



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE FARMÁCIA**

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS DO OESTE DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Farmácia da Universidade Federal do
Oeste do Pará – Campus de Santarém, para a
obtenção do grau de Farmacêutica.

Orientadora: Prof. Dr. Wilson Sabino.
Co-orientadora: Prof. Dra. Juliana Gagno Lima.

**SANTARÉM-PA
2023**

LARISSA ÁDNA NEVES SILVA

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS DO OESTE DO PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Farmácia da Universidade Federal do
Oeste do Pará – Campus de Santarém, para a
obtenção do grau de Farmacêutica.
Orientador: Prof. Dr. Wilson Sabino.
Co-orientadora: Prof. Dra. Juliana Gagno Lima.

**SANTARÉM-PA
2023**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado Bibliotecas – SIBI/UFOPA

S586a Silva, Larissa Ádna Neves
Assistência farmacêutica na atenção primária à saúde de municípios rurais remotos do Oeste do Pará / Larissa Ádna Neves Silva – Santarém, 2023.
24 f.: il.

Orientador: Wilson Sabino
Coorientadora: Juliana Gagno Lima
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva, Bacharelado em Farmácia.

1. Assistência farmacêutica. 2. Acesso a medicamentos. 3. Gestão em Saúde. 4. Saúde da população rural. I. Sabino, Wilson. *orient.* II. Lima, Juliana Gagno. *coorient.* III. Título.

CDD: 23 ed. 362.1782098115

Bibliotecária - documentalista: Mary Caroline Santos Ribeiro – CRB-2/566

ATA DE DEFESA DE TCC

Aos três dias 16:00 horas, foi convocada e formada a banca examinadora composta de três professores e/ou autoridades nesta Universidade, abaixo nominados, para o exame do trabalho escrito, apresentação oral do Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, elaborado pelo acadêmica Larissa Ádna Neves Silva, cujo título é "Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde de Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará". Foi concedido o tempo máximo de 20 minutos para o acadêmico fazer a exposição oral do trabalho, atribuindo-se outros 30 minutos para arguições. Após a apresentação foram feitas as arguições ao acadêmico, visando a avaliação e crédito na disciplina. Concluídas as arguições, a banca passou à deliberação sobre a avaliação, considerando os seguintes critérios: Qualidade Técnica do Trabalho; Domínio do Conteúdo; Qualidade na Exposição Oral; Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos e Formas de Intervenção; e Referencial Teórico, Resultados e Bibliografia. Após a deliberação, concluída à presente banca de exame de TCC, trabalho foi considerado:

(X) Aprovado (nota $\geq 6,0$).

() Reprovado (nota $< 6,0$).

Assinaturas dos membros da banca

Presidente - [Assinatura]

Membro - [Assinatura: Ilma Balsa Gomes]

Membro - [Assinatura]

Santarém, 03 de Janeiro de 2023

RESUMO

O artigo buscou analisar o processo de gestão técnica da Assistência Farmacêutica (AF) na atenção primária à saúde em cinco Municípios Rurais Remotos (MRR) do Oeste do Pará. É um estudo qualitativo que incluiu 10 entrevistas de gestores municipais. A análise de conteúdo foi realizada envolvendo etapas da gestão técnica da AF: programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos. Algumas questões como a existência de áreas descobertas; grandes distâncias geográficas; financiamento; dificuldade de fixação de profissionais de saúde; falta de infraestrutura adequada, influenciam na disponibilidade de medicamentos. Mesmo para os municípios que recebem ajuda de emendas parlamentares e *royalties* de hidrelétricas, há dificuldades na atração de fornecedores e aumento nos custos com medicamentos devido às características geográficas dos MRR. Frente aos desafios, consideramos essencial pensar em meios de transporte adequados; estratégias de manutenção e estabilidade de medicamentos, especialmente para comunidades sem energia elétrica; e treinamento para todos os profissionais de saúde quanto ao uso dos medicamentos. É indispensável que os medicamentos prescritos estejam disponíveis nas unidades de saúde, dissolvendo barreiras financeiras no acesso dos usuários. Para isso, é necessário que ocorra de fato a institucionalização da AF nos MRR, assim como a incorporação das características do território nesse processo.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Acesso a Medicamento. Gestão em Saúde. Saúde da População Rural.

ABSTRACT

The article sought to analyze the process of technical management of Pharmaceutical Assistance (PA) in primary health care in five Remote Rural Municipalities (MRR) in Western Pará. It is a qualitative study that included 10 interviews with urban managers. The content analysis was carried out in stages of PA: programming, distribution and dispensing of acquisition. Some issues such as the existence of uncovered areas; great geographic distances; financing; health property; lack of available infrastructure, in the availability of medicines. For municipalities that receive help from parliamentarians and hydroelectric amendments, there are difficulties in the supply of suppliers and an increase in costs due to the geographic characteristics of the MRR. Faced with the challenges, we consider it essential to think about adequate means of transport; drug maintenance and stability strategies, especially for communities without electricity; and training for all health professionals on the use of medicines. It is necessary that the prescribed drugs be made available in the health units, dissolving financial barriers in the access of users. For this, it is necessary that the institutionalization of PA in the MRR, as well as the incorporation of the territories in this process, actually characteristics.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Access to Medicines. Health Management. Rural Health.

SUMÁRIO

Introdução	8
Metodologia	9
Resultados e discussão	10
Programação	10
Aquisição	13
Distribuição	16
Dispensação	19
Considerações finais	22
Referências	23

Introdução¹

Desde a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), estratégias vêm sendo implementadas para efetivação da assistência farmacêutica (AF) como política pública essencial para integralidade da atenção à saúde (GERLACK *et al.* 2017; COSTA *et al.* 2017). Dentre as maiores questões de enfrentamento da AF está o desenvolvimento da sua gestão no SUS, especialmente no campo da atenção primária à saúde (APS), com um conjunto de fragilidades voltadas à descentralização das ações e à capacidade de gestão da AF (GERLACK *et al.* 2017).

Essa questão se deve possivelmente a sua estruturação tardia, somente dez anos após a criação do SUS, a partir da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (COSTA *et al.* 2017). Embora essas políticas representem um avanço, os municípios ainda vivenciam uma série de dificuldades na gestão da AF, principalmente na garantia do acesso e efetividade das ações em saúde (VIEIRA, 2008; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Como um dos sistemas de apoio das redes de atenção à saúde (RAS), a inserção da AF exige uma maior integração entre a disponibilidade do medicamento e o cuidado prestado ao usuário, na tentativa de avançar na perspectiva de rede, com promoção de ações e serviços de saúde integrados a partir da provisão de assistência contínua, integral e de qualidade (PUPO *et al.*, 2014; BRASIL, 2010).

Correr, Otuki e Soler (2011) apresentam a AF com dois grandes componentes: a gestão técnica da AF e a gestão clínica do medicamento. A gestão técnica da AF compreende atividades inter-relacionadas e focadas no acesso, qualidade e uso racional de medicamentos, isto é, atividades farmacêuticas que envolvem a produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação de medicamentos. A gestão clínica do medicamento se relaciona à atenção à saúde e aos resultados terapêuticos, com foco no usuário (CORRER *et al.* 2011).

A ação integrada desses dois componentes pode contribuir para a qualidade da atenção à saúde. No entanto, falhas na gestão técnica da AF podem comprometer o resultado do processo, que é o acesso do usuário ao medicamento. Em municípios

¹ O artigo apresentado foi redigido conforme as diretrizes de submissão da revista **Physis Revista de Saúde Coletiva**. As normas indicadas para a redação de artigos pela revista estão disponíveis no link: <https://www.scielo.br/journal/physis/about/#instructions>.

rurais remotos (MRR) essas falhas podem estar relacionadas às características territoriais e geográficas que envolvem grandes distâncias, questões climáticas, dificuldades de transporte, rarefações demográficas e baixa densidade técnica, bem como a forte dependência desses municípios das transferências intergovernamentais (BOUQUAST *et al.*, *no prelo*, 2022).

Esse artigo buscou analisar o processo de gestão técnica da Assistência Farmacêutica na APS em Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará, na perspectiva dos gestores de saúde.

Metodologia

Estudo descritivo e qualitativo, parte da pesquisa nacional Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A pesquisa nacional contemplou 27 municípios classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como rurais remotos.

O campo da pesquisa foi realizado entre maio e agosto de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas com diversos atores: gestores municipais (secretários de saúde e coordenadores de atenção básica), profissionais de saúde (médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde) e usuários (FAUSTO; FONSECA; PENZIN, 2020).

Neste artigo foram analisadas 10 entrevistas de gestores municipais do Oeste do Pará, de cinco MRR: Aveiro, Curuá, Prainha, Rurópolis e Jacareacanga, considerando-se características diferenciadas que eles apresentam. As entrevistas duraram de uma hora e meia a quatro horas, sendo essas, transcritas e realizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

O roteiro incluiu questões sobre características do território, acesso, processo de trabalho e o cuidado em saúde. O tema “Assistência Farmacêutica” ou “medicamentos” não era um tema pré-definido nos roteiros das entrevistas realizadas com os gestores municipais e somente na análise dos bancos de dados da pesquisa observou-se a intensidade da temática – medicamentos - nas falas dos entrevistados. O quadro 1 sintetiza as perguntas do roteiro do Gestor Municipal, modelo da pesquisa nacional, que motivaram as discussões sobre medicamentos.

Quadro 1 – Perguntas do roteiro semiestruturado de entrevista com o Gestor Municipal que motivaram a discussão sobre medicamentos na entrevista

Gestão municipal da APS	Quais as ações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o fortalecimento da AB? (Investimento, aumento da cobertura, apoio institucional aos municípios)
Características do território e população	Quais são as características predominantes da população residente no seu município?
Gestão estadual	A secretaria estadual de saúde fornece algum apoio financeiro aos municípios?
Acesso	O Sr. reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população do município às unidades básicas de saúde? Pode falar sobre elas? (barreiras geográficas - distância, rio, tipo de transporte; barreiras organizacionais da UBS - horários de profissionais, ausência de algum profissional; barreiras financeiras)
Processo de trabalho	Fale-nos sobre a composição prioritária de equipe AB no município (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja). Existe alguma estratégia para organização do trabalho das equipes AB que considere as especificidades rurais e remotas? Pode falar sobre tais estratégias? Qual o papel dos ACS nas áreas rurais? Realizam ações diferentes dos ACS que atuam na sede?
Intersetorialidade e Participação da comunidade	Quais são os temas mais frequentes que são discutidos pelo conselho de saúde? Como se dá a participação local na tomada de decisão sobre a implementação da política de saúde/atenção básica?
Participação no PMAQ	Como foi sua experiência com o PMAQ? O Sr identifica efeitos na organização e nas práticas da AB decorrentes da participação das equipes no PMAQ? Pode nos falar sobre estes efeitos?
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	Como é o acesso aos medicamentos para HAS? As UBS dispõem medicamentos para HAS? Aqui tem farmácia popular? Como avalia a atuação das equipes de atenção básica do município no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial na AB A gestão faz algum monitoramento de como está o controle da HAS? De que forma?
Força de trabalho em áreas rurais e remotas	A saída dos médicos cubanos teve algum impacto nas UBS do município? Qual? Naqueles momentos em que não tinha médico, principalmente nessa transição do PMM, o processo de trabalho teve alguma modificação, ficou sem realizar alguma coisa?
Avanços e desafios na Atenção Básica	Quais os principais desafios da atenção básica no município?
Perguntas que não estavam no roteiro, mas que surgiram durante algumas entrevistas com os gestores	Como está ocorrendo o abastecimento de medicamentos no município? Tem alguma falta de medicamento recente? Como é realizado o pedido de medicamentos da UBS para a secretaria? Se ele [paciente] não vem todo mês, a medicação é enviada pelo ACS? Vocês fazem uma lista para solicitar os medicamentos? A parte de distribuição de medicamentos foi apontada como um ponto de dificuldades, mas, dentre o que chega, é distribuído em todas as unidades?

A categorização envolveu as etapas da **Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica**: seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação (CORRER; SOLER; OTUKI, 2011). Na classificação, as falas foram agrupadas em blocos de acordo com os aspectos conceituais de cada categoria.

O projeto geral foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da FIOCRUZ, pela CAAE 92280918.3.0000.5240 e parecer de aprovação nº 2.832.559, com entrevista autorizada pelos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preservação de anonimato nas análises.

Resultados e Discussão

Os resultados a seguir apresentam as etapas da Gestão Técnica da AF: seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos (CORRER, SOLER E OTUKI, 2011), por meio da percepção de gestores da saúde dos MRR do Oeste do Pará. Apesar da *seleção* ser a etapa que norteia as demais, não foram observadas falas relacionadas ao seu aspecto conceitual.

Programação

A programação é uma atividade integrada ao planejamento com a finalidade de definir os quantitativos de medicamentos selecionados e garantir sua disponibilidade em tempo oportuno, de acordo com a demanda dos serviços, às necessidades da população de cada região e os recursos financeiros disponíveis (MARIN *et al.* 2003).

Todos os gestores demonstraram a importância da programação de medicamentos. Contudo, apontaram fragilidades no planejamento dessa etapa, que influencia diretamente na disponibilidade de medicamentos para a população. Os principais desafios apontados foram: desarticulação entre quantidade solicitada de medicamentos e a quantidade entregue às UBS (10GM2/15GM2), seja por solicitações inferiores à demanda real (15GM2), impactada pelas áreas descobertas (10GM2); seja por dispensações equivocadas, por exemplo, para três meses ao invés de um mês (10GM2):

Com relação ao planejamento, o farmacêutico disse que está tendo problemas relacionados aos medicamentos, visto que nós temos áreas

descobertas, e ele diz assim: “olha, estou fazendo um pedido x de medicamentos e eu estou tendo uma liberação y, porque não está vinda à demanda certa”, então devido essas áreas descobertas dificulta, por isso que falta medicamento (10GM2).

Às vezes o médico passa medicamento para três meses, aí quando vai à farmácia foi liberado o medicamento para três meses, sendo que era para ser para um mês, se eu liberei isso, dois pacientes vão ficar sem medicamento (10GM2).

Nos relatos dos gestores existem áreas descobertas nos MRR do Oeste do Pará, evidenciando que o processo de territorialização não ocorre ou ocorre deficitariamente em alguns desses territórios. Tais resultados demonstram dificuldades na obtenção de dados consistentes capazes de expressar a realidade local na realização da programação. Fator preocupante, visto que a territorialização como ferramenta do processo de trabalho na APS possibilita o conhecimento das características do território, assim como o reconhecimento dos principais problemas de saúde da comunidade (OLIVEIRA *et al.* 2020; ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

Os gestores apresentaram alguns aspectos que consideram necessários para a realização da programação:

- Identificação das necessidades das famílias do território, demonstrando a importância do conhecimento do perfil epidemiológico da população (9GM1/15GM2):

“(…) Até para eu planejar, por exemplo, a compra de medicamento eu preciso que elas [enfermeiras] conheçam o público, o território, que elas tenham domínio para planejar as ações. Querendo ou não, se ela não planeja, vai faltar medicamento, vai faltar o insumo” (9GM1).

- Registros completos e atualizados dos atendimentos e dispensações de medicamentos nas UBS (9GM1/9GM2/15GM1). Um dos municípios destacou o papel do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): “(…)PMAQ, querendo ou não, forçou que elas [enfermeiras] se adequassem a essa organização [dos registros dos usuários]” (9GM1).

- Solicitação de medicamentos com antecedência: “Você tem que fazer uma programação com mais tempo, até para eu poder me preparar aqui, que nem sempre a gente vai ter no almoxarifado da secretaria” (9GM2).

- Margem de segurança para solicitação de medicamentos: “A gente faz uma programação de 10%, a gente sempre manda [para a UBS] com 10% a mais por causa dos pacientes novos que irão entrar no programa” (15GM1).

Os entrevistados evidenciam a necessidade de que os profissionais da ESF conheçam o território de atuação e mantenham dados atualizados para que ocorra a programação adequada de medicamentos. Citam o processo avaliativo do PMAQ-AB como uma das estratégias para qualificar a organização dos registros de saúde. Essas preocupações da gestão corroboram com a PNAB (2017) que reforça tais ações como fundamentais para a organização dos serviços de saúde, bem como podem contribuir para que as equipes de saúde realizem o planejamento de ações conforme as necessidades da comunidade.

Entretanto, existem desafios na APS que precisam ser considerados, especialmente nas áreas rurais remotas, entre eles: escassez e alta rotatividade de profissionais de saúde nas equipes (PEREIRA, PACHECO, 2017; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018); grandes barreiras geográficas (WAKERNAM *et al.* 2008; GARNELO *et al.* 2018); falta de transporte para locomoção das equipes de saúde até as áreas rurais (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018); dificuldade de acesso aos meios de comunicação (STRASSER, 2003; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018); problemas com a concentração de recursos (PESSOA; ALMEIDA. CARNEIRO, 2018; STRASSER, 2003; WAKERMAN; HUMPHREYS; TAYLOR, 2017), etc. Além de comprometer a organização dos serviços de saúde, o processo de territorialização e a continuidade dos cuidados em saúde, esses fatores também são desafios para a AF na construção de uma programação de medicamentos que considere as necessidades de populações, por vezes, invisibilizadas dentro do sistema de saúde.

Os registros de atendimentos e dispensação, citado pelos gestores, são importantes ferramentas para o planejamento da programação. No entanto, não podem ser utilizados de forma isolada, pois, muitas vezes, as unidades básicas de saúde (UBS) não possuem registros dos medicamentos em falta ou não disponíveis para a população (DIEHL; SANTOS; SCHAEFER, 2016). Diehl; Santos e Schaefer (2016) ressaltam a importância de margens de segurança na solicitação de medicamentos, aspecto também comentado pelos gestores, porque programar utilizando somente os registros das UBS não é suficiente para representar as necessidades de medicamentos não atendidas e o perfil de doenças da população, principalmente quando existem áreas descobertas na região.

No que se refere aos profissionais responsáveis pela programação, os gestores sinalizam que a programação geralmente acontece pelas enfermeiras responsáveis pelas UBS que encaminham para o farmacêutico do município: *“Todo mês elas [enfermeiras] enviam pedidos para gente, da parte de medicação [...]”* (15GM2). Tal resultado demonstra que a programação acontece de forma descentralizada e ascendente, de acordo com Marin *et al.* (2003). Isso, pois, o processo de planejamento começa pelas UBS, destacando que conhecimento das necessidades e consumo de cada unidade de dispensação é essencial para estimar a necessidade do serviço.

Aquisição

A aquisição se refere ao conjunto de atividades relacionadas ao processo de compra de medicamentos estabelecidos pela programação, conferindo disponibilidade de suprimentos as UBS, em quantidade, qualidade e com custo/efetividade, mantendo a regularidade e o funcionamento do sistema de saúde (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011).

Todos os gestores apontam que o financiamento para a farmácia básica é insuficiente, relatando gastos superiores ao que é repassado pela União e Estado ou até mesmo recurso municipal:

(...) Medicação sempre é insuficiente, o município recebe para farmácia básica R\$ 13.000 e é investido R\$ 150.000, e não dá (15GM1).

“(...) A gente tem uma planilha e a gente está gastando em média por mês, 150 mil de medicamento, só medicamento, nem material, não estou colocando material, nem laboratório, só medicamento, e a gente recebe 30 mil, é 22 mil da farmácia básica da União e 8 mil do Estado, 130 mil quem tá arcando é o município” (9GM1).

Essas falas corroboram com estudos nacionais que descrevem o financiamento insuficiente da AF como um dos desafios para aquisição de medicamentos (PONTES *et al.* 2017; FALEIROS *et al.* 2017; BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014). Dentre os principais fatores envolvidos na insuficiência de recursos nos municípios do Brasil, estão: a pouca formalidade na execução dos recursos públicos; os entes federativos não cumprem com o mínimo per capita estabelecido pela legislação (VAZ *et al.*, 2019); a não aplicação da contrapartida estadual e/ou municipal (PONTES *et al.* 2017; FALEIROS *et al.* 2017); ausência ou deficiência do controle do estoque e de programação de medicamentos, acarretando aquisições em quantidades superiores

ou inferiores a necessidade (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014); e valores defasados, por parte do gestor federal do SUS (FALEIROS *et al.* 2017).

Faleiros *et al.* (2017) destacam que o fato de alguns medicamentos de outros componentes migrarem para o Componente Básico de Assistência Farmacêutica desacompanhados do apoio financeiro, levou alguns municípios ao aumento dos recursos próprios destinados às ações e serviços públicos de saúde, assim como aumento dos gastos per capita com medicamentos. Situação preocupante frente à baixa capacidade de arrecadação de pequenos municípios (VAZ *et al.* 2019); ao congelamento dos valores financeiros destinados à AF derivado do modelo de financiamento do SUS (BRASIL, 2016; FALEIROS *et al.* 2017); e ao novo modelo de financiamento – em blocos de custeio e investimentos - que flexibiliza o fluxo financeiro da gestão pública da saúde e fragiliza as áreas internas do sistema de saúde, com competição por recursos, como a AF (BERMUDEZ *et al.* 2018).

Apesar da baixa quantidade de recursos financeiros nos MRR pesquisados, um dos municípios consegue manter o processo de aquisição de medicamentos com *royalties* de hidrelétricas (10GM1), e outro com emendas parlamentares de custeio (9GM1), embora, mesmo nesses se mantenham os desafios da continuidade e manutenção de medicamentos em quantidade e variedade suficientes.

“Por causa dos royalties das hidrelétricas, a gente consegue comprar com recursos próprios, porque se fosse com o recurso da prefeitura a gente estaria igual aos outros. Se você olhar nossa farmácia, é lotada de medicamentos, a gente abastece as nossas comunidades” (10GM1).

Baptista *et al.*, (2012) colocam que, apesar da APS ser considerada uma área prioritária da política nacional de saúde, para alguns estados, as emendas parlamentares representam mais de 50% dos valores destinados aos principais incentivos da atenção básica. Isso se deve possivelmente a grande dependência dos estados e municípios às transferências federais do SUS para manutenção das redes locais de atenção e também por conta das restrições ao financiamento da saúde. Muitas vezes, os investimentos são limitados e também atrelados a projetos federais específicos que podem não atender as necessidades dos sistemas locais (BATISTA *et al.*, 2012).

Considerando que os MRR são municípios de baixa arrecadação municipal, com forte dependência do Estado e União e com características territoriais não consideradas na política de financiamento da saúde, destaca-se que, as emendas

parlamentares são soluções paliativas para organização dos serviços de saúde, representando dois grandes problemas. Possuem padrões instáveis com baixa vinculação a planejamentos médio e longo prazo, sendo considerada uma estratégia inadequada para orientar investimentos que possibilitem a redução de desigualdades. E o caráter das relações entre os poderes Executivo e Legislativo no processo orçamentário, podem pautar-se por interesses políticos particularistas dos governadores e parlamentares ao invés de propósitos públicos. (BAPTISTA *et al.*, 2012)

Nas entrevistas, os gestores apresentaram algumas dificuldades para aquisição de medicamentos, entre elas: falhas no processo de licitação (13GM1/13GM2/15GM1) e dificuldades de atração e fixação de fornecedores, devido à logística e as barreiras de acesso geográficas dos municípios, além de baixos preços e volumes no processo de aquisição (13GM1/9GM1/9GM2).

“(...) São mais caros por causa da logística, as empresas alegam que a logística é difícil, eles compram de grandes centros que é um valor x para chegar aqui e o pior quando é período de chuva, a gente tem um desabastecimento por atraso, que as carretas que vem [para o município] ficam presas na estrada. [...]Então tem o valor do medicamento, tem a logística e tem as empresas que falta arrancar o couro dos municípios pequenos” (9GM1).

“(...) Bem mais baixo, onde as empresas estão se recusando até mandar pelo valor baixíssimo e pelo custo que é maior para cá” [referente à ata de preços] (13GM1).

O processo licitatório consiste em um procedimento administrativo preliminar, que diante de critérios prévios seleciona propostas de compras, obras ou serviços que melhor atenda ao interesse público (BRASIL, 2006). Bruns, Luiza e Oliveira (2014) observam que possivelmente as falhas em licitações ocorrem pela inobservância das normas de aquisição de medicamentos explicitadas na Lei nº 8.666/1993. A principal consequência dessas dificuldades e demora de execução nos processos licitatórios será observada no tamanho do estoque de segurança para suportar as variações de demanda durante longos períodos de atrasos (FONTENELE; OLIVEIRA, 2015).

Para superar problemas com o processo licitatório, um dos gestores faz a solicitação de medicamentos observando o prazo de validade e adquire apenas medicamentos com prazo de dois anos, com objetivo de evitar falhas no abastecimento e desperdícios (10GM1). Manuais de orientação de aquisição de medicamentos mostram que o prazo de validade dos medicamentos deve ser um

requisito técnico exigido em edital e/ou contrato de compras de medicamentos, observando prazo mínimo de 75% de sua validade, contados da data de fabricação (BRASIL, 2006; MARIN *et al.* 2003)

Com relação às situações descritas pelos gestores sobre os fornecedores e preços de medicamentos, municípios menores tenderiam a pagar preços mais elevados devido à menor capacidade de negociação e compras em menor quantidade; ou pela falta de planejamento, que faz com que os municípios realizem compras menores e em regimes de urgência com preços maiores; ou ainda pela ausência de realização de pesquisa de preços para definição do valor unitário máximo a ser contratado pelo município (VIEIRA; ZUCHI, 2011; BRASIL, 2006; BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014).

No entanto, destaca-se que para os MRR a questão logística e as barreiras geográficas podem ser fatores que vão influenciar ainda mais a disponibilidade de fornecedores e o alto custo de medicamentos. Uma iniciativa de pesquisa de empresas de transporte demonstrou que o acesso precário na região Norte aumenta o custo operacional dos caminhões, pressionando por aumento do preço do frete para os produtos. Além de impactos referentes aos preços, o difícil acesso prejudica a qualidade dos medicamentos, que vão demorar mais para serem transportados e podem acabar expostos por mais tempo às condições de transporte. Um dos exemplos é a suscetibilidade da carga a altas temperaturas que são inadequadas para a preservação dos produtos, provocando instabilidades no princípio ativo do medicamento e o comprometimento da sua eficácia (NTC, 2016)

Distribuição

A etapa da distribuição se refere ao suprimento de medicamentos às UBS, em quantidade, qualidade e tempo oportunos, a fim de que o medicamento esteja posteriormente disponível para população (LEITE *et al.* 2015).

No que se refere à essa etapa, o suprimento de medicamentos às UBS não é suficiente para a garantia das necessidades da população rural remota. A falta de medicamentos é sinalizada na fala dos entrevistados, assim como é uma questão discutida por associações de bairros e comunidades (13GM2/12GM2).

Esses achados corroboram com o estudo de Nascimento *et al.* (2017), em que a região Norte apresenta o menor índice de disponibilidade geral de medicamentos e menores índices para variáveis como existência de farmacêutico responsável, refrigerador exclusivo para medicamentos e armário com chave. No mesmo estudo foi demonstrado que em municípios de pequeno porte, a baixa disponibilidade de medicamentos estaria relacionada a deficiências de estrutura e gestão (NASCIMENTO *et al.* 2017).

Paiva e Batista (2017) destacam que o impacto na disponibilidade é a ausência de um cronograma de distribuição. Geralmente, os produtos/medicamentos são solicitados conforme demanda, ou seja, quando o item está próximo do fim ou em falta no estoque da unidade. Isso faz com que as UBS solicitem produtos mais de uma vez por mês, coincidindo com a requisição de outros serviços de saúde e acarretando em sobrecarga de atividades para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ou almoxarifado municipal, que possivelmente vai atender a demanda dias depois. Além de promover o deslocamento de funcionários da secretaria para transporte de medicamentos quase diariamente. Esse processo de distribuição inadequada traria custos desnecessários (PAIVA; BATISTA, 2017), ainda mais altos nas áreas rurais remotas.

Para os gestores (10GM1/10GM2), o farmacêutico é o responsável pela etapa de distribuição, sendo o profissional que prepara os medicamentos e libera os pedidos para o abastecimento das UBS.

“Eles [farmacêutico e educador físico] estão no meio da equipe hospitalar, o farmacêutico que abastece os postos de saúde, eles que mandam medicação para o interior” (10GM1).

De acordo com a Resolução nº 578/2013, o farmacêutico deve ser o responsável pela coordenação das ações técnico-gerenciais, o que inclui a responsabilidade pelo CAF ou almoxarifado municipal. No entanto, Blatt, Campos e Becker (2013) colocam que as atividades da gestão técnica da AF não são desenvolvidas somente por farmacêuticos, elas envolvem diversos atores, setores e chefias com níveis variados de entendimento. Por exemplo, é comum enfermeiras realizarem a programação de medicamentos para as UBS e definir quantidades necessárias. Por esse motivo, é essencial que ocorra a sensibilização dos gestores sobre a importância da estruturação da AF municipal, considerando investimentos em estrutura física,

organização de processos e educação permanente para todos os profissionais envolvidos com as atividades da gestão técnica da AF (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Um dos municípios relata que algumas comunidades estão mais perto do município de referência do que da sede do município. O município de referência seria o local para onde os MRR encaminham os usuários para atendimentos especializados, no caso do Oeste do Pará, Itaituba e Santarém. A estratégia utilizada pela gestão é realizar o envio dos medicamentos para o município de referência, no qual um dos apoiadores municipais fica encarregado do medicamento chegar até as comunidades: *“A [comunidade] está há 1h30min do [município de referência], para eu mandar a medicação hoje para essa comunidade, eu mando via [município de referência], um dos nossos apoiadores pega, embarca no ônibus e vai para lá”* (15GM1).

Embora transporte adequado seja essencial para garantia da qualidade do medicamento, não há detalhes sobre o tema nas falas dos entrevistados. Um gestor (15GM1) exemplifica que para chegar a uma das comunidades mais distantes do município há mudanças das caixas de produtos/medicamentos em diferentes transportes (transporte do município para o município de referência x transporte do município de referência para a comunidade) que, no geral, não consideram as características das cargas que estão transportando. Isso pode comprometer indireta e diretamente a estabilidade físico-química dos medicamentos, especialmente os medicamentos termolábeis ou ainda vacinas (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2013).

Outro município sinaliza a distribuição de medicamentos nas comunidades em parceria com outras instituições, como a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), trabalho interinstitucional que visa o atendimento das necessidades de toda a comunidade (12GM1). A cooperação entre as instituições é essencial para garantir o abastecimento de medicamentos para as comunidades indígenas e não indígenas do município.

“(...) nós temos uma parceria com a SESAI né, que eles vêm todo mês, quando eles não passam 10 dias eles passam 15 entendeu, dentro da comunidade (...) aí a gente faz uma junção com medicamentos, que o quem vem pra eles não deixam de abastecer quem não é indígena, assim como nós também, que não deixamos de atender quem é indígena” (12GM1).

Dispensação

A etapa da dispensação é a distribuição de um ou mais medicamentos pelo farmacêutico a um paciente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional de saúde autorizado (BRASIL, 2001). É neste momento que o farmacêutico informa e orienta sobre o uso adequado do medicamento (MARIN *et al.* 2003).

Essa etapa é abordada por todos os gestores municipais entrevistados. Geralmente é vinculada aos grupos de hipertensos e diabéticos e a própria consulta médica (13GM1/12GM1). Quanto ao local, é comumente realizada nas UBS e nos pequenos hospitais desses municípios (10GM1/10GM2). Nem todos os postos de saúde das áreas mais rurais dispensam medicamentos (15GM2).

“Olha, a estratégia, dessa comunidade aqui, principalmente na distribuição de medicamentos, eles [os profissionais de saúde envolvidos] fazem um grupão por mês para dispensar os medicamentos para todos os pacientes, para que não fique, por exemplo, hoje eu venho, amanhã vem o outro, vem outro, assim não, faz para todo mundo” (13GM1).

“Eles fazem o cadastro, e dependendo da extensão do problema eles liberam a medicação através das consultas” (12GM1).

De modo geral, observa-se que a dispensação nos MRR não é uma prática exclusiva do farmacêutico, sendo realizada por diferentes profissionais de saúde e em diferentes ações da APS. O estudo de Alencar e Nascimento (2011) em um município da Bahia identificou que a dispensação era realizada por trabalhadores sem formação específica/sem qualificação para orientar sobre o uso correto do medicamento e que já eram responsáveis por várias outras atividades na UBS. Mais especificamente, o estudo de Carvalho *et al.* (2017) com dados nacionais, demonstrou que os trabalhadores do nível médio, especialmente técnicos e auxiliares de enfermagem, ocupavam a maioria das unidades de dispensação. Entretanto, vem crescendo o número de farmacêuticos cadastrados nas UBS do Brasil, principalmente devido a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o crescimento da assistência farmacêutica no país (CARVALHO *et al.* 2017)

A presença de farmacêuticos na APS, especificamente na etapa de dispensação, é um desafio. Geralmente, a participação desse profissional tem se mantido restrita às atividades de gerenciamento e entrega de medicamentos nas UBS, com pouca participação no cuidado em saúde dos usuários (BRASIL, 2014; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019). Alencar e Nascimento (2011) descrevem que, muitas

vezes, nas ações desenvolvidas na atenção básica há somente a distribuição de medicamentos para os usuários. Como consequência, há uma insuficiência de ações voltadas ao uso racional de medicamentos, afetando os resultados em saúde (BRASIL, 2014).

Uma situação que pode comprometer o acesso dos usuários à farmacoterapia é a prescrição de medicamentos que não constam na RENAME, ou na lista municipal de medicamentos (OLIVEIRA *et al.* 2010). Um dos gestores municipais relata que, quando o medicamento prescrito não consta na lista da farmácia, os usuários têm dificuldades em comprar/adquirir, recorrendo a meios políticos, assistência social, entre outros (9GM2).

“(...) se ele vai à consulta e o médico passa um medicamento que não está na lista da nossa farmácia, ele não toma, porque ele não tem dinheiro, ou ele vai atrás do prefeito(...) então a maioria da nossa população é bem carente” (9GM2).

O resultado evidencia um problema da adesão de prescritores às listas de medicamentos essenciais que comprometem diretamente o acesso à saúde da população (ALENCAR; NASCIMENTO, ALENCAR, 2013; MARGARINOS-TORRES *et al.* 2014). Sanchez e Ciconelli (2012) descrevem que custos e a existência de despesas com a saúde que precisam ser assumidas pelos próprios indivíduos geram barreiras financeiras que impedem as pessoas de procurar e receber cuidados. Barreiras essas que podem surgir devido a irregularidades no abastecimento de medicamentos. (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2013).

Estudo realizado em Santarém/PA evidenciou que pacientes hipertensos com baixo nível socioeconômico apresentam baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Tal questão poderia estar relacionada à falta de medicamentos cobertos pelo sistema público, com baixa adesão entre os pacientes que tiveram que pagar por parte de seus medicamentos em relação àqueles que obtiveram gratuitamente (GOMES *et al.*, 2022).

O Programa Farmácia Popular, presente em apenas um dos municípios, facilitaria o acesso dos usuários aos medicamentos não disponíveis nas unidades, especialmente anti-hipertensivos e hipoglicemiantes (9GM2): “*Mais rápido, ele só vai lá, chega, retira a medicação e vai embora e não precisa esperar o atendimento, não tem que esperar na fila, fazer acolhimento nem nada*” (9GM2).

Com essa possibilidade, os usuários têm acesso à prescrição de receitas com validade de três meses. Entretanto, isso é questionável quanto à criação de vínculo no cuidado à saúde, já que o usuário só busca a unidade para renovação da receita (9GM2). Alencar *et al.* (2018) destacam que apesar dos desafios como a qualidade do acesso e a promoção do uso racional na perspectiva da integralidade da AF, o programa resultou na ampliação do acesso aos medicamentos.

Dois municípios descrevem que o período em que os municípios estiveram sem médicos, devido às mudanças no Programa Mais Médicos (PMM), o processo de trabalho nas UBS foi comprometido, ficando os usuários sem atendimento médico e com dificuldades de acesso a medicamentos e renovação de receitas (12GM1/15GM2).

(...) A gente teve os hipertensos com problemas para renovar receitas, os pacientes que fazem uso de medicação controlada que precisavam das receitas, a gente se desdobrava. Teve uma enfermeira que um dia mandou 19 receitas para mim e aí eu peguei um dos nossos médicos, trouxe para cá, a médica ali da UBS São Sebastião, e, ela refez todas as receitas, anotou nos prontuários, porque é uma forma de ajudar mesmo a população (15GM2).

Observa-se que não somente a ausência de farmacêuticos, mas também a ausência de outros profissionais de saúde, especialmente o médico, pode afetar diretamente o tratamento e acesso aos medicamentos da população. Nos MRR isso é muito mais acentuado, devido dificuldades de recrutamento e fixação de profissionais de saúde nessas áreas, o que impacta na prestação dos serviços de saúde (PEREIRA; PACHECO, 2017; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Outras barreiras nas áreas rurais remotas precisam ser superadas pelos usuários a fim de obter o medicamento, entre elas estão a distância e o tempo de deslocamento até as UBS; a ausência de transporte; as condições climáticas da região; as estradas não pavimentadas; a dificuldade de comunicação, entre outras questões (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2013; WAKERMAN *et al.* 2008; GARNELO *et al.* 2018). De modo geral, observa-se que para que a APS seja de fato acessível, resolutiva e se responsabilize pelos usuários, é essencial que o usuário tenha acesso a medicamentos de qualidade, no momento oportuno, que receba todas as orientações quanto ao uso correto dos medicamentos, com profissionais disponíveis e capacitados.

Considerações finais

Este estudo demonstra a importância da gestão técnica da AF para a garantia do acesso aos medicamentos pelos usuários dos MRR. Apesar do questionário do estudo não ter sido desenvolvido com foco na assistência farmacêutica, foi possível destacar pontos importantes na fala dos gestores municipais em todas as etapas do processo de gestão, exceto na seleção de medicamentos.

Em geral, destaca-se que as características territoriais, geográficas e financeiras dos MRR estão fortemente relacionadas à forma de organização dos serviços de saúde dentro dos territórios e a gestão técnica da AF. Algumas questões da APS rural remota como a dificuldade de fixação de profissionais de saúde, as grandes distâncias geográficas, a falta de infraestrutura adequada, a existência de áreas descobertas, entre outras, demonstraram ter efeitos importantes sobre a programação de medicamentos, e, conseqüentemente na sua aquisição e disponibilidade.

Mesmo para os municípios que recebem ajuda de emendas parlamentares e *royalties* de hidrelétricas, as dificuldades para manutenção e continuidade da oferta de medicamentos persistem. As grandes distâncias e o acesso precário são situações que influenciam na atração de fornecedores, assim como aumenta os custos com medicamentos. Há necessidade de pensar em meios de transportes que sejam ideais para essas áreas, bem como na manutenção e estabilidade dos medicamentos, em especial para algumas comunidades, sem energia elétrica nas UBS.

Visto a dificuldade de fixação de profissionais de saúde nas áreas rurais remotas, reforçamos a importância de que todos os profissionais de saúde sejam treinados para realizar as orientações quanto ao uso dos medicamentos. Torna-se indispensável que os medicamentos prescritos estejam disponíveis nas UBS, assim como na lista municipal de medicamentos, com objetivo de dissolver barreiras financeiras no acesso dos usuários aos medicamentos.

Para isso, é necessário que ocorra de fato a institucionalização da AF nos MRR, assim como a incorporação das características do território na organização da gestão técnica da AF. O processo de gestão técnica da AF deve ir além dos processos de aquisição e distribuição de medicamentos e focar no perfil das necessidades e demandas da população.

Referências

ALENCAR, T. O. S. *et al.* Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p.159-172, out. 2018.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(9): 3939-3949, 2011.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica na estratégia saúde da família: uma análise sobre o acesso. **Rev. Bras. Farm.** 94 (3): 219–226, 2013.

Associação NACIONAL DO TRANSPORTE DE CARGAS E LOGÍSTICA (NTC). **Transporte de Medicamentos no Brasil: cenário atual e futuro do setor**. FGV projetos, 2016.

BAPTISTA, T. W. F. *et al.* As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(12):2267-2279, 2012.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(10):3717-3726, 2019

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3º reimpressão da 1ª edição 2016. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(6): 1207-1220, jun, 2010.

BERMUDEZ, J. A. Z. *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1937-1951, 2018.

BOUSQUAT, A. *et al.* Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. No prelo 2022.

BLATT, C. R.; CAMPOS, C. M. T.; BECKER, I. R. T. **Armazenamento e distribuição de medicamentos**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 16. Mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a

organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 16. Mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS**: orientações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso 22 Mai. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Diário Oficial do Estado**, Brasília, DF, 27 abr. 2001, seção 1, p. 24. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>. Acesso 16 Mar. 2022.

BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro 48(3):745-765, maio/jun. 2014.

CARVALHO, M. N. *et al.* Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:16s.

CORRER, C. J.; SOLER, O.; OTUKI, M. F. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude** 2011; 2(3): XX-XX.

COSTA, E. A. *et al.* Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:5s.

DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I. S.; SCHAEFER, S. C. **Logística de medicamentos**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. 152 p.

FALEIROS, D. R. *et al.* Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:14s

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; PENZIN. **Relatório final janeiro 2020**: Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos. Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633>.

FONTENELE, R. P.; OLIVEIRA, T. J. C. Avaliação da etapa de aquisição para a gestão da assistência farmacêutica hospitalar pública. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde** São Paulo v.6 n.3 18-22 jul./set. 2015.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J.; Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 81-99, setembro, 2018.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:15s.

GOMES, I. S. *et al.* Pharmaceutical Care in Primary Care: an Experience with Hypertensive Patients in the North of Brazil. **Int J Cardiovasc Sci**. 2022; 35(3), 318-326.

LEITE, S. N. *et al.* (Org.). **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta de avaliação no contexto municipal. A experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

MARGARINOS-TORRES, R. *et al.* Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(9):3859-3868, 2014.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003, 373p.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**. 2017; 51 Supl 2:10s

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A. A.; BARDONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, M. C. C. *et al.* Processo de territorialização em saúde como instrumento de trabalho. **Brazilian Journal of health Review**. Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13578-13588 set./out. 2020.

PAIVA, C. R.; BATISTA, A. M. Distribuição de medicamentos em serviço de saúde de um município do Rio Grande do Norte, Brasil. **J Assist Farmac Farmacoecon**, v. 2, n.3, p. 12-22, jul. 2017.

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface**. 2017; 21(Supl.1):1181-92.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 302-314, 2018.

PONTES, M. A.; TAVARES, N. U. L.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NAVES, J. O. S. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(8):2453-2462, 2017.

PUPO, G.D. *et al.* **A assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde**. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/.../Assistencia%20Farmaceutica%20na%20RAS.pdf>. Acesso 22 Mai. 2022.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica** 31(3), 2012.

STRASSER, Roger. Rural health around the world: challenges and solutions. **Family Practice**, Volume 20, Issue 4, August 2003, Pages 457–463.

VAZ, M. M.; SOLER, O.; SANTOS, B. R. M.; SABINO, W. O financiamento do componente básico da assistência farmacêutica no município de Santarém, Pará: uma análise comparativa. **APS em Revista**. Vol. 1, n. 3, p. 162/172. Setembro/Dezembro – 2019.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 24(2), 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública** 2011;45(5):906-13.

WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J.; KUIPERS, P.; ENTWISTLE, P.; JONE, J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. **BMC Health Serv Res**, 8, 276. 2008.

WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J.; TAYLOR, J. Is remote health different to rural health? **Rural and Remote Health** 2017; 17: 3832.