habitantes, possuindo uma das taxas mais expressivas de crescimento demográfico do Brasil. De acordo com o último censo, Palmas - TO pertence à Região de Saúde Capim Dourado (IBGE 2019), e possuía, cerca de 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2020). Ainda sobre os dados sociodemográficos, IBGE (2019) demonstra que cerca de 67,60 % dos domicílios urbanos apresentam sistema de esgoto adequado e, apenas 31,30% de domicílios urbanos em vias públicas possuem urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio fio).

De acordo com a Resolução que dispõe sobre a CIB Nº 161/2012 (BRASIL, 2012) e 042/2014 (BRASIL, 2014), o Estado do Tocantins é constituído por oito regiões de saúde. A divisão das regiões segue o Decreto Federal Nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011) e a Resolução dispõe sobre a pactuação tripartite Nº 004/2012 (BRASIL, 2012), que priorizam serviços e interdependência destas regiões, agregando a assistência de média e alta complexidade.

As regiões de saúde do Estado do Tocantins são: Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia, Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão, Capim Dourado, Amor Perfeito, Ilha Do Bananal e Sudeste.

Figura 1 - Regiões de Saúde do Tocantins, 2022.



Fonte: SPAS/DAP/GCV, 2022.

A capital do Tocantins tem um trajeto peculiar quanto à gestão em saúde, pois somente a partir da década de 90 teve o seu sistema de saúde estruturado, com ênfase na Atenção Básica (AB). Porém, foi no início dos anos 2000 que, houve importantes movimentos de municipalização da saúde, somando a isso alguns normativos nacionais surgiram (NOB 93/96), facilitando a discussão e implementando a gestão plena municipal de saúde local (TOCANTINS, 2015). Atualmente, Palmas - TO tem um frequente destaque no cenário nacional da saúde, pois mantém 100% da cobertura de sua população atendida quanto a AB. Logo, os 139 municípios do Tocantins foram descentralizados nas ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, no período de 1997 a 2005. Mas, apesar dos números relacionados à saúde na região de Palmas - TO serem promissores, ainda existem sérias lacunas na operacionalização de ações e serviços (TOCANTINS, 2015).

Quanto à construção das políticas públicas, assim como todas as demais regiões brasileiras, Palmas - TO está sujeita ao processo de descentralização da saúde, como estabelecido na Constituição Federal do Brasil. Tal medida político-administrativa, transfere não somente recursos, mas serviços, responsabilidades e poderes entre a União, Estados e Municípios (BRASIL, 1988).

No que diz respeito ao Estado do Tocantins, este “coopera com os municípios ao assumir a gestão e gerência de serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar prestada ao município, além da cessão de Recursos Humanos para a atenção básica” (TOCANTIS, 2019, p. 54).

Portanto, a Secretaria Estadual de Saúde, além da responsabilidade pela gestão, mediante pactuação com os gestores municipais (contratação, controle, avaliação, auditoria, regulação) e mediante a contratualização com serviços de natureza filantrópica e privados de maior complexidade e abrangência regional ou estadual, ainda tem papel preponderante na execução direta de ações e serviços de saúde (TOCANTINS, 2015).

Além das atuações referidas acima, há um esforço por parte das esferas de saúde em estabelecer instrumentos que facilitem e oficializem essas responsabilidades, dotados de um arcabouço legal e que tem um alcance transversal, da esfera municipal até a federal, que espera traduzir a realidade das necessidades de cada local descrito (BRASIL, 2002). O plano de saúde, dotado de suas programações anuais derivadas, e ainda, os Relatórios de Gestão, compõem essas ferramentas utilizadas pelo SUS amparadas pelas leis 8080/1990 e 8142/1990 e o Decreto nº 7.508/2011 e, ainda, pela Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 (SANTOS, 2017).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF), se define como as atividades relacionadas ao abastecimento, conservação, controle de qualidade e avaliação da utilização dos medicamentos. Essas atividades têm caráter multidisciplinar e está diretamente ligada ao acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, ou seja, a definição de AF compreende:

(...) o abastecimento de medicamentos em cada uma de suas etapas, desde a conservação e controle de qualidade, segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, no acompanhamento e a avaliação da utilização, na obtenção e na difusão de informações sobre medicamentos e na educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional (BRASIL, 2002, p. 34).

Com o intuito de ampliar e aprimorar o acesso à assistência farmacêutica – pilar da assistência integral à saúde da população, o MS, em 30 de outubro de 1998, publicou a Portaria MS/GM nº 3.916, que criou e consolidou a PNM (BRASIL,1998). Assim, a AF corroborou com um conjunto de medidas que estão ligadas aos pilares do SUS, como a assistência e a recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade, tendo o medicamento como insumo fundamental que visa a sua promoção e o uso racional (REMONDI, 2018). Entretanto, no cotidiano da execução dos serviços relacionados à saúde, é comum que se atribua uma ideia limitada do conjunto das ações da AF, reduzindo a necessidade de adquirir e distribuir os medicamentos (BERMUDEZ et al., 2018).

A AF no âmbito do seu histórico, e da saúde pública, não deve ser entendida como mero elemento da rede responsável pela distribuição de medicamentos ao consumidor final, sendo seus objetivos e funções transcendentem a tal conceito. Ademais, alguns fatores dificultam sua implantação como a própria dificuldade de acesso ao medicamento por parte daqueles que necessitam de seu uso.

Conforme discutido por Pereira e Freitas (2008), no Brasil, a Atenção Farmacêutica ainda é:

(...) incipiente e alguns fatores dificultam sua implantação, entre outros, a dificuldade de acesso ao medicamento por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), Unidades Básicas de Saúde sem farmacêutico e a ausência de documentação científica que possibilite demonstrar aos gestores do sistema público e privado que a implementação da Atenção Farmacêutica representa investimento e não custo (PEREIRA; FREITAS, 2008, p. 1).

Embora a definição do conceito de assistência farmacêutica tenha se estabelecido em um contexto que visava o abastecimento de medicamentos, não existia até a promulgação da PNM uma objetividade no sentido das ações e objetivos que a deveria compor. A reorientação da AF na PNM, “correspondeu a proposta de construção concreta de AF integrada ao SUS. Isso permitiria pavimentar o processo instalado de promoção de cidadania, coerente com os princípios constitucionais do direito à saúde” (BERMUDEZ et al., 2018, p. 193).

Neste sentido, o objetivo principal da PNM, levando em conta as atividades desenvolvidas no âmbito da AF, é a garantia do acesso da população aos medicamentos essenciais, promovendo seu uso racional. Desta forma, intensifica-se a qualidade de vida do usuário com a redução do uso irracional dos medicamentos (ARAÚJO et al., 2017). Neste contexto, a AF deve ser o resultado da combinação de estruturas, pessoas e tecnologias, em um determinado cenário social, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2006). Sendo então, constituída por componentes de caráter técnico, científico, de inovação tecnológica e operativa, tendo como objetivo fortalecer a relação entre o usuário e o prestador da atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Por um lado, a AF deve ser garantida pelo sistema de saúde, uma vez que houve a descentralização dos serviços de saúde no país, como uma das diretrizes do SUS. A viabilidade dos seus serviços requer uma estruturação nos âmbitos federal, estadual e municipal. No entanto, os municípios brasileiros ainda têm enormes fragilidades no que se refere a habilidade de gestão e execução de tarefas e ações da AF, principalmente na área da atenção primária à saúde. Por outro lado, uma AF deve dispor de estrutura física, equipamentos e acessórios e recursos humanos.

No âmbito estadual, a gestão tem a responsabilidade de organizar e coordenar as ações de assistência dentro do Estado. A gestão municipal, que é aquela mais próxima da população, é a responsável pelo abastecimento e distribuição de medicamentos essenciais. Sendo assim, a regionalização da saúde e a capacidade de decisão foi descentralizada em vários aspectos na aplicação das políticas públicas de saúde, surgindo e fortalecendo os Conselhos e as Comissões Intergestoras. A nível municipal, também se fazem importantes os instrumentos de gestão que formalizam as metas, como os Planos Plurianual e os Planos Municipais de Saúde. Esses planos geram dados essenciais para o controle social do SUS (BRASIL, 2012).

Em linhas gerais, a disponibilidade de medicamentos deve satisfazer às necessidades epidemiológicas, de forma integrada e orientada, com a finalidade de garantir o uso correto e

adequado de produtos farmacêuticos, por meio dos diferentes serviços que articulam com o SUS (BRASIL, 2012).

3.2. ASPECTOS HISTÓRICOS

A AF desde a sua regulamentação do SUS, em 1990, passou por estratégias de efetivação enquanto política pública e, se tornou indispensável à integralidade da atenção à saúde como direito social e dever do Estado. Entre as principais estratégias da AF, se destaca a ampliação do acesso aos medicamentos pela população e a organização dos serviços farmacêuticos no país (BRASIL, 2009).

A Central de Medicamentos (CEME) foi criada em 25 de junho de 1971, pelo Decreto 68.806, os seus objetivos são: a organização das atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo; o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos (BERMUDEZ, 1995). Apesar da CEME apresentar uma administração centralizada, responsável e ser considerada uma importante ação no que se refere à organização e aquisição de medicamentos, até 1997 não tínhamos no Brasil uma clara definição de seu escopo de ação, objetivos e conjunto de atividades (BERMUDEZ et al., 2018).

Em seguida, foi criada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instituída em 1975, por meio da Portaria nº 233 (BRASIL, 2002), se consistiu em uma lista básica de medicamentos essenciais. Assim, Bermudez et al., (2018) destacou que após a criação do SUS não foi possível ecoar a ideia de se criar uma indústria farmacêutica estatal.

Comissões de inquérito, Decretos e Leis, reorientação das políticas públicas, propostas tecnológicas não conseguiram ecoar na ideia de uma indústria farmacêutica estatal, que receberia a denominação de Farmoquímica Brasileira S.A (Farmobras S.A), que vinha sendo objeto de discussão ainda no regime militar. Entretanto, uma série de propostas e iniciativas impactaram de maneira definitiva a AF no SUS, ao longo de três décadas (BERMUDEZ ET AL., 2018, p. 193).

No ano de 1993 foi instituído o Programa de Assistência Farmacêutica (PAF), o seu objetivo foi intervir nas estruturas de programação, produção, distribuição, infraestrutura, vigilância sanitária e ações educativas. O Decreto nº 793 de 1993, foi editado para fortalecer o PAF (BRASIL, 1993), pois a AF possui caráter sistêmico, multidisciplinar, abrange múltiplas ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, visando o acesso e o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2009).

Assim, o entendimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado,

estabelecido na Constituição de 1988, e reafirmado com a implantação do SUS, permitiu o fortalecimento das ações de AF voltada para a saúde pública e culminou com outra contribuição importante, a publicação da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprovou a PNM (BRASIL, 1998). O objetivo da PNM é: “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998, p. 1).

A PNM estabelece que os gestores do SUS, nas três esferas de governo, devem atuar em estreita parceria e de acordo com as oito diretrizes fixadas para se alcançar os objetivos. As diretrizes são: adoção de relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; desenvolvimento de recursos humanos e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998). Ainda sobre o contexto histórico da implementação da AF, se destaca também a Diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica, desenhada em uma intenção transversal na PNM, que reflete sobre os impactos diretos no campo da saúde coletiva (VASCONCELOS et al., 2017).

Nesta perspectiva de reorientação da AF, a política foi fundamentada nos seguintes pontos: descentralização da gestão; promoção do acesso e uso racional de medicamentos; otimização e eficácia das atividades envolvidas na assistência farmacêutica; busca de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, promovendo, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 2001). Ademais, entende-se que as características inerentes à diretriz ao longo dos anos refletem o cerne social e político brasileiro. Ressalta-se que nos primeiros anos do SUS, a AF foi caracterizada pela transição entre a extinção da CEME e a vigência da PNM. Nesse trajeto, o Programa Farmácia Básica foi marcado pelo envio de kits de medicamentos a municípios pequenos, estratégia considerada ainda de caráter centralizador, com problemáticas e críticas semelhantes ao que antes havia verificado no período da CEME (BERMUDEZ et al., 2018).

Nos anos seguintes, até início dos anos 2000, identificam-se princípios coerentes com o SUS, com foco na organização da AF pautada em descentralizá-la, para fomentar a busca de recursos para o acesso a medicamentos. Foram inseridas alterações nas modalidades de licitação e sistemas de aquisição eficientes, o que impelia os entes subnacionais ao desafio de fortalecer sua capacidade de gestão e de planejamento. Com a alteração do financiamento do SUS, que passou a ser dividido em blocos, a AF se caracterizou como um bloco particular (BERMUDEZ et al., 2018).

Nesta contextualização, com a aprovação das propostas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, que caracterizou-se por processo democrático de construção com gestores não somente federais, mas todos os atores envolvidos com as políticas de saúde, como usuários, prestadores e profissionais do SUS, em um processo de construção ascendente partindo de municípios e estados e culminou na criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004), que pretendeu criar uma abordagem mais abrangente da área farmacêutica no país.

A PNAF definiu a AF como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais e teve o objetivo de nortear essas políticas setoriais, como a de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de recursos humanos buscando a melhoria do acesso e do uso de medicamentos (BRASIL, 2007). Trouxe como eixos estratégicos a qualificação dos serviços farmacêuticos na rede pública e a descentralização das ações, e dá ênfase à necessidade de constituir um trabalho multiprofissional e interdisciplinar no âmbito farmacêutico (BRASIL, 2007).

Em 2004, o Governo Federal lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), que surgiu como uma inovação para a política pública de assistência farmacêutica, por meio da adoção do copagamento como estratégia de ampliação do acesso aos medicamentos. Na época se considerou a necessidade de implementar ações que promovessem a universalização do acesso da população aos medicamentos (BRASIL, 2004).

O PFPPB foi “implementado e gerido exclusivamente pelo ente federal, com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos mediante sua disponibilização a baixo preço, tendo como público preferencial a população de baixa renda não usuária do SUS” (MATOS et al., 2019, p. 288). A criação do PFPPB estabeleceu a parceria com o comércio farmacêutico e ocasionou discussões sobre sua interlocução com o modelo público do SUS, gerando dúvidas sobre sua ação complementar e de custos (MATTOS et al., 2019).

Em linhas gerais, o propósito do programa era assegurar que os medicamentos básicos e essenciais fossem adquiridos pela população na rede privada a baixo custo e, desta forma, reduzir os impactos causados pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar. Inicialmente, os medicamentos eram disponibilizados nas farmácias populares, que foram criadas por meio de uma parceria do MS e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos (BRASIL, 2006).

Em 2006, o PFPPB foi ampliado para dispensação diretamente no comércio farmacêutico, como alternativa oferecida à conveniência do usuário.

Apesar da afirmação do Ministério da Saúde de que a implementação da Farmácia Popular não traz prejuízos às ações de distribuição de medicamentos previstas pelo SUS, uma vez que sua existência não prejudica a obtenção do medicamento na rede pública de assistência à saúde, onde é dispensado gratuitamente, vários atores do setor saúde tem questionado esse programa.

(...) apesar da expansão da distribuição dos medicamentos para além das unidades do SUS aos cidadãos assistidos pela rede privada, com iguais direitos constitucionais, é uma iniciativa louvável, porém reprovam a cobrança. A argumentação é de que a mesma é inconstitucional, além de se contrapor à Lei Orgânica de Saúde, rompendo princípios da universalidade, da gratuidade do SUS e violando todas suas regras (BRASIL, 2007, p. 59).

Outro marco histórico ocorreu em 09 de setembro de 2003, a Portaria Interministerial n.1777, assinada conjuntamente pelos Ministros da Saúde e da Justiça, que:

(...) aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover atenção integral à saúde da população prisional, com fornecimento regular de kit de medicamentos básicos, como contrapartida do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 60).

Desta forma, evidenciamos que a legislação referente a AF avançou significativamente a partir da publicação da Política Nacional de Medicamentos que, sem dúvidas, deu início à sua reorientação. Porém, ainda existem inúmeras carências nessa área, principalmente na inclusão, como parte que compõem a atenção à saúde e na superação de deficiências estruturais e de gestão.

Assim, em 2012, foi criado o Programa Nacional de Qualificação da AF (QUALIFAR SUS), que foi importante para o avanço da AF. Este programa foi a primeira ação federal que visou apoiar a melhoria na qualificação dos serviços farmacêuticos no país, e se referiu à regulamentação e pactuação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS). Seu objetivo é favorecer o processo de consolidação e aprimoramento das atividades de assistência farmacêutica, integrando de forma sistêmica as ações e serviços de saúde, além de buscar a atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012). O QUALIFAR-SUS está estruturado em quatro eixos complementares:

- a) Eixo estrutura: tem por objetivo, contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na AF, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos;
- b) Eixo informação: é referente a produção de documentos técnicos e disponibilização de informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da AF;
- c) Eixo educação: é caracterizado por subsídios para o gerenciamento do sistema e dos

processos de administração de fármacos aos usuários, bem como análise dos processos de qualidade e segurança em ambiente hospitalar;

- d) Eixo cuidado: insere a AF nas práticas clínicas, visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Logo, o projeto QUALIFAR-SUS correspondeu e ainda corresponde a um dos grandes avanços enquanto a estratégia, dividida em eixos, que tem como finalidade contribuir para o processo de aprimoramento e integração das atividades da AF nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Notamos então, que os avanços foram significativos no estabelecimento dos processos de gestão que aconteceram, sobretudo, pelas contribuições e progresso da legislação brasileira, e por causa das normatizações do MS. Isto aconteceu, devido os incentivos na organização dos serviços de AF, principalmente na atenção primária, e na aquisição de financiamentos para a AF no SUS (GERLAK et al., 2017).

3.3. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

As ações de AF estão estabelecidas de acordo como os princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, sendo destacados (BRASIL, 1990): universalidade e equidade; integralidade; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; multidisciplinaridade e intersetorialidade; garantia da qualidade; estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução; normalização dos serviços farmacêuticos.

Às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) têm o papel de decidir a estrutura organizacional responsável pela AF, por meio de uma coordenação, que deve instituir as atribuições de cada atividade operativa. A viabilização de uma estrutura organizacional e coordenação estadual de AF, é fundamental para a execução das ações de sua competência e deve ser composta de recursos físicos, humanos e tecnológicos adequados (BRASIL, 2007).

A AF deve ser formada por uma equipe multidisciplinar, que operacionalize atividades, cumpra especificações técnicas, normas administrativas, legislação vigente, aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. É necessário prover a Assistência Farmacêutica dos recursos humanos, materiais e financeiros indispensáveis para o desenvolvimento de suas atividades (BRASIL, 2007). É importante também, conhecer os componentes da AF, que são: gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento. A primeira se define da

seguinte maneira: “um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos” (CORRER; OTUK; SOLER, 2011, p. 2). Enquanto a gestão clínica do medicamento “está relacionada com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o utente” (CORRER; OTUK; SOLER, 2011, p. 2).

No que se refere a Atenção Básica (AB), que é um importante nível de assistencialismo da saúde, destacamos que progressos significativos foram obtidos no campo das políticas farmacêuticas na AB no SUS, tais como: a presença de sistemas informatizados para a gestão nos municípios; o aumento do acesso aos medicamentos nas farmácias públicas; a definição das responsabilidades executivas dos entes da federação e a existência de lista de medicamentos padronizados (COSTA, 2017). Assim, o MS instituiu o Sistema de Informação na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFB), e não prognosticou uma metodologia para o desenvolvimento da aplicação dos recursos financeiros, estabeleceu somente que o IAFB seria financiado pelos três gestores, e que a transferência dos recursos federais estaria condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal. Estabeleceu também, a necessidade de comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes ao que viria através da gestão estadual e municipal, com prestação de contas aprovadas pelos Conselhos Estaduais de Saúde (BRASIL, 1999).

A partir da Portaria GM/MS n. 956, de 25 de agosto de 2000, ficou instituído critérios para o acompanhamento da movimentação dos recursos pactuados (BRASIL, 2000). Contudo, no enfrentamento da problemática observou que existe impedimentos que não podem ser superados apenas com os esforços em termos de capacitação e formação profissional. Assim, o constante desafio no aumento da garantia ao acesso dos medicamentos e a necessidade de progredir na qualificação do cuidado oferecido aos usuários de medicamentos (BERMUDEZ et al., 2018). Contudo, entre os marcos normativos recentes, se destaca a reafirmação do papel da AF na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A PNAB aprecia a importância da relação de interação das demais políticas de saúde com a AB, como a AF e a Vigilância em Saúde (VS). A PNAB definiu as ações que os municípios deveriam exercer na assistência farmacêutica, e estabeleceu a proposta originária do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que consistiu em:

Desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de

medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017, p. 01).

Os serviços farmacêuticos na esfera da AB agregam múltiplos elementos diferenciais, derivados das características e peculiaridades do âmbito assistencial em que se localiza (BRASIL, 2014). Os elementos são: a acessibilidade assistencial, que oferece às pessoas com um problema de saúde ou um episódio novo de um problema de saúde prévio identificado; a longitudinalidade da prestação assistencial que se materializa por meio de um trabalho contínuo ao longo do tempo (BRASIL, 2014). Além disso, outros elementos se destacam: a posição estratégica do SUS para fomentar a integralidade da prestação de saúde e a coordenação com outros âmbitos assistenciais; a incorporação do conceito de atenção básica e familiar entre os serviços, que compreende o conhecimento dos fatores familiares e sociais que influenciam no processo saúde-doença e a participação populacional, que proporciona uma visão integrada do uso dos medicamentos, assim como o desenvolvimento de políticas populacionais e territoriais no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Logo, a organização e a estruturação da AF, nos diferentes níveis de atenção, aconteceram, principalmente, a partir de um ciclo logístico do medicamento, que abrange todas as etapas inerentes ao seu gerenciamento: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Essas etapas devem estar articuladas de modo a assegurar o gerenciamento adequado dos medicamentos, bem como seu uso racional, atendendo às necessidades e somando valor às ações e serviços da atenção básica (BRASIL, 2007).

No entanto, alguns aspectos são relevantes, como a seleção dos medicamentos com base técnico/científica, considerando segurança, eficácia, custo/efetividade e o gerenciamento de forma adequada dos recursos financeiros, que podem gerar o desenvolvimento de ações estruturantes com planejamento de curto, médio e longo prazo. A área física destinada ao armazenamento dos medicamentos, deve assegurar a manutenção da qualidade durante o período que antecede a sua dispensação, seguindo as boas práticas de estocagem, com área física e mecanismos adequados para controlar estoques e transportar os produtos, mantendo-os em condições apropriadas até a sua dispensação ao usuário (BRASIL, 2007).

3.4. CICLOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O PAPEL DO FARMACÊUTICO

A organização da AF é sistêmica e se caracteriza por ações articuladas e sincronizadas entre as diversas partes que compõem o sistema, que influenciam e são influenciadas, umas pelas outras. Em resumo, as gerências/coordenações estaduais têm a responsabilidade de

coordenar as atividades do ciclo da AF, que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações (BRASIL, 2007).

As atividades do ciclo da AF, acontecem em uma sequência ordenada, se o desempenho de uma atividade acontecer de forma imprópria, prejudica todas as outras e compromete os resultados. Desta forma, os serviços não serão prestados de maneira eficiente e poderão gerar insatisfação da comunidade, evidenciando uma má gestão, ou seja, impedindo o correto funcionamento de todo o ciclo (BRASIL, 2007).

A seleção de medicamentos é uma atividade do ciclo da AF, que é responsável pelo estabelecimento da relação de medicamentos, além disso, é uma medida decisiva para assegurar o acesso da população a medicação. Cada Estado pode determinar quais medicamentos serão selecionados para compor o seu repertório. Levando-se em conta o perfil epidemiológico de morbidade, mortalidade e prioridades estabelecidas, de modo a contribuir na resolubilidade terapêutica, no custo-benefício dos tratamentos, na racionalidade da prescrição, na correta utilização dos medicamentos, além de propiciar maior eficiência administrativa e financeira (BRASIL, 2007).

Para tanto, é necessário estabelecer a seleção em critérios técnico-científicos, entre eles, a adoção de protocolos de tratamento e critérios administrativos legais. A seleção deve ser realizada por uma Comissão/Comitê Estadual de Farmacologia e Terapêutica, que é uma instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar ao gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos. Desta forma, define-se os medicamentos para a disponibilização pela SES para a atenção básica, média ou para a alta complexidade. Para a credibilidade do processo é fundamental que a seleção de medicamentos seja de forma formal, através de uma resolução que aborde a divulgação das normas técnicas utilizadas para a inclusão e exclusão dos medicamentos (BRASIL, 2007).

Na sequência, apresenta-se a programação de medicamentos que consiste em medir a quantidade a serem obtidas, para que a demanda de serviços seja atendida, em um período definido, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. É uma fase fundamental do ciclo da AF, configura-se como atividade que tenta garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população (BRASIL, 2001).

A programação deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde. Em função dos limites orçamentários e financeiros, a programação poderá ser periodicamente ajustada. Tal fato, entretanto, não isenta o gestor de buscar atender às

necessidades reais da população (BRASIL, 2001).

O ciclo de aquisição de medicamentos consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetua o processo de compra dos medicamentos programados, com o objetivo de disponibilizá-los em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema. Deve ser permanentemente qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (cumprimento das especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado) (BRASIL, 2007).

O processo de aquisição para ser bem executado, deve considerar diversos fatores e atender a requisitos, entre os quais estão: pessoal qualificado e com conhecimentos específicos na área; seleção e programação de medicamentos; cadastro de fornecedores; definição de responsabilidades no processo, fluxos e procedimentos operacionais; conhecimento dos dispositivos legais, procedimentos contra a falsificação de medicamentos; sistema de registro de preços do MS; sistema de informações e gestão dos estoques; definição do cronograma de compras; articulação permanente com todos os setores envolvidos no processo; instrumentos de controle e acompanhamento do processo de compra e avaliação do processo de aquisição (BRASIL, 2001).

Ressaltamos que existem alternativas estratégicas para que a aquisição venha a ser atrativa, com diminuição dos preços praticados e agilidade no processo, quer seja por meio de pregão eletrônico ou presencial, realização de compras anuais consolidadas e com entregas parceladas, formação de consórcios entre gestores, implantação do sistema de registro de preços, avaliação do desempenho dos fornecedores no cumprimento das exigências técnicas e administrativas, entre outros (BRASIL, 2001).

O armazenamento se caracteriza por um conjunto de metodologias técnicas e administrativas que incluem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos e controle de estoque. Esta etapa se adequadamente gerenciada reduz perdas e deve cumprir alguns procedimentos (BRASIL, 2007): cumprimento/adequação do almoxarifado às boas práticas de armazenagem, tais como limpeza e higienização; delimitação dos espaços para adequada estocagem, recebimento e expedição de medicamentos; controle de temperatura e umidade; monitoramento da rede de frio; qualificação do recebimento de medicamentos; elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que descrevam todas as atividades executadas; existência de um sistema validado de controle de estoque de medicamentos; melhoria da capacidade administrativa e de recursos humanos para garantir que todas as atividades sejam desenvolvidas de forma adequada. Por fim, a dispensação de

medicamentos tem como objetivo garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com orientações suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto.

Para muitos gestores o conceito da AF ainda permanece centrado no binômio aquisição e distribuição de medicamentos. Ainda se faz necessária, uma discussão mais ampla sobre o papel e as atribuições da esfera estadual, enquanto instância de coordenação e de regulação (BRASIL, 2007). Neste sentido, é importante ressaltar o relevante papel do farmacêutico na política de saúde nos diversos níveis da atenção básica, pois notamos que na gestão da AF, o farmacêutico protagoniza um papel de liderança técnico-científica na área, sendo corresponsável, pela qualificação das equipes, dos serviços de saúde e do controle social da saúde. Definem-se como suas atribuições (BRASIL, 2007):

- a) Participar na formulação de políticas e no planejamento das ações, em consonância com a política de saúde de sua esfera de atuação e com o controle social;
- b) Participar da elaboração do plano de saúde e demais instrumentos de gestão em sua esfera de atuação;
- c) Utilizar ferramentas de controle, monitoramento e avaliação, que possibilitem o acompanhamento do plano de saúde e subsidiem a tomada de decisão;
- d) Participar do processo de seleção de medicamentos;
- e) Elaborar a programação da aquisição de medicamentos em sua esfera de gestão;
- f) Assessorar na elaboração do edital de aquisição de medicamentos e outros produtos para a saúde e das demais etapas do processo;
- g) Participar dos processos de valorização, formação e capacitação dos profissionais de saúde que atuam na assistência farmacêutica;
- h) Avaliar de forma permanente, as condições existentes para o armazenamento, a distribuição e a dispensação de medicamentos, realizando os encaminhamentos necessários para atender à legislação sanitária vigente;
- i) Desenvolver ações para a promoção do uso racional de medicamentos;
- j) Participar das atividades relacionadas ao gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, conforme legislação sanitária vigente;
- k) Promover a inserção da assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos serviços farmacêuticos.

É imprescindível conhecer a força de trabalho da AF, tanto para a avaliação dos progressos e desafios relativos à gestão da disponibilidade, quanto do acesso e utilização de medicamentos no país. E então, permitir a criação e acompanhamento de políticas públicas

correspondentes a reais necessidades relativas à formação e qualificação dos profissionais para o desenvolvimento e melhoria da assistência farmacêutica (CARVALHO et al., 2017).

3.5. GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Para que ocorra a garantia da AF um conjunto de portarias e resoluções foram dispostas e organizadas no âmbito público desde a criação do SUS. Isto significa que, a gestão da AF se encontra embasada em uma estrutura legal e político, que deve nortear e contribuir para o progresso da AF na atenção primária no SUS (GERLAK et al., 2017). As principais normativas no marco da AF estão dispostas no Quadro 1. Além disso, se destaca também, as últimas normativas importantes.

Quadro 1 - Principais marcos e normativas referentes a Assistência Farmacêutica

ANO	LEGISLAÇÃO	TEMA
1990	Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990	Ao SUS, consiste na formulação da política de medicamentos e atribui ao setor a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica.
1998	Portaria GM/MS nº 3.986/1998 Política Nacional de Medicamentos	Estabelece como finalidades principais a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais; as diretrizes e prioridades.
2004	Resolução CNS nº 338/2004 - Política Nacional de Assistência Farmacêutica	Política pública norteadora para a formação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de AF na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações.
2006	Portaria nº 399/2006	Definiu que o financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Contempla a aquisição de medicamentos e insumos, e ações necessárias à operacionalização da AF.
2007	Portaria GM/MS nº 204/2007	Regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, estabelecendo o Bloco da AF.
2010	Portaria nº 4.217/2010	Definiu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
2011	Lei nº 12.401/2011	Alterou a Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre a AF e a inserção de tecnologia em saúde no âmbito do

		SUS.
2011	Decreto nº 7.508/2011	Trata da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa.
2012	LCF nº 141/2012	Regulamentou o § 3º do art. 198 da CF (EC nº 29) e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas.
2012	Portaria GM/MS nº 533/2012	Estabeleceu a lista de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do SUS.
2012	Portaria GM/MS nº 1.214/2012	Instituiu o Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR - SUS).
2019	Portaria nº 3.038, de 21 de novembro de 2019	Dispõe sobre a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
2020	Portaria nº 1.411, de 26 de maio de 2020	Aprova o repasse dos recursos financeiros de custeio, em caráter retroativo, referente ao segundo ciclo de monitoramento de 2019 aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS.
2020	Portaria nº 2.516, de 21 de setembro de 2020	Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19.
2021	Portaria GM/MS nº 85, de 18 de janeiro de 2021	Aprova o repasse de recursos para Estados e Distrito Federal, a título de financiamento, referente a janeiro, fevereiro e março de 2021, para aquisição de medicamentos do Componente Especializado da AF, conforme tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde.
2021	Resolução nº 700, de 29 janeiro de 2021	Regulamenta o procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências.
2021	Portaria GM/MS nº 670, de 12 de abril de 2021	Aprova o repasse dos recursos financeiros de custeio, referentes ao primeiro ciclo de monitoramento de 2021 aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS.
2021	Portaria GM/MS nº 1.109, de 31 de maio de 2021	Refere-se a aprovação do repasse dos recursos financeiros de custeio, em

		caráter retroativo, referentes ao primeiro ciclo de monitoramento de 2021 aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do SUS.
2021	Portaria GM/MS nº 1.447, de 29 de junho de 2021	Dispõe sobre o repasse dos recursos do Componente Básico da AF no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional para o exercício de 2021.
2021	Portaria GM/MS nº 3.375, de 6 de dezembro de 2021	Dispõe sobre o processo seletivo destinado aos municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS para transferência de recursos para estruturação da rede de frio municipal para armazenamento de medicamentos termolábeis e à informatização da AF da Atenção Primária à Saúde.
2021	Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021	Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização da lista de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2020.

Fonte: Adaptado de Brasil (2011, 2012, 2019, 2021).

Neste contexto de desenvolvimento da assistência farmacêutica, assim como de todas as áreas de atuação do SUS, se constituiu a responsabilidade nas três instâncias gestoras (Municipal, Estadual e Federal), o compromisso com sua organização e estruturação, para além da oferta de medicamentos à população. Neste sentido, é crucial a participação dos agentes responsáveis pela AF no planejamento da previsão orçamentária própria para alocação nessa área, de acordo com sua capacidade e prioridade, levando-se em conta a insuficiência de recursos e as obrigações verificadas (BRASIL, 2006).

No que se refere à AF, especialmente pelo fato do medicamento ser um dos principais recursos terapêuticos utilizados no Brasil, garantir políticas públicas eficientes para assegurar esse ciclo se torna indispensável. Assim, todas as metas pactuadas nos instrumentos de gestão referentes a esta prática devem revelar números sobre adesão dos usuários aos tratamentos que são submetidos, bem como sobre abastecimento, armazenamento, distribuição e até mesmo o seu uso racional (REMONDI, 2018).

Outro ponto importante na garantia e legislação referente a AF, é o financiamento dela. Este é um elemento de garantia a sustentação da política de acesso aos medicamentos, que é indutor da institucionalização da AF no SUS, que por meio de portarias específicas de financiamento, garantiram recursos dos três níveis de gestão para a aquisição de medicamentos e a estruturação de serviços farmacêuticos no âmbito dos municípios (SOUZA et al., 2017).

Tanto o financiamento quanto a estruturação e a organização dos serviços farmacêuticos nos diversos espaços operativos do SUS são afetados por ações políticas e normativas. Esse processo se afirma com uma série de iniciativas, que foram desde a publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2005), a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a obrigatoriedade da adoção da RENAME, atualizada a cada dois anos, como parâmetro para o acesso aos medicamentos. Conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 204/2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais, temos o bloco de financiamento da AF, que é constituído pelos componentes básico, estratégico e medicamentos de dispensação excepcional (BRASIL, 2007). O quadro 2 apresenta os principais componentes:

Quadro 2 - Caracterização e normativas dos componentes da Assistência Farmacêutica

COMPONENTE	RESPONSABILIDADE	PORTARIA
BÁSICO	Aquisição de medicamentos e insumos da AF no âmbito da Atenção Básica em saúde e relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.	4217/2010
ESTRATÉGICO	Medicamentos utilizados para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.	4114/2021
ESPECIALIZADO	Estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.	2981/2009 e 3439/2010

Fonte: Adaptado da Portaria GM/MS n. 204/2007 (BRASIL, 2007).

Ainda sobre os componentes, é importante ressaltar que, o componente básico se destina à aquisição de medicamentos e insumos de AF no âmbito da atenção básica em saúde e àquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, compostos por Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância colegiada integrada pelo MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e CONASEMS, responsável pela pactuação da gestão, do financiamento e da resolução de outras questões

relacionadas à gestão no âmbito nacional. As partes financeiras são divididas em fixa e variável (BRASIL, 2007).

Enquanto a parte financeira fixa, composta por Estados e Municípios, se refere ao valor per capita transferido ao Distrito Federal, Estados e/ou Municípios, conforme pactuação na CIB. A parte financeira variável consiste em valores per capita destinados à aquisição de medicamentos e insumos de AF dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação, Nutrição e Combate ao Tabagismo. Podem ser executados de forma centralizada ou descentralizada, conforme pactuações na CIT e CIB, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nestes programas (BRASIL, 2007).

O componente Estratégico da AF se refere ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/Aids, Sangue e Hemoderivados e Imunobiológicos. O financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional se refere a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais (BRASIL, 2007).

Além do entendimento sobre o financiamento da AF, é crucial mencionar as principais normativas que estabelecem todo o funcionamento da AF. Para tanto, existem as portarias ministeriais que garantem vários aspectos nesse construto. A portaria de consolidação n. 2 de 28/09/2017 organizou a Política Nacional de Medicamentos, e ainda em vigor, as Portarias GM/MS nº 1.554 e 1553, de 30/07/2013, definem as normas de financiamento e execução dos Componentes Especializado e Básico da AF no SUS.

Ressaltamos ainda, que os principais e fundamentais medicamentos são aqueles designados à atenção primária à saúde, satisfazendo as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população. E os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CAEF), são indicados para o tratamento de doenças crônicas e/ou raras, em nível ambulatorial, dispensados em farmácias especializadas. Devido as particularidades das doenças e do valor dos medicamentos, adotam normas específicas determinadas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do MS.

Os procedimentos para o acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), são definidos pelo MS, e constam nas Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013. Destaca-se também, a última portaria ministerial que dispõe sobre o repasse dos recursos financeiros de custeio, referentes aos ciclos de monitoramento ao longo

do ano aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), Portaria GM/MS nº 2.474, de 28 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021).

A portaria Nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019, por sua vez, altera a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e dispõe sobre o financiamento do componente básico da AF no âmbito do SUS. Segundo a portaria, os valores a serem repassados para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do componente básico da AF, segundo a RENAME, serão definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos: IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano; IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano; IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano; IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano.

Ademais, a portaria MS Nº 3435 DE 08/12/2021 estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2022 no âmbito do SUS, por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2020 (BRASIL, 2021). No que se refere a medicamentos do componente especializado, indicados para o tratamento de doenças crônicas ou de maior complexidade, em nível ambulatorial, a portaria GM/MS Nº 833, de 29 de Abril de 2021, aprova o repasse de recursos para Estados e Distrito Federal, a título de financiamento, referente a abril, maio e junho de 2021, para aquisição de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica conforme tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde.

É importante mencionar a legislação que trata do PFPB, que passou por uma atualização recente com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.898/2021 em 04/11/2021. A norma amplia o prazo de arquivamento dos documentos apresentados no ato da dispensação (documentos de identificação, atestados, prescrições, laudos), dos cupons fiscais assinados e dos documentos fiscais de aquisição dos medicamentos pela empresa, passando de 5 para 10 anos. A portaria atualizou os critérios para novos credenciamentos ao programa, que acontecerão conforme o número de vagas disponíveis, definido pela administração pública, e os critérios para participação e exclusão dele.

Além disto, se destacam também, os instrumentos legais de gestão do SUS que incluem a gestão da AF e garantem o seu funcionamento e acompanhamento. Lembrando que a esquematização do SUS baseia em um importante sistema de planejamento que tem por

objetivo a elaboração contínua, articulada, integrada e solidária de três instrumentos essenciais: o Plano de Saúde, suas respectivas Programações de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (BRASIL 2011). Visto que a PNAF é parte integrante da Política Nacional de Saúde e pode desempenhar suas funções na garantia da integralidade à saúde desde que estejam inseridas nos instrumentos de gestão (BRASIL, 2004).

Além disso, a portaria que regula o componente básico da AF prevê que as ações, serviços e recursos relacionados à AF, deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS, sendo que o RAG será o documento central para o monitoramento da aplicação dos recursos. Portanto, legalmente a AF deve estar contemplada nos instrumentos de gestão do SUS e cabe ao gestor municipal, auxiliado pelos farmacêuticos e demais profissionais envolvidos da área, o desenvolvimento de uma política consistente de planejamento, em concordância com o sistema de planejamento do SUS (BRASIL, 2004).

Os instrumentos considerados pilares em que a AF (Quadro 3) deve estar obrigatoriamente inserida são (BRASIL, 2004):

Quadro 3 - Caracterização dos instrumentos de gestão que inserem a Assistência Farmacêutica

PLANO DE SAÚDE	É o instrumento elegido para a consolidação de todos os processos de planejamento conduzidos no SUS, integrando as diversas áreas e constituindo a base de todas as atividades, programações e financiamento a serem cumpridos pelo gestor no período de quatro anos. Deve conter, portanto, os objetivos, ações e metas a serem desenvolvidos para a estruturação da AF e aquisição de medicamentos para o período que se segue.
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, bem como da gestão do SUS. Tem validade de um ano e define os recursos que serão empregados na execução das atividades propostas. Deve conter no mínimo os valores que serão empregados com a compra de medicamentos, além das ações de estruturação e melhoria da AF.
RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO	Apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. O RAG é o instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, ou seja, é a prestação de contas do que foi executado segundo a PAS. Deve apresentar os recursos investidos com a compra de medicamentos, quais os medicamentos adquiridos, além de valores empregados em outras atividades da AF.

Fonte: Adaptado (BRASIL, 2004).

Deste modo, o processo de gestão eficiente da política de AF é crucial e considerado estratégico para o alcance dos objetivos e otimização dos escassos recursos. E quanto a gestão da AF enfrenta desafios para sua construção como uma área ligada ao sistema de saúde brasileiro, mas é necessário que seja garantido o acesso e uso racional dos medicamentos, tendo

o usuário como centro das atividades (MENDES, 2013). É necessária ainda, como bem destaca Gerlak et al., (2017) a apropriação dos fatores condicionantes da gestão da AF, especialmente os críticos para qualidade das ações e que dificultam o alcance dos objetivos das políticas da AF no SUS. Esses fatores são passíveis de mudança, de acordo com a situação e necessidades, influenciando a tomada de decisão, a implementação de novas ações e os planejamentos futuros para a área.

3.5.1. Garantia da assistência farmacêutica no Tocantins

Para a adequação e organização de melhores resultados, a Portaria Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916/1998) estabeleceu como competência da gestão municipal algumas responsabilidades neste contexto (BRASIL, 1998) e são: coordenar e executar a AF no seu município, além de implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade e assegurar a dispensação adequada dos medicamentos.

Além disso, 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, bem como associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da AF. Portanto, a garantia ao acesso aos medicamentos e sua adequada utilização pelos usuários do SUS está diretamente relacionada ao suprimento dos medicamentos, bem como a sua dispensação.

A AF nos diferentes Estados do país não está fundamentada em uma lei única, mas em um conjunto de normativas, portarias e decretos. Os aspectos legais estruturantes do sistema de saúde brasileiro, a característica de país populoso e as imensas desigualdades regionais dão uma dimensão da complexidade de ter um sistema de saúde capaz de ser resolutivo e de atender as demandas da população, inclusive no âmbito farmacêutico (OPS, 2005). Desta forma, é fundamental a regionalização efetiva no âmbito do SUS. No Estado do Tocantins, a regionalização se deu em 2002 (TOCANTINS, 2002), aprovada no Conselho Intergestor Bipartite local, originando o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Assim, foram estabelecidos vários estudos nas reuniões da Câmara Técnica de Gestão da CIB, em articulação com gestores municipais e técnicos do Estado, que compuseram o 3º redesenho de Regionalização. A partir daí, foram definidas as novas sub-regiões de saúde que passaram a ser 15, aprovadas consoante a Resolução CIB -TO Nº 161/2012, através de critérios que definiram o recorte regional, de ações e serviços de saúde mínimos para composição da região em 05 eixos: atenção primária; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada; atenção

hospitalar e vigilância em saúde (TOCANTINS,2012).

Assim, diante dessas responsabilidades, algumas análises foram realizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Em 2015, o TCU realizou uma auditoria operacional para avaliar a gestão da AF básica na cidade de Palmas - TO. Na auditoria, evidenciou que os recursos são geridos com eficiência, evitando o desperdício e assegurando a oferta tempestiva e suficiente de medicamentos nas UBS. Analisou-se também, o nível de abordagem nos instrumentos de planejamento do SUS e no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite, além do ciclo da AF básica nas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. A fiscalização apontou diversas irregularidades. Foram verificadas também, as estruturas físicas inadequadas e infraestrutura de tecnologia da informação deficiente (TCU, 2015).

O TCU constatou que tais recursos podem ser geridos com mais eficiência, sem desperdícios, a fim de assegurar a oferta de medicamentos adequada às unidades de saúde, destacando a importância de utilizar os instrumentos de gestão de forma a incorporar essas estratégias relacionadas à AF com metas municipais pactuadas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e demais instrumentos de gestão. No que se refere a normativas, o MS em 2021, aprovou o repasse dos recursos financeiros de custeio, referentes ao terceiro ciclo de monitoramento de 2021 aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS).

3.6. ESTUDOS RELACIONADOS A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

No Brasil, a trajetória percorrida pela AF aponta avanços e ainda grandes desafios para sua consolidação como política de Estado, cujo objetivo é a atenção integral à saúde da população. No âmbito político, administrativo e social indicam um movimento gradativo de institucionalização da AF junto ao SUS, visando a garantia do acesso aos medicamentos e seu uso racional (GERLAK et al., 2017).

Faleiro et al., (2017) realizaram pesquisa sobre o financiamento da AF no SUS, e entrevistaram 369 (61,5%) secretários e 507 (84,5%) responsáveis pela AF. Em 70,8% dos municípios pesquisados existia sistema informatizado de gestão, e em 11,9% qualificação/capacitação dos profissionais. Mais da metade (51,3%) dos municípios receberam recursos destinados à estruturação da AF, quase 60% desses municípios realizaram este tipo de gasto. Em 35,4% dos casos, os secretários municipais de saúde afirmaram utilizar recursos de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) para cobrir

demandas de outros medicamentos, mas apenas 9,7% acreditaram que esses recursos são suficientes para atender à demanda. A existência de comissão permanente de licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos foi registrada em 40,0% dos municípios.

Diante disso, foram analisados como graves: os problemas deficitários; a baixa preocupação com a formalidade na execução dos recursos públicos; os gastos para atendimento de demandas individuais prejudicando as demandas da coletividade; a insuficiência de recursos destinados ao CBAF e a exaustão do modelo de financiamento (FALEIRO et al., 2017). Costa et al., (2017) em um estudo qualitativo dotado da técnica de análise de conteúdo, entrevistaram secretários municipais de saúde, gerentes da AF e funcionários responsáveis pela entrega de medicamentos nas farmácias e em unidades de dispensação sobre suas respectivas concepções sobre o que seria a AF. Este estudo fez parte da pesquisa nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos – serviços, 2015, contando com uma amostra bem representada de municípios brasileiros, divididos segundo suas regiões, bem como um contingente relevante de entrevistados que lidavam mais diretamente com a Atenção Básica.

As respostas mais frequentes à pergunta do estudo correlacionaram a AF com: 1) o controle logístico dos medicamentos, as atividades de caráter orientador e informativo sobre suas formas de utilização, e 2) abordagem ao usuário acerca do fármaco, com fins educativos. Os autores consideraram este um bom resultado, pois os achados revelaram um deslocamento de uma centralidade no medicamento para uma concepção mais ampliada que inclui o usuário e suas necessidades como o destinatário final dessas ações, o que é muito importante que esteja presente na mentalidade, tanto daqueles que gerem quanto, daqueles que operacionalizam.

Os pesquisadores ressaltaram que, paradoxalmente, houve pouca referência as concepções relacionadas à gestão e a integralidade da atenção daqueles que gerem e/ou lidam diretamente com o usuário, fato este que eles julgam como um fator fomentador da lentidão na mudança de orientação, visto que é um processo social e histórico, que independe de elementos técnicos, organizacionais e logísticos. A meta, portanto, permanece alcançar uma abordagem integralizada centrada no usuário. Discorrer sobre gestão no âmbito da AF e quanto à sua abordagem ao consumidor final, é de extrema importância pelo fato de ser um serviço essencial, que necessita de soluções ágeis para problemas repentinos. Lula-Barros e Damascena (2021), em seu estudo, analisaram como se deu a reorganização da AF nas secretarias de saúde ao longo de todo o Brasil durante a pandemia da doença do Coronavírus 2019 (COVID-19), cenário no qual usuários necessitavam manter seus tratamentos, porém, subitamente, não tinham mais o mesmo acesso.

Por meio de uma pesquisa documental, com documentos eletrônicos, as autoras

encontraram três principais categorias de discussão: garantia do acesso às tecnologias em saúde, tele farmácia; promoção do uso racional de medicamentos e segurança na dispensação. Como aplicar tais soluções de forma efetiva e eficaz, o mais célere possível, tendo considerações pelos fatores da integralidade, da resolubilidade e da economia, sem um bom e contínuo funcionamento de gestão? O resultado é a perda de usuários, tanto para óbitos, quanto para abandonos. Muitas pessoas que realizavam tratamento contínuo de doenças crônicas nas unidades de saúde o abandonaram, por receio da patologia viral que levou muitos a óbito – em especial doentes crônicos –, mas principalmente porque o sistema de saúde não soube, em primeiro momento, conservar a saúde e a segurança dessas pessoas, de forma que permanecessem aderidas ao tratamento (MALTA et al., 2021).

Visto que as ações e o desenvolvimento das políticas em AF – assim como as demais políticas públicas de saúde, como bem descrita pelas normas pertinentes são de responsabilidade das três esferas de gestão, a saber, federal, estadual e municipal. É imprescindível a participação ativa e dinâmica de tais atores, tal responsabilidade se dá na gestão do planejamento e na previsão de recursos orçamentários próprios, conforme suas metas pactuadas e de acordo com sua realidade local (NORA et al., 2019).

Conforme discutido por Nora et al., (2019) a participação dos profissionais responsáveis pela AF no processo de planejamento em saúde em 485 Municípios brasileiros e Distrito Federal, evidenciou que a referida política pública sendo um notório instrumento para a eficiência nos índices de saúde coletiva, apresenta uma baixa participação dos responsáveis (n = 417) na elaboração dos instrumentos de planejamento orçamentário e da saúde. Houve maior participação na elaboração do Plano Plurianual (PPA) (24%) e do Plano de Saúde – PS (52%). Em relação à Programação Anual de Saúde – PAS e ao Relatório Anual de Gestão – RAG. A pesquisa constatou maior conhecimento da presença de ações relacionadas à AF por aqueles que participaram da sua elaboração (67% e 69%, respectivamente).

Logo, ainda sobre o mesmo estudo, os resultados, de forma geral, apontaram baixa participação dos atores responsáveis pela AF municipal na elaboração das ferramentas de planejamento dos municípios e pouco conhecimento das ações previstas, sugerindo que os instrumentos de planejamento produzidos podem não condizer com a realidade dos serviços e com a alocação racional dos recursos aplicáveis à AF (NORA et al., 2019). Esta falta de participação nas etapas de planejamento e execução do ciclo dos medicamentos nos serviços de saúde municipais, causam importantes lacunas assistenciais, desencadeando, de diversas formas, desperdícios de energia e de recursos públicos. Assim, como descreve Remondi (2018), o farmacêutico é um importante componente para otimizar todo o ciclo do medicamento. O

autor ainda retrata uma importante etapa da AF: a seleção de medicamentos ofertados pelo SUS e seu alto impacto na eficiência dos serviços de saúde.

O autor descreve ainda, ações executadas em âmbito regional para normatização da prescrição de medicamentos, definição de um modelo e construção das relações municipais de medicamentos, criação de uma comissão de farmácia e terapêutica regionalizada e mapeamento de necessidades relacionadas a protocolos clínicos. Para o alcance dos objetivos, entretanto, é de extrema importância que não somente protocolos e diretrizes sejam construídos e que tecnologias sejam aplicadas, mas que o corpo de trabalhadores seja capacitado para a execução eficiente destas.

Soeiro et al., (2017) em um estudo sobre a avaliação da AF em um município do sul do Brasil, evidenciou a deficiência no contato do profissional da saúde (não somente farmacêuticos, mas todos aqueles que, em certo nível, se envolve com prescrições, como médicos e enfermeiros) com o usuário do sistema de saúde. O estudo se definiu como transversal e qualitativo. Foi realizado com 650 usuários da Atenção Básica e da Farmácia Central, por meio de entrevistas com fatores avaliativos baseados nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dentre todos os usuários, 51,4% tiveram suas prescrições atendidas, mas apenas 18,9% tinham compreendido plenamente as instruções escritas no receituário.

Quanto à capacidade gerencial e de planejamento da AF no município, foi utilizado o Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF), do MS, sendo este preenchido pelos profissionais da Farmácia Central e do almoxarifado de medicamentos. Dos 24 itens analisados no instrumento citado, metade se apresentaram no estágio 1 (pior avaliação) e metade no estágio 2. Nenhum alcançou o estágio 3, que seria o cenário ideal. Os autores evidenciaram que, de fato, há forte deficiência nessa assistência – especialmente no que tange à capacitação da equipe – e que a ausência de gestão efetiva pode resultar em desperdícios e no uso incorreto de medicamentos.

Soeiro et al., (2017), analisou a satisfação do usuário do sistema de saúde no concernente à AF na atenção primária brasileira. A pesquisa, transversal e exploratória, utilizou o método de teoria da resposta ao item, levando em consideração variáveis sociodemográficas e de saúde.

O resultado geral de satisfação com tais serviços assistenciais por parte da população foi de 58,4%. Índices mais específicos, como o quesito oportunidade/conveniência e o aspecto interpessoal, tiveram percentuais de 49,5 e 90,5%, respectivamente. Esses percentuais parecem apontar para a cultura do país, quanto para a necessidade da logística e capacitação técnica da AF. Os números indicam uma comunicação carismática, própria da maioria dos brasileiros, mas

não resolutive, porque tratou de um relacionamento bom, mas que não foi capaz de aumentar os índices gerais de satisfação e de aproveitamento das oportunidades.

Diante dessa complexa realidade, chama atenção também, desde a edição da Política Nacional de Medicamentos em 1998, a histórica e insuficiente disponibilização de recursos para viabilizar a contratação e fixação de farmacêuticos na rede pública, assim como para ampliar e qualificar a infraestrutura existente no país para o armazenamento, a conservação e dispensação dos medicamentos. Infelizmente, seguem predominando no SUS as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e as farmácias, cujos espaços são inadequados e impróprios para a adequada conservação dos medicamentos e para o bom atendimento farmacêutico aos usuários, assim como os locais sem a presença do farmacêutico durante todo o tempo de funcionamento (VIERA, 2008).

Em uma parcela notável dos Municípios e Estados, nessa área, faltam recursos humanos qualificados e em quantidade, além de boas condições estruturais, acarretando a falta de condições de trabalho, menor eficiência e diminuição da capacidade de resolução de problemas graves, como: perdas de medicamentos por expiração de validade ou armazenamento inadequado; falhas na dispensação; uso não racional; faltas frequentes de medicamentos; entre outros problemas (BRASIL, 2006). Os estudos aqui analisados, bem como as sugestões que trazem consigo, se constituem de experiências com resultados concretos e potencial de aplicabilidade em diferentes contextos de organização do SUS. Demonstrando, portanto, que a AF é um processo complexo, e que precisa estar presente em toda a cadeia de medicamentos que permeia no SUS.

De forma geral, o Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento legal, pois dele derivam outras ferramentas de gestão. O PMS explicita os compromissos e intenções da gestão de saúde pública municipal no período de quatro anos. A partir dele, é feita a Programação Anual de Saúde (PAS), ações anuais que serão desenvolvidas na saúde. E ainda, periodicamente, é também elaborado um Relatório de Gestão com os números de alcance das metas estabelecidas no PMS e PAS (BRASIL, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta pesquisa se apresenta de caráter qualitativo quanto à sua abordagem, descritiva quanto aos objetivos, e bibliográfica e documental quanto aos procedimentos. Conforme Bogdan e Biklen (1999), a pesquisa qualitativa objetiva, em suma, compreende a explicação de algum fenômeno. Em outras palavras, há subjetividades e nuances que não são possíveis de quantificar. Já as pesquisas descritivas caracterizam determinadas populações, fenômenos ou, então, estabelecem relações entre variáveis (GIL, 2010).

De início, toda pesquisa possui caráter bibliográfico em alguma etapa de sua construção. Contudo, há pesquisas nas quais muitos dados se originam de referências teóricas, que incluem material já publicado, como livros, artigos, periódicos, internet, entre outros. Neste levantamento, é possível encontrar consensos e divergências de um mesmo fenômeno (DEMO, 1996). Segundo Gil (2010), algumas pesquisas descritivas conseguem tanto fazer uma identificação simples das relações entre variáveis, quanto podem acabar servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias.

Em contrapartida, a pesquisa documental se baseia e tem por principais fontes de dados materiais que ainda não receberam tratamento analítico, podendo estes incluir jornais, diários, mapas, panfletos, pinturas, relatórios governamentais, fotografias, arquivos digitais, fitas, documentos históricos, entre tantos outros (GIL, 2010).

Ressalta-se ainda, que todos os documentos considerados e avaliados na presente pesquisa foram extraídos dos Diários Oficiais Municipais de Palmas, capital do Estado brasileiro do Tocantins, visando adaptar e modelar aquilo que já existe atualmente às novas tendências e linhas de gerenciamento governamental inteligente. Embora existam estudos que envolvam os assuntos, a literatura ainda é insuficiente para que se torne mais preciso tal diagnóstico situacional, especificamente no cenário da capital tocaninense.

4.2. AMOSTRA

A presente pesquisa analisou os diários oficiais publicados do município de Palmas - TO, entre o período de 2010 a 2021. Para tanto, pesquisamos o termo exato - assistência farmacêutica.

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão de documentos serão: diários oficiais publicados do município de Palmas - TO com a expressão exata assistência farmacêutica. As portarias de designação, remoção e outras relacionadas ao setor de recursos humanos não serão analisadas.

4.4. COLETA DE DADOS

Os documentos foram extraídos do Diário oficial do município de Palmas – TO referentes aos anos de 2010 a 2021. Para tanto, acessamos a plataforma (<http://diariooficial.palmas.to.gov.br/>>), entre o período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022 para extração de informações de interesse. Em seguida, foram compilados em tabelas todos os trechos referentes à Assistência Farmacêutica na gestão municipal.

4.5. ANÁLISE DE DADOS

Os dados gerados foram analisados a partir dos pressupostos da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), e desta forma, foram organizadas em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase inicial, foi realizada uma leitura flutuante do material, para verificar do que se tratava, a escolha dos documentos que foram analisados; constituição do corpus com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos materiais; formulação das hipóteses e objetivos e o preparo do material.

A segunda fase consistiu na exploração do material para a construção das operações de codificação, recortamos em unidades de registro. A palavra-chave assistência farmacêutica foi identificada, fizemos o resumo de cada parágrafo para realizar uma primeira categorização. Essas primeiras categorias foram agrupadas de acordo com os temas correlatos, e deram origem às categorias iniciais. As categorias iniciais foram agrupadas de acordo com a temática, que por sua vez, deu origem as categorias intermediárias e as categorias finais foram aglutinadas em função da ocorrência do tema. Desta forma obtivemos 5 categorias finais: estrutura organizacional da secretaria municipal da saúde e programas finalísticos de apoio; reorganização administrativa do poder executivo do município de Palmas-TO; transferências de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS); articulação a Assistência Farmacêutica e manutenção da Assistência Farmacêutica

A terceira fase compreendeu no tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A análise comparativa foi realizada por meio da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando nos aspectos considerados semelhantes. Portanto, os quadros elaborados versaram sobre os agrupamentos dos dados gerados com aspectos semelhantes.

Tais documentos, apesar de passarem por um processo analítico, trouxeram objetivamente as ações da gestão municipal em vários âmbitos da saúde, como na AF. Essas ações foram estabelecidas de forma pragmática, respondendo indiretamente ao questionamento por meio dos índices de alcance ou não das diretrizes e metas propostas. Logo, esta análise propôs uma visão geral ao longo do ciclo temporal proposto. Assim, os quadros compilados com os dados gerados da pesquisa, versaram sobre índices semelhantes ao longo do tempo e nos deu amplitude de percepção para discutir melhorias, dificuldades, cumprimento dos indicadores e número de metas relacionadas à área.

Neste contexto, visualizando tais respostas, buscamos, a partir disso, discutir o gerenciamento da AF, no âmbito do planejamento, através dos instrumentos legais, citando obras e legislações relevantes a cada aspecto abordado nos documentos.

4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa está alicerçada pelas normas que regulam a ética. O presente estudo se norteia pelas recomendações estabelecidas pela Resolução n° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, visto que esta pesquisa se enquadra como documental, procedimento este bastante comum aos estudos na área de humanas e/ou sociais. A referida Resolução, em seu Artigo 1º, Parágrafo Único, discorre quais tipos de pesquisa prescindem de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP. No inciso II deste parágrafo lê-se: “pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei n° 12.527, de 18 de novembro de 2011”, e no inciso III, lê-se: “pesquisa que utilize informações de domínio público” (BRASIL, 2016).

Pelo fato da pesquisa se encaixar nas condições dos incisos II e III do Parágrafo Único do Artigo 1º, dispensamos a avaliação ética do órgão público aos quais os documentos estudados pertencem, bem como não necessitamos utilizar de outras ferramentas, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento (TALE). Apesar do presente estudo não envolver seres humanos e/ou animais, a pesquisadora, de antemão, se comprometeu em basear a presente pesquisa na ciência e na verdade, fazendo o possível para atenuar a influência de opiniões, princípios e contextos pessoais dos mais diversos aspectos no resultado deste estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o conteúdo documental de 161 diários oficiais do município de Palmas - TO, entre os anos de 2010 e 2021. Destes diários, 44 apresentaram o termo Assistência Farmacêutica e 39 abordaram o objeto de estudo desta pesquisa, que é descrever as ações de garantia da AF em Palmas – TO, nos últimos anos. O critério de inclusão dos documentos analisados por esta pesquisa, foi os diários oficiais publicados do município com a expressão exata - Assistência Farmacêutica. Foram excluídas das análises as portarias de designação, remoção e outras relacionadas ao setor de recursos humanos.

As descrições e discussões a seguir expressam os principais pontos analisados e relatam como a AF foi organizada e gerida no município. O Quadro 4 consiste na apresentação da primeira categoria designada por Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal da Saúde e Programas Finalísticos de Apoio. Este quadro apresenta as questões da estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde que é responsável por gerir os programas finalísticos e constata que a gestão da AF está amparada na regulamentação do SUS. O quadro indica também, que os gestores da área da saúde em Palmas - TO, apresentaram ações de estruturação da AF para a garantia de sua funcionalidade ao longo dos anos analisados.

Mendes (2013) destacou, por exemplo, que a formalidade/estruturação da AF não é uma realidade na maioria dos municípios do país, embora essa estruturação esteja vinculada ao SUS. Desde a sua regulamentação em 1990, os municípios receberam uma série de responsabilidades que exigiram mobilização de conhecimentos, tais como: habilidades técnicas, gerencias e políticas, no que se refere à AF (FERREIRA; SOLER, 2021).

A partir de uma construção normativa da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Ministério da Saúde (MS); Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi articulada a regulamentação a Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998 (BRASIL, 1998) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004 (BRASIL, 2004), o que se entende como pontos fortalecedores da sistematização, garantia e estruturação da AF. Além disso, se compreende que no município, a garantia do acesso equitativo às ações de saúde inclui necessariamente, a execução da PNM, e isto está citado em alguns documentos analisados.

Ressaltamos que a AF, quando comparada com a assistência em saúde, possui um sentido mais amplo, pois é composta pelo conjunto de procedimentos dirigidos de forma coletiva ou individual aos usuários dos serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados à

atenção básica (CFF, 2016), que integra os serviços de saúde por meio dos cuidados farmacêuticos durante a dispensação (BRASIL, 2012).

As atividades desenvolvidas no âmbito da AF, segundo a PNM, têm como objetivo principal garantir o acesso da população a medicamentos fundamentais de qualidade, promovendo, desta forma, seu uso racional (BRASIL, 1998). Sendo assim, a AF é definida atualmente como um misto do processo de cuidado clássico, que inclui o uso do medicamento pelo usuário, as demandas associadas ao acompanhamento terapêutico e a continuidade do cuidado, o que mostra evolução em relação ao ciclo logístico tradicionalmente usado (SOARES; BRITO; GALATO, 2020).

Quadro 4 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre estrutura organizacional da secretaria municipal da saúde e programas finalísticos de apoio

NORMATIVA	CONTEÚDO GERAL	TRECHOS EXTRAÍDOS
Decreto Nº 143, de 21 de junho de 2010	Altera o Decreto nº 106, de 23 de outubro de 2009, que regulamenta a Lei nº 1.626, de 12 de agosto de 2009.	“Dispõe sobre os Programas Finalísticos e de Apoio” “Assistência Farmacêutica / Auditoria. Planejar, executar e avaliar continuamente cada fase do processo da Assistência Farmacêutica para garantir o cumprimento com qualidade, racionalidade, segurança e eficácia da oferta de medicamentos para a população” “adequar a legislação vigente relativa à assistência farmacêutica com orientação sobre uso e a posologia, com atendimento humanizado e personalizado ao usuário, assegurando a integralidade da prescrição” (p.05) Prefeito de Palmas
Decreto Nº 852, de 3 de setembro de 2014.	Dispõe sobre a estrutura organizacional e a denominação, simbologia e quantitativo dos cargos de provimento em comissão da Secretaria Municipal da Saúde, e adota outras providências	“Art. 1º A estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde é a seguinte: 1.7.1 – Gerência de Assistência Farmacêutica” (p.02) Secretário Municipal de Saúde

Fonte: Autoria Própria (2022).

A descentralização político administrativa em saúde possibilita aos municípios a transferência da gestão de serviços públicos e amplia a sua responsabilidade e seu poder de tomada de decisão. Desta forma, permite a ampliação do acesso à assistência terapêutica, incluindo a farmacêutica. A reorientação da AF requer um planejamento adequado e a

redefinição das atribuições das três instâncias gestoras (NORA et al., 2019).

É importante mencionar que as organizações municipais de saúde precisam contar com uma estrutura organizacional e de coordenação eficiente para planejar, implementar, controlar e, sobretudo, para coordenar a entrega dos serviços de saúde à população (SILVA; FONSECA, 2010). Na perspectiva municipal, uma estrutura importante é a secretaria do Município que se configura como órgão da administração direta, organizada com a competência de assessorar o(a) prefeito(a), na execução das suas atribuições legais. As atividades das secretarias municipais são executadas complementarmente, por meio das coordenadorias, das assessorias e das entidades da administração indireta, de forma legal.

A estrutura organizacional básica de cada uma das secretarias municipais, incluindo a da saúde, compreende além de outros, o nível operacional - representado pelas gerências e suas respectivas divisões e o nível instrumental - representado pelos órgãos e unidades que compõem as diretorias e gerências de gestão e finanças setoriais de cada órgão. Por isso, é necessário que os serviços da AF estejam organizados, estruturados e integrados aos demais serviços de saúde, garantindo a disponibilidade de medicamentos, bem como sua qualidade e conservação. (BRASIL, 2020). Os serviços farmacêuticos são importantes na atenção assistencial com foco na efetividade e na segurança terapêutica, além disso, são importantes para avaliar, obter e difundir informações sobre os medicamentos e sobre a saúde na perspectiva da educação em saúde e da educação permanente das equipes (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, consideramos relevante o papel do farmacêutico, embora apenas um único diário oficial tenha apresentado a descrição da gerência da AF como parte da estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas-TO, o que corrobora para esta discussão sobre a fundamental importância dessa estruturação e o envolvimento de profissionais farmacêuticos, uma vez que esses profissionais são necessários no desempenho de funções de gestão nos programas, políticas e serviços ligados a AF.

Entretanto, quando se olha para outros cenários como o demonstrado pelo estudo de Carvalho e Neto (2018), que avaliou o profissional farmacêutico no âmbito do SUS em um município de Minas Gêrias e evidenciou que o papel do farmacêutico no SUS precisa ser mais bem compreendido pela gestão em saúde e demais profissionais de saúde, pois o cenário apresentado não é o ideal para a construção de uma política de AF efetiva, o que limita a estrutura organizacional.

Logo, há necessidade de reestruturação da AF municipal, pois é notório que o papel do farmacêutico, no âmbito do SUS municipal, está restrito as atividades administrativas com garantia apenas do fornecimento do medicamento aos diversos pontos de distribuição,

impactando na estrutura organizacional. Visto que, o profissional farmacêutico, na maioria das vezes, é reconhecido como aquele que entrega medicamento, esta leitura sobre o seu papel está relacionada às atividades desenvolvidas e por ainda estarem enraizadas no julgamento das outras categorias profissionais e da própria sociedade civil, portanto é necessário repensar essa visão limitada (CARVALHO, 2016).

Os trechos mencionados nos diários oficiais de Palmas – TO, perpassam as questões de cargos, funções gratificadas e servidores. Essas menções são importantes, pois entende-se que a estrutura da AF necessita de profissionais qualificados para que as demandas de trabalho sejam atendidas adequadamente. No entanto, esses servidores deveriam ser inseridos no organograma municipal de serviços e essas informações deveriam ser dispostas com mais frequência nos diários, fortalecendo, assim, a relação entre os farmacêuticos e outros profissionais e entre os farmacêuticos e a população assistida (CARVALHO, 2016).

O farmacêutico desenvolve atividades tanto técnicas quanto gerenciais e clínicas na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, integra a equipe multiprofissional e intersetorial, o objetivo do seu trabalho é garantir o acesso a medicamentos, à promoção de seu uso racional e educação em saúde, entre outros (ARAÚJO et al., 2017). Esse movimento fez parte da própria construção no SUS, que se iniciou com a luta pela garantia do acesso aos medicamentos, com a garantia da segurança e sua eficácia, nos tempos atuais as atenções se voltam ao cuidado com os usuários, envolvendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (BARBOSA, 2017).

Atualmente, o profissional farmacêutico no sistema de saúde participa da gestão, da tecnologia, do cuidado com as pessoas e com as famílias da comunidade. Além disso, é indispensável para organizar os serviços necessários para o desenvolvimento da AF (CARVALHO, 2016). Por isso, é necessário que esteja disposto na estruturação dos serviços e secretaria. Neste sentido, um estudo publicado em 2017 investigou a AF em 506 municípios brasileiros e identificou que em 24% deles o organograma da secretaria municipal da saúde não está formalizado com toda a sua estrutura de serviços e fluxos de trabalhos (GERLACK et al., 2017). Além deste estudo, Almeida et al., (2018); Lourenço et al., (2018); Meneses et al., (2018) e Chiaroti et al., (2017), apresentaram evidências de que intervenções organizacionais fortalecem a gestão técnica da AF, reduzindo custos e melhorando o acesso aos medicamentos.

Outro estudo de caráter transversal, integrante da pesquisa nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos, de natureza avaliativa, composta por um levantamento de informações, numa amostra representativa de municípios estratificada pelas regiões do Brasil em 2015, entrevistou os secretários municipais de saúde, responsáveis

pela AF e farmacêuticos responsáveis pela dispensação dos medicamentos (SOUZA et al., 2017). O referido estudo mostrou um processo de institucionalização (organização, estrutura e financiamento) heterogêneo e parcial da assistência farmacêutica em municípios brasileiros, mostrando especialmente as desigualdades regionais. Os aspectos normativos da institucionalização foram positivos. Entretanto, destacaram a necessidade de novos estudos para avaliar a institucionalização das atividades finalísticas da AF (SOUZA et al., 2017).

Desta forma, as publicações nos diários oficiais estabeleceram a estruturação das secretarias de saúde, delegaram funções gestoras a esses profissionais e ampliaram o leque de possibilidades da AF no SUS ser mais bem desempenhada. Ademais, a AF é reconhecida formalmente na estrutura organizacional da secretaria municipal da saúde em Palmas - TO, mas outros fatores são importantes na sua efetividade e garantia.

No Quadro 5, apresentamos a segunda categoria intitulada Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Palmas - TO que discorre sobre a competência da Secretaria Municipal da Saúde em promover a AF no âmbito do SUS, conforme legislação vigente. Logo, entendemos que o poder executivo, representante da administração pública municipal para o exercício de suas atividades, dispõe de órgãos e unidades próprias da administração direta e indireta integrados, com o objetivo de propiciar o desenvolvimento econômico e social do Município, o que foi destacado em alguns diários analisados.

Durante a pesquisa, notamos que as competências da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas - TO, referente a AF, foram apresentadas nos diários oficiais até o ano de 2019. Entendemos que seria relevante que, as competências da secretaria da saúde continuassem sendo publicadas nos diários oficiais, para normatizar e tornar público as ações realizadas na AF do município.

Quadro 5 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre reorganização administrativa do poder executivo do município de Palmas - TO

NORMATIVA	CONTEÚDO GERAL	TRECHOS EXTRAÍDOS
Lei nº 1755, de 25 de novembro de 2010	Dispõe sobre a Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Palmas - TO, na forma que especifica.	“Art. 27. Compete à Secretaria Municipal da Saúde: III - promover a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, conforme legislação vigente” (p.11) 1ª Secretária

<p>Medida Provisória nº 01, de 1º de janeiro de 2013.</p>	<p>Dispõe sobre a Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Palmas - TO, na forma que especifica.</p>	<p>“Art. 28. Compete à Secretaria Municipal da Saúde: III - promover a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, conforme legislação vigente” (p.07) Prefeito de Palmas</p>
<p>Medida Provisória nº 5, de 19 de janeiro de 2017.</p>	<p>Dispõe sobre a Reorganização administrativa do Poder Executivo do município de Palmas - TO, na forma que especifica, e adota outras providências.</p>	<p>“Art. 32. Compete à Secretaria Municipal da Saúde: I - estabelecer e executar a política municipal de saúde, em consonância com suas diretrizes e com os princípios do SUS, II - prestar serviços de atenção à saúde da população nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; III - promover a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, conforme legislação vigente” (p.20) Prefeito de Palmas</p>
<p>Decreto Nº 1.806, de 21 de outubro de 2019</p>	<p>Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde conforme especifica, e adota outras providências.</p>	<p>“Art. 2º São mantidos os atuais ocupantes dos cargos com nomenclaturas alteradas a seguir especificados: I - Gerente de Assistência Farmacêutica, simbologia DAS- 7, para Gerente de Apoio Administrativo” (p.01) Prefeito de Palmas</p>
<p>Portaria nº 829/ SEMUS/GAB/ ASSEX/GGPPF, de 29 de outubro de 2021</p>	<p>Altera a Portaria nº 798/SEMUS/GAB, de 30 de julho de 2019, que dispõe sobre Gratificações de Atividade Finalística e Técnica no SUS (GSUS) no âmbito da Administração Central da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências.</p>	<p>“Art. 2º São mantidos os atuais ocupantes das funções com nomenclaturas alteradas a seguir especificadas: XVIII - Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica - GCTR II para Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica - GCTR III” (p.35) Secretário da Saúde de Palmas</p>

Fonte: Autoria Própria (2022).

As normativas supracitadas no quadro 5, evidenciam que a Secretaria Municipal da Saúde estabelece e executa a política municipal de saúde em Palmas - TO, relacionada a AF, em consonância com suas diretrizes e com os princípios do SUS. Para tanto, são importantes a

execução de suas obrigações legais na prática. Nesta perspectiva, o estudo de Ferreira e Soler (2021) investigou a prática de governança e gestão técnica da AF no município de Xinguara – PA, e evidenciaram que há necessidade de o planejamento municipal explicitar as ações de AF articuladas à coordenação técnica de AF vinculadas aos instrumentos de gestão.

Gerlack et al. (2017) destaca que a gestão da AF se encontra respaldada em um arcabouço legal e político, que deveria nortear e contribuir para melhoria da AF no SUS. No entanto, na realidade se nota que há uma divergência entre os objetivos estabelecidos por essas normativas e o que se observa na realidade. Desta forma, embora os diários oficiais apresentem as obrigatoriedades quanto a AF para garantir a sua funcionalidade, na prática, nos municípios nem sempre é cumprida da maneira estabelecida na normativa.

É importante citar nesse contexto que historicamente a AF nos últimos anos obteve grandes progressos, primeiramente com a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, por meio da Portaria GM/MS Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 (ÁLVARES et al., 2017) e posteriormente com a Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004 com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Ressaltamos ainda que, por meio das diretrizes da PNM, foi proposto a reorientação da AF, baseada em um modelo que não se limite somente à aquisição e distribuição de medicamentos, mas que é fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição, e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução dos custos e uma maior efetividade da AF (BRASIL, 1998).

No entanto, a AF tem importantes problemas a nível municipal no SUS. Neste sentido, destaca-se as dificuldades na gestão do amparo farmacêutico para oferecer os serviços com qualidade, pois os municípios brasileiros têm evidenciado uma série de fragilidades no tocante à descentralização dos atos e da aptidão dessa gestão, principalmente no campo da atenção primária à saúde.

As análises dos diários oficiais do município de Palmas – TO, evidenciou baixa incorporação das normativas amparando a gestão da AF ao longo dos anos avaliados. Outras experiências divergem da apresentada, a exemplo da demonstrada por Almeida et al., (2018), que registrou a estruturação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no Pará, reconhecendo a relevância do processo de seleção de medicamentos essenciais, bem como, a importância da padronização de medicamentos a fim de melhorar a gestão clínica da AF no Estado do Pará. Destaca-se ainda que, a relação municipal de medicamentos essenciais foi obtida a partir do planejamento estratégico situacional para a assistência municipal, representando um considerável avanço para a Gestão Técnica da AF e gestão clínica do

medicamento, proporcionando novos espaços para a equipe multiprofissional e melhoria da gestão da AF no município de Belém - PA (ALMEIDA et al., 2018).

No Quadro 6 destaca-se a quarta categoria definida como Transferências de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), descreve sobre as transferências fundo a fundo do SUS na AF. Neste sentido, é importante analisar sobre o que seriam essas fontes de financiamento e fundo de financiamento. Sabemos que a Lei Orgânica do Município combinada com outras legislações confere ao Município o gerenciamento de forma autônoma do Fundo Municipal de Saúde, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde. Portanto, os recursos financeiros destinados à implantação, consolidação e manutenção de serviços do SUS no Município seguem esta configuração de gerência.

Quadro 6 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre transferências de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS)

NORMATIVA	CONTEÚDO GERAL	TRECHOS EXTRAÍDOS
Lei nº 1757, de 14 de dezembro de 2010	Dispõe sobre as diretrizes para elaboração da Lei Orçamentária para o exercício financeiro de 2011.	<p>“5.3. Transferência recursos do SUS Foram utilizadas as seguintes hipóteses de participação nas Transferências Fundo a Fundo do SUS: População de Palmas -TO em 2011, 196.453 habitantes; Assistência Farmacêutica: De acordo com a Portaria nº 2.982 de 26/11/2009: Para o recurso tripartite o valor transferido pela União é de R\$ 5,10 per capita; Farmácia Popular: Considerando a Portaria nº 2.587 de 06/12/2004, o financiamento da Farmácia Popular será de R\$ 10.000,00/mês, perfazendo R\$ 120.000,00/ano” (p.19) Prefeito de Palmas</p>
Lei nº 1.825, de 24 de novembro de 2011.	Dispõe sobre as diretrizes para elaboração da Lei orçamentária para o exercício de 2012.	<p>“5.3. Transferência recursos do SUS Foram utilizadas as seguintes hipóteses de participação nas Transferências Fundo a Fundo do SUS: População de Palmas -TO em 2009, 188.645 hab, em 2010, 193.939 hab, em 2011, 228.332 hab, e em 2012, 230.000 hab. Programa de Assistência Farmacêutica - Farmácia Popular - Considerando a Portaria nº 2.587 de 06 de dezembro de 2004, o financiamento da Farmácia Popular será de R\$ 10.000,00/mês, perfazendo R\$ 120.000,00/ano; e de acordo com a Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009 e de R\$ 2,36 per capita para Medicamentos do Elenco de Referência para o ano de 2012; de acordo com a Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009; Recurso Tripartite: União repassa R\$</p>

		<p>5,10 per capita será de para 2012 o valor de R\$ 1.173.000,00; e anos seguintes crescimento de 4% A.A.”</p> <p>(p.09)</p> <p>“Anexo de metas e prioridades</p> <p>Ação: Manutenção da Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde – Produto: Medicamentos Distribuídos”</p> <p>Ação: Manutenção da Política de Assistência Farmacêutica em Resposta às Demandas – Produto: Demandas Judiciais Atendidas” (p.19)</p> <p>Prefeito de Palmas</p>
<p>Lei Nº 1.887, de 29 de maio de 2012.</p>	<p>Altera a Lei Nº 1.832, de 28 de dezembro de 2011, Lei Orçamentária Anual de 2012. Receita por grupo de fonte de financiamento Exercício 2012.</p>	<p>“Transferências Correntes-Programa de Assistência Farmacêutica Básica” (p.02)</p> <p>Prefeito de Palmas</p>
<p>Lei nº 2.106, de 2 de janeiro de 2015</p>	<p>Dispõe sobre a Revisão do Plano Plurianual 2014-2017, instituído pela Lei nº 2.021 de 08 de janeiro de 2014.</p>	<p>“Programa Temático: SAÚDE HUMANIZADA - Cobertura da Assistência Farmacêutica à população – Índice Atual: 52% - Índice Esperado: 97%”</p> <p>(p.04)</p> <p>“Objetivo: Garantir assistência farmacêutica integral a população através de atendimento humanizado, com ênfase na necessária segurança, eficácia, qualidade e promoção do uso racional de medicamentos no âmbito do SUS”</p> <p>“Ação: Manutenção da Política de Assistência Farmacêutica Demanda judiciais – Produto: Demanda Judiciais atendida”</p> <p>“Ação: PPA - P - Manutenção dos Serviços da Assistência Farmacêutica – Produto: Serviço da Assistência Farmacêutica Mantido”</p> <p>(p.06)</p> <p>“Ações incluídas: Manutenção da Política de Assistência Farmacêutica por Demandas Judiciais; Manutenção dos Serviços da Assistência Farmacêutica”</p> <p>“Ações incluídas: PPA - P - Manutenção dos Serviços da Assistência Farmacêutica”</p> <p>(p.47 e 48)</p> <p>“Fontes de Recursos dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, por Grupo de Natureza de Despesa: Transferências De Recursos Do Sus – Assistência Farmacêutica Básica” (p.55).</p> <p>“Despesas dos orçamentos fiscais e da seguridade social, segundo órgão, unidade orçamentária, por fonte de recursos, Grupo de natureza de despesa e modalidade de aplicação:</p> <p>transferências de recursos do sus –</p>

		assistência farmacêutica básica” (p.80) Prefeito de Palmas
Decreto de 26 de março de 2015	Abre Crédito Adicional Suplementar para reforço das dotações constantes do Orçamento do exercício de 2015.	“Art. 2º Os recursos necessários à execução do disposto no artigo 1º decorrerão da: (...) c) Superavit Financeiro apurado no Balanço Patrimonial do exercício anterior de recursos provenientes de transferência de SUS Assistência Farmacêutica - (Fonte 0407) no valor de R\$ 558.663,44 (quinhentos e cinquenta e oito mil seiscientos e sessenta e três reais e quarenta e quatro centavos), conforme indicado no Anexo I deste Decreto” “Suplementação créditos adicionais: PPA - P - Manutenção dos Serviços da Assistência Farmacêutica” (p.07) Prefeito de Palmas
Decreto nº 1.032, de 29 de maio de 2015.	Estabelece a programação financeiro Município de Palmas para o exercício de 2015.	“Transferências de Recursos do SUS - Assistência Farmacêutica Básica- Programa de Assistência Farmacêutica Básica” (p.25) “Transferências de recursos do SUS - assistência farmaceutica Básica Custeio” (p.27) Prefeito de Palmas
Decreto nº 1.388, de 23 de maio de 2017	Limita o empenho das dotações constantes da Lei nº 2.293, de 24 de fevereiro de 2017 (contingenciamento dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social de 2017), na forma que especifica.	“Transferências do SUS – Assistência Farmacêutica Básica” (p.01) Prefeito de Palmas

Decreto nº 1.417, de 20 de julho de 2017.	Altera o Anexo Único ao Decreto nº 1.388, de 23 de maio de 2017, que limita o empenho das dotações constantes da Lei nº 2.293, de 24 de fevereiro de 2017 (contingenciamento dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social de 2017).	“Transferências do SUS – Assistência Farmacêutica Básica” (p.04) Prefeito de Palmas
Decreto nº 1.461, de 20 de setembro de 2017.	Altera o art. 2º e o Anexo Único ao Decreto nº 1.388, de 23 de maio de 2017, que limita o empenho das dotações constantes da Lei nº 2.293, de 24 de fevereiro de 2017 (contingenciamento dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social de 2017).	“Transferências do SUS – Assistência Farmacêutica Básica” (p.01) Prefeito de Palmas

Fonte: Autoria Própria (2022).

Sobre esta categoria, é importante situar o histórico sobre a transferência fundo a fundo, no ano de 2007, com a publicação da Portaria nº 204/GM, ocorreu a regulamentação do 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 (BRASIL, 2007). Esses blocos de financiamento passaram a ser constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados, e os recursos federais que compõem cada bloco, foram transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo (BRASIL, 2007).

Um desses blocos de financiamento se destinam à AF e passam a ser constituídos por três componentes: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) (BRASIL, 2007). Ainda em 2007, destaca-se a criação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, responsável por desenvolver diversas ações, como: a organização de eventos, sendo o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos o principal deles, foi a partir das discussões do

congresso que foram produzidos materiais educativos, a recomendação de ações regulatórias e várias campanhas (BERMUDEZ et al., 2018).

As fontes de financiamento estão organizadas por fundos em cada instância de governo e os processos decisórios ocorrem por consenso em Comissões (Tripartite em nível nacional - CIT e Bipartites nas Unidades Federadas) (CONILL, 2017). Os serviços de alta complexidade são de responsabilidade da União, a média complexidade é garantida por Estados e a atenção básica pelos Municípios. Um aspecto positivo na implementação do SUS foi o incremento da atenção básica desde o final da década de 1990 (CONILL, 2017).

Inicialmente, um programa denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF) passou a ser considerado com suas equipes, o principal caminho para reorientação do modelo assistencial. Essas equipes são constituídas por médicos, dentistas, pessoal de enfermagem e agentes comunitários, que atuam nas unidades básicas de saúde e devem ser a porta de entrada do SUS, ou seja, estão em instância de atenção básica, que portanto, são geridas pelos municípios.

Ainda sobre a análise dos diários, são apontados o Fundo Municipal de Saúde, que é vinculado à Secretaria Municipal da Saúde, como instrumento de gerenciamento autônomo dos recursos financeiros destinados à implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde - SUS, no Município.

Assim, o direito à vida associado a criação do SUS, após a constituinte, é um dos mais importantes direitos sociais e gera alto impacto financeiro para que seja integralmente atendido. Como direito do cidadão e dever fundamental do Estado em suas três esferas, essa responsabilidade gera discussões vastas, especialmente referentes à AF que representa uma parte importante do custo financeiro e demanda populacional (DEMARCHI; FONTANA, 2020). Nesta perspectiva, em 1998, uma importante política foi criada, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998), tendo como diretrizes: adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); reorientação da assistência; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção; garantia da segurança; eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 1998). Logo, a AF possui componentes que garantem o cumprimento dos parâmetros internacionais de direitos humanos. O Estado tem o papel e a responsabilidade de assegurar medicamentos em todo território brasileiro, sendo eles voltados à atenção de baixa, média e de alta complexidade (FERREIRA; SOLER, 2021).

O Componente Básico da AF (CBAF) é financiado pelas três esferas (Municipal, Estadual e Federal). Os recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados

aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, incluídas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2004). O CBAF é uma estratégia de gestão de financiamento da AF que se alinha ao entendimento de descentralização e de responsabilidade dos entes financiados. O montante per capita oriundo da União é repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal (BRASIL, 2016).

Os Estados, em contrapartida, realizam repasse de recursos financeiros ou fornecem, diretamente, medicamentos aos municípios. Os municípios, também, devem realizar transferências destinadas a cobertura de ações de AF básica com os recursos do tesouro municipal (BRASIL, 2016). Assim, de acordo com o Programa Qualifar, um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais podem ser aplicados em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e na qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica (BRASIL, 2004). Assim, é crucial que as atividades da AF sejam executadas de forma a garantir efetividade e segurança no processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde, melhorando os resultados clínicos, econômicos e aqueles ligados à qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2011).

Os medicamentos que fazem parte do componente especializado são divididos em três grupos. O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde. O Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, o financiamento, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. No Grupo 3, os medicamentos se configuram como de responsabilidade das secretarias de Saúde dos municípios e do Distrito Federal para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação (DEMARCHI; FONTANA, 2020). Os critérios gerais para a definição de cada grupo são: complexidade do tratamento da doença, garantia de integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS (DEMARCHI; FONTANA, 2020).

Outro ponto importante, é a previsão de recursos orçamentários, esta é composta pela Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), pelo Plano Plurianual (PPA) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (DEMARCHI; FONTANA, 2020). Ressaltamos que a AF se insere na diretriz de garantia do acesso da população à AF no âmbito do SUS, por meio de atendimento humanizado, fornecimento de produtos com qualidade e em tempo adequado. Neste sentido, busca-se garantir assistência farmacêutica integral a população com ênfase na necessidade, segurança, eficácia, qualidade e promoção do uso racional de medicamentos no âmbito do SUS (DEMARCHI; FONTANA, 2020).

Entretanto, existem as dificuldades do Estado brasileiro para garantir o fornecimento de medicamentos aos necessitados, o que inclusive gera demandas judiciais objetivando constranger os entes da federação a fornecerem medicamentos para os mais diferentes tratamentos (DEMARCHI; FONTANA, 2020). Logo, essas demandas judiciais provocam significativo impacto nos orçamentos públicos, o que causa severa intervenção judicial na programação financeira, especialmente dos Estados e Municípios, que por vezes, têm importante parcela dos seus recursos destinada a atender às determinações judiciais (DEMARCHI; FONTANA, 2020).

No que se refere ao financiamento, o estudo realizado por Barros et al., (2017) que avaliou várias dimensões da AF, observou que na área de financiamento, os resultados de acesso total a medicamentos relacionados à realização de gasto com a estruturação da AF foram próximos entre locais onde os responsáveis pela AF afirmaram não haver gasto (61,5%) e locais onde houve (59,2%). Já Fritzen, Motteri e Paniz (2017) pesquisaram sobre adesão a medicamentos do componente especializado e trouxeram a discussão sobre este componente necessitar de programação, a fim de evitar a irregularidade no acesso, que sugere uma importante limitação das políticas de medicamentos no país e impactos relacionados ao seu financiamento.

O estudo de Alves (2020), com o objetivo de descrever o desenvolvimento da capacidade técnica e de gestão dos serviços da AF na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios da região do Alto Tietê - São Paulo, notou que as fragilidades identificadas na AF na região, remetem à insuficiência de recursos humanos, farmacêuticos e à falta de capacitação para o Uso Racional de Medicamentos (URM), comprometendo desde a prescrição até o uso seguro pela população. As potencialidades se referem à gestão da AF nas esferas administrativa e logística. Por meio da análise documental, não foi possível identificar quais tipos de fragilidades o município de Palmas - TO apresenta nesse campo. No período analisado, se observou os valores de transferência de recursos que não apresentaram aumento substancial, o que possivelmente trouxe limitações para execução das ações da AF ao longo dos anos.

A análise dos diários oficiais destacaram que a estimativa das receitas do Município de Palmas - TO está fundamentada em dois métodos, que variam de acordo com as rubricas de interesse para projeção. Para as receitas que são administradas pelo Município e outras vinculadas diretamente ao desempenho de uma ou duas variáveis conhecidas, foi utilizado o modelo incremental de projeção pela série histórica de arrecadação. Para as receitas de transferências constitucionais legais, foi utilizado o método de hipótese de participação no total a ser distribuído. Assim, no modelo incremental de projeção pela série histórica de arrecadação,

obtem-se a previsão de uma receita através da soma da arrecadação mensal, ao longo dos últimos 12 (doze) meses anteriores (base de cálculo), corrigida por parâmetros de preço (efeito preço), de quantidade (efeito quantidade) e de mudança de aplicação de alíquota em sua base de cálculo (efeito legislação). Este método busca prever o comportamento da arrecadação de uma determinada receita a partir de sua variação em meses passados.

No modelo de hipótese de participação, considera-se que a transferência ao Município dependerá de critérios de distribuição/participação que variarão de acordo com o objetivo do ente transferidor, e em alguns casos do volume total previsto para distribuição.

Partindo agora para outra temática da mesma categoria analisada, notamos nos diários oficiais a temática Programa de Assistência Farmacêutica e Farmácia Popular.

Em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), foi instituído visando a disponibilização de medicamentos em farmácias populares, por intermédio de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, como também rede privada de farmácias e drogarias (BRASIL, 2004). Inicialmente, o Programa foi criado na modalidade Rede Própria 1, por meio do Decreto nº 5.090, de maio de 2004. Esse decreto regulamentou a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que trata da disponibilização de medicamentos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) mediante ressarcimento (BRASIL, 2004).

O artigo 4º do Decreto nº 5.090/2004, diz que o PFPB foi criado como uma alternativa de acesso, sendo complementar ao SUS. O programa teve o intuito de garantir medicamentos a toda população brasileira de forma equânime, com o objetivo de expandir o acesso da população aos medicamentos, além de diminuir os gastos no orçamento familiar com medicamentos de uso contínuo (TRINDADE, 2018). O PFPB foi operacionalizado pela Fiocruz que executou a compra dos medicamentos, coordenou a estruturação dos estabelecimentos, abasteceu as unidades com os insumos e capacitou os profissionais envolvidos. Além disso, firmou-se um acordo com o MS, e em parceria com os Municípios, Estados e as instituições de ensino públicas, privadas e filantrópicas (BRASIL, 2004).

O programa foi implementado e gerido exclusivamente pelo ente federal, com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos, mediante sua disponibilização a baixo preço, tendo como público preferencial a população de baixa renda não usuária do SUS (BERMUDEZ et al., 2018). Em 2006, foi lançado o programa Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), que possibilitou a expansão do PFPB por meio de parcerias com farmácias privadas, permitindo o credenciamento destas para venda de medicamentos à população pelo sistema de copagamento (EMMERICK et al. 2015).

Na Portaria nº 491/GM de 2006, o MS ampliou o PFPB e adotou um sistema de copagamento (BERMUDEZ et al., 2018). Em 2017, a estrutura do PFPB que foi definida em 2004, foi modificada com o fim da modalidade Rede Própria, decisão tomada após discussão entre o MS e a Comissão Intergestores Tripartite, no dia 30 de março de 2017 (TRINDADE, 2018). Nesta reunião ficou decidido pelo fim do repasse de manutenção às unidades da Rede Própria do PFPB, o valor de R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais), bem como a operacionalização das unidades pela Fiocruz. Ficou decidido a ampliação de recursos, passando de R\$ 5,10 para R\$ 5,58 por pessoa, mensalmente, para os municípios efetuarem a compra de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (TRINDADE, 2018).

O repasse fundo a fundo passou a suprir a falta do funcionamento das unidades Rede Própria do PFPB e, contudo, concedeu mais liberdade aos municípios na aquisição dos medicamentos nos serviços da Atenção Básica conforme a sua especificidade (TRINDADE, 2018). Segundo Mattos et al., (2019), a AF na Atenção Básica (AB) e o Programa Farmácia Popular (PFPB), a partir da visão de gestores de esferas subnacionais do SUS, notaram que há uma concorrência nas falas, ao maior direcionamento de recursos federais para o PFPB, em contraste à falta de reajuste do componente básico da AF. Destacaram ainda, que há uma possível interferência no mercado – o que dificultaria a aquisição –, à sobreposição dos medicamentos, o que levou alguns gestores a optarem por não ofertar as medicações do PFPB na AF. Neste sentido, houve uma migração de usuários de uma modalidade para outra e aos diferentes modelos de atenção e cuidado (MATTOS et al., 2019). De acordo com Vieira (2008), em relação à aquisição dos medicamentos no programa, destaca-se: os aspectos como restrição de repasses financeiros; dificuldades com as normas; corrupção; falta de transparência; processos licitatórios e não adesão dos fornecedores.

Em outro estudo, entretanto documental, ao objetivar a distribuição dos medicamentos essenciais para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, o PFPB apresentou algumas vantagens na eficiência logística, garantindo a disponibilidade de medicamentos e facilidade de acesso às farmácias conveniadas brasileira (ALMEIDA; VERÁS, 2017). No entanto, se denota que os usuários do sistema público de saúde, que deveriam estar utilizando a AF pública convencional, que distribui gratuitamente remédios à população, necessitavam de outra forma de atendimento, por causa das deficiências nessa assistência pública (ALMEIDA; VERÁS, 2017).

Embora o PFPB tenha sido considerado importante como alternativa, foram sugeridas melhorias operacionais e estratégicas para se tornar mais efetivo no acesso aos remédios pela população brasileira (ALMEIDA; VERÁS, 2017).

No Quadro 7, apresentamos a exposição da quarta categoria intitulada Articulação a Assistência Farmacêutica, que descreve vários pontos importantes da AF que são: a Central de Abastecimento de Medicamento (CAF); a reestruturação das comissões de farmácia; a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica; a dispensação de medicamentos; a REMUME e o HÓRUS.

Quadro 7 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre articulação a Assistência Farmacêutica

NORMATIVA	CONTEÚDO GERAL	TRECHOS EXTRAÍDOS
Decreto nº 7.508 de junho de 2011	Dispõe sobre o fluxo de dispensação de medicamentos no âmbito da gestão municipal do SUS e dá outras providências.	<p>“Art. 1º Dispor, a partir das normas e pactuações realizadas no âmbito da gestão do SUS e nas práticas baseadas em evidências científicas, sobre o fluxo para a dispensação de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais-REMUME”</p> <p>“1º A dispensação de medicamentos da REMUME, nas unidades próprias da Rede Municipal de Assistência Farmacêutica, é exclusiva aos usuários residentes no município de Palmas-Tocantins”</p> <p>(p.10) Secretário de Saúde de Palmas</p>
Portaria n.º 261, de 05 de maio de 2014.	Revoga a Portaria nº 461, de 23 de agosto de 2007, que constitui a Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências.	<p>“Art. 1º Reestruturar a Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal da Saúde”</p> <p>(p.11)</p> <p>“Regimento Interno Capítulo I - Definição e Finalidade”</p> <p>“Art. 1º Reestruturar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) de Palmas”</p> <p>“Art. 2º A CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do município de Palmas (REMUME)”</p> <p>“Art. 3º Tem a finalidade de disciplinar a seleção e a padronização de medicamentos a serem utilizados na Atenção Básica</p>

		<p>Municipal e assessorar o setor de Assistência Farmacêutica Municipal” (p.12) Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>Portaria n.º 260, de 05 de maio de 2014.</p>	<p>Altera a Portaria n.º 141, de 31 de março de 2014 que Institui a Central de Abastecimento Farmacêutica – CAF no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências.</p>	<p>Parágrafo Único: O profissional Odontólogo responsável pelas atividades descritas no artigo 4º, inciso XX passará a compor a equipe de Assistência Farmacêutica, respondendo hierarquicamente a mesma. (p.11) Secretário Municipal de Saúde</p>
<p>Resolução n.º 19, de 13 de maio de 2015.</p>	<p>O Plenário do Conselho Municipal da Saúde de Palmas, em sua 5ª Reunião Ordinária do ano de 2015, realizada em 13 de maio de 2015, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990.</p>	<p>“Relação municipal de medicamentos essenciais Palmas - TO componente básico e de urgência e emergência da assistência farmacêutica” “Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS”. “Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS” “Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza”. “Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição” (p.17)</p>

		Prefeito de Palmas
Portaria nº 262/SEMUS/GAB, de 28 de março de 2016.	Dispõe sobre o fluxo de dispensação de medicamentos no âmbito da gestão municipal do SUS e dá outras providências.	<p>“Art. 1º Dispor, a partir das normas e pactuações realizadas no âmbito da gestão do SUS e nas práticas baseadas em evidências científicas, sobre o fluxo para a dispensação de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais-REMUME”</p> <p>“Art. 2º A REMUME é composta por medicamentos prescritos para atender as necessidades de saúde dos usuários do SUS do município de Palmas - TO”</p> <p>“§ 1º A dispensação de medicamentos da REMUME, nas unidades próprias da Rede Municipal de Assistência Farmacêutica, é exclusiva aos usuários residentes no município de Palmas - TO”</p> <p>(p.10) Secretário de Saúde de Palmas</p>
Portaria APR nº 905/SEMUS/GAB, de 09 de novembro de 2017	Aprovar a reformulação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Palmas.	<p>“Art. 3º Os locais de acesso aos medicamentos serão definidos por Nota Técnica específica emitida pela Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas - TO”</p> <p>(p.12) Secretário de Saúde</p>

<p>NOTIFICAÇÃO Nº09/2018/ SEMUS/GAB/ DASS/GEFAR</p>	<p>Ref.: Procedimento de aplicação de penalidade. Descumprimento do Processo nº 2017016577 Nota de empenho nº 5546 – EMPRESA: ALL MÉDICA DISTRIB. DE MAT. HOSP.LTDA</p>	<p>“Insta mencionar que a notificada poderá apresentar defesa ou justificativa à Gerência de Assistência Farmacêutica a fim de comprovar as razões que porventura impossibilitaram o cumprimento da obrigação no referido prazo” (p.16) Secretário Interino da Saúde</p>
<p>Portaria Nº 873/SEMUS/ GAB/GEFAR, de 01 de outubro de 2018.</p>	<p>Revoga a Portaria REV/EST Nº 180/SEMUS/ GAB/GEFAR, de 02 de março de 2017, e estabelece a nova estrutura da Comissão Farmacoterapêutica da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências.</p>	<p>REGIMENTO INTERNO - CAPÍTULO I - DEFINIÇÃO E FINALIDADE Art. 1º Reestruturar a Comissão de Farmacoterapêutica (CFT) da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) de Palmas - TO. Art. 2º A CFT é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do município de Palmas (REMUME), além de assessorar tecnicamente a gestão nas questões referentes à Rede Municipal de Atenção à Saúde. Art. 3º Tem a finalidade de disciplinar a seleção e a padronização de medicamentos a serem utilizados na Rede Municipal de Atenção à Saúde e assessorar o setor de Assistência Farmacêutica Municipal. (p.12) Secretário Interino da Saúde</p>

Fonte: Autoria Própria (2022).

Ao se pensar na articulação da AF, é importante lembrar que a descentralização dos recursos financeiros federais para a aquisição dos medicamentos ocorreu apenas no ano de 2005 (BRASIL, 2006). Desta forma, houve a necessidade de planejamento para descentralizar os recursos, pois a maioria das intervenções em saúde, envolveu o uso dos medicamentos. Além disso, é imprescindível que a AF seja vista sob uma ótica integral, e que as etapas que a constituem estejam bem estruturadas e articuladas para garantir de fato a atenção integral à saúde (NORA et al., 2019).

O estudo de Nora et al., (2019), que teve como objetivo descrever a participação dos

profissionais responsáveis pela AF no processo de planejamento em saúde em municípios brasileiros, observou baixa participação dos atores responsáveis pela AF municipal na elaboração das ferramentas de planejamento dos municípios e pouco conhecimento das ações previstas. Os autores sugeriram que os instrumentos de planejamento produzidos podem não condizer com a realidade dos serviços e com a alocação racional dos recursos aplicáveis à AF.

Ainda na mesma categoria contida no quadro 7, destaca-se o trecho Central de Abastecimento de Medicamento (CAF), que também é citado em alguns diários oficiais, o que se entendeu como um ponto também importante para garantia da AF no município a partir das normativas que citaram a CAF nos documentos analisados.

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) é a unidade de assistência farmacêutica que se destina a armazenamento dos medicamentos e correlatos. Ressaltamos que esta denominação é utilizada, especificamente, para armazenagem de produtos para a saúde, com a finalidade de diferenciá-la de almoxarifados, depósitos, armazéns e outros espaços físicos destinados à estocagem de outros tipos de produtos (BRASIL, 2006). Segundo Gomes e Batista (2019), que estudaram sobre a CAF e evidenciaram que o sistema de armazenamento da CAF do município de Currais Novos - RN, é o único responsável por dispensação e armazenamento de medicamentos em nível de atenção primária para a população de todos os bairros. No estudo, se evidenciou que a Central necessita ser otimizada em diversos pontos, para que haja um fortalecimento do ciclo da AF. Além disso, os autores notaram que as mudanças na estrutura física, que garantem a estabilidade físico-química dos produtos, são cruciais. Neste sentido, são necessários: uma melhor organização do processo de trabalho e o cumprimento das boas práticas que regem todo o processo de armazenamento (GOMES; BATISTA, 2019).

Um estudo paraibano constatou problemas relacionados às condições de armazenamento dos medicamentos, quanto ao ciclo da AF básica, no qual 20% dos 53 municípios incluídos no estudo apresentaram condições inadequadas de armazenamento (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014). O estudo de Dutra, Martins e Lima (2018), em uma avaliação de farmácias de UBS e CAF do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte - MG, constatou a maior parte das condições adequadas, e o percentual dos itens foram de 76,7% e 83,3%, respectivamente.

No que se refere a Palmas - TO, destaca-se que, a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME - 2020), é composta por 304 itens, e que o recebimento destes, se dá inicialmente pela CAF para posterior distribuição e dispensação. Além disso, o município conta com uma assessoria jurídica que responde às demandas judiciais e fiscaliza as empresas e fornecedoras licitadas, atuando-as sempre que necessário. Outro aspecto importante é a otimização do

processo de aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos, para isso, tendo como principais ferramentas o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, um Planejamento Estratégico na Elaboração dos Termos de Referência para a aquisição de medicamentos, e o trabalho de profissionais farmacêuticos habilitados e com atendimento humanizado e igualitário.

Considerado então, como um desafio, a temática da aquisição dos medicamentos representa uma parcela importante dos gastos totais em saúde e a disponibilidade de medicamentos de alto custo tem grande impacto social e relevância terapêutica, além de exigirem serviços especializados para sua efetivação (BRASIL, 2011). A gestão do CEAF apresenta desafios importantes no atendimento tempestivo das necessidades dos usuários, na relação com os demais serviços de saúde, além de questões de infraestrutura e processos de serviços. Para responder a estes desafios, a investigação de políticas e serviços de saúde cumpre um papel fundamental ao possibilitar a identificação de problemas relevantes, e a provisão de informação confiável, constituindo uma importante ferramenta para guiar a gestão na melhoria da qualidade dos serviços (ROVER et al., 2017).

Segundo Rover et al., (2017), apesar da ênfase destacada na literatura brasileira e entre os gestores sobre os aspectos financeiros do CEAF, vários desafios compõem um contexto complexo a ser administrado, visando o acesso integral e universal aos medicamentos. Um destes desafios, é a própria descentralização das ações, a partir da qual os Estados e Municípios passaram a assumir a responsabilidade direta pela atenção à saúde, incluindo as ações relacionadas à AF, no entanto, possuem várias dificuldades para executá-lo e para gerir essa assistência.

Desta forma, é importante observar a temática nos diários oficiais, para que o município veja como uma questão importante a ser cuidada e administrada. Além da aquisição dos medicamentos, as ações de qualificação da AF é outra problemática importante, pois essas ações são imprescindíveis para a sustentabilidade, em especial, aquelas relacionadas a assegurar a efetividade dos medicamentos e a eficiência de tratamento. De acordo com Almeida et al., (2018), Meneses et al., (2018) e Lourenço et al., (2018), a temática qualificação e estudo da AF, apresentou evidências de que intervenções educacionais para profissionais da saúde proporcionam melhorias significativas na logística da AF.

Essas pesquisas evidenciaram ainda, que há necessidade da AF ser explícita e vinculada as normativas divulgadas nos diários oficiais e nos instrumentos de gestão do SUS, em especial, ao PMS, Programação Anual de Saúde (PAS), no Relatório Anual de Gestão (RAG) e na Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) (SOLER et al., 2018).

O seguinte trecho Reestruturar a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Secretaria Municipal da Saúde (SEMUS) de Palmas, foi citado no diário 1.001 na página 11, na normativa Portaria n.º 261, de 05 de maio de 2014, publicado pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas - TO.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos da relação municipal de medicamentos essenciais do município de Palmas - TO (REMUME), além de assessorar tecnicamente a gestão nas questões referentes aos medicamentos.

Segundo o MS, o ponto de partida para o acesso aos medicamentos na AF, é a seleção, sendo fundamental a adoção de critérios eficazes e seguros para o atendimento da população a partir do diagnóstico prévio da área de atuação, como as doenças mais prevalentes, a fim de garantir a medicação essencial para o tratamento dos usuários em potencial (BRASIL, 2016). Para tanto, uma alternativa seria estimular a criação dessas Comissões Municipais de Farmácia e Terapêutica (CMF) que consistem na promoção e na confecção de protocolos clínicos de tratamento das principais patologias crônicas, propondo desde a padronização racional dos medicamentos até a prescrição (BRASIL, 2016).

A CFT é uma instância colegiada, como já referido acima, que tem como atribuições promover o uso racional dos medicamentos, considerando a relação custo-benefício, promovendo a garantia do melhor tratamento com o menor custo possível, contribuindo assim, com a melhor alocação dos recursos em estabelecimentos de saúde, sobretudo os do setor público que são financiados e geridos pelo SUS (MARRA; SETTE, 2016). Entre os objetivos da CFT, elenca-se: atuar junto ao campo da farmácia e economia; analisar criticamente a seleção dos medicamentos e produtos para a saúde e desenvolver práticas voltadas ao uso seguro e racional. E à Comissão, compete às ações de assessoramento farmacoterapêutico, investigação científica e educação permanente, sendo este último, fundamental no processo de qualificação e atualização profissional, obedecendo aos critérios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNES) (DE JESUS, 2022).

Além disso, os gestores municipais podem gerar informações sobre a utilização correta dos medicamentos junto aos usuários da rede, promovendo a implantação de um serviço de atenção farmacêutica centrado no acompanhamento farmacoterapêutico, buscando melhorar a adesão ao tratamento prescrito e a identificação e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos (BRASIL, 2016). No entanto, a constatação da inexistência do profissional farmacêutico para acompanhar e orientar as atividades, contribui para a falta de qualidade no serviço e no comprometimento do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2016).

As CFT's do Brasil, apresentam dificuldades relacionadas a institucionalização nos serviços, divulgação do trabalho, correta formação de equipe multidisciplinar e principalmente no monitoramento e avaliação do desempenho (SANTANA et al., 2018). Ademais, a importância da AF deve ser mais explicitada aos gestores, para que as condições físicas e de recursos humanos possam ser vistas como prioridade na assistência. Na estrutura das Unidades de Saúde, a farmácia, geralmente, ocupa pequenos espaços, muitas vezes sem as condições mínimas necessárias para o armazenamento adequado de medicamentos e cumprimento das demais etapas da AF.

Outro trecho citado no diário 1.307 de 27 de julho de 2015, a partir da Resolução nº 19, de 13 de maio de 2015 foi: Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população de extrema pobreza. Para este ponto de atenção, destaca-se o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), que foi instituído por meio da Portaria de nº 5, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016).

O QUALIFAR-SUS, visa uma atenção contínua, segura, responsável e humanizada, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e contempla quatro eixos estruturantes que preconizam ações de estruturação física dos serviços farmacêuticos (eixo estrutura), a promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais (eixo educação), a disponibilização de informações sobre as ações e os serviços da AF praticada no âmbito do SUS (eixo informação) e a elaboração de propostas de inserção da AF (eixo cuidado) nas práticas clínicas (BRASIL, 2016). Qualificar os serviços reforça o compromisso do MS em promover o uso racional de medicamentos e garantir a atenção contínua, integral e humanizada e propõe o fortalecimento da Atenção Básica desde a estruturação física, a qualificação dos recursos humanos e a disponibilização de informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações dos serviços da AF (BRASIL, 2016).

O estudo de Antunes e D' Almeida (2020), avaliou a efetividade do QUALIFAR-SUS na qualificação da AF dos municípios pernambucanos habilitados no período de 2012 a 2019, por meio de uma análise retrospectiva analítica, de natureza observacional descritiva com abordagem quantitativa, utilizando-se dados secundários de sites institucionais de domínio público. Dos 183 municípios pernambucanos elegíveis ao programa, 75% foram habilitados, tendo sido observado melhores indicadores de saúde e de gestão dos medicamentos entre os municípios habilitados no programa nos anos iniciais. No entanto, se observou fragilidades no monitoramento da execução pelos municípios, por parte da gestão estadual e federal, com

perdas de recursos não recebidos, evidenciando a relevância do programa à qualificação da AF municipal, porém, ainda carente de indicadores e sistemas formais para o monitoramento permanente dos reais impactos gerados (ANTUNES; D' ALMEIDA, 2020).

Em linhas gerais, a qualificação dos serviços da AF nos diários oficiais reforçam a sua importância para melhores indicadores e resultados gerais de saúde do município, e normatiza como prioridade para garantia da melhor assistência. Os diários oficiais destacaram que nos últimos anos, a AF no âmbito do SUS, vem sendo implementada pelo município de Palmas - TO, como uma estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos.

A Secretaria Municipal da Saúde do Município de Palmas - TO, com base na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tem desenvolvido diversas ações estruturantes para qualificar a gestão da AF e promover o acesso racional aos medicamentos. Entre as ações, desde 2014, elenca-se: a inclusão de 11 Farmácias Municipais nas Unidades de Saúde, localizadas em pontos estratégicos nas regiões Norte, Central e Sul da cidade; farmácias dedicadas à dispensação interna nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Norte e Sul, Núcleo de Assistência HENFIL e Centros de Atenção Psicossocial - CAPSII e AD.

Neste mesmo grupo de análise, aparece a descrição “ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica-Hórus”. Sobre o Sistema Hórus, a implementação foi um marco na AF brasileira. Consiste em um sistema de informação web, composto pelos módulos do componente básico, estratégico, especializado e indígena da AF. É disponibilizado aos Estados, Distrito Federal, Municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) pelo MS, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), para a gestão da AF (BRASIL, 2017).

O Sistema Hórus permite quatro perfis de utilização: básico, estratégico, especializado e indígena. O Hórus básico é usado para registrar as distribuições e dispensações dos medicamentos e insumos destinados à Atenção Básica nas redes estaduais e municipais (INÁCIO, 2018). Já o Hórus estratégico é aplicado para gerenciar o fluxo de medicamentos e insumos utilizados no tratamento de agravos específicos, contemplados em Programas Estratégicos do MS, nas redes estaduais e municipais (INÁCIO, 2018). O Hórus especializado, por sua vez, registra o fluxo de medicamentos em toda a rede estadual que gerencia o componente especializado da assistência farmacêutica, o que permite a realização eletrônica de todas as etapas envolvidas na execução do componente (INÁCIO, 2018).

Por fim, o Hórus indígena, o qual contribui para a qualificação da atenção à saúde prestada para a população indígena, a partir da comunicação entre os diferentes estabelecimentos de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Polo Base (PB), Casa de Saúde Indígena (CASAI) e demais unidades de distribuição e dispensação de medicamentos da AF municipal (INÁCIO, 2018).

Em linhas gerais, o Hórus se trata de um sistema no qual os cadastros iniciais são preenchidos pelos gestores estaduais e municipais, compreendendo informações sobre estabelecimentos de saúde e departamentos envolvidos na distribuição e dispensação de medicamentos, características dos usuários de medicamentos do SUS, locais de armazenamento de medicamentos e insumos estratégicos e procedência das prescrições (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012). Entretanto, segundo Torres et al., (2021), no contexto atual configura-se como um sistema, a oferta de aplicativo para envio de dados sobre a AF. No entanto, é de amplo conhecimento, os problemas atuais, a exemplo da lentidão e inoperância em alguns casos, trazendo graves problemas no preenchimento e principalmente no atendimento da população.

O MS assumiu publicamente, em 2018, os problemas de instabilidade do sistema, referindo à necessidade de se adequar a tecnologia do sistema, ou seja, assumindo a necessidade de ser construído um novo sistema com tecnologia adequada para tal demanda de uso (TORRES et al., 2021). O município de Ananindeua - PA, foi o primeiro município a implantar em 2013, o Sistema Hórus para o gerenciamento da Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF), recebendo, inclusive, equipamentos para expansão e implantação do sistema nas UBS (TORRES et al., 2021).

Um estudo realizado em Juazeiro do Norte - CE, em 2020, analisou a importância da implantação do Hórus e seu impacto na diminuição de possíveis falhas no sistema público. O referido estudo trouxe como resultados algumas falhas no processo de implantação. Outra vertente negativa é a falta constante de medicamentos, que compromete a adesão medicamentosa, tendo em vista que a maioria dos usuários são de classe baixa (SIQUEIRA et al., 2020). No entanto, apresentou como pontos positivos: dispensação mais rápida; satisfação dos usuários; o bom atendimento por conta dos funcionários. Como ponto mais negativo apresentou: a falta de contato entre o usuário e o farmacêutico, uma vez que um dos principais objetivos do Hórus é o acompanhamento farmacológico junto com o cuidado das equipes multiprofissionais promovendo assim o uso racional de medicamentos (SIQUEIRA et al., 2020).

A realização de concurso público é decisiva para a promoção do uso racional de

medicamentos, visto que a permanência em tempo integral do farmacêutico como responsável técnico na farmácia, realizando orientação farmacêutica, análise e aconselhamento das prescrições de medicamentos, entre outras atribuições, promove a utilização consciente dos fármacos.

Além disso, os documentos pesquisados destacaram a realização de investimentos em estrutura física que garantem características de armazenagem, oferecem condições adequadas de controle de temperatura, umidade, luminosidade e de ventilação, atendendo as boas práticas da legislação vigente. Esses investimentos têm contribuído para que os medicamentos sejam adquiridos, armazenados e dispensados nas unidades da AF, para que tenham asseguradas a qualidade, segurança e eficácia desde o momento de seu recebimento até a sua dispensação ao usuário. Além disso, os investimentos realizados contribuíram para evitar desperdícios e desvios de medicamentos, melhorando assim, substancialmente a qualidade na prestação dos serviços farmacêuticos e trazendo economia ao sistema de saúde. O grande desafio é internalizar a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) no cotidiano das ações de saúde do município de Palmas - TO, para que seja, de fato, um instrumento para a tomada de decisão que possa racionalizar o uso dos medicamentos no Município.

No Quadro 8 apresenta-se a quinta categoria especificada como Manutenção da Assistência Farmacêutica.

Quadro 8 - Diários oficiais analisados com o conteúdo sobre Manutenção da Assistência Farmacêutica

NORMATIVA	CONTEÚDO GERAL	TRECHOS EXTRAÍDOS
Lei Nº 2.040, de 30 de abril de 2014.	Abre crédito adicional especial e suplementar para reforço das dotações constantes do Orçamento 2014 de diversas Unidades Orçamentárias e altera a Lei 2.022, de 8 de janeiro de 2014, na parte que especifica.	“Recursos do SUS Provenientes da União/Manutenção da Política de Assistência Farmacêutica em Saúde” “Recursos do SUS Provenientes do Estado/Manutenção da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica” (p. 03) Prefeito de Palmas
Decreto de 28 de setembro de 2016	Abre crédito adicional suplementar para reforço das dotações constantes de orçamento do exercício de 2016.	Anexo I “Manutenção dos serviços da assistência farmacêutica” (p. 08) Prefeito de Palmas

<p>Lei nº 2.292, de 24 de fevereiro de 2017.</p>	<p>Dispõe sobre a Revisão do Plano Plurianual 2014-2017, para o exercício de 2017.</p>	<p>“Objetivo: Garantir assistência farmacêutica integral a população através de atendimento humanizado, com ênfase na necessidade, segurança, eficácia, qualidade e promoção do uso racional de medicamentos no âmbito do SUS” “Meta: Fornecer anualmente 90% dos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME aos usuários do SUS do município de Palmas - TO” “Meta: Reduzir anualmente em 10% o número de pacientes cadastrados na Portaria nº 1085/2006, ratificados pelas Portarias de nº 689/2008 e 193/2012 passando de 80 para 72 pacientes em 2017” “Meta: Manter anualmente em 100% o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS” “Ação: PPA-P-Manutenção dos serviços da assistência farmacêutica. Produto: serviço mantido” (p. 3) Prefeitura de Palmas</p>
<p>Lei nº 2.299, de 30 de março de 2017.</p>	<p>Dispõe sobre a reorganização administrativa do Poder Executivo do município de Palmas - TO, na forma que especifica, e adota outras providências.</p>	<p>“Art. 32. Compete à Secretaria Municipal da Saúde: (...) III - promover a assistência farmacêutica no âmbito do SUS, conforme legislação vigente” (p. 20) Secretaria Municipal da Saúde</p>
<p>Portaria APR nº 556/SEMUS/DASS/GEFAR de 03 de maio de 2019.</p>	<p>Aprovar a reformulação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Palmas -TO.</p>	<p>“Art. 1º Aprovar a reformulação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Palmas - TO conforme especificado no Anexo Único desta Portaria” “Art. 2º A Secretaria Municipal da Saúde de Palmas a partir da publicação da decisão de incorporar tecnologias em saúde, ou protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, as áreas técnicas terá prazo máximo de 180 dias para efetivar a oferta ao SUS” (p. 15) Secretário da Saúde</p>

Decreto Orçamentário Nº 12, 5 de abril de 2019.	Abre aos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, em favor de diversas unidades orçamentárias, crédito adicional suplementar no valor de R\$ 3.088.687,11 (três milhões, oitenta e oito mil, seiscentose oitenta e sete reais e onze centavos).	“PPA -P - Manutenção da Assistência Farmacêutica” (p. 31) Prefeita de Palmas
Extrato de Contrato Nº 27/2020	ESPÉCIE: contrato de locação.	“(…) será destinado às instalações do Centro de Apoio Logístico (almoxarifado), da Central de Abastecimento Farmacêutica – CAF” (p. 26)

Fonte: Autoria Própria (2022).

A partir dessa categoria, se evidenciou que a apresentação dessa temática nos diários oficiais trouxe como principais nichos os Programas Nacionais de Saúde: Assistência Farmacêutica; Estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde; Programas Finalísticos e de Apoio; Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Palmas - TO; Transferências de recursos do SUS; Articulação e manutenção da Assistência Farmacêutica.

Neste sentido, evidenciamos que os aspectos de planejamento, execução e avaliação que compõem o processo da Assistência Farmacêutica foram citados em alguns diários oficiais do município, e estabeleceram a reorganização da sua estrutura, para garantir o cumprimento com qualidade, racionalidade, segurança e eficácia da oferta dos medicamentos para a população.

Entretanto, é importante adequar a legislação vigente para a orientação adequada sobre o uso e a posologia, com atendimento humanizado e personalizado ao usuário, assegurando a integralidade da prescrição. Além disso, é necessário permitir a interrelação, a integração e a complementaridade do controle das ações de saúde, exercendo o autocontrole de suas atividades, por intermédio de forma preventiva com a finalidade de evitar a ocorrência de erros, desperdícios ou irregularidades, permitindo a adoção de medidas de correção que se configuram como imprescindíveis na AF.

Neste grupo de análise, temos a meta “manter anualmente em 100% o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS”. Como já discutido anteriormente, o Sistema

Hórus é de acesso on-line e implementado pelo MS, facilitando o gerenciamento eletrônico de estoque, datas de validade, rastreamento e controle farmacoepidemiológico dos medicamentos dispensados. O sistema integra todas as farmácias do Brasil que fazem uso da ferramenta, tendo-se assim uma gestão do uso racional dos medicamentos (BRASIL,2017).

Somado a isto, evidenciamos a realização de auditorias programadas e extraordinárias na rede assistencial do SUS, visando a preservação e adequação dos padrões previamente estabelecidos das ações e dos serviços de saúde como ponto chave. Os pontos considerados fundamentais nesse construto são: o acompanhamento dos repasses do fundo municipal de saúde; o monitoramento financeiro e orçamentário dos credenciamentos e os prestadores de serviço em saúde. Essa construção é necessária tanto na realidade local quanto nacional. O estudo realizado por Vieira (2010), destacou algumas divergências que acontecem desde a década passada. De acordo com o autor, as problemáticas existentes são: a média do gasto per capita dos municípios de até 5 mil habitantes ser 3,9 vezes maior que daqueles com mais de 500 mil habitantes; a existência de lacunas quanto à cobertura de assistência terapêutica para algumas doenças e os problemas na gestão da Assistência Farmacêutica.

A pesquisa realizada por Abreu et al., (2020), analisou a AF no que diz respeito a ser um Programa Nacional de Saúde, evidenciou a importância da AF no funcionamento geral das UBS com um enfoque nos serviços farmacêuticos e a importância do farmacêutico. Segundo os autores, é essencial à AF o desenvolvimento de atividades de gestão dos medicamentos aos cuidados dos usuários, pois essa assistência consiste em promoção, proteção e recuperação da saúde, individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial que visa o acesso e o uso racional.

No estudo realizado por Araújo et al., (2017), que caracterizou os serviços farmacêuticos prestados no SUS do Brasil sob a ótica das redes de atenção à saúde, se observou os estabelecimentos públicos de saúde que realizaram a entrega e o armazenamento de medicamentos em 465 municípios e no Distrito Federal, que compreendeu em 43 regiões de saúde. Os resultados mostraram a existência de pelo menos um serviço gerencial de apoio à rede de saúde, além do armazenamento de medicamentos em todas as regiões (> 90%). Nas regiões pesquisadas, os profissionais farmacêuticos prestaram pelo menos um serviço assistencial nos pontos de atenção básica. Os autores destacaram ainda, que os resultados reforçaram a necessidade da efetiva estruturação da AF. Sendo importante ampliar e aprimorar o acesso da população aos medicamentos, assim como qualificar o cuidado em saúde ofertado aos usuários do sistema (ARAÚJO et al., 2017).

Entretanto, alguns obstáculos podem ser apontados como: a falta de verba; a morosidade

dos processos; o descumprimento dos prazos de entrega por parte das empresas e a falta de interesse dos fornecedores em participar dos procedimentos licitatórios. Esses fatores são constantes diante dessa problemática que dificulta a garantia da Assistência Farmacêutica à população.

A distribuição de medicamentos necessita da realização de ações de planejamento visando garantir o abastecimento das farmácias municipais e unidades de dispensação, a fim de assegurar prontamente o acesso da comunidade aos medicamentos, contribuindo para a promoção do seu uso racional.

As ações devem ser gradualmente implementadas e exigem, além de investimentos financeiros e de gestão, uma mudança cultural na forma como a gestão, os profissionais de saúde e a população se relacionam com os medicamentos. Algumas destas questões podem ser solucionadas no âmbito municipal com a alteração dos procedimentos internos para uma maior agilidade dos processos de aquisição, bem como a aquisição de medicamentos de forma regionalizada (MONTEIRO; LACERDA, 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A garantia da Assistência Farmacêutica se encontra respaldada em um arcabouço legal e político, que deve nortear e contribuir para sua funcionalidade e melhoria no Sistema Único de Saúde. Entretanto, a sua efetivação é apontada como um dos desafios. Com a análise dos dados gerados por esta pesquisa, foi possível alcançar o objetivo geral deste estudo que se refere a descrever as ações de Assistência Farmacêutica do Município de Palmas - TO, conforme as publicações dos diários oficiais. Assim, se obteve resultados que permitiram compreender o ambiente desafiador que é imposto à garantia da Assistência Farmacêutica no Município e todas as questões que envolvem as leis, regulamentos e processos burocráticos da administração pública.

A partir da análise dos documentos pesquisados se evidenciou uma baixa inserção da Assistência Farmacêutica nas normativas do Município de Palmas - TO. Um dos aspectos que contribui para a adequação da Assistência Farmacêutica está associado fortemente ao desenvolvimento da sua gestão no Sistema Único de Saúde, o que possibilita a garantia ao acesso aos medicamentos e à integralidade da assistência terapêutica. No entanto, a maioria dos municípios brasileiros apresentam uma série de fragilidades no tocante à descentralização das ações e à capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica. Neste sentido, com a análise das principais portarias publicadas, se observou que eram abordadas especialmente as questões de distribuição e estruturação da Assistência Farmacêutica. Além disso, foi abordado questões referentes aos programas e as políticas da Assistência Farmacêutica e o seu financiamento. Entretanto, ainda sim, se evidenciou uma baixa citação dessas portarias junto aos diários oficiais.

Em relação as principais resoluções publicadas, se evidenciou que abordaram atualizações sobre a Assistência Farmacêutica e seus programas. A partir da averiguação dos principais decretos publicados, notamos que a maioria abordaram as questões orçamentárias e de transferência de fundo.

No que se refere a Palmas – TO, a pesquisa constatou que se trata de uma Assistência Farmacêutica que precisa de maiores garantias, que apresenta diversas dificuldades e que demanda além da expertise na atividade, seriedade, criatividade e algumas vezes improvisação para garantir a execução da política de assistência municipal. Além disso, é necessário maiores garantias formais por parte do poder público. No entanto, se evidenciou que os gestores da saúde de Palmas - TO, apresentaram ações de estruturação da Assistência Farmacêutica para garantia da sua funcionalidade ao longo dos anos analisados.

Esta pesquisa observou o cenário do município de Palmas – TO, a partir das análises dos diários oficiais, e constatamos que as normativas foram estabelecidas pobremente para amparar a gestão da Assistência Farmacêutica ao longo dos anos analisados. Além disso, evidenciou-se que no município, a garantia do acesso equitativo às ações de saúde está atrelada, necessariamente, a execução da Política Nacional de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica, e isto foi comprovado com base nos documentos analisados.

Finalmente, a pesquisa apontou que os documentos pesquisados destacaram a realização de investimentos em estrutura física que garantem características de armazenagem e oferecem condições adequadas de controle de temperatura, umidade, luminosidade e de ventilação, atendendo as boas práticas da legislação vigente.

Sugere-se aos pesquisadores a realização de novos estudos que avaliem a efetividade da Assistência Farmacêutica nos municípios, a partir de outros estudos, contribuindo assim para a discussão das problemáticas importantes nesta vertente, possibilitando resoluções e colaborando com a sua consolidação no Brasil.

Aos gestores públicos, a partir dos resultados deste estudo, sugerimos que se apropriem dos aspectos relacionados a institucionalização da Assistência Farmacêutica, para garantir a efetividade das ações na construção de estratégias de monitoramento e subsídios para assegurar o cumprimento da legislação vigente e examinem os indicadores de saúde que são reflexos diretamente dessa política de assistência.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R.D.S. et al. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde: um foco no serviço farmacêutico. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 4, p. 16- 34. 2020.
- ALMEIDA, S.R.P.; VÉRAS, M.P.B. O programa farmácia popular: alcance e limites como alternativa de acesso a medicamentos essenciais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 22, n. 72, p. 278-295. 2017.
- ALMEIDA, A. L. G. et al. Padronização da Relação Municipal de Medicamentos: Uma Proposta de Harmonização no Município de Ananindeua – Pará. **Infinitum: Rev. Multidisciplinar**, v. 1, n. 1, p. 54-68. 2018.
- ANTUNES, S. E. **Avaliação do Programa Qualifar-SUS: eixo estrutura, na qualificação da assistência farmacêutica municipal em Pernambuco**. 2020. 135 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2020.
- ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.
- BARBOSA, MM. Avaliação da infraestrutura da assistência farmacêutica no sistema único de saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 2475-2486, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, R.D. et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 21-31. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007138>. Acesso em: 05 de mai. 2022.
- BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. v. 1, n. 1, p. 1-204.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; Esher, A.; Osorio-de-Castro, C. G. S.; Vasconcelos, D. M. M.; Chaves, G. C.; Oliveira, M. A.; Silva, R. M.; Luiza, V. L. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, 1937-1949, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>. Acesso em: 10 de mai. 2022.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1999.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 05 mai. 2022.
- BRASIL. Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 20 de set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Obtido em 01/12/2013. Acesso em: 30 de mar. 2022.

BRASIL. Decreto nº 793, de 5 de abril, 1993. Altera os Decretos nºs 74.170, de 10 de junho de 1974 e 79.094, de 5 de janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis nºs 5.991, de 17 de janeiro de 1973, e 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 5 de abr, 1993. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1993/decreto-793-5-abril-1993-336589-norma-pe.html>. Acesso em: 15 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 30 de out. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 15 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.176, de 08 de março de 1999. Estabelece que o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência de recursos está condicionada a contrapartida dos estados, Distrito Federal e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. de 11 de mar. 1999.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei 10.858, de 13 de abril de 2004. **Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências**. Brasília, DF. 13 de abr de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.858.htm. Acesso em: 18 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Decreto no 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 20 de mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 06 de mai de 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 27 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a**

qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: instrumentos básicos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2. ed. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 491, de 09 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF. 09 de mar.2006. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0491_09_03_2006_comp.html. Acesso em: 20 de fev. 2022.

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: Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União.** Brasília, DF. 29 de jan. 2007. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0491_09_03_2006_comp.html. Acesso em: 20 de fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília, DF: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002.** Ministério da Saúde, elaborado por Barjas Negri. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).** Assistência farmacêutica no SUS: para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2011.

BRASIL. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF. 28 de jun de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 27 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011: regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF. 29 de jun de 2011. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 20 de fev. 2022.

BRASIL. Resolução CIB Nº 004, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 19 de jul. 2012.

BRASIL. Resolução CIB Nº 161, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre a conformação das novas regiões de saúde do Tocantins e as ações de serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 29 de agos. 2012. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/244723/>. Acesso em: 27 de fev. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Assistência farmacêutica no Tocantins é avaliada pelo TCU**. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/assistencia-farmacutica-no-tocantins-e-avaliada-pelo-tcu.htm>. Acesso em: 12 dez de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. **Coleção Cuidado farmacêutico na atenção básica**, caderno 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Resolução CIB Nº 042, de 20 de março de 2014. Dispõe sobre a mudança do município de Oliveira de Fátima, da região de saúde Cantão para a região de saúde Amor Perfeito. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 20 de mar de 2014. Disponível em: <http://bipartite.saude.al.gov.br/resolucoes/cib/2014>. Acesso em: 30 de mar 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensar em caráter excepcional**, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d_documento3.pdf. Acesso em 10 mai de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3435/GM, de 08 de dezembro de 2021. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 08 de dez. 2021. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-3-435/>. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRASIL. **Conselho nacional de secretarias municipais de saúde**. Instrumento de Referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 24 mai de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**.

Brasília, DF. 22 de set de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.474/GM, de 28 de setembro de 2021. Aprova o repasse dos recursos financeiros de custeio, referentes ao terceiro ciclo de monitoramento de 2021 aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 28 de set.2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2474_30_09_2021.html. Acesso em: 05 mai. 2022.

BRUNS, S.F.; LUIZA, V.L.; OLIVEIRA, E.A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. Adm. Pública**, v. 18, n. 7, p. 17- 38. 2014.

CARVALHO, M. N. **O farmacêutico na composição da força de trabalho em saúde na atenção primária do SUS**. 2016. 160 f. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de Brasília, Brasília. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22006>. Acesso em: 1 mai de 2022.

CARVALHO, M. N. et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 8, n. 2, p. 52-68. 2017.

CARVALHO, C.C.A.; NETO, O.H.C. Papel do profissional farmacêutico no Sistema Único De Saúde (SUS) em um município de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6 n. 3. P. 26- 40. 2018.

CHIAROTI, R.; OLIVEIRA, R. E. M.; UETA, J. Análise das relações municipais de medicamentos essenciais do estado de São Paulo. Espaço para a Saúde - **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 2, p. 45-54. 2017.

CONILL, E. M. **O SUS sem dívida e sem mercado: abrindo o debate**. Centro de Estudos Estratégicos, Fiocruz, Rio de Janeiro. 15 de ago. 2017. (Série Futuros do Brasil: ideias para ação). Disponível em: https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Eleonora. Acesso em: 30 abr de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília, DF. 2016.

CORRER, C. J.; OTUK, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento, **Revista Pan-Amaz Saude**, v. 6, n. 2, p. 18-40. 2011.

COSTA, E.A.; et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 5, p. 51-65. 2017.

COSTA, K.S.; NASCIMENTO JR, J.M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 91-102. 2012.

COSTA, K. S. et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 52-65. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007146>. Acesso em: 19 mai. 2022.

DE JESUS, J.P.; e tal. A importância da implementação da comissão de farmácia e terapêutica, em um hospital regional no alto- sertão paraibano. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. 22-35. 2022.

DEMARCHI, C.; FONTANA, D.C. Impactos das demandas judiciais no dever do Estado de prestar assistência farmacêutica. **Revista de Informação Legislativa: RIL**, v. 14, n. 2, p. 21-35. 2020.

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=5090&ano=2004&ato=e41gXTE5keRpWT998>. Acesso em: 20 de mar. 2022.

DUTRA, K.R.; MARTINS, U.C.M.; LIMA, M.G. Condições de armazenamento de medicamentos nas unidades básicas de saúde do distrito sanitário nordeste de Belo Horizonte, **Brasil. Infarma - Ciências Farm**, v. 11, n. 2, p. 16-32. 2018.

EMMERICK, I. C. M. et al. Farmácia Popular Program: changes in geographic accessibility of medicines during ten years of a medicine subsidy policy in Brazil. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 8, n. 1, p.10-26. 2015. Disponível em: Acesso em: 18 maio. 2022.

FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 12, n. 3, p. 62-80. 2017.

FERREIRA, R. L.; SOLER, O. Practice of governance and technical management of pharmaceutical care in the Municipality of Xinguara, Pará. **Research, Society and Development**, v. 17, n. 3, p. 110-125. 2021.

FRITZEN, J.S.; MOTTERI, F.R.; PANIZ, V. M. V. Acesso regular e adesão a medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica. **Rev Saude Publica**, v. 20, n. 4, p. 42-58. 2017.

GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 8, n. 3, p. 15-26. 2017.

GERLACK, L. F. Et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **REV Saúde Pública**, v. 22, n. 4, p. 21-34. 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, IBGE Censo – Migração, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/pesquisa/23/24007?detalhes=true&tipo=cartograma&indicador=24012>. Acesso em 17 de mar de 2022.

GOMES, G.S.S.; BATISTA, A.M. Armazenamento de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) de um município do Rio Grande do Norte, Brasil. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, v. 31, n. 4, p. 277 – 284. 2019.

IBGE. **Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017, 2019**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf. Acesso em 17 de mar de 2022.

INÁCIO, V. A. B. **Avaliação do grau de implementação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica Hórus Indígena Orientadoras**. 2018. 73 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2018.

LOURENÇO, S. Z. et al. The importance of material catalog management for the supply process - a case study. **Systems & Management**, v. 19, n. 4, p. 378-393. 2018.

MALTA, D.C.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Bras Epidemiol**, v. 24, n. 8, p. 82-98. 2021.

MARRA, V. N., SETTE, M. L. **Guia curricular de segurança do paciente da organização mundial da saúde: edição multiprofissional**. Rio de Janeiro. Autografia. 2016.

MATTOS, L. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 28, n.1, p. 287-298. 2019.

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense**. 2013. 239 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013.

MENESES, A. F. R. V. et al. Avaliação da assistência farmacêutica no Município de Ibiapina-CE. **Revista Interdisciplinar em Ciências e Saúde e Biológicas – Ricsb**, v. 2, n. 1, p. 2-10. 2018.

MONTEIRO, E.R.; LACERDA, J.T. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 12-32. 2021.

NORA, L. C. D. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 27, p. 278-286. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Série Medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde**. Brasília, DF. OPS/OMS/Ministério da Saúde, 2005.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine

Concept been Abandoned. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**. 2017.

PALMAS. Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Define ainda que os recursos referentes aos Blocos de Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº1.523, p. 12. Palmas, TO. 29 de jan de 2007.

PALMAS. Anexo I ao Decreto Nº 106, de 23 de outubro de 2009. Regulamenta a Lei nº 1.626, de 12 de agosto de 2009, que estabelece normas de gestão e aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, da forma que especifica. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 110, p. 6. Palmas, TO. 30 de ago de 2010.

PALMAS. Decreto Nº 143, de 21 de junho de 2010. Altera o Decreto nº 106, de 23 de outubro de 2009, que regulamenta a Lei nº 1.626, de 12 de agosto de 2009. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 61, p. 5. Palmas, TO. 21 jun. 2010.

PALMAS. Lei Nº 1.755, de 25 de novembro de 2010. Dispõe sobre a Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Palmas, na forma que especifica. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 167, p. 11. Palmas, TO. 29 de nov de 2010.

PALMAS. Lei Nº 1757, de 14 de dezembro de 2010. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração da Lei Orçamentária para o exercício financeiro de 2011. Anexo de metas fiscais lei de diretrizes orçamentárias - (§ 1º e § 2º do art. 4º da Lei Complementar Federal nº 101, de 2000). **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 180, p. 19. Palmas, TO. 16 de dez de 2010.

PALMAS. Portaria N.º 223 /2012 O secretário municipal de saúde, no uso das atribuições legais consoante o disposto no art. 80, inciso IV, da Lei Orgânica do Município, combinados com artigo 27 da Lei 1755 de 25 de nov de 2010. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 512, p.11. Palmas, TO. 25 de nov de 2010.

PALMAS. Anexo IL à lei nº 1.887, de 29 de maio de 2012. Estabelece o programa de assistência farmacêutica básica. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 533, p. 2. Palmas, TO. 29 de mai de 2012.

PALMAS. Anexo de riscos fiscais Lei de Diretrizes Orçamentárias – 2012 (§ 1º e § 2º do art. 4º da Lei Complementar Federal nº 101, de 2000). **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 410, p. 9. Palmas, TO. 29 de nov de 2011.

PALMAS. Anexo de riscos fiscais Lei de Diretrizes Orçamentárias – 2012 (§ 1º e § 2º do art. 4º da Lei Complementar Federal nº 101, de 2000). **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 411, p. 9. Palmas, TO. 30 de nov de 2011.

PALMAS. Lei nº 1946, de 31 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 1.680, de 30 de dezembro de 2009, que dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2010/2013, na forma que especifica. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 679, p. 23. Palmas, TO. 31 de dez de 2012.

PALMAS. Medida Provisória Nº 01, de 1º de janeiro de 2013. Dispõe sobre a Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Palmas, na forma que especifica. **Diário**

Oficial do Município de Palmas. Nº 680, p. 7. Palmas, TO. 14 de jan de 2013.

PALMAS. Lei Nº 1.954, de 1º de abril de 2013. Dispõe sobre a Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Palmas, na forma que especifica. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 730, p. 7. Palmas, TO. 01 de abr de 2013.

PALMAS. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24 de ago de 2001. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 1.602, p. 11. Palmas, TO. 24 de ago de 2001.

PALMAS. Anexo II à lei nº 2.017, de 31 de dezembro de 2013. Tabela de previsão da receita detalhada. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 918, p. 3. Palmas, TO. 31 de dez de 2013.

PALMAS. Lei Nº 2.040, de 30 de abril de 2014. Suplementação crédito adicional suplementar. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 999, p. 2. Palmas, TO. 02 de mai de 2014.

PALMAS. Portaria n.º 260, de 05 de maio de 2014. Altera a Portaria nº 141, de 31 de março de 2014 que Institui a Central de Abastecimento Farmacêutica – CAF no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Palmas, TO. 31 de mar de 2014.

PALMAS. Ato N.º 0670 - NM. Concurso público para provimento de cargos da saúde nível fundamental – 2ª etapa ACS e ACE edital nº 06/2014, 27 de junho de 2014. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 1037, p. 02. Palmas, TO. 27 jun de 2014.

PALMAS. ATO N.º 0761 - PRO. Concurso público para provimento de cargos da saúde nível fundamental – 2ª etapa ACS e ACE – Segunda chamada. Edital nº 07/2014. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 1.046, p. 4. Palmas, TO. 10 de jul de 2014.

PALMAS. Decreto Nº 852, de 3 de setembro de 2014. Dispõe sobre a estrutura organizacional e a denominação, simbologia e quantitativo dos cargos de provimento em comissão da Secretaria Municipal da Saúde, e adota outras providências. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 1.085, p. 2. Palmas, TO. 03 de set de 2014.

PALMAS. Lei nº 2.106, de 2 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a Revisão do Plano Plurianual 2014-2017, instituído pela Lei nº 2.021 de 08 de janeiro de 2014. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 1.168, p. 06. Palmas, TO. 02 de jan de 2015.

PALMAS. Decreto de 26 de março de 2015. Abre Crédito Adicional Suplementar para reforço das dotações constantes do Orçamento do exercício de 2015. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 1.249, p. 07. Palmas, TO. 05 de jan de 2015.

PALMAS. Resolução Nº 19, de 13 de maio de 2015. Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Palmas: 5ª Reunião Ordinária do ano de 2015. **Diário Oficial do Município de Palmas.** Nº 1.307, p. 6. Palmas, TO. 27 de jul de 2015.

PALMAS. Anexo II ao Decreto Nº 1.032, DE 29 de maio de 2015. Estabelece a programação

financeira do Município de Palmas para o exercício de 2015. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 411, p. 25. Palmas, TO. 29 de mai de 2015.

PALMAS. Portaria Nº 262/SEMUS/GAB, de 28 de março de 2016. Dispõe sobre o fluxo de dispensação de medicamentos no âmbito da gestão municipal do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº1.476, p. 10. Palmas, TO. 28 de mar de 2016.

PALMAS. Medida Provisória Nº 5, de 19 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a Reorganização administrativa do Poder Executivo do município de Palmas. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 1.675, p. 20. Palmas, TO. 19 de jan de 2017.

PALMAS. Lei Nº 2.292, de 24 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre a Revisão do Plano Plurianual 2014-2017, para o exercício de 2017. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 1.701, p. 2. Palmas, TO. 24 de fev de 2017.

PALMAS. Lei Nº 2.292, de 24 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre a Revisão do Plano Plurianual 2014-2017, para o exercício de 2017. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 1.723, p. 20. Palmas, TO. 30 de mar de 2017.

PALMAS. Decreto nº 1.388, de 23 de maio de 2017. Limita o empenho das dotações constantes da Lei nº 2.293, de 24 de fevereiro de 2017 (contingenciamento dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social de 2017). **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº1.759. Palmas, TO. 23 de mai de 2017.

PALMAS. Decreto nº 1.417, de 20 de julho de 2017. Altera o Anexo Único ao Decreto nº 1.388, de 23 de maio de 2017, que limita o empenho das dotações constantes da Lei nº 2.293, de 24 de fevereiro de 2017 (contingenciamento dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social de 2017). **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº1.800, p. 4. Palmas, TO. 20 de jul de 2017.

PALMAS. Decreto nº 1.461, de 20 de setembro de 2017. Altera o art. 2º e o Anexo Único ao Decreto nº 1.388, de 23 de maio de 2017, que limita o empenho das dotações constantes da Lei nº 2.293, de 24 de fevereiro de 2017 (contingenciamento dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social de 2017). **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº1.843, p. 1. Palmas, TO. 21 de set de 2017.

PALMAS. Aviso de licitação carta convite Nº 006/2017. Resolução nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº1.875, p. 11. Palmas, TO. 10 de nov de 2017.

PALMAS. Portaria RET Nº 446/SEMUS/DEXFMS/GGP, de 17 de abril de 2018. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº1.984, p. 16. Palmas, TO. 23 de abr de 2018.

PALMAS. Portaria Nº 873/SEMUS/GAB/GEFAR, de 01 de outubro de 2018. Revoga a Portaria REV/EST Nº 180/SEMUS/ GAB/GEFAR, de 02 de março de 2017. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº2.101, p. 11. Palmas, TO. 10 de out de 2018.

PALMAS. Decreto Orçamentário Nº 12, 5 de abril de 2019. Abre aos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, em favor de diversas unidades orçamentárias, crédito adicional

suplementar no valor de R\$ 3.088.687,11 (três milhões, oitenta e oito mil, seiscentos e oitenta e sete reais e onze centavos). **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 2.437, p. 31. Palmas, TO. 5 de abr de 2019.

PALMAS. Portaria APR nº 556/SEMUS/DASS/GEFAR de 03 de maio de 2019. Aprovar a reformulação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Palmas. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 2.235, p. 15. Palmas, TO. 07 de mai de 2019.

PALMAS. Decreto Nº 1.806, de 21 de outubro de 2019. Altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde conforme específica, e adota outras providências. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 2.354, p. 1. Palmas, TO. 21 de out de 2019.

PALMAS. Portaria Nº 296.SEMUS/GAB/ASSEJUR, de 17 de março de 2020. Extrato de contrato nº 27/2020 espécies. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 2.453, p. 24. Palmas, TO. 07 de mai de 2020.

PALMAS. Portaria Nº 829/SEMUS/GAB/ASSEX/GGPPF, de 29 de outubro de 2021. Altera a Portaria nº 798/SEMUS/GAB, de 30 de julho de 2019, que dispõe sobre Gratificações de Atividade Finalística e Técnica no SUS (GSUS) no âmbito da Administração Central da Secretaria Municipal da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Palmas**. Nº 2.853, p. 35. Palmas, TO. 09 de nov de 2021.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612. 2008.

REMONDI, F. A. Uma proposta de renovação da seleção de medicamentos no SUS: a regionalização como estratégia e experiência para superação de desafios. **Revista de Saúde Pública**, Paraná, v. 1, n. 1, p. 83-90, jul. 2018.

ROVER, M.R.M. et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 4, p. 2487-2499. 2017.

SANTANA, R.S. et al. Medicamentos e hospitais públicos: o impacto da implantação de comissões de farmácia e terapêutica. **Revista Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 52-69. 2018.

SANTOS, R. S. et al. Administração política e políticas públicas: em busca de uma nova abordagem teórico-metodológica para a (re)interpretação das relações sociais de produção, circulação e distribuição. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 939- 959. 2017.

SILVA, C. L. M.; FONSECA, V. S. Estruturação da estrutura organizacional: o caso de uma empresa familiar. **Revista de Administração Contemporânea**, v.14, n. 4, p.11-32. 2010.

SIQUEIRA, K. Da. S.; PEREIRA, L.M.; GOMES, F.K.P.; CARVALHO, P.M.M. “O olho que protege é o mesmo que fiscaliza”: uma análise da implantação do hórus em Juazeiro do Norte – CE. **Revista e-ciência**, v. 8, n. 2, p. 14-19. 2020.

SOARES, L.S.S.; BRITO, E.S.; GALATO, D. Percepções de atores sociais sobre assistência farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico. **Rev. Saúde debate**, v. 9, n. 3, p. 22 -36. 2020.

- SOEIRO, O.M.; et al. Satisfação dos usuários com os serviços da assistência farmacêutica na atenção básica nos municípios brasileiros. **Ver. Saúde Pública**, v. 51, n. 3, p. 12-31. 2017.
- SOLER, O. et al. A reorientação da assistência farmacêutica na secretaria municipal de saúde de Belém (PA): Relato de experiência. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 14, n. 2, p. 41-55. 2018.
- SOUZA, G. S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev. Saude Publica**. 2017.
- TOCANTINS. **Regiões de Saúde do Estado do Tocantins**. Nov. 2015.
- TOCANTINS. Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins. **Regionalização da Saúde Tocantins-História e Mapas**. Disponível em: <https://www.to.gov.br/saude/regionalizacao-da-saude-tocantins-historia-e-mapas/468kh0pycna2>. Acesso em: 12 dez 2021.
- TOCANTINS. Secretaria de Saúde do Estado de Tocantins. **Resolução-CIB Nº 161/2012, de 29 de agosto de 2012**. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/244723/>. Acesso em: 12 dez 2021.
- TORRES, A. S. F. et al. A institucionalização da assistência farmacêutica no município de Ananindeua, Pará. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. 576-1014. 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22368. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22368>. Acesso em: 18 mai 2022.
- TRINDADE, J.S. O fim da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil e o Princípio da Proibição do Retrocesso Social. **Cad. Ibero Am. Direito Sanit**. v. 57, n. 226, p. 113-130. 2020.
- VASCONCELOS, D. M. M. et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Cien Saúde Colet**. V. 22, n. 8, p. 2609-2614. 2017.
- VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.
- VIEIRA, F.S. **Financiamento e gestão da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: uma análise sobre a garantia do direito à assistência terapêutica integral**. 2010. 295 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2010.