

## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Maria Eduarda de Melo Ribeiro<sup>1</sup>  
Alex Sandro Rodrigues Baiense<sup>2</sup>  
João dos Santos Gonçalves<sup>3</sup>  
Leonardo Guimarães de Andrade<sup>4</sup>

**RESUMO:** Este artigo vem mostrar como a Assistência Farmacêutica é inserida dentro do Sistema Único de Saúde ( SUS ). Mostrando sua importância e promovendo ampla inclusão social, a igualdade no atendimento e a globalização das ações e serviços de saúde. Foi incorporada ao SUS uma inovação tecnológica em 2009 um sistema de informações para a Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde chamada Hórus . Com o objetivo de qualificação, monitorando e avaliando as ações da Assistência Farmacêutica no país e contribuindo para o planejamento dos serviços. Nas três décadas do SUS são associados avanços e regressos considerando a complexidade nacional e suas mudanças. As atividades do farmacêutico foram avaliadas em relação à organização do serviço, melhorando a prescrição médica e elaborando orientações nos serviços farmacêuticos clínicos. O crescimento do acesso da população no SUS exigiu mudanças nas distribuições de medicamentos, aumentando a cobertura e minimizando os custos.

**Palavra-Chave:** Assistência Farmacêutica. Sistema Único de Saúde ( SUS ). Tecnologia e Informação. Integralidade em Saúde.

1630

**ABSTRACT:** This article shows how Pharmaceutical Assistance is inserted within the Unified Health System (SUS). Showing its importance and promoting broad social inclusion, equality in care and the globalization of health actions and services. A technological innovation was incorporated into the SUS in 2009, an information system for the Pharmaceutical Assistance of the Unified Health System called Hórus. With the aim of qualifying, monitoring and evaluating the actions of Pharmaceutical Assistance in the country and contributing to the planning of services. In the three decades of the SUS, advances and regressions are associated considering the national complexity and its changes. The pharmacist's activities were evaluated in relation to the organization of the service, improving medical prescription and elaborating guidelines in clinical pharmaceutical services. The growth in population access to the SUS required changes in drug distribution, increasing coverage and minimizing costs.

**Keywords:** Pharmaceutical Assistance. Unified Health System (SUS). Technology and Information. Integrality in Health.

<sup>1</sup> Graduação em Farmácia pela Universidade Iguazu- UNIG, RJ.

<sup>2</sup> Farmacêutico industrial. Pós-graduado em Ciências do laboratório clínico. Orientador do curso em bacharelado em Farmácia pela Universidade Iguazu-RJ.

<sup>3</sup> Doutor em Ciências-Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ

<sup>4</sup> Mestre – docente na Universidade Iguazu

## INTRODUÇÃO

No Brasil , o SUS chamado de Sistema Único de Saúde é indicado como uma grande vitória para a sociedade.

O SUS criado pela Constituição Federal em 1988 é reconhecido pela Lei Orgânica da Saúde com acesso universal. As transformações entre os 20 anos de regime militar e a volta da democracia criou a construção de um país justo , moderado e com justiça social.

Nesse movimento a Assistência Farmacêutica foi incluída e sofreu alterações ao longo desses trinta anos que iremos discutir neste artigo.

A atenção básica á saúde ( ABS ) tem-se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas em saúde com a finalidade de fortalecer a porta de entrada do sistema.

Na década de 1990 com a implantação do programa Saúde da Família ( PSF ) e em 1994 criou-se a Unidade de Saúde da Família ( USF ) como a principal via de acesso . Vale lembrar que atualmente o PSF não é mais um programa e sim uma estratégia para reorganização da atenção básica , com um novo nome de Estratégica Saúde da Família.

Procurando responder as demandas sanitárias e as relacionadas com as ações clínicas , incluindo a vigilância epidemiológica e as tipicamente clínicas . A distribuição de medicamentos da ABS é parte do processo de cura , reabilitação e prevenção de doenças . Os medicamentos distribuídos são chamados de medicamentos essenciais que segundo a Organização Mundial da Saúde ( OMS ) que satisfazem as necessidades de cuidado da saúde básica da maioria da população. 1631

Dessa maneira o trabalho objetiva discutir a Assistência farmacêutica no SUS resgatando uma leve história da Política Nacional de Medicamentos incluindo os mecanismos de funcionamento da Assistência Farmacêutica no processo de desconcertar a saúde e a AF na ABS . Em uma revisão de vários estudos constatou-se que a prestação de serviços farmacêuticos na atenção primária foi avaliada que o farmacêutico trabalhou na mesma unidade que o clínico geral impactando a introdução desse profissional na equipe e suas intervenções.

É indiscutível o avanço do Brasil em relação as políticas de saúde e a promoção ao acesso a medicamentos essenciais desde á Política Nacional de Medicamentos ( PNM ) em 1998 . Estudos avaliaram que os programas da Assistência Farmacêutica do governo federal demonstraram expressivo aumento da oferta de medicamentos tornando-se mais eficientes.

Na década do século XX aferindo-se o desempenho de sistemas e serviços de saúde . No Brasil esse crescimento vem impulsionando a dinâmica e a expansão de serviços da saúde ,

demandando de seus usuários no setor governamental e privado , pela introdução de políticas de saúde.

Não existia um sistema nacional que permitia informações relativas á gestão da Assistência farmacêutica , apesar das mudanças ocorridas o campo das politicas farmacêuticas ainda reivindicava maior capilaridade para incorporar as iniciativas propostas . O órgão federal da saúde priorizou a formulação de uma tecnologia voltada á gestão das informações do setor.

### **Hórus**

O sistema Hórus foi contemplado para atender as singularidades da gestão da Assistência Farmacêuticas no SUS. Em 2009 teve o objetivo de qualificar a gestão e os serviços buscando aprimorar as ações de planejamento, desenvolvimento , monitoramento e avaliação, nessa modalidade de assistência á saúde . Esse sistema foi comparado com algumas experiências internacionais.

### **OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral tem a finalidade de discutir todos os processos e como entender o funcionamento de uma Assistência Farmacêutica na unidade de saúde. Visando o acesso e o uso racional dos medicamentos.

Objetivos Específicos:

- Realizar um levantamento sobre o uso racional de medicamentos
- Identificar a deficiência no Sistema Único de saúde
- Analisar a qualidade e o envelhecimento da população
- Avaliar a política nacional dos medicamentos
- Relacionar os 30 anos do SUS com a atualidade

### **METODOLOGIA**

Foi feito um levantamento bibliográfico sobre o tema , dados na Scielo , google acadêmico e artigos em revistas científicas.

### **JUSTIFICATIVA**

Essa pesquisa tem o objetivo de mostrar como a Assistência Farmacêutica é desenvolvida dentro do sistema público e privado no Brasil . É de mera importância a Assistência Farmacêutica no Sus pois é um trabalho de organização e implementação de acesso aos medicamentos , seu valor no papel do setor produtivo , no desenvolvimento tecnológico e insumo essencial á produção de serviços de saúde.

São desafiadores a integração e efetivação das ações nos serviços da Assistência Farmacêutica no modelo apresentado ao SUS.

## DESENVOLVIMENTO

Quando se fala da Organização da Assistência Farmacêutica no setor público e privado da saúde no Brasil é preciso fazer uma divisão entre a Assistência Farmacêutica ambulatorial e a hospitalar . A ambulatorial é exercida por instituições públicas , por secretárias da saúde estaduais e municipais e a hospitalar por instituições privadas.

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde os leitos de internações hospitalares são de 58% que são administrados pelo gestor estadual ou municipal. Quando os hospitais são devidamente administrados a seleção , programação , aquisição , armazenamento e distribuição de medicamentos são feitos pela secretária de saúde.

Essas etapas da Assistência Farmacêutica são administradas para hospitais e unidades ambulatoriais , os gestores devem se submeter á regras de aquisição de medicamentos do setor público . Lá os hospitais privados apresentam autonomia na administração de todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica sem vínculo com os outros serviços do Sus.

Em relação a Assistência Farmacêutica em âmbito ambulatorial são executados em sua maioria pelo município , os profissionais das secretárias de saúde passaram a selecionar , programar , adquirir , armazenar , distribuir , prescrever e dispensar medicamentos . Com os avanços na Assistência Farmacêutica muitos problemas persistem e comprometem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e a racionalidade do uso . Araújo etal (9) enfatizam que nos dias de hoje ainda permanece o vínculo do serviço farmacêutico com o modelo curativo centrado na consulta médica e no pronto atendimento , de tal forma que a farmácia apenas atende a essas demandas tornando-se quase impraticável atividade de orientação aos usuários.

Alguns avanços ocorreram , destaca-se adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Na década de 1970 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os governos adotem listas de medicamentos essenciais como política fundamental para a garantia de acesso das populações a medicamentos seguros , eficazes voltados ao atendimento , aumentando a demanda a qualidade do cuidado á saúde , devido ao envelhecimento das populações levando os custos para garantir o acesso á medicamentos , a seleção de medicamentos essenciais tem sido

apontada como relevante não só para os países em desenvolvimento mas também para os desenvolvidos.

Ao contrário do que recomenda a OMS a Rename não é uma lista de oferta obrigatória nos serviços de saúde , consiste numa lista de referência que deve nortear a oferta , a prescrição e a dispensação de medicamentos . Os gestores utilizam a reação para preparar a lista de medicamentos financiáveis que fazem parte dos programas definindo relações de medicamentos essenciais , variedade de listas que acabam confundindo a sociedade sobre os medicamentos que encontrará nos serviços.

Cada programa criado, são definidos os recursos de financiamento , cada criação é constituída par uma doença específica ( como tuberculose , hanseníase e aids ). Em 2007 o financiamento federal da Assistência Farmacêutica foi reorganizado pelo Ministério da Saúde . Houve um agrupamento dos programas e foram organizados blocos de financiamentos , esses blocos foram divididos em 3 componentes:

- Componente Básico : Para aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica
- Componente Estratégico : Controle de endemias , tais como tuberculose , malária , doenças de chagas
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica : Garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial ..

1634

O acesso para as doenças é garantido mediante ao financiamento entre a união , estados , distrito federal e municípios . São adquiridos pelo Ministério da Saúde , as secretárias estaduais de saúde para aquisição e dispensação dos medicamentos e repassados.

**TABELA 1. Componentes do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, programas e responsabilidades dos entes federados, Brasil<sup>a</sup>**

Componentes e programas de assistência farmacêutica	Responsabilidade do financiamento
<b>Básico</b>	
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (elenco de referência)	União, estados, Distrito Federal, municípios
Diabetes (insulinas)	União
Saúde da mulher (contraceptivos e insumos)	União
Diabetes (insumos)	Estados, Distrito Federal, municípios
<b>Estratégico</b>	
Tabagismo	União
Alimentação e nutrição	União
Controle de endemias	União
Tuberculose	União
Hanseníase	União
Malária	União
Leishmaniose	União
Doença de Chagas	União
Outras	União
Antiretrovirais (Programa DST/Aids)	União
Sangue e hemoderivados	União
Imunobiológicos	União
<b>Especializado</b>	União, estados, Distrito Federal, municípios

<sup>a</sup> Elaborada com base em portarias do Ministério da Saúde (20-02).

Durante muitos anos as ações da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde público no Brasil se confundiram com as ações da Central de Medicamentos (CEME) . Criada em 1971 , nasceu da preocupação do Estado em relação ao acesso ao medicamento pelos estratos da população de reduzido do poder aquisitivo , com o objetivo de promoção e organização das atividades de assistência farmacêutica direcionada a esta população .

Ao longo dos anos de existência da Ceme tiveram vários problemas relacionados com o acesso da população aos medicamentos produzidos por ela , a pouca utilização da Rename pelos prescritores , desperdícios de medicamentos , do pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas, prazo de validade vencido ,entre outros .

Na tentativa de melhorar vários outros programas foram criados , entre eles Programa Farmácia Básica (PFB) em 1987 que relacionava a disponibilidade de medicamentos essenciais a ABS .Foi idealizado como um módulo padrão de suprimento que contava com 48 medicamentos necessários para atender às necessidades de um grupo de três mil pessoas por um período de seis meses . Como não correspondiam ao papel de demanda das populações atendidas , o programa foi extinto em 1988.

Na década de 1990 foi marcada por uma crise e escândalos de corrupção que culminavam com a sua extinção em 1997 , com atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais .

1635

Nesse contexto , houve a reedição do PFB semelhante ao módulo do programa anterior do mesmo nome . Ao analisar a implantação deste programa em cinco estados brasileiros , constatou falhas , principalmente no abastecimento em razão do não atendimento das necessidades específicas das populações de diferentes localidades .

Diante desse cenário foi elaborada e aprovada em 1998 a PNM brasileira , com bases nos princípios e diretrizes do Sus , trazendo a adoção da Rename , a regulação sanitária de medicamentos , a reorientação da assistência farmacêutica com descentralização da gestão , a promoção do uso racional de medicamentos , o desenvolvimento científico e tecnológico .

Tal fato pode ser constatado através da aprovação de leis que regulamentem o financiamento para aquisição de tais medicamentos pelos municípios . Dessa maneira a Atenção farmacêutica tem a pretensão de atender a uma necessidade dentro do Sus de humanização do atendimento , estabelecimento de vínculo e acolhimento em relação ao usuário .

Em meio a inúmeras necessidades e demandas a estruturação da AF parece não ser considerada prioritária na disputa por recursos nos orçamentos de saúde . Talvez sua

importância ainda não esteja explicitada para a maioria dos gestores . Nestes locais as farmácias geralmente ocupam espaços pequenos sem condições mínimas necessárias para o armazenamento de medicamentos .

É recente ainda insuficiente o número de farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS) sobretudo na dispensação de medicamentos nas UBS .

Tem como exemplo : dados de fiscalização do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo , revela que 3214 farmácias públicas dos municípios , fiscalizadas em 2006 , 2346 (73%) não contavam com o farmacêutico . Não há como identificar quantas farmácias de Unidade Básica de Saúde (UBS) contam com farmacêutico no Brasil . Porém estudos realizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) , em 2009 identificou que em 7 de cada 10 farmácias do Sus faltam farmacêuticos .

Na próxima tabela estão descritos os resultados da atuação do farmacêutico para a promoção da melhoria do padrão de prescrição de medicamentos , comparando-se os dados de atendimento do período inicial e pós-intervenção .

#### Os problemas elencados e as intervenções adotadas

Problema	Intervenções
<p>1. Irregularidades técnicas ou legais da Prescrição.</p> <p>2. Medicamentos prescritos empregando nome comercial do fármaco.</p>	<p>Intervenção educativa junto aos prescritores da unidade por meio de intervenções face a face;</p> <p>Elaboração de memorandos internos (assinados pelo farmacêutico e pelo gestor), dada a dificuldade em reunir os prescritores para discussão e orientação.</p> <p>. Durante um período de adaptação de seis meses, a equipe de farmácia procurava o médico solicitando a correção dos erros na prescrição. Um mês antes do final desse período, em abril de 2010, foi elaborado novo memorando interno reforçando as informações;</p> <p>. Campanhas internas sobre temas relevantes para a segurança do paciente como identificação do medicamento, legibilidade da prescrição, esquema posológico descrito adequadamente etc.</p>
<p>3. Vencimento das prescrições de medicamentos para tratamento de condições crônicas.</p>	<p>. Implantou-se o uso de um carimbo com campos referentes aos seis meses de atendimento da prescrição, permitindo ao paciente fácil visualização de quantos campos em branco (ou seja, meses de validade da prescrição) ainda restavam após o atendimento atual;</p> <p>. Parceria com a equipe da recepção para agendamento de pacientes quando solicitado pela farmácia.</p>

4. Medicamentos que não constam da REMUME	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Divulgação da REMUME e da lista de medicamentos do CEAF, por meio de uma publicação periódica;</li> <li>. Intervenções face a face com o prescritor para recomendar alternativas terapêuticas disponíveis.</li> </ul>
5. Falta de medicamentos que constam da REMUME	Otimização da gestão do estoque com inventários periódicos; trocas de medicamentos entre unidades para evitar perdas por vencimento; etc.

**Quadro 1.** Problemas identificados nas prescrições avaliadas entre junho e julho de 2007 e intervenções realizadas, em uma unidade básica de saúde de São Paulo.

As razões para o atendimento farmacêutico nos dois anos de estudo foram : obtenção de informações sobre acesso a medicamentos no Sus, regime terapêutico complexo , esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos , não adesão a terapia farmacológica entre outros .

Não foram encontrados outros estudos que relatassem o aumento do acesso a medicamentos após intervenções do farmacêutico para comparação dos dados ou ainda a mudança no padrão de prescrição em unidades de atenção primária . Entre os motivos para a não dispensação dos medicamentos prescritos estavam as irregularidades técnicas ou legais em prescrições , independente da origem da prescrição . No Brasil , milhões de prescrições são geradas , atualmente nos serviços públicos de saúde, não apresentam os requisitos técnicos e legais imprescindíveis para uma dispensação eficiente e utilização correta dos medicamentos .





Deixaram de ser atendidas também prescrições que não continham todas as informações necessárias para garantir o uso adequado do medicamento. Uma vez que é comum que haja apenas uma concentração do medicamento na lista de medicamentos essenciais , os prescritores relataram que não compreendiam a necessidade de descreve-la na prescrição .

Para que houvesse redução das prescrições de medicamentos de uso contínuo vencidas foi essencial o comprometimento da equipe de farmácia como técnicos administrativos responsáveis pelo agendamento , assistente social , enfermagem , os prescritores e também o aumento do quadro de médicos devido á implantação de quatro equipes FSF, em 2011 .

A trajetória dos medicamentos essenciais (ME) no Brasil, de 1988 a 2018 , pode se configurar como uma aproximação da trajetória da própria PNM.

Nos anos 2000 , teve início o descompasso entre os conceitos de ME e aquele regendo a lista nacional .

A partir de 2002 , a própria OMS passou a definir ME como aqueles orientados a dar resposta às prioridades sanitárias de uma população mostrando que os conceitos de essencialidade e prioridade se complementavam .

A primeira década de existência do Sus se encerra , portanto , com perspectivas de longo prazo , a partir da publicação , em 1998, da PNM.

Já a segunda década de existência do Sus , a questão do desenvolvimento industrial ganhou contornos para além do setor saúde , com a aprovação da Política industrial .

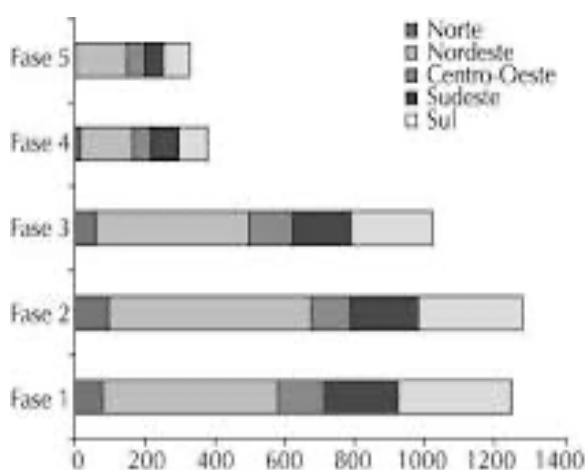
A partir de 2008 na terceira década do Sus , o Complexo Industrial da Saúde (CIS) foi inserido entre os eixos estratégicos do planejamento em saúde do governo federal . Aprovando uma série de normas que deram novos contornos á política industrial , com ênfase nos esforços de retomada da indústria farmoquímica nacional .

Com a introdução da tecnologia Hórus em 2009 , os sistemas de informações para a Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde . Em 2011 , 16 estados aderiram ao Hórus um estudo descritivo e exploratório onde foram utilizados instrumentos multivariados de coleta de dados e suporte interpretativo da interferência estatística e da análise temática . Após a implantação do sistema houve algumas mudanças como : melhoria do controle técnico e científico da qualidade , dispensação dos medicamentos , e da atenção a saúde .A base nacional de dados das ações e serviços da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de saúde possibilitará coletar , analisar e disseminar informações .



Trata-se de um sistema web no qual os cadastros iniciais são preenchidos pelos gestores estaduais e municipais . Informando sobre estabelecimentos de saúde e departamento envolvidos na distribuição e dispensação de medicamentos . O Hórus está integrado ao Cadastro Nacional de Saúde , possibilitando o registro de medicamentos sob controle especial uma parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária .Emitindo relatórios , contendo informações gerenciais que subsidiam o planejamento das ações na Assistência Farmacêutica da Atenção Básica.

Dentre as regiões brasileiras , o Nordeste apresentou o maior número de municípios em todas as fases de adesão ao Hórus . Destacaram-se os estados : Paraíba , com termos de adesão assinados em 142 municípios , Ceará com cadastros de adesão da primeira fase concluídos em 141 municípios e Alagoas com 71 municípios capacitados para utilização do Hórus .



Fonte: Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica/Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde. Dados referentes ao período dezembro/2009 a dezembro/2011. Disponível em: [www.saude.gov.br/horus](http://www.saude.gov.br/horus). Acesso em: 31 dez 2011

**Figura 1.** Distribuição do número de municípios, por região, segundo as fases de adesão Hórus. Brasil, 2011.

De dezembro de 2009 a dezembro de 2011 foram capacitados 1.234 profissionais que atuam no SUS, nas modalidades de ensino presencial e a distância, em todos os estados. Farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico ainda não contavam com total acesso à internet, fator que limita a implantação do Hórus.

Estudos de implantação, monitoramento e satisfação do usuário são fundamentais, uma vez que podem contribuir para diagnosticar possíveis problemas e identificar suas causas. Dessa forma, propiciarão a melhoria da organização e gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios e estados, e a consolidação da Política de Saúde e Política de Assistência Farmacêutica no País, por meio de propostas de ações corretivas e preventivas.

## CONCLUSÃO

Diante disso, conclui-se que estudos de implantação, monitoramento e satisfação do usuário são fundamentais, diagnosticando problemas e identificando suas causas.

Apesar das barreiras iniciais com a integração do farmacêutico à equipe multiprofissional, ele passa a assumir papel relevante. A presença do farmacêutico na unidade para a realização das intervenções é de total importância para o alcance de resultados positivos. Por tanto é necessário contratar farmacêuticos e pessoal auxiliando, profissionalizando os trabalhadores por meio da educação permanente e investir na estruturação dos serviços. Trinta anos é um longo período o País é grande, desigual e complexo. Foram considerados atos regulatórios, o que por si expressa um esforço de implementação considerando necessário o desmonte de estruturas sólidas possibilitando de melhoria claramente perceptíveis, melhorando a organização e gestão da Assistência Farmacêutica básica dos municípios assegurando o acesso universal dos usuários do SUS.

1640

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Altuwaijri MM, Bahanshal A, Almehaid M. Implementation of computerized physician order entry in National Guard Hospitals: assessment of critical success factors. *J Family Community Med.* 2011;18(3):143-51. DOI:10.4103/2230-8229.90014
- 2 - Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2008;13(Supl):611-7. DOI:10.1590/S1413-81232008000700010
- 3 - Barnett J, Jennings H. Pharmacy information systems in Canada. In: McDaniel JG, editor. *Advances in information technology and communication in health.* Lansdale, PA: IOS Press; 2009. p.131-135.

- 4 - Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília :Ministério da Saúde; 1999. Disponível em:[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica\\_medicamentovsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_medicamentovsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
- 5 - Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: Opas/OMS; 2003. Disponível em: [ortal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af\\_gerentes\\_municipais.pdf](http://ortal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af_gerentes_municipais.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
- 6 - LCF Oliveira, MMA Assis e AR Barboni participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.
- 7 - Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad Saude Publica. 2000;16(1):171-82
- 8 - Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília:OPAS; 2005. Disponível em: [opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE\\_ASF\\_REM\\_1205.pdf](http://opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_ASF_REM_1205.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
- 9 - Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: Opas/OMS; 2003. Disponível em: [ortal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af\\_gerentes\\_municipais.pdf](http://ortal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/af_gerentes_municipais.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
- 10 - Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. BMJ. 2004;329(7475):1169-72. 16. Brasil, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — Renome 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 11 - Brasil, Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais — R1zenome 2008. Brasília: Ministério da Saúde. 2008
- 12 - Brasil. Lei 8 080/1990. Disponível em:[planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acessado em 18 de agosto de 2008.3. Brasil, Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e princípios. Brasília:Ministério da Saúde; 1990.
- 13 - Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Disponível em:[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.
- 14 - Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2012/2008. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2012\\_24\\_09\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2012_24_09_2008.html). Acessado em 18 de agosto de 2009.
- 15 - Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3 237/2007. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao\\_portaria3237\\_afb.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_portaria3237_afb.pdf). Acessado em 18 Ago 2009

16 - Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2 848/2007. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2848.htm). Acessado em 18 de agosto de 2009.

17 - Ministério da Saúde. Medicamentos e insumos para diabetes. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29944&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29944&janela=2). Acessado em 13 de janeiro 2009

18 - Ministério da Saúde. Programas estratégicos. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25311](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25311). Acessado em 13 de janeiro 2009.

19 - Brasil, Ministério da Saúde. Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1095](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1095). Acessado em 19 de agosto de 2009.

20 - Vieira FS, Mendes ACR. Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo\\_gasto\\_medicamentos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf). Acessado em 18 de agosto de 2009.

21 - Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS — 4. Selección de medicamentos esenciales. Ginebra: OMS; 2002.