

Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico

Perceptions of social actors on Pharmaceutical Assistance in primary care: the gap of pharmaceutical care

Leticia Santana da Silva Soares¹, Evelin Soares de Brito¹, Dayani Galato¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012510

RESUMO O objetivo deste trabalho foi identificar marcos históricos relacionados com a Assistência Farmacêutica na atenção primária e compreender as percepções de atores envolvidos no processo de inclusão do cuidado farmacêutico. Trata-se de estudo exploratório qualitativo realizado por meio da análise de documentos e de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na gestão nacional e distrital. Os documentos identificados demonstram evolução da inclusão do farmacêutico no processo de cuidado na atenção primária pela publicação de legislações, relatórios ou projetos. Os discursos foram divididos em categorias de análise, a partir das quais também foram elaboradas ‘nuvens de palavras’. Os entrevistados concordaram que a Assistência Farmacêutica não está sendo corretamente avaliada e destacaram que é preciso maior enfoque na mensuração do alcance dos processos desenvolvidos nos serviços ofertados e na qualidade de vida dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The objective of this work was to identify historical landmarks related to Pharmaceutical Assistance in primary care and to understand the perceptions of actors involved in the process of including pharmaceutical care. This is a qualitative exploratory study carried out through the analysis of documents and semi-structured interviews with actors involved in national and district management. The documents an evolution towards the inclusion of the pharmacist in the primary care process by means of laws, reports or projects publication. The speeches were divided into categories of analysis, from which ‘word clouds’ were also elaborated. Respondents agreed that pharmaceutical care is not being properly evaluated and stressed that greater focus is needed on measuring the scope of the processes developed in the services offered for the users’ quality of life.*

KEYWORDS *Pharmaceutical care. Health evaluation. Primary Health Care.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde – Brasília (DF), Brasil.
leet.soares@gmail.com



Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF), quando comparada com a assistência em saúde, possui um sentido mais amplo e é composta pelo conjunto de procedimentos dirigidos de forma coletiva ou individual aos usuários dos serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados à atenção¹. Nesse sentido, a AF engloba atividades com o objetivo de promover o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais à população^{2,3}, não estando restrita somente às etapas de logística de medicamentos; portanto, é uma importante ferramenta complementar das ações em saúde⁴. Atualmente, existe uma proposta de concepção da AF⁵ na qual o processo de cuidado integra-se ao ciclo clássico, que inclui o uso do medicamento pelo paciente e leva em consideração, também, o acompanhamento terapêutico e a continuidade do cuidado, mostrando evolução em relação ao ciclo logístico tradicionalmente usado.

Historicamente, o foco das avaliações em saúde esteve, na maioria das vezes, ligado aos gastos e estrutura. Entretanto, considerando as mudanças no cenário da AF já mencionadas, tornou-se necessário avaliar também as ações ocorridas a partir da reorientação do papel do farmacêutico no Brasil e sua atuação na atenção direta aos usuários^{6,7}.

A avaliação de serviços em saúde e, nesse caso mais específico, a avaliação da AF, são influenciadas principalmente pelo modelo de avaliação proposto por Donabedian, que considera três grupos a serem observados, i.e., estrutura, processo e resultado⁸, e consegue ser adaptado a diferentes cenários onde se insere a AF. A partir da aplicação desse modelo, consegue-se aferir parâmetros de qualidade de um serviço e, dessa forma, gerar subsídios para seu aprimoramento, bem como para a implantação de novas políticas ou mudanças nas políticas vigentes.

A percepção como um dos aspectos da avaliação permite que se compreendam as dificuldades encontradas na prática dos serviços de saúde⁹, contribuindo para o entendimento

da relação entre profissionais e seus serviços¹⁰. Sabe-se que entender uma realidade a partir da visão de quem a vive cotidianamente é fundamental para a implantação de melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Cabe destacar que não há estudos publicados abordando a percepção de atores envolvidos em diferentes níveis de gestão da AF; a maioria dos que existem se refere a estudos que avaliam a qualidade dos serviços a partir das características ou atributos, estrutura e processo.

Além disso, os documentos, projetos e legislações relacionados ao tema, publicados ou realizados nos últimos anos, possivelmente exercem influência sobre a AF e conseqüentemente sobre a sua avaliação. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar documentos sobre acontecimentos relacionados ao histórico da AF no Brasil e compreender a percepção a respeito da avaliação da AF na atenção primária sob o olhar dos envolvidos nesse processo, tanto em nível federal quanto distrital.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado por meio da análise documental de *sites* oficiais, como os do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Farmácia (CFF), e de entrevistas com os envolvidos no processo de AF vinculados ao governo federal e distrital, além de especialistas no tema. As entrevistas ocorreram entre maio de 2016 e fevereiro de 2017.

Os documentos

Os documentos identificados permitiram construir uma linha temporal que teve como ponto de partida a Constituição de 1988 e se estendeu até os eventos ocorridos em dezembro de 2018.

Fez-se uma revisão de documentos publicados a partir da investigação de *sites* do Ministério da Saúde, em especial, relacionados ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) e ao Departamento de Atenção Básica

(DAB), além do *site* do CFF, de modo a encontrar documentos ou ações que representassem marcos importantes no processo de desenvolvimento da AF na atenção primária.

As entrevistas

A identificação dos atores deu-se durante entrevistas com pessoas envolvidas na gestão federal, representada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS), e distrital, representada pela Diretoria de Assistência Farmacêutica do Distrito Federal (Diasf/DF), que, por seu turno, sugeriram outros atores a serem entrevistados. Outras indicações foram realizadas durante as entrevistas, de forma que a amostra foi composta pela técnica conhecida como ‘bola de neve’¹¹. Na amostra, também foi incluído um autor que é referência na área de avaliação da AF em nível nacional. O critério para indicação de outros atores era definido pelo próprio entrevistado no encaminhamento da entrevista, sendo sempre indicado alguém que poderia complementar ou aprofundar algum aspecto importante das informações fornecidas pelo entrevistado.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado com questões acerca do perfil dos entrevistados e questões relacionadas à percepção da avaliação da assistência.

A análise do conteúdo

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas de forma literal, sem correções. A análise de conteúdo utilizou as reticências no texto sempre que houve a necessidade de transferir parte dos discursos para exemplificação das categorias de análise¹³. Em casos de supressão de partes da fala, foram utilizadas reticências entre parênteses. Quanto aos entrevistados, foram identificados pelo termo ‘Entrevistado’, seguido de um número cardinal.

Outra ferramenta utilizada para a apresentação dos resultados foi a chamada ‘nuvem de palavras’. Consiste em uma forma de visualização gráfica baseada na frequência das palavras ditas durante as entrevistas, por meio da qual as palavras são grafadas com tamanhos diferentes a depender do número de ocorrências no texto transcrito¹⁴.

Para a construção da nuvem de palavras, foi utilizado o *software* livre Word it Out, disponível no endereço eletrônico <https://worditout.com/>, por meio do qual pôde ser feito o refinamento de palavras para a exclusão de artigos e de preposições. Além disso, somente foram inseridas palavras que apareceram nos discursos pelo menos cinco vezes. Segundo Dias et al.¹⁴, a utilização desse método é útil para a visualização dos aspectos mais relevantes das falas dos entrevistados.

Os discursos selecionados para a construção de cada uma das nuvens foram eleitos como respostas para cada uma das categorias posteriormente definidas.

Considerações éticas

Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início das entrevistas. A pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, por meio do parecer nº 1.399.425.

Resultados e discussão

Os fatos relacionados à Assistência Farmacêutica na atenção primária

Durante os últimos 30 anos, muitos acontecimentos contribuíram para o desenvolvimento da AF na atenção primária, dos quais alguns considerados mais relevantes foram apresentados no *quadro 1*.

Quadro 1. Sistematização de marcos teóricos da Assistência Farmacêutica e da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde em documentos técnicos e normativos do período 1988 a 2018

Ano	Acontecimentos para o desenvolvimento da AF na atenção primária	Possíveis contribuições para a atenção primária segundo a ótica dos autores
1988	Promulgação da Constituição Federal ¹⁵	Definiu da saúde como um direito incluindo o acesso a assistência integral à saúde
1990	Criação do Sistema Único de Saúde - Lei nº 8.080/90 ¹⁶	Além de garantir a assistência terapêutica, descreve a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas
2001	Publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) ¹⁷	Acesso da população aos medicamentos essenciais
2002	Publicação das Diretrizes Curriculares do Curso de Farmácia, i.e., definição do farmacêutico generalista com formação voltada ao SUS ¹⁸ Elaboração do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica ¹⁹	Demonstrou a necessidade de formação do farmacêutico voltada ao SUS, além de descrever, entre as competências, a necessidade de exercer 'atenção farmacêutica' Representou o primeiro documento nacional sobre o tema cuidado farmacêutico, na época, descrito com Atenção Farmacêutica
2003	Realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica ²⁰	Discutiu, em especial, o acesso aos medicamentos, mas também descreveu o papel do farmacêutico em ações da "Atenção Farmacêutica" como na orientação ou educação individualizada dos pacientes, incluindo ações relacionadas ao acompanhamento farmacoterapêutico
2004	Publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica ²¹ Criação do programa Farmácia Popular ²²	Define que a Atenção farmacêutica está inserida entre as ações da Assistência Farmacêutica e a descreve de forma articulada entre os diferentes atores e níveis de atenção Aumentou o acesso aos medicamentos por parte da população, embora tenha afastado os pacientes da atenção primária
2005	Realização do I Congresso Brasileiro de Uso Racional de Medicamentos Publicação da Lei nº 11.129/2005 ²³ Publicação do documento 'Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados' pelo Ministério de Saúde, em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde e com a Organização Mundial da Saúde ²⁴	É um marco para a valorização do tema e da atuação de farmacêuticos na área clínica Possibilita o desenvolvimento de inúmeras residências voltadas ao cuidado farmacêutico, incluindo aquelas que envolvem a atenção primária Apresenta os indicadores e a forma de avaliação com foco no ciclo logístico da assistência farmacêutica
2006	Publicação pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Fiocruz, do documento 'Assistência Farmacêutica na Atenção Básica' ²⁵	Documento voltado à gestão logística do medicamento na atenção primária e que aborda de forma superficial a função da dispensação e da orientação aos pacientes
2007	Publicação da Portaria nº 204/2007 ²⁶ Publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) com o ministério da Saúde do documento 'Assistência Farmacêutica no SUS' ²⁷	Organização do financiamento da saúde no Sistema Único de Saúde Traz, mesmo que de forma pontual, a 'atenção farmacêutica' e o uso racional de medicamentos, embora represente um documento focado na gestão logística do medicamento
2010	Criação das Redes de Atenção à Saúde ²⁸ Publicação do documento 'Assistência Farmacêutica no SUS' pelo Conselho Federal de Farmácia e pelo Conselho Regional de Farmácia do Paraná ²⁹	Descreve as várias redes de atenção que orientam os pacientes no sistema de saúde Contribuiu para a regulamentação das atribuições farmacêuticas no sistema público de saúde
2011	Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ³⁰ Criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) ³¹ Publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 ³²	Incentivou a parametrização e desenvolvimento de qualidade na gestão em saúde da atenção básica Além da incorporação de tecnologias, tem desenvolvido inúmeros protocolos clínicos que definem ações clínicas que podem ser desenvolvidas pelos farmacêuticos Auxiliou a estruturação, o planejamento e a assistência do sistema público de saúde, além de regulamentar questões relacionadas à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)
2012	Criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QualiFar-SUS) ³³	Possibilitou ações que visam à melhoria da estrutura física e dos processos voltados à Assistência Farmacêutica, em especial, na atenção primária

Quadro 1. (cont.)

Ano	Acontecimentos para o desenvolvimento da AF na atenção primária	Possíveis contribuições para a atenção primária segundo a ótica dos autores
2013	Publicação das Resoluções CFF nº 585/2013 e nº 586/2013 ³⁴ Atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com inclusão de diferentes classificações, incluindo a de farmacêutico em saúde pública Lançamento da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) ³⁵ Criação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica de Acesso On-line - Hórus ³⁶	Definiram atribuições clínicas que permitiram a proposição de serviços e o impulso do cuidado farmacêutico em diferentes níveis de atenção Reconhece a ocupação do farmacêutico tanto na saúde pública como na farmácia clínica Levantamento de dados sobre a estrutura do sistema de saúde, acesso e uso de medicamentos
2014	Criação do Projeto Cuidado Farmacêutico em Curitiba ³⁷ Publicação da Lei nº 13.021/2014 ³⁸	Os documentos passaram a nortear o desenvolvimento do cuidado no Brasil. Transforma a farmácia pública ou privada em local de prestação de serviços e torna obrigatória a realização de ações voltadas à promoção do uso racional de medicamentos
2015	Expansão do Projeto Cuidado Farmacêutico Publicação pelo Conselho Federal de Farmácia do documento 'O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para a ação' ³⁹	Possibilita a ampliação do cuidado para o componente especializado, aumentando a visibilidade da ação clínica desse profissional Descreve o papel do farmacêutico nas redes de atenção e no controle social
2017	Atualização das Diretrizes Curriculares do Curso de Farmácia que intensificam o Cuidado Farmacêutico na formação do farmacêutico generalista ⁴⁰	Definição do cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção
2018	Inclusão de procedimentos providos por farmacêuticos na Atualização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) do SUS Publicação pelo Ministério da Saúde do documento 'Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação' ⁴¹	Possibilita o detalhamento da produção do farmacêutico nos diferentes níveis de atenção Consolidou os benefícios do desenvolvimento da assistência farmacêutica, indicando novos desafios para os anos seguintes

Dentre esses, destacam-se a publicação de inúmeras leis e o desenvolvimento de experiências por meio de projetos, programas piloto e de capacitação dos farmacêuticos, à exemplo das residências multiprofissionais em saúde. Destaca-se que tais documentos normativos trazem para a atenção primária a base de muitos programas que garantem, entre outras coisas, o acesso a medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos, além de nortear ações relacionadas aos medicamentos¹², tornou a AF uma das atividades prioritárias à saúde, uma vez que passa a assumir caráter transversal. Anos mais tarde, com uma proposta mais ampla, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica²¹ fixou princípios

e eixos estratégicos para a atuação da AF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Além disso, essas competências afirmadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica vêm corroborar o processo de mudança no campo da AF¹, que reforça o papel do farmacêutico como profissional capaz de trabalhar cada vez mais na promoção da saúde, proposta pela Organização Mundial da Saúde, e não somente limitá-lo à aquisição e distribuição de medicamentos.

Nos acontecimentos destacados, observa-se a criação de um arcabouço legal que subsidia o farmacêutico no desenvolvimento

de atividades na atenção primária, como o levantamento de dados sobre o perfil de uso de medicamentos (Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – PNAUM), além do desenvolvimento de estratégias de formação e empoderamento desse profissional na prática clínica (Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde – ProFar), seja pelas residências (Lei nº 11.129/2005), capacitações ou pelo Projeto Cuidado Farmacêutico. Nesse sentido, diferentes leis também vieram subsidiar a prática clínica desse profissional em diferentes níveis de atuação, onde se inclui a atenção primária, à exemplo das resoluções publicadas em 2013 pelo CFF.

Além disso, a inclusão do farmacêutico em programas de residência multiprofissional, além de garantir o trabalho junto à equipe, impulsiona de maneira ímpar o desenvolvimento do cuidado farmacêutico em diferentes níveis de atenção, como, por exemplo, na atenção primária tratada neste trabalho, e que apresenta importante desenvolvimento, em especial, na última década.

Nesse sentido, com o passar dos anos, observa-se uma mudança na perspectiva de atuação desse profissional, que começa a atuar diretamente com os pacientes com vistas a promover o uso racional de medicamentos e não somente o seu acesso. Além disso, vários documentos publicados pelo MS e pelo CFF indicam a necessidade de avaliação da AF.

Bermudes et al.⁴² apresentam diversos eventos ocorridos nos últimos 30 anos relacionados à AF no SUS na perspectiva da integralidade. Contudo, Araújo et al.⁴³ revelam que tanto o exercício das práticas dos profissionais como a compreensão sobre a base conceitual e operacional do acesso, do caráter longitudinal, da integralidade e da coordenação apresentam-se difusos, confusos e, às vezes, numa relação de dependência com as formas de organização balizadas por conceitos tradicionais. Deve ser considerado também para o papel do farmacêutico junto à atenção primária se, de fato, deve atuar com foco no cuidado ou se se mantém vinculado apenas à

logística, por vezes, realizando apenas ações voltadas à gestão da AF.

Contudo, observa-se a ausência de documentos que indiquem as condições sanitárias para realização do cuidado farmacêutico na atenção primária, o que representa uma limitação legal para a atuação do farmacêutico junto aos pacientes.

As visões sobre a avaliação em Assistência Farmacêutica

Entrevistaram-se oito atores, todos farmacêuticos e a metade composta por homens. A média de tempo de formação foi de 15 anos, variando de três a 41 anos. Ainda sobre a escolaridade, cinco possuem grau de especialista e três são doutores. No que diz respeito ao tempo como gestor, para aqueles que possuíam esse cargo, a média foi de cinco anos, com variação de um a oito anos. Todos os cargos demandam 40 horas semanais, havendo representantes concursados e com cargos comissionados. Destes, um era pesquisador na área, quatro estavam vinculados à gestão distrital e três, à gestão federal.

Observou-se pelos discursos que os entrevistados acreditam que o processo de AF não está sendo adequadamente avaliado.

[...] dizer que ela é adequadamente avaliada é muito complexo, acredito que não. [...] ela está ainda começando [...] então dizer que ela é adequadamente avaliada seria muito arriscado [...]. Justamente porque os processos ainda estão em fase de execução inicial, a gente ainda tá planejando pra fazer a execução da melhor forma possível. (Entrevistado 1).

Para alguns, essa avaliação também pode estar relacionada à necessidade de se avaliar a AF como ação multidisciplinar relacionada ao cuidado.

[...] a Assistência Farmacêutica não consegue ser adequadamente avaliada até porque ela ainda não é claramente definida. [...] em uma concepção

mais minimalista de Assistência Farmacêutica eu vou achar que ela pode até ser adequadamente avaliada por que é só saber se existe medicamento [...]. Se eu penso na Assistência Farmacêutica numa visão mais ampla, uma concepção mais integrada inclusive nas práticas multidisciplinares e nas práticas em equipe [...] eu digo que não. (Entrevistado 7).

A avaliação em saúde permite direcionar o planejamento, além de permitir o controle técnico e social dos serviços que são oferecidos⁴⁴ para que as necessidades dos usuários possam ser atendidas efetivamente. Nesse sentido, para uma avaliação ser bem-sucedida, é fundamental que se tenham meios para que ela possa ser realizada de maneira efetiva. Além de recursos humanos, também são necessários recursos técnicos que direcionem o caminho a ser seguido, de modo que os objetivos da avaliação estejam bem definidos, assim como a metodologia a ser aplicada⁴⁵.

Entretanto, a falta de ferramentas e a falta de uma definição sobre o objeto de avaliação ou como esta deveria ser realizada foram outros pontos destacados pelos entrevistados a respeito da visão atual da avaliação da AF

Desenvolver padrões avaliativos é um

importante processo para que se consiga distinguir a qualidade dos serviços como aceitáveis ou não baseados em um indicador^{46,47}. Portela⁴⁸ explica que, para se chegar a uma conclusão a respeito da qualidade ou não de um serviço, não se devem considerar eventos isolados ou indicadores que discordem de um padrão esperado, uma vez que representam somente um sinal de alerta. Somente a partir de uma análise minuciosa dos valores apresentados como resultado da avaliação com base nos níveis de aceitabilidade estabelecidos se pode determinar o nível de qualidade do serviço ofertado.

Deve-se também levar em consideração o contexto da avaliação e o tipo de serviço onde ela está acontecendo para que haja sensibilização no processo avaliativo de identificação de possíveis diferenças entre os serviços, ainda que discretas. Nesse sentido, ocorrerá a interpretação clara de determinada realidade sem mascarar deficiências ou potencialidades.

Ao se analisar a nuvem de palavras gerada a partir das respostas dadas à pergunta referente a este tópico (*figura 1*), percebemos palavras que nos levam a um compilado das ideias expressas pelos entrevistados, uma vez que foram as palavras ditas com mais frequência.

Figura 1. Nuvem de palavras para a categoria Visão sobre a avaliação atual da AF



Como justificativa para a avaliação no âmbito da AF não acontecer efetivamente, muitos citaram a ausência de informação sobre os serviços voltados aos pacientes, família e comunidade⁴ para que se possa conhecer a realidade dos diversos cenários que integram a AF e, assim, se desenvolver instrumentos para avaliar o serviço ofertado. É preciso lembrar que um dos objetivos da avaliação em nível estratégico é produzir impacto por meio da difusão da informação⁴⁹. Além disso, também se comentou sobre a falta de uniformidade dos serviços realizados em diferentes unidades, como, por exemplo, entre as unidades básicas de saúde, o que também dificulta a implementação de padrões de rotina bem como de níveis de comparação.

No que diz respeito às lacunas existentes na avaliação da AF, os entrevistados concordam que há etapas, processos ou ações que não conseguem ser corretamente avaliados. Essas etapas, em sua maioria deficitárias, consistem na avaliação do efeito das ações realizadas no âmbito da AF e também em como o serviço está sendo prestado sob a perspectiva do usuário, além de questões relacionadas à logística.

Além da gestão de estoque de medicamentos destaca-se a identificação da demanda aos medicamentos como algo essencial para a gestão da AF. Observa-se que o cuidado farmacêutico, ação integrada e centrada no usuário com ênfase na promoção da saúde e uso racional de medicamentos⁵⁰, atualmente vem tomando uma maior dimensão na atenção à saúde e passou a gerar a necessidade de avaliação.

Mesmo que, por muito tempo, a AF tenha sido reduzida ao ciclo de gestão do medicamento, tem-se o cuidado como uma nova e necessária ação. Essa concepção de assistência como cuidado ao paciente, e não apenas como gestão logística ou ciclo logístico da AF, revela um avanço importante da profissão farmacêutica⁴. Esse avanço permite que os profissionais possam ir além da garantia de acesso do medicamento e passem a desenvolver ações que garantam também o uso racional e seguro de medicamentos e tecnologias em saúde.

Vemos que, para alguns entrevistados, há a necessidade de avaliação das etapas que consistem da estrutura de instrumentos necessários para realização de uma atividade e do processo, o que, para Donabedian⁵¹, seria o conjunto de atividades desenvolvidas na interação entre profissionais e pacientes, respectivamente.

Além disso, começa a ser observada nos discursos a necessidade de avaliação de resultados, outro item presente na tríade de avaliação proposta por Donabedian⁸. “[...] a gente já tem vários programas de Assistência Farmacêutica, mas a gente não consegue avaliar o impacto disso [...]” (Entrevistado 4). Esse componente tem relação principalmente com as mudanças no estado de saúde dos pacientes a partir dos cuidados recebidos por meio dos serviços ofertados⁴⁷. A pesquisa avaliativa, por exemplo, torna-se útil nesse aspecto ao analisar a pertinência de determinada intervenção e seu grau de adequação com os objetivos iniciais⁵².

Vários autores^{53,54} reforçam a importância de se avaliarem os serviços de Atenção Primária por meio da percepção dos pacientes. Cabe destacar que mesmo que os entrevistados desta pesquisa tenham destacado a importância da avaliação e os diferentes aspectos a serem analisados, nas falas não está contemplada a participação social, ou seja, a participação efetiva dos usuários do serviço na avaliação do cuidado farmacêutico na atenção primária.

Contribuindo com essa e outras categorias a serem avaliadas, Lima e colaboradores⁵⁵ revelam em seu estudo que devem ser avaliados o acesso e resolutividade, instalações e recursos; ações e serviços realizados; e desenvolvimento de vínculo e participação social. Nesse contexto, tais autores enriquecem o cenário que pode ser contemplado na avaliação do cuidado farmacêutico na atenção primária.

Levando-se em consideração que o objetivo principal de se oferecerem serviços à população é a sua promoção, proteção e recuperação da saúde⁴⁴, a avaliação dos resultados tem como fundamental função verificar se esse objetivo foi cumprido⁵².

É preciso transpassar o campo da avaliação para além dos processos, que, no caso da AF, são caracterizados pelas etapas logísticas que envolvem o medicamento, uma vez que o processo é resultado da implantação dos serviços. O efeito sobre o percurso dos resultados de morbidade e mortalidade no Brasil, em especial aquelas relacionadas aos medicamentos, representariam

o impacto das ações do farmacêutico na saúde das pessoas. Ou seja, seriam os indicadores de resultados do serviço⁵². Contudo, a *figura 2*, que sumaria os discursos relacionados ao assunto, ainda demonstra a predominância sobre as etapas do ciclo logístico da AF, ou seja, sobre a avaliação das ações relacionadas ao processo e a estrutura.

Figura 2. Nuvem de palavras para a categoria Lacunas na avaliação da AF



Mesmo que existam lacunas não contempladas no processo de avaliação da AF, alguns indicadores adotados, segundo a visão dos entrevistados, são válidos para descrever o desempenho de algumas das etapas da AF oferecidas aos usuários. Os entrevistados mencionaram esses aspectos essenciais, conforme exemplificado pela fala a seguir.

Aí vai depender da etapa e de onde eu estou avaliando. [...] do ponto de vista da estrutura, eu acho que tem alguns que são essenciais como, por exemplo, a existência do próprio farmacêutico, já que estamos falando de uma prática que é exclusiva dele, é própria dele, não é exclusiva, mas a ausência dele compromete completamente. A presença do próprio medicamento, da quantidade e qualidade

de medicamentos para aquele público alvo daquela unidade, daquela área, daquele território, daquelas condições de saúde que tem ali naquela unidade ou território. [...]. Então eu acho que no ponto de vista de pessoal, número de pessoal, condições físicas de trabalho, ter as condições necessárias para trabalhar, acho que tudo isso são indicadores que revelam a importância que a Assistência Farmacêutica já começou a adquirir no serviço. Acho que eles são importantes, são essenciais pra gente ter esse retrato da condição que a gente tem hoje. (Entrevistado 7).

Esses indicadores voltam a refletir o processo de logística ou, ainda, conforme Donabedian, de estrutura e de processo, ou seja, de avaliação normativa⁵¹. Nesse tipo de

da AF, os entrevistados não só tiveram certa dificuldade como demonstraram um pouco de descrédito em relação à evolução na avaliação. Embora seja unânime a ideia de que a avaliação está defasada, dado que há apenas citações gerais sobre as etapas que precisam

ser incluídas no processo, muitos não conseguem sugerir com segurança um possível indicador.

A *figura 4* apresenta a nuvem formada a partir dos discursos sobre os possíveis novos indicadores ou processos a serem avaliados.

Figura 4. Nuvem de palavras para a categoria Possíveis novos indicadores



Os autores reclamam a necessidade de avaliações que contemplem determinados aspectos frágeis no processo de reorganização da AF, com enfoque maior para o cuidado farmacêutico, uma vez que uma visão minimalista da AF tem impacto na forma do cuidado ao usuário⁵⁸. Nesse contexto, tais palavras mostram que o cuidado farmacêutico deve ser o foco dos novos indicadores e, portanto, dos modelos de avaliação a serem desenvolvidos na área da AF.

Nesse sentido, conforme aponta Gerlack et al.⁵⁹, há um descompasso entre os objetivos fixados pelo arcabouço legal e político, que deveria nortear a gestão da AF e o que se observa na realidade, havendo necessidade principalmente de reforçar a responsabilidade dos gestores e instrumentalizá-los para que se implantem⁶⁰ evoluções.

Conclusões

O estudo identificou os marcos históricos e as percepções dos atores acerca da incipiência da inclusão do cuidado farmacêutico na atenção primária ao revelar que as experiências em curso precisam ser avaliadas para a garantia da qualidade da estrutura e dos processos desenvolvidos pela AF no SUS.

Os achados mostram a importância da publicação de documentos pelo MS e pelo CFF como fomentadora do desenvolvimento profissional, da formação acadêmica e das atividades clínicas realizadas por meio do cuidado farmacêutico. Importante, porque a prática sempre caminha atrelada à elaboração de legislações que possam respaldar a atividade profissional e que, quando são identificadas lacunas legislativas, em especial sanitárias,

na regência da AF, limita-se seu campo de atuação. Além disso, tais documentos e experiências foram fundamentais para a percepção dos entrevistados sobre o tema avaliação.

Os discursos e documentos revelam que há uma mudança importante na AF com a incorporação do cuidado. Mostram, também, que a avaliação, quando ocorre, está voltada ao modelo normativo, com indicadores que atendem especialmente à estrutura e aos processos das etapas logísticas. Descrevem, ainda, que atualmente a atuação assistencial do farmacêutico não é homogênea nem divulgada de forma adequada, além de haver necessidade de uniformização dos serviços providos por farmacêuticos voltados ao paciente, família e comunidade, bem como a definição de como deverão ser avaliados.

Dessa forma, a avaliação do processo de AF precisa ser revista e aprimorada para que as novas demandas em saúde possam ser consideradas. Assim, reforça-se a necessidade de avaliação do efeito, compreendido por alguns como o impacto sobre a vida das pessoas.

A principal lacuna observada no processo de avaliação da AF na atenção primária está relacionada ao processo de cuidado desenvolvido pelos farmacêuticos por meio da prestação dos serviços clínicos. Nesse sentido, é necessário avaliar a estrutura, o processo e, em especial, os resultados obtidos por meio dessas ações.

Entre as limitações deste estudo está o fato de que os participantes entrevistados representavam seus gestores federais e distritais, o que demanda cautela na interpretação de suas falas.

Colaboradoras

Soares LSS (0000-0001-7578-1751)* e Galato D (0000-0002-9295-8018)* contribuíram para a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Brito ES (0000-0003-0888-6902)* contribuiu para a redação do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade. ■

Referências

1. Conselho Federal de Farmácia. Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, DF: CFF; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções para sua organização. Brasília, DF: MS; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão: gerência técnica de assistência farmacêutica. Brasília, DF: MS; 2002.
4. Dupim JAA. Assistência farmacêutica: um modelo de organização. Belo Horizonte: Segrac; 1999.
5. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: ges-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2011; 2(3):41-49.
6. Brasil. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 25 Set 2013. Seção 1, p. 186-188.
 7. Brasil. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. *Diário Oficial da União*. 11 Ago 2014. Seção 1, p. 1.
 8. Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.
 9. Oliveira AF. A Percepção dos farmacêuticos como profissionais da atenção primária de saúde no SUS de Fortaleza – CE. [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.
 10. Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(3):449-55.
 11. Baldin N, Munhoz EMB. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: *Anais do 10º Congresso Nacional de Educação – Educere/I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE*. Curitiba, PR, 7 a 10 de novembro, 2011. *Anais...*, p. 329-41.
 12. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília, DF: OPAS; MS; 2005.
 13. Marcuschi LA. *Análise da Conversação*. 4. ed. São Paulo: Ática; 1998.
 14. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(11):4371-4382.
 15. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF; 1990.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: MS; 2001.
 18. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia. Câmara de Educação Superior; 2002. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.
 19. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, et al. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília, DF: OPAS; 2002.
 20. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília, 2005. [acesso em 2020 jun 9]. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmacaceutica.pdf.
 21. 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*. 20 Maio 2004. Seção 1, p. 52-53.
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, DF; 2004. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Lei/L10.858.htm.
 23. Brasil. Resolução nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofis-

- sional em Saúde CNRMS. Brasília, DF, 2005. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.
24. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília, DF: OMS; OPAS; 2005.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília, DF: MS; 2001.
 26. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. 29 Jan 2007. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.
 27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2011.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Dez 2010. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
 29. Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná. A assistência farmacêutica no SUS. Organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. Brasília, DF: CFF, 2010.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União. 19 Jul 2011. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
 31. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 20 Set 1990. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.
 32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html.
 34. Brasil. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 Set 2013. Seção 1, p. 186-188.
 35. Akerman M, Freitas O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Rev Saude Publica [internet]. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-5s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-8787201705100supl2ed.pdf.

36. Brasil. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 27 Fev 2013. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt0271_27_02_2013.html.
37. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.: il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 4).
38. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, DF; 2014. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm.
39. Manzini F, Alencar LBO, Sales L, et al. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>.
40. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia e dá outras providências. Câmara de Educação Superior, 2017. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file>.
41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: MS; 2018.
42. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1937-1949.
43. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Saúde debate. 2015; 39(105):387-399.
44. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: MS; 2010.
45. Brasil. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 1.918/2016. Institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da SMS. Diário Oficial Cidade de São Paulo nº 202, 27 Out 2016. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-secretaria-municipal-da-saude-1918-de-27-de-outubro-de-2016>.
46. Emmerick ICM. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
47. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS; OMS; 2003.
48. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 259-269.
49. Gaioso VP, Mishina SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. TextoContextoEnferm. 2007; 16(4):617-25.

50. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
51. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. II).
52. Champagne F, Contandriopoulos A, Brousselle A, et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
53. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saúde debate. 2017; 41(114):741-752.
54. Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, et al. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. RFO UPF. 2014, 19(2):151-158.
55. Lima EFA, Sousa AI, Silva MM, et al. Avaliação da atenção primária na percepção dos usuários e profissionais de saúde: uma revisão integrativa. Rev enferm UFPE [internet]. 2014; 8(supl2):3758-66.
56. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Apresentação da série. In: Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF; 2015. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=1518-apresentacao-8&category_slug=serie-uso-razional-medicamentos-284&Itemid=965.
57. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. Rev Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-13s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007120.pdf.
58. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Farias MR, et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Physis. 2016; 26(2):691-711.
59. Gerlack LF, Karnikowski MGA, Areda CA, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-15s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007063.pdf.
60. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-5s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007146.pdf.

Recebido em 30/08/2019

Aprovado em 29/02/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento