

Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 2 (2022).

ARTIGO DE REVISÃO

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p341-360

Caminhos da assistência farmacêutica na atenção básica: o desafio da garantia do acesso e do uso racional de medicamentos

Pharmaceutical services in primary care: the challenge of access and rational drug use

Rodrigo Silveira Pinto

Farmacêutico, Doutorando em Ciências Farmacêuticas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (UFRGS)
E-mail: rodrigospinto@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1053-9926

Mauro Silveira de Castro

Farmacêutico, Doutor em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas-UFRGS
E-mail: mauro.silveira@ufrgs.br
ORCID: 0000-0003-4374-458X

Resumo: Introdução: garantir o acesso e o Uso Racional de Medicamentos (URM) na Atenção Básica à Saúde (ABS) é essencial para a resolutividade dos sistemas de saúde. No Sistema Único de Saúde, a Assistência Farmacêutica (AF) foi conduzida com o enfoque logístico, objetivando somente a disponibilidade de medicamentos para o usuário, o que é insuficiente para o URM. Objetivo: descrever a abordagem dada a AF pelos gestores na ABS e as consequências dela. Fonte de dados: documentos oficiais, normativas e trabalhos acadêmicos que correlacionaram AF e ABS. Resumo das conclusões: A AF foi vista pelos gestores pela ótica da logística - ações foram realizadas para que o medicamento esteja disponível para dispensação aos usuários, entanto, essas ações não foram suficientes para atingir o URM. Ficaram evidentes os riscos associados ao uso inadequado de medicamentos que geraram desfechos clínicos negativos e aumentaram os custos do sistema. Este último ocorreu pelo aumento da prevalência de Eventos Adversos a Medicamentos, presença de regimes terapêuticos complexos e pela judicialização da saúde. É necessária uma mudança no modelo de AF na ABS conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica, com Serviços Farmacêuticos ofertados conforme a necessidade da comunidade. Isso pode ocorrer pela integração das Farmácias aos territórios. Para isso, o planejamento da AF deve ocorrer de forma ascendente, envolvendo usuários, instâncias locais de participação e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde

Abstract: Introduction: guaranteeing access and Rational Drug Use (RDU) in Primary Health Care (PHC) is essential for the health system's problem-solving capacity. In the Brazilian Healthcare System, Pharmaceutical Services (PS) are carried out with a logistical approach, with the sole purpose of making drugs available for the system user, which is insufficient for achieving RDU. Objective: to describe how PHC managers approach PS and the respective consequences. Data source: official documents, regulations and academic works correlating PS and PHC. Summary of conclusions: PS is regarded by health services managers from the perspective of logistics: actions are taken so that drugs are available for dispensing to users. However, these actions are not enough to achieve RDU. The risks associated to inappropriate drug use, which generates negative clinical

outcomes and increases the costs of the system, have become evident. This has occurred due to the increased prevalence of Adverse Drug Events, the presence of complex therapeutic regimens and the judicialization of health care. A change in the PS model in the PHC context is necessary. Pharmaceutical Services should be offered according to the needs of the community, as recommended by the National Policy of Primary Care. This could occur through the integration of Pharmacies to the territories. For that, PS must be planned in an ascending direction, involving users, local instances of participation and health professionals.

Keywords: Pharmaceutical Services, Primary Health Care, Health Services Accessibility

Introdução

Os medicamentos têm um papel importante nos serviços de saúde, pois são produtos que podem melhorar a qualidade de vida, desempenham um papel na construção da relação de confiança dos usuários com as equipes de saúde e seu uso está implicado em elevados custos para os usuários e para os sistemas de saúde¹. Porém, não podem ser comparados a uma simples mercadoria ou serviço de consumo, pois seu uso não é isento de eventos adversos². Portanto, é necessário definir com clareza a forma em que os medicamentos serão disponibilizados a uma sociedade, como serão prescritos, como serão e estão sendo utilizados e quais resultados em saúde seu uso está gerando.

No Brasil, podemos definir as políticas de acesso a medicamentos na Atenção Básica em Saúde em cinco fases históricas. A primeira fase vai até o ano de 1923, onde não existia uma política pública unificada para organização de um sistema de saúde no país. Até este ano, somente iniciativas isoladas eram implementadas. Em relação ao acesso de medicamentos, muita atenção era dada a compreensão do poder medicinal da flora nacional, sendo divulgadas e utilizadas nas comunidades, nas escolas de formação de profissionais de saúde e nas boticas, que eram raras no Brasil Colônia³.

Com a Lei Eloy Chaves, em 1923, dá-se início a segunda fase, que foi a primeira iniciativa para a construção de um sistema de saúde organizado no país⁴. Essa lei e regulamentações seguintes versavam sobre o acesso a medicamentos estabelecendo as instituições previdenciárias como ordenadoras deste processo, que geralmente ocorria por copagamento entre a instituição e o usuário⁵.

Em 1971 se dá início a terceira fase, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), com o objetivo de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”⁶. Aqui, grande enfoque se deu a centralização da organização do acesso a medicamentos, por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), instrumento

norteador da aquisição dos medicamentos que se dava prioritariamente por laboratórios oficiais, e a distribuição destes aos municípios.

A quarta fase dá-se início a partir da década de 80, em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde que deveria ser estruturado tendo como base a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade⁷, incluindo a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como campo de atuação desse novo sistema⁸. Neste momento, grande enfoque se deu para a descentralização da gestão aos municípios, seguindo as dimensões do acesso a saúde e aos medicamentos. Panchansky e Thomas⁹ e Andersen¹⁰ enfatizam o planejamento como instrumento principal de organização. A gama de objetivos propostos nesta fase faz com que sejam tomadas ações de natureza técnica, científica e operativa de forma integrada com a complexidade, necessidades e finalidades de cada serviço, que são conhecidas como Serviços Farmacêuticos¹¹, que podem ser Técnico-Gerenciais e Clínico-Assistenciais.

A quinta fase inicia-se de maneira proeminente a partir da década de 2010, a partir do reforço das condutas terapêuticas com base em evidências¹² e sua utilização na Assistência Farmacêutica, explicitada por meio da Lei Federal Nº 12.401¹³ e o Decreto Nº 7.508¹⁴. Nesta fase, se compreende que apenas a garantia do acesso não é suficiente para gerar resultados em saúde nos usuários de medicamentos. Coloca-se enfoque nas Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia de pessoas, famílias e comunidades¹⁵ no planejamento da Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica em Saúde (AFABS). Assim, ações foram tomadas para reorganização da AFABS sobre os eixos da estrutura, produção de informação, educação continuada e do cuidado^{16,17}, sendo este último tido como essencial para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de medicamentos^{18,19}. O profissional farmacêutico aqui recebe destaque, pois pode executar Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais¹¹, fazendo parte das equipes de saúde, detectando e resolvendo Problemas Relacionados à Farmacoterapia²⁰, e outras atividades de natureza clínica.

O presente artigo busca descrever a abordagem dada à Assistência Farmacêutica pelos gestores na ABS a partir da sua quarta fase histórica até o ano de 2017, e as consequências dessas abordagens.

Metodologia

A construção deste artigo foi realizada como uma revisão narrativa objetivando estabelecer o estado da arte sobre a AFABS no Brasil. Segundo Mota de Sousa et al ²¹“a revisão do estado da arte centra-se em assuntos mais atuais. Esta revisão pode oferecer novas perspectivas sobre uma questão ou destacar uma área que precisa de mais investigação”.

Desta forma, este artigo foi elaborado a partir da interpretação e análise crítica dos autores sobre a literatura disponível, com a finalidade de contribuir no debate sobre a inserção da AFABS, de uma forma que permita a aquisição e atualização do conhecimento em um intervalo de tempo curto (Rother, 2007). A revisão bibliográfica foi realizada ao longo de alguns anos de atividades dos autores, incluindo atividades discentes, docentes e de pesquisa sobre o assunto, bem como prática profissional. Ao longo do tempo artigos e capítulos de livros foram sendo selecionados. Foi realizada busca de documentos oficiais sobre o tema nos sítios eletrônicos da OMS, OPAS e na Biblioteca Virtual em Saúde. A atualização das referências foi realizada nas bases de dados SciELO, Pubmed e Google Acadêmico pelos termos “*Pharmaceutical Services*”, “*Primary Health Care*”, “*Brazil*”, “*Assistência Farmacêutica*”, “*Atenção Básica em Saúde*” e “*Atenção Primária a Saúde*”. Foram também consultadas as referências destes estudos buscando artigos pertinentes para complementar a sua estruturação.

Da Teoria À Prática: Esforços Para a Implantar a Assistência Farmacêutica Na ABS

A transição entre as fases apresentadas anteriormente foram frutos de ações científicas, técnicas, sociais, econômicas e políticas^{3,4,16}, que se iniciaram a partir da capacidade limitada de enfrentamento dos desafios propostos. Daremos especial enfoque aos esforços realizados para a implantação da AFABS após o início do SUS até o ano de 2017.

A fase centralizadora da AFABS, regida pela CEME, não era compatível com a descentralização proposta pelo SUS. A CEME determinava quais medicamentos deveriam constar na RENAME, e apenas estes eram comprados e distribuídos. Se, por um lado, os municípios não precisavam se preocupar em ter um setor de aquisição de medicamentos, por outro, tinham pouca voz para solicitar o que realmente precisavam, na quantidade e no tempo adequados, o que gerou grandes volumes de medicamentos perdidos, por não comprar na quantidade certa, não distribuir da maneira correta ou não utilizar²³. Devido aos fatores acima mencionados, a CEME foi desativada em 1997²³, associada a alegação de falta de recursos para custear todas as necessidades, da falta de investimentos e da lógica neoliberal de reforma do Estado brasileiro¹⁶.

Três estados da federação, constatando a falta de atendimento das necessidades da população no tocante a medicamentos, resolveram realizar experiências de descentralização. São eles, o estado do Paraná, o de São Paulo (Programa Dose Certa) e Minas Gerais (Farmácia Essencial). Cada projeto teve uma forma de abordar e de atender as demandas dos municípios, chegando a estruturar a Assistência Farmacêutica até o nível de produção de medicamentos ou educação de

usuários para o uso racional de medicamentos²⁴. Essas experiências contribuíram para demonstrar que a descentralização era possível e os ganhos eram maiores do que a centralização existente.

A Política Nacional de Medicamentos foi o primeiro documento em nível nacional que propôs a descentralização da AFABS, com responsabilidades definidas para União, estados e municípios. Esta ação levou a criação de uma linha de financiamento específica para compra de medicamentos para a AFABS²⁵. Atualmente, esta linha de financiamento se chama “Componente Básico da Assistência Farmacêutica”, que organiza o financiamento de forma tripartite, com a base de cálculo proporcional à população e ao Índice de Desenvolvimento Humano de cada município^{26,27}, com parte dos recursos podendo ser investidos em melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos responsáveis pela execução da AFABS e em educação continuada. Além disso, para ampliar a oferta de medicamentos, foram realizadas outras estratégias, como compra centralizada pelo Ministério da Saúde e por Secretarias Estaduais de Saúde, segundo o planejamento dos estados ou dos municípios e, organização de consórcios municipais para aquisição de medicamentos. Estas estratégias reforçaram e ampliaram o processo de pactuações interfederativas²⁹.

No início dos anos 2000 as políticas de acesso a medicamentos de forma descentralizada nas farmácias públicas do SUS estavam sendo implementadas e enfrentando algumas dificuldades, como, por exemplo, as dificuldades de provisão aliado a um aumento sustentado no gasto das famílias brasileiras com saúde²⁹. Isto fez com que o governo brasileiro implementasse um programa de acesso a medicamentos mediante copagamento por meio de uma rede própria de farmácias no ano de 2004. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi desenvolvido inicialmente a partir da abertura de uma rede de farmácias diretamente pela Fundação Oswaldo Cruz, seguido de parcerias com municípios, estados e instituições de ensino. A partir de 2006 o programa se expandiu para as farmácias comunitárias privadas, onde em 2011 foi extinto o copagamento dos medicamentos para hipertensão, diabetes e asma nestas unidades³¹. A partir de 2017, a Rede Própria do programa foi extinta, sendo alegado pelo governo o grande custo de manutenção em relação à compra propriamente dita dos medicamentos, o número reduzido de farmácias da Rede Própria em relação ao número de farmácias comunitárias privadas participantes e a proposta do repasse do valor investido na rede própria para a contrapartida federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica³².

Em complementação a Política Nacional de Medicamentos foi realizada a primeira ação federal com aporte de recursos para estruturação dos Serviços Farmacêuticos na ABS, por meio do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de

Saúde³³. Para atingir esse objetivo, ele foi dividido em quatro eixos: Estrutura, Informação, Educação e Cuidado. Este programa reforça a ideia do papel da Assistência Farmacêutica não só no fornecimento de medicamentos, mas sim como um sistema complexo, que necessita de infraestrutura, gera informação e que cuida dos usuários de medicamentos no SUS.

Essas ações necessitavam de um acompanhamento e avaliação, até mesmo para fundamentar essas políticas. Durante a década de 2000, as transformações vistas na regulamentação não foram observadas *in loco*. Consultando relatórios de fiscalização de 567 municípios realizados pela Controladoria Geral da União entre 2004 e 2006, Vieira³⁴ encontrou problemas relacionados aos Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais em 90% deles, sendo os mais prevalentes o controle de estoque ausente ou deficiente (81,3%), condições inadequadas de armazenamento (47,22%) e inobservância de normas de aquisição (19,4%). Além disso, 22,2% dos relatórios mencionaram terem encontrado medicamentos vencidos sendo ofertados a população. O estudo de Araújo et al³⁵, traçou um perfil da AFABS, por meio de uma revisão da literatura, mostrando que a estrutura dos dispensários das Unidades de Saúde, de maneira geral, ocupava espaços relativamente pequenos, sendo o atendimento realizado por janelas, focado somente na entrega do produto, sem nenhum tipo de orientação. O farmacêutico tinha foco exclusivo na realização de Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais, sendo seu desempenho medido em 'reduzir a fila' e não em indicadores concretos. Esses resultados foram corroborados pelo estudo de Oliveira et al³⁶, que revisando publicações que analisaram o acesso a medicamentos em Unidades Básicas de Saúde (US), encontraram resultados semelhantes e relataram como motivo o desinteresse dos gestores em estruturar esta área.

O sistema de saúde é dinâmico, sendo que a ABS vai sofrendo influências e pressões de cada momento histórico, portanto a própria organização da AFABS vai mudando com o passar do tempo. Destacam-se duas avaliações que auxiliam a compreender este percurso para a estruturação da Assistência Farmacêutica no país na década de 2010. A Escola Nacional dos Farmacêuticos e a Federação Nacional dos Farmacêuticos promoveram uma avaliação nacional da Política Nacional de Assistência Farmacêutica após 10 anos de sua promulgação, que ocorreu na segunda metade de 2014³⁶. Com o objetivo de identificar os avanços e desafios da Assistência Farmacêutica, foi utilizada uma metodologia participativa, com a realização de oficinas regionais nos estados brasileiros. Entre as categorias levantadas como forças/oportunidades estão a ampliação do papel do farmacêutico, ampliação de acesso ao SUS, maiores investimento na Assistência Farmacêutica. Já os pontos elencados entre as fraquezas/ameaças estão a má gestão e influência política na organização do SUS e a pouca valorização do farmacêutico pelos usuários e pela gestão³⁷.

A segunda avaliação foi realizada por meio de uma investigação específica, coordenada e financiada pelo Ministério da Saúde, com a participação de pesquisadores de várias instituições de ensino do país. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi a primeira investigação, de abrangência regional e nacional, a respeito do acesso da população aos medicamentos e sobre o uso deles. Ela foi dividida em duas investigações independentes: Componente Inquérito Populacional³⁸ e Componente Serviços de Assistência Farmacêutica Básica.

O Componente Inquérito Populacional foi realizado por meio de um estudo transversal, tendo como base amostra probabilística da população urbana brasileira, realizado entre 2013 e 2014. Foram entrevistadas 41.433 pessoas em todas as regiões do Brasil³⁹. Como principais resultados, encontraram-se elevado acesso para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes, mas flutuante em relação as respiratórias. Em relação a fonte para obtenção, o acesso gratuito (por via dos estabelecimentos de saúde do SUS ou pelo Programa Farmácia Popular do Brasil) foram elevados na hipertensão e diabetes, razoável para depressão e doenças respiratórias e muito baixo para infecções, resfriados e dores agudas³⁸. Outro resultado importante é que as políticas farmacêuticas nacionais protegeram as famílias brasileiras do gasto catastrófico em saúde e com medicamentos⁴⁰.

O Componente Serviços de Assistência Farmacêutica Básica foi um estudo transversal exploratório de natureza avaliativa com dois eixos-temáticos - gestão municipal e operacionalização⁴¹, onde gestores e profissionais de saúde foram entrevistados. Os principais resultados demonstraram que a Assistência Farmacêutica nos municípios está estruturada e normatizada, passando a constar no organograma das secretarias municipais de saúde e no Plano Municipal de Saúde⁴². A interação com o Controle Social foi aprimorada, com aumento da prestação de contas, e aumento da participação do gestor da Assistência Farmacêutica nos Conselhos Municipais de Saúde⁴².

Em relação a Seleção de Medicamentos, a maior parte dos municípios possui uma lista padronizada com os medicamentos e a atualiza constantemente, mas somente a metade destes possuía os procedimentos explícitos de como este processo ocorre e 12,5% possuíam uma Comissão de Farmácia e Terapêutica formalmente constituída⁴³. A falta de um órgão formalmente constituído para orientar este processo cria entendimentos diferentes entre os atores da AFABS. Gestores da Assistência Farmacêutica acreditam que esta lista atende as necessidades de saúde enquanto os prescritores não. Os prescritores, apesar de saberem da existência da lista, desconhecem os processos de alteração, e relatam que quase sempre o usuário solicita troca de medicamentos⁴³.

Por outro lado, apesar de que existia em 54,7% dos municípios procedimentos escritos sobre programação de medicamentos, foi relatado a existência de sistema informatizado de gestão em mais de 83%⁴¹. Em relação aos processos de aquisição, o farmacêutico estava inserido na elaboração das especificações técnicas para compra dos medicamentos, com os procedimentos escritos em 58,2% dos municípios, mas o controle financeiro ainda é incipiente. Cerca de 91% dos gestores não souberam informar o gasto com Assistência Farmacêutica no município e 61,5% disseram não ter autonomia para gestão do recurso financeiro⁴².

Em relação a infraestrutura das farmácias e US que realizavam dispensação de medicamentos, Leite et al⁴⁴, revisando dados de 1175 unidades observaram ambiência inadequada para o atendimento da população e orientação sobre o uso de medicamentos, além de não possuírem estrutura de comunicação com os demais pontos da rede de saúde adequada, com ausência de telefone e internet. Ribeiro Júnior⁴⁵, revisando os dados da avaliação externa de 17.902 US brasileiras, encontraram resultados semelhantes, observando que em 14.948 (83,5%) possuíam área para dispensação de medicamentos, mas em apenas 50 (0,28%) a infraestrutura do serviço era adequada e dispunham de todos os medicamentos selecionados para esta pesquisa disponíveis para os usuários. Observa-se uma tentativa de descentralização da AFABS sem considerar a execução dos Serviços Farmacêuticos, seguindo a lógica simplista da entrega de medicamentos ao maior número de pessoas, como apontado por Araújo et al³⁵.

Os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais são mais estudados pela literatura científica. Araújo et al⁴⁶, analisando os dados da PNAUM sobre os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais realizados na ABS, mostraram que apenas 21,3% dos farmacêuticos consideravam realizar alguma atividade de natureza clínica. Os principais motivos enumerados para sua não realização foram: nunca ter sido solicitado para realizar, não dispor de espaço físico e de tempo. Em relação a integração dos farmacêuticos com outros profissionais de saúde, aproximadamente metade interagem com médicos e enfermeiros de maneira pontual e a participação de farmacêuticos nas reuniões de equipe da US e de atividades intersetoriais e multiprofissionais ainda é baixa⁴⁶.

Barros et al⁴⁷ encontraram 17 estudos, após uma revisão integrativa, em que observaram que o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico foi o serviço mais estudado, enquanto a dispensação e a orientação farmacêutica foram realizadas com maior frequência, mas menos estudados. A educação em saúde, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia foram citadas por poucos estudos. Em relação ao impacto clínico, foi encontrado resolução de problemas relacionados a farmacoterapia, melhora de desfechos intermediários de risco cardiovascular e de saúde mental e melhora da qualidade de vida do usuário⁴⁷. Porém, todos esses resultados se devem

principalmente em relação ao Acompanhamento Farmacoterapêutico e não aos demais serviços, além de poucos estudos contemplarem a integração do farmacêutico com a Estratégia Saúde da Família e com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Em estudo de Luna Leite⁴⁸, observou-se a capacidade de 59 farmacêuticos egressos de um curso de aprimoramento implementarem mudanças em suas realidades. Dentre os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais, os serviços onde os farmacêuticos relataram mudança foram os relacionados ao processo de judicialização de medicamentos e planejamento das ações, enquanto o armazenamento, aquisição e controle de estoque foram os mais citados em não conseguir as mudanças pretendidas. Entre os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais, a Orientação Farmacêutica e o Apoio Matricial alcançaram a maior proporção, enquanto a Educação em Saúde e a Visita Domiciliar não foram alcançadas na proporção das mudanças pretendidas. O Quadro 1 apresenta as facilidades e barreiras encontradas por esses farmacêuticos.

Pensando a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Nesse contexto, fica evidente que existe a necessidade de planejar um serviço de saúde que atenda as demandas reais quanto a utilização de medicamentos, que qualifique o mesmo em termos de quantidade e qualidade, que esteja a uma distância razoável dos usuários, permitindo que eles possam acessá-los, em uma estrutura que ofereça conforto e que esteja dentro de critérios que os próprios usuários considerem adequados. O acesso em saúde deve passar por uma transição, planejando um acesso potencial, ofertando e medindo o acesso real para compreender o quanto deste acesso é efetivo, ou seja, àquele em que os usuários acessam o serviço e isso produz melhora em sua condição de saúde. Isso significa que não é necessário oferecer todos os serviços e insumos disponíveis, e sim aqueles que trazem benefício real para os usuários.

Desta forma, é necessário definir com clareza a forma em que os medicamentos serão disponibilizados a uma sociedade, como ele será prescrito, como ele está sendo utilizado e quais resultados em saúde seu uso está gerando (desfechos clínicos adequados e inadequados). Então, conviver com Morbidade Relacionada a Medicamentos, a qual pode ser evitada na maioria dos casos, a um custo muito alto para o Sistema Único de Saúde, torna-se uma situação de gestão que não pode ser aceita como normal.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o documento norteador da organização deste nível de atenção no Brasil, apresentando princípios e diretrizes de seu funcionamento, citando a estrutura básica para sua implementação e esclarecendo os papéis dos três níveis políticos da federação e dos profissionais de saúde na prestação das atividades assistenciais, organização dos

serviços e das equipes de saúde. Esta Portaria está em consonância com as Redes de Atenção à Saúde, onde a ABS possui papel central, horizontal e ordenador de todo o fluxo de cuidado de um usuário no SUS^{57,58,59}. Sua construção é voltada à capilarização radical das ações e serviços de saúde nos municípios. A PNAB insere como responsabilidade de todas as esferas de governo em relação a AFABS

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 cuidado⁵⁹.

A PNAB também recomenda áreas para “assistência farmacêutica” nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde Fluvial⁵⁹. Desta forma, considera que a AFABS deve ocorrer dentro das Unidades de Saúde. Assim, o objetivo da AFABS é que os Serviços Farmacêuticos devem seguir as mesmas diretrizes apontadas para a ABS, como apontado no Quadro 3. Essa descrição das relações entre serviços farmacêuticos e a PNAB não pretende esgotar o tema.

Mendes⁵⁷, em sua publicação “As Redes de Atenção à Saúde”, relata a estrutura operacional das RAS em cinco componentes:

o centro de comunicação, a ABS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e logístico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transportes em saúde); e o sistema de governança.

Salienta-se que o sistema de apoio citado por Mendes, é definido como “os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde”⁵⁷. Assim em contraste com a PNAB, ele considerou que a AFABS pode ser organizada e ofertada de maneira uniforme em toda a ABS, sem considerar as peculiaridades de cada território.

Nesses pontos-chave, os Serviços Farmacêuticos integrados a ABS se apresentam como base de sustentação para os melhores resultados em saúde com minimização de Problemas Relacionados à Farmacoterapia de cada uma das etapas descritas acima, conforme representado na Figura 1.

Considerações Finais

Ao observarmos a construção da AFABS no SUS percebe-se um deslocamento na compreensão de acesso ao uso de medicamentos. A aplicação dos princípios do SUS exigiu profundas mudanças na política de medicamentos no país, inicialmente regida pela disponibilidade de medicamentos (uma das cinco dimensões do acesso a medicamentos²⁹). Porém, percebe-se uma guinada para o alcance das demais dimensões, o que foi aferido pela PNAUM²⁸, demonstrando uma maior compreensão de que o acesso não se completa somente com a disponibilidade, e sim com uma articulação entre ações logísticas, epidemiológicas e políticas para a execução dos Serviços Farmacêuticos¹¹.

Os novos desafios relacionados a AFABS não se resolvem apenas com a garantia do acesso a medicamentos, mas também uma com mudança no modelo vigente na maioria dos pontos de cuidado. E essa mudança está de acordo com o preconizado pela PNAB. Os Serviços Farmacêuticos devem ser qualificados e ofertados, conforme a necessidade de cada comunidade. O planejamento das ações da AFABS é ascendente, sendo discutido dentro de cada Unidade de Saúde, com as equipes de saúde e com os usuários, por meio de reuniões de equipe e dos Conselhos Locais de Saúde, fazendo com que os Serviços Farmacêuticos sejam estruturados para cada território. Neste modelo, as farmácias assumem o protagonismo como pontos de atenção à saúde, integradas a um território definido, sendo a base de prestação de Serviços Farmacêuticos¹¹ para garantir a Distribuição, o Acesso a Medicamentos e a Compreensão e Resolução das Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia daquela comunidade.

Referências

1. Management Sciences for Health. Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, USA: Management Sciences for Health; 2012.
2. Machado-dos-Santos SC, Nascimento RCRM. Dimensões e determinantes do acesso aos medicamentos. IN: Manzini F, Alencar LBO, Sales L, Bezerra MB, Campanha p, Macedo R et al. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2015.
3. Miranda CAC. A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura. 3. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2017.
4. Reis DO, Araújo EC, Cecílio LCO. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. Módulo Político Gestor. 4. ed. UNA-SUS|UNIFESP [acesso em 22 fev 2022]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf.

5. Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014.
6. BRASIL. Decreto n.º 68.806, de 25 junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União, 25 jun 1971; Seção 1: 4839.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
9. Pechansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981 Feb;19(2):127-40.
10. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?. J Health Social Behavior 1995; 36n1:1–10.
11. Brasil. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Organização Panamericana da Saúde; Organização Mundial de Saúde. Série Uso Racional de Medicamentos, 2015 [acesso em 27 jun. 2022]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=list&slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965&lang=en.
13. Brasil. Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n.º 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. Diário Oficial da União. 29 abr 2011; Seção 1:01.
14. Brasil. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011; Seção 1:01.
15. Organização Panamericana da Saúde; Organização Mundial de Saúde. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013
16. Alencar TOS. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão dos medicamentos [tese] Salvador: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA; 2016.
17. Brasil. 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: Ministério da Saúde; 2018.
18. Jokanovic N, Tan EC, Sudhakaran S, Kirkpatrick CM, Dooley MJ, Ryan-Atwood TE, Bell JS. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. Res Social Adm Pharm. 2017 Jul-Aug;13(4):661-685.
19. Alshehri AA, Jalal Z, Cheema E, Haque MS, Jenkins D, Yahyouche A. Impact of the pharmacist-led intervention on the control of medical cardiovascular risk factors for the primary prevention of cardiovascular disease in general practice: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Clin Pharmacol. 2019; 1– 10.
20. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management services. Nova Iorque: McGraw-Hill Medical, 2012.
21. Mota De Sousa LM, Furtado Firmino C, Alves Marques-Vieira CM, Silva Pedro Severino S, Castelão Figueira Carlos Pestana H. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Rev Port Enf Reab;1(1):45-54.
22. Bermudez JAZ. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. São Paulo: HUCITEC, 1995.

23. Brasil. Decreto n.º 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União 28 jul 1997; Seção 1:16113 (Retificação)
24. Cosendey, Marly Aparecida Elias et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cadernos de Saúde Pública. 2000, v. 16, n. 1, pp. 171-182.
25. Brasil. Portaria n.º 176/GM, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, Diário Oficial da União nº 47 11 mar 1999; Seção 1:22.
26. Brasil. Portaria nº 1.555/MS, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Diário Oficial da União n.º146 31 jul 2013; Seção 1:71.
27. Brasil. Portaria n.º 3.193, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Diário Oficial da União n.º 238 10 dez 2019; Seção 1:112.
28. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Jr JMN, Mengue SS, Álvares J, Guerra Jr AA et al. Pharmaceutical services in primary health care: interfederative agreement in the development of pharmaceutical policies in the Brazilian Unified Health System (SUS). Revista de Saúde Pública [online]. 2017, v. 51, suppl 2, 2s. Disponível em:
29. Garcia LP, Magalhães LCG, Sant'anna AC, Freitas LRS, Aurea AP. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. Brasília: Ipea; 2013.
30. Silva RM e Caetano R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 10, pp. 2943-2956.
31. Brasil. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília. Diário Oficial da União, 2011.
32. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota Informativa n.º 18/2017. Informa sobre o encerramento da Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil [acesso em 26 jun 2022]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Nota-encerramento-Rede-Pr%C3%B3pria-FPB.pdf>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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). Diário Oficial da União, 2012.
34. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(2):91-100.
35. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM e Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2008, v. 13, n. suppl, pp. 611-617.
36. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010, v. 15, suppl 3, pp. 3561-3567.
37. Leite SN, Faraco EB, Manzini F. Avaliação participativa da Política Nacional de Assistência Farmacêutica: 2004 - 2014. São Paulo: Escola Nacional dos Farmacêuticos; 2017.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente populacional: resultados. Série PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil, Caderno 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

39. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, Tavares NUL, Dal Pizzol TS, Oliveira MA et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 50, supl. 2. São Paulo; 2016. Epub 23-nov-2016
40. Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, da Silva Dal Pizzol LR, et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. Rev Saúde Publica. 2016;50(supl 2):15s.
41. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Júnior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. Rev Saúde Publica. 2017;51 Supl 2:4s.
42. Gerlack LF, Karnikowski MGA, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev Saúde Publica. 2017;51 Supl 2:15s.
43. Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MMMA, Silva EV, Gerlack LF, Bós AJG, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. Rev Saúde Publica 2017;51 Supl 2:9s.
44. Leite SN, Manzini F, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. Rev Saúde Publica. 2017;51 Suppl 2:13s.
45. Ribeiro Júnior OC. Avaliação da assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde no Brasil com base no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2017 [dissertação]. Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
46. Araujo, Patrícia Sodré et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 51, supl. 2, 6s, 2017.
47. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços Farmacêuticos Clínicos na Atenção Primária à Saúde do Brasil. Trab, Educ e Saúde. 2020, v. 18, n. 1.
48. Luna Leite MA. Avaliação de Impactos em curso de aperfeiçoamento para farmacêuticos da atenção primária em saúde [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFRGS; 2015.
49. Freitas GRM, Neyeloff JL, Balbinotto Neto G, Heineck I. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. Value Health Reg Issues. 2018 Dec; 17:150-157.
50. Freitas GRM. Ensaio sobre os custos de morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos no Brasil [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFRGS; 2017.
51. Souza TT. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais [dissertação]. Curitiba: Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da UFPR; 2013.
52. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2003, v. 49, n. 3, pp. 335-341.
53. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Publica. 2017;51 Supl 2:19s.
54. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPE. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2016, v. 26, n. 4, pp. 1335-1356.
55. Costa KB, Silva LM, Ogata MN. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. Cad. Ibero Am. Direito Sanit; 9(2):149-63.
56. Ramos SF, Santos Júnior GA, Pereira AM, Dosea AS, Rocha KSS, Pimentel DMM et al. Facilitators and strategies to implement clinical pharmacy services in a metropolis in Northeast Brazil: a qualitative approach. BMC Health Serv Res 18, 632 (2018).
57. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

58. Brasil. Portaria GM/MS 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 2010; 30 dez.
59. Brasil. Portaria n.º 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). Brasília: Diário Oficial da União n.º 183 22 set 2017; Seção 1:68.
60. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saúde; 2(3):41-49.
61. HEPLER CD, SEGAL R. Preventing Medication Errors and Improving Drug Therapy Outcomes: A Management Systems Approach. Boca Raton, FL: CRC Press; 2003.

Quadro 1: Barreiras e Facilitadores para farmacêuticos implementar mudanças nos Serviços Farmacêuticos na ABS

Categoria	Barreiras	Facilitadores
Estrutura de Trabalho	Recursos humanos e financeiros insuficientes; Alta rotatividade de profissionais; Condições de trabalho e infraestrutura inadequada.	Perspectivas de contratação de farmacêuticos; Melhoria da estrutura física, para promoção de atendimento individualizado.
Processos de Trabalho	Falta de comunicação entre os membros da equipe; Baixa assiduidade dos usuários ao serviço farmacêutico; Elevada carga de trabalho e de serviços gerenciais.	Adequação da logística de medicamentos no município; Qualificação da dispensação e do matriciamento; Planejamento de ações conjuntas entre farmacêuticos que realizaram o curso.
Gestão do Trabalho	Gestor não compreende o trabalho do farmacêutico; Gestor resistente a mudanças.	Rotatividade de gestores; Parceria com o Ministério da Saúde.
Educação Permanente em Saúde	Formação incipiente dos profissionais de saúde sobre a rede de atenção à saúde; Formação incipiente do farmacêutico em questões relacionadas à clínica.	Multiplicação dos conhecimentos aprendidos no curso para a equipe de saúde.

1 Fonte: Luna Leite⁴⁸.

Quadro 2: Novos desafios para a organização da AFABS

Desafio	Fatores	Considerações
Morbidade Relacionada a Medicamentos (MRM)	Falhas relacionadas ao monitoramento do tratamento, falta de adesão ao tratamento proposto, questões relacionadas à seleção e prescrição da terapia e presença de Reações Adversas a Medicamento (RAM).	Existe uma proporção significativa de MRM preveníveis (cerca de 53% do total dos identificados). Deve se reconhecer que os MRM representam falhas do sistema de saúde, dos procedimentos e das pessoas envolvidas. Assim, as equipes de saúde devem estar mais atentas as Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia. Os sistemas de saúde devem prezar pela Segurança do Paciente e da otimização dos resultados da farmacoterapia.
Prevalência de Eventos Adversos a Medicamentos	Menor acompanhamento do uso de medicamentos, uso indiscriminado. Lógica de cuidado voltado para as condições agudas, sem longitudinalidade do cuidado. Idosos tem mais prevalência de RAM que os demais grupos.	Mudança do modelo de atenção, voltado para as condições crônicas e pela incorporação de serviços como o Acompanhamento Farmacoterapêutico.
Prevalência de regimes complexos	A prevalência de usuários que utilizam 5 ou mais medicamentos na ABS é de 9,4%, sendo que em idosos com mais de 65 anos essa prevalência é de 18,1%, Fatores associados são baixa percepção de saúde, presença de condições crônicas, ter plano de saúde, visitas a emergências e residir na Região Sul do país	O serviço de saúde deve garantir que a prescrição de múltiplos medicamentos seja apropriada e segura, com avaliação regular do tratamento, reforço da adesão ao tratamento e o respeito as preferências do usuário. Para isso, os profissionais precisam ser capacitados, poderem trabalhar em equipe e desenvolver estratégias de promoção em saúde.
Judicialização da Saúde	A prescrição médica é o principal documento para se conduzir o processo de judicialização. Porém, esta é feita geralmente fora dos protocolos disponíveis e listas de medicamentos estabelecidos dentro do SUS. Uma parte das ações é referente a medicamentos já presentes no SUS, mas que estão em falta, com destaque ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Além disso, existe pouca interação entre os poderes Executivo e Judiciário para estabelecer uma agenda de atividades.	Deve-se realizar um diagnóstico mais acurado sobre a realidade da judicialização. Devem-se criar comitês municipais, formados por membros do Executivo e Judiciário para auxiliar na tomada de decisão a respeito de cada caso e para suscitar debates sobre o tema. Deve haver resolução de demandas por vias extrajudiciais, por meio da mediação sanitária.

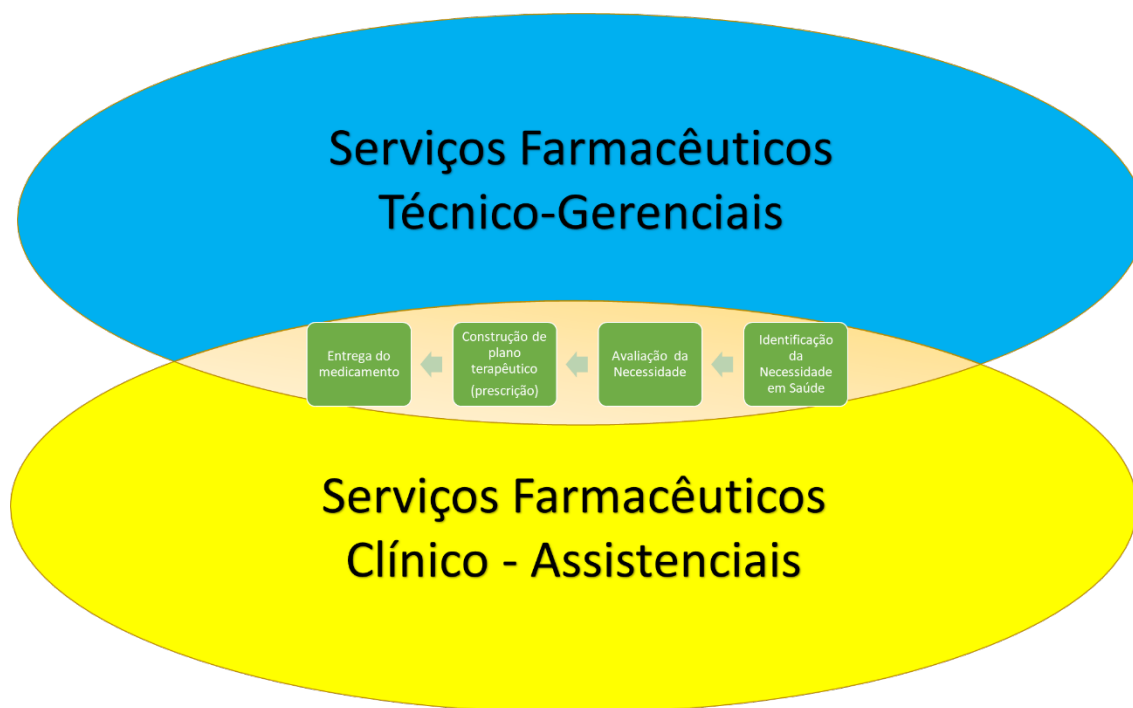
Fonte: Adaptado de Catanheide et al⁵⁴; Costa et al⁵⁵; Freitas et al⁴⁹; Freitas⁵⁰ Nascimento et al⁵³; Ramos et al⁵⁶; Souza⁵

Quadro 3: Relação entre Serviços Farmacêuticos e a Política Nacional de Atenção Básica

Descrição na PNAB	Justificativa
Responsabilidades de todas as esferas de governo: garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para a execução das ações propostas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais auxiliam na qualificação e no dimensionamento da demanda de medicamentos das UBS;
Atribuição do Gerente de Atenção Básica: qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos	
Atribuições do Enfermeiro, médico e cirurgião-dentista: prescrição de medicamentos	Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais atuam diretamente nas decisões clínicas, por ser responsável pela seleção de medicamentos do município e do território e pela construção de protocolos clínicos, por meio da CFT; Os Serviços Farmacêuticos Clínico-Assistenciais atuam com usuários e profissionais, buscando o melhor resultado possível da farmacoterapia.
Atribuições do Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem: Administração de medicamentos	Os Serviços Farmacêuticos Técnico-Gerenciais atuam no sentido de orientar os cuidados necessários com os medicamentos a serem administrados, podendo, por exemplo, desenvolver um manual de diluição e de administração destes.
Processo de Trabalho da ABS: impedir agravos e complicações preveníveis, evitar internações desnecessárias e iatrogênicas e estimular o Uso Racional de Medicamentos	Os Serviços Farmacêuticos podem auxiliar racionalizando o acesso aos medicamentos, atuando diretamente com os usuários, identificando e resolvendo suas Necessidades Relacionadas à Farmacoterapia. Geram informação, necessária para avaliação das intervenções a serem feitas em cada comunidade relacionados ao uso de medicamentos, bem como na monitorização da morbidade relacionada a medicamentos.

2 Fonte: Adaptado de Brasil⁵⁹.

Figura 1: Integração entre Serviços Farmacêuticos e o processo de uso de medicamento de um usuário na ABS



Fonte: Adaptado de Correr et al⁶⁰; Hepler e Segal⁶¹; Cipolle et al²⁰.