



# Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe

Souza, L.S.<sup>1</sup>, Porto, J.G.<sup>1</sup>, Lyra Júnior, D.P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discentes do Curso de Farmácia, Universidade Federal do Sergipe, UFS

<sup>2</sup>Docente do Curso de Farmácia, Universidade Federal do Sergipe, UFS

Recebido 04/11/2011 / Aceito 05/07/2011

## RESUMO

**Este artigo teve por objetivo avaliar a Assistência Farmacêutica em um município do Estado de Sergipe. Foi realizado um estudo descritivo e transversal no período de outubro de 2009 a maio de 2010. Os dados foram coletados no almoxarifado central, nas Unidades de Saúde, e nos Centros de Apoio Psicossocial do município. Para tanto, foi utilizado um instrumento desenvolvido pelos pesquisadores com base nos indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde no livro “Planejar é Preciso”. Os estágios de desenvolvimento para cada uma das etapas da Assistência Farmacêutica foram classificados de 1 a 3, sendo o nível 3 o melhor estágio. As etapas armazenamento/distribuição e transporte foram as que apresentaram os melhores resultados. Em contrapartida, a prescrição foi considerada a etapa mais crítica do processo. Diante dos dados obtidos, foi possível notar o quanto a Assistência Farmacêutica é uma área incipiente no município estudado.**

*Palavras-chave:* Assistência Farmacêutica. Avaliação dos Serviços de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de medicamentos promoveu uma das contribuições mais significativas para a redução da morbimortalidade ao longo do século XX (Leite et al, 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 50% de todos os medicamentos prescritos e dispensados são usados inadequadamente e apenas 15% da população mundial consome mais de 90% da produção farmacêutica (OMS, 2002). Outrossim, somente nos países em desenvolvimento os gastos com medicamentos

representam 25 a 70% do orçamento em saúde. No Brasil, em 2002, aproximadamente 41% da população não tinha acesso a medicamentos; logo, a falta de planejamento na produção e distribuição dos mesmos ainda constitui um desafio ao sistema público de saúde (Vieira, Zucchi, 2007).

Nesse contexto, em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos, estabelecendo prioridades como a reorientação da Assistência Farmacêutica (AssistFar). Em maio de 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf), definindo-a como o conjunto de ações que envolve pesquisa, desenvolvimento e produção, seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, bem como garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização (Brasil, 2006A). Em 2006, o Ministério da Saúde definiu Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde destacando a organização da AssistFar como uma das prioridades para a consolidação do SUS (Brasil, 2006B; Brasil, 2006C).

Uma dessas diretrizes é a participação dos gestores estaduais e municipais na intervenção e normatização da AssistFar, otimizando os recursos financeiros na aquisição de medicamentos (Brasil, 2006C). Apesar dos esforços despendidos por esses gestores, o Ministério da Saúde cita que as ações da AssistFar nas últimas décadas foram centradas na aquisição e na distribuição de medicamentos sem a preocupação com a organização dos serviços e sem planejamento, até mesmo para guiar a oferta de medicamentos à população (Brasil, 2006D).

Segundo Arrais et al (2007), o acesso aos medicamentos não implica necessariamente em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos e/ou as falhas na dispensação podem levar a tratamentos ineficazes e inseguros. A dificuldade de implementação da Pnaf resulta de vários fatores, entre os quais a ausência de informações sobre variáveis relacionadas tanto ao uso de medicamentos associadas à morbidade ou a aspectos socioeconômicos como de indicadores referentes ao desempenho e resolubilidade dos serviços de saúde.

Para tanto, uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é o modelo SPO (*structure-process-outcomes*) proposto por Donabedian (1984). Esse modelo sistematiza indicadores de estrutura, processo e resultado essenciais para produção da qualidade dos serviços de saúde. Na década de 1980, a OMS desenvolveu o Método de Avaliação Rápida (MAR), que englobava três dimensões: problemas específicos em saúde (anemias, distúrbios hipertensivos, etc), fontes de informação (profissionais de saúde, prontuários, relatórios dos serviços de saúde) e métodos utilizados para obter as informações (entrevistas, observação dos processos e revisão de prontuários, entre outros).

No ano de 2004, a OMS propôs um novo método dividido em três níveis que avaliam aspectos gerais de estrutura e de processo da organização (Nível I) e indicadores voltados aos resultados da organização (Nível II), além de detalhar aspectos específicos da organização, sendo realizados, sem periodicidade definida (Nível III). Mais recentemente, a Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde avaliou entre 2003 e 2004 a AssistFar e a regulamentação de medicamentos no Brasil, com foco nos Níveis I e II (OPAS, 2005).

Em seguida, um método de planejamento fundamentado em uma ferramenta utilizada pelo Programa DST/Aids foi adaptado à AssistFar: o Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF) (Brasil, 2006D). O instrumento usado no Programa DST/Aids baseou-se no Aprove e no FACT, instrumentos da Management Sciences for Health (MSH) e da Family Health International, respectivamente, adaptados na década de 1990, no Brasil, para avaliar a estrutura processos e resultados as organizações de DST/Aids.

O instrumento IAPAF, por sua vez, foi concebido pelo Ministério da Saúde em um exercício de autoavaliação participativo, na forma de oficina, adequando as características dos indicadores do instrumento original para a AssistFar com o propósito de dar suporte às secretarias de saúde do país, para que orientem o diagnóstico do estágio de desenvolvimento da AssistFar nos municípios e estados, identifiquem modificações e definam um conjunto de ações para implementar essas modificações. Nesse método, são dados três parâmetros: os estágios 1, 2 e 3, que servirão de base para a definição dos indicadores (Brasil, 2006D).

Em 2006, o Ministério da Saúde promoveu 54 Seminários de Apoio ao Planejamento da AssistFar em todo o país, com a participação de estados e municípios, para discutir o planejamento da AssistFar e apresentar o IAPAF (Brasil, 2006C; Vieira, 2008B). Entretanto, apesar das iniciativas de qualificação do Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, inclusive a publicação de diversos materiais técnicos, muitos problemas ainda comprometem a qualidade dos serviços farmacêuticos no SUS e ainda é preciso investir em melhoras na sua organização

Ante ao exposto, o presente estudo visa avaliar os indicadores de qualidade da AssistFar (estrutura e processo) por meio do instrumento IAPAF em um município do Estado de Sergipe. O estudo dará suporte para uma pesquisa mais ampla a ser realizada em 12 cidades das cinco regionais de saúde do Estado de Sergipe, no ano de 2011.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo, do tipo transversal, de outubro de 2009 a maio de 2010. Os indicadores da AssistFar foram definidos e agrupados sob duas dimensões do modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1984): Estrutura (física, financeira e de recursos humanos) e Processo (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos e insumos de saúde).

### Local de estudo

O município em estudo possui população residente em um total de 75.103 aproximadamente, sendo atendida por 12 Unidades de Saúde (U.S.), dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e um Hospital. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, as doenças mais prevalentes são hipertensão, esquistossomose, dengue, diabetes, tuberculose e raiva.

### Amostra do estudo

Foi utilizada a população de dados documentais disponível no almoxarifado central, nas 12 U.S. e nos dois CAPS do município em estudo, a saber: U.S. G.A.C.V. (Centro), U.S. J.C.A. (Bairro RE), U.S. M.J.S.F. (Bairro RE), U.S. J.B.G. (Bairro AD), U.S. J.A.L. (Bairro C), U.S. J.A.B. (Povoado CA), U.S. M.L.C. (Povoado RC), U.S. M.J.S. (Bairro C), U.S. M.N. (Bairro RM/RE), U.S. T. (Bairro RE), U.S. L.L.A. (Bairro CV), U.S. M.A.F. (Povoado PD), CAPS V.C. (Bairro AD) e CAPS J.B.A. (Bairro RE). O foco do presente trabalho visou analisar todas as unidades de atenção à saúde, porém, o Hospital do município foi excluído devido à reforma que ainda não estava concluída.

### Coleta dos dados

A coleta de dados documentais sobre a qualidade dos serviços farmacêuticos foi realizada aplicando-se o questionário de indicadores disponível no livro "Planejar é Preciso" (Brasil, 2006D) do Ministério da Saúde no almoxarifado central e nas farmácias das U.S. e dos CAPS. A obtenção dos dados foi dividida em duas fases, em função das características dos serviços (etapas) disponíveis em cada local. Na primeira, a coleta foi realizada no almoxarifado central do município apenas, analisando as seguintes etapas: gestão, seleção, programação, aquisição, armazenamento/distribuição/transporte de medicamentos e insumos farmacêuticos. Na segunda fase, foram analisadas as etapas de prescrição e dispensação nas U.S. e nos CAPS. A definição dos termos utilizados em ambas as fases estão descritas na literatura (Brasil, 2006F).

### Análise dos dados

A análise de cada indicador levou em consideração os estágios (níveis) de desenvolvimento de cada uma das

etapas do ciclo da AssistFar. Os estágios (níveis) foram classificados de um (1) a três (3), sendo que o três representou o de melhor qualidade do serviço farmacêutico.

### **Instrumento de Avaliação e Indicadores Analisados**

Para avaliação de serviços farmacêuticos no município, foi utilizado um instrumento elaborado pelos autores, com ênfase nas dimensões de estrutura e processo propostas por Donabedian (WHO, 1993). Esse instrumento serviu para avaliar a documentação referente às diferentes etapas da AssistFar durante o período do estudo. Apenas no caso de a documentação estar incompleta ou não existir é que foi aplicado o mesmo instrumento de maneira individual aos responsáveis pelas U.S. do município.

Os indicadores foram definidos a partir do IAPAF do “Planejar é Preciso” (Brasil, 2006D), considerando as seguintes etapas do ciclo da AssistFar: gestão e planejamento, seleção de medicamentos, programação e aquisição, armazenamento/distribuição/ transporte, prescrição e dispensação (Quadro 1).

Quadro 1. Indicadores de qualidade da Assistência Farmacêutica, segundo IAPAF (Brasil, 2006).

Variáveis	Indicadores
Institucionalização da AssistFar	Existência de AssistFar no organograma da Secretaria Municipal de Saúde
Planejamento da organização da AssistFar	Inclusão da AssistFar no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas
Estruturação e organização dos serviços da AssistFar	Porcentagem de serviços de AssistFar (armazenamento, distribuição, transporte e dispensação de medicamentos) em condições adequadas de funcionamento (espaço físico, computador, fontes de informação específicas, sistema informatizado, recursos humanos, etc.)
Avaliar as ações de AssistFar	Existência de procedimentos para o monitoramento da AssistFar por meio de indicadores
Seleção dos medicamentos	
Utilização ou elaboração da Renome	Existência de Remume (além da lista pactuada)
Existência de Remume impressa e disponível aos prescritores nos consultórios	Existência da Remume ou da lista pactuada da atenção básica, impressa e disponível aos prescritores nos consultórios
Existência de protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas U.S.	Existência de protocolos clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas U.S.
Programação e Aquisição	
Programação adequada	Realização de programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo
Deflagração do processo de aquisição em tempo oportuno	Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses
Garantia da disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportuno para atender às necessidades de saúde	Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada
Garantia da qualidade dos medicamentos adquiridos	Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal
Armazenamento/Distribuição/Transporte	
Garantia do armazenamento correto no almoxarifado	Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevam as normas para o correto armazenamento dos medicamentos
Garantia de transporte adequado dos medicamentos	Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevam as normas para o transporte dos medicamentos
Armazenamento nas unidades dispensadoras e/ ou nas U.S.	Existência de farmácia nas U.S. com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos
Prescrição	
Promoção da adesão dos prescritores à Renome	Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação de medicamentos adotada (pode ser a Renome, a Resme, a Remume ou a lista pactuada)
Promoção da qualidade das prescrições	Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica
Promoção de educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores	Existência de programação continuada para promoção do uso racional de medicamentos para os prescritores
Dispensação	
Organização da farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas U.S.	Existência de farmácia nas U.S. com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e internet)
Garantia do processo de trabalho adequado na dispensação	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas U.S. para atendimento ao usuário
Garantia da gestão adequada da dispensação de medicamentos	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos

A explanação dos objetivos do trabalho e a informação referente aos dados documentais (indicadores) coletados foram previamente apresentadas à autoridade responsável por cada unidade de coleta, bem como foi assegurado o sigilo e o anonimato das informações obtidas. A pesquisa foi realizada após o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde, somente com dados documentais relacionados à qualidade dos serviços farmacêuticos.

## RESULTADOS

### Etapas do Ciclo da AssistFar

A Tabela 1 traz a descrição dos níveis de desenvolvimento para os indicadores de Gestão e Planejamento. Foi possível observar que o município apresenta Nível 3 referente à institucionalização, estruturação e organização dos serviços da AssistFar, ou seja, esta era reconhecida e aceita pelas outras áreas ou departamentos da Secretaria de Saúde e constava formalmente na estrutura organizacional. Em contrapartida, apresentou Nível 2 para o planejamento, pois não o realizava para todas as etapas do ciclo da AssistFar. No que diz respeito à avaliação, foi considerada no Nível 1, pois o presente município não avaliava suas ações.

Em relação aos indicadores de seleção (Tabela 1), verificou-se que existia uma lista de medicamentos baseada na Resme/Rename, porém não atendia a cobertura do perfil epidemiológico do município (Nível 2). O município possui Rename e esta é distribuída aos prescritores (Nível 3). Mesmo assim, não havia Protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas U.S. (Nível 1).

Na programação, o município apresentou Nível 2 de desenvolvimento, ou seja, existia essa etapa, porém não considerava ou considerava parcialmente dados

epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros. Quanto ao processo de aquisição, consideram-se parcialmente dados de estoque e demanda do município, atendendo parcialmente às demandas do município (Nível 2). Além disso, foi observado que se prezou pela garantia da qualidade, estabelecendo especificações técnicas dos medicamentos, assim como garantiam tais exigências no edital (Nível 3).

Os indicadores de Armazenamento, Distribuição e Transporte podem ser observados na Tabela 1. No almoxarifado, foi possível observar que o armazenamento e estoque dos medicamentos estavam sob responsabilidade de profissionais farmacêuticos. É importante destacar que, na maioria das U.S., a AssistFar atendia às boas práticas de armazenamento (Nível 3). Em apenas uma das U.S. e nos dois CAPS existiam medicamentos sujeitos a controle especial, estes estavam devidamente armazenados e seu controle era feito de forma correta (Nível 3).

No que concerne ao transporte, o município atingiu o Nível 3, pois possuía veículos em quantidade suficiente e específico para garantir o correto transporte dos medicamentos em todo seu trajeto. No momento do recebimento, o funcionário conferia a quantidade e condições de apresentação dos medicamentos (inspeção física e controle da validade) e um recibo era assinado pelo responsável.

Tabela 1. Distribuição dos níveis de qualidade da AssistFar, segundo as etapas de gestão e planejamento, seleção, programação, aquisição, Armazenamento/Distribuição/Transporte, em São Cristóvão-SE, 2009-2010.

Indicadores	Níveis		
	Nível 1	Nível 2	Nível 3
<b>Gestão e Planejamento da AssistFar</b>			
Institucionalização da AssistFar			X
Planejamento da organização da AssistFar		X	
Estruturação e organização dos serviços da AssistFar			X
Avaliação das ações	X		
<b>Seleção</b>			
Utilização ou elaboração da Rename		X	
Existência de Remume impressa e disponível aos prescritores nos consultórios			X
Existência de protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas U.S.	X		
<b>Programação/Aquisição da AssistFar</b>			
Programação adequada		X	
Deflagração do processo de aquisição em tempo oportuno		X	
Garantia da disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportuno para atender às necessidades de saúde		X	
Garantia da qualidade dos medicamentos adquiridos			X
<b>Armazenamento/Distribuição/Transporte da AssistFar</b>			
Garantia do armazenamento correto no almoxarifado			X
Garantia de transporte adequado dos medicamentos			X
Armazenamento nas unidades dispensadoras e/ ou nas U.S.			X

Em relação à Prescrição (Tabela 2), esta foi considerada a etapa mais crítica do processo, uma vez que dez Unidades de atenção à saúde não realizavam ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação

de Medicamentos Essenciais (Nível 1). Porém, em apenas quatro Unidades de atenção à saúde, foi verificado que estas não realizavam intervenções para garantia ou promoção da qualidade das prescrições. Somado a isso, nenhuma das

doze U.S. desenvolveu processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos (Nível 1). Entretanto, em apenas um dos CAPS, todas as ações relacionadas à prescrição foram consideradas boas, evidenciando a Notificação de Receita dos psicotrópicos dispensados, assim como análise e avaliação das prescrições dessa classe de medicamentos (Nível 3).

Na Tabela 2 também estão apresentados os indicadores referentes à etapa de dispensação. Dentre as unidades e CAPS analisados, apenas um dos CAPS apresentou uma farmácia organizada como unidade dispensadora, possuindo dimensão suficiente e condições

estruturais adequadas, tais como: recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e internet (Nível 3).

Quanto à garantia do processo de trabalho, a entrega dos medicamentos não era de responsabilidade de farmacêuticos em treze unidades de atenção à saúde (Nível 1). Ademais, os medicamentos eram entregues sem a apresentação de prescrição em dez das unidades de atenção à saúde. Em contrapartida, todas as ações relacionadas à dispensação foram consideradas boas em um dos CAPS (Nível 3), embora a avaliação da prescrição não era feita pelo farmacêutico (Nível 2).

Tabela 2. Distribuição dos níveis de qualidade da AssistFar, segundo as etapas prescrição e dispensação, em São Cristóvão-SE, 2009-2010.

Indicadores	Unidades de atenção à saúde (U.S. e CAPS)													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Prescrição e Dispensação da AssistFar														
Promoção da adesão dos prescritores à Rename	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2
Promoção da qualidade das prescrições	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	1	3	3	1
Promoção de educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2
Organização da farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas U.S.	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2
Garantia do processo de trabalho adequado na dispensação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
Garantia da gestão adequada da dispensação de medicamentos	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	3	2

## DISCUSSÃO

Na análise da gestão e planejamento, foi observado que o planejamento é feito apenas para algumas etapas. Segundo Bermudez e Bonfim (1999), a integração da AssistFar se caracteriza como um dos maiores desafios e uma das áreas mais críticas da atenção à saúde. Logo, é necessário um maior planejamento, com a inclusão de ações voltadas para o desenvolvimento dessa temática nos planos anuais da saúde, para além da aquisição de medicamentos. Nesse sentido, as ações destinadas à organização dos serviços farmacêuticos constituem aspecto importante para que o SUS garanta o acesso da população aos medicamentos essenciais, com uso racional (Brasil, 2006D).

Cabe lembrar que, além da implementação e estruturação da AssistFar, é preciso um processo contínuo de avaliação dos serviços. Rieck (2002) cita que a condução desse processo exige uma clara identificação do contexto no qual será desenvolvida. Tal identificação significa conhecer, por meio de levantamento de dados, as características econômicas, sociais e culturais da região e da população-alvo. Portanto, estudos sobre os indicadores de estrutura, processo e resultado proporcionam um meio de retroalimentar o sistema.

O município possui Remume própria, baseada na Rename, e fixada em locais de fácil acesso para os usuários e profissionais da saúde, informando quais medicamentos fazem parte de políticas públicas e, portanto, são acessíveis à população. Essa lógica de funcionamento diminui as possibilidades de influência das indústrias farmacêuticas, além do impacto na judicialização da saúde (Vieira, 2008).

O município não adotava protocolos clínicos e nem garantiam a adesão pelos profissionais. Entretanto, o uso de protocolos é uma das estratégias que têm contribuído para direcionar o uso racional de medicamentos. O

estabelecimento de protocolos deve conduzir a uma normalização mínima para a utilização, orientando os patamares necessários para tratamentos médios e individuais, e é um dado importante no momento em que se avalia a qualidade da utilização na rede, sistema ou unidade (Castro, 2000; Carroll, 1999).

Para Marin et al.(2003), a programação é entendida como um conjunto de atividades que têm por objetivo determinar as necessidades de medicamentos dentro dos recursos disponíveis e garantir o acesso da população em quantidade e qualidade. Porém, o município adotava apenas parcialmente critérios de programação, o que pode permitir a manutenção de erros sistemáticos no processo e, com isso, ocasionar contínua carência no acesso aos medicamentos, comprometendo a efetividade dos tratamentos.

A etapa de aquisição é a garantia da qualidade dos medicamentos adquiridos, sendo observado que o farmacêutico do município utiliza-se da Rename para fazer a compra de medicamentos, possuindo recursos humanos qualificados, cadastro de fornecedores e catálogo de compras ou manual de especificação técnica (Brasil, 2006A). Esse catálogo é uma ferramenta indispensável e de suporte à aquisição de medicamentos, caracterizando bem os produtos, com finalidade de agilizar o processo de compra e racionalizar tempo (Brasil, 2006E).

Durante o estudo, foi possível observar que, tanto nos almoxarifados quanto nas unidades dispensadoras, os medicamentos eram estocados de forma correta, atendendo às boas práticas de armazenamento. Tal fato é de notável importância, pois a montagem e funcionamento dessa etapa têm como meta garantir a integridade dos produtos (Marin et al, 2003). De acordo com a literatura, grande parte dos medicamentos impróprios para o uso é consequência do mau armazenamento, resultando em desperdícios de recursos muitas vezes escassos (De Bernardi et al., 2006).

Além das condições de armazenamento, o processo de distribuição desempenha papel fundamental para a manutenção da qualidade dos medicamentos. Para tanto, o município atendia a algumas recomendações técnicas ao transportar o produto, descritas por Reis e Rodrigues (2000), como: evitar temperatura excessiva (acima de 30°C); usar veículo fechado; nunca deixar o medicamento exposto diretamente ao sol ou chuva; preferir o transporte noturno e realizar o transporte de medicamentos termolábeis em veículo com isolamento térmico.

Na etapa de prescrição, os achados sobre os níveis de desenvolvimento foram preocupantes, visto que essa ferramenta é essencial na farmacoterapia, pois garante a execução dos pilares para o uso correto de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, na dose certa, horário certo e via de administração certa (Crucioli et al., 2008). Diante disso, é preciso implementar estratégias como promoção da adesão dos prescritores à Renome e educação sobre o uso racional de medicamentos (Rieck, 2002).

A falta de informação nas prescrições pode prejudicar a comunicação interprofissional e resultar em erros de medicação, muitas vezes com sérias consequências clínicas (Marques, 2000). Do mesmo modo, prescrições incompletas impedem a eficiência do trabalho de dispensação dos medicamentos, colocando em risco uma das principais etapas da AssistFar. Cabe ao farmacêutico promover educação aos profissionais de saúde e pacientes; participar ativamente de programas educacionais sobre o uso racional de medicamentos e atuar como fonte de informação aos demais profissionais de saúde (WHO, 2004).

Embora a Lei 5991/1973 (Brasil, 1973) considere a dispensação uma prática exclusiva do farmacêutico e que este profissional deveria permanecer na farmácia enquanto a mesma estivesse aberta, foi observado que a entrega dos medicamentos era realizada basicamente por técnicos em enfermagem ou balconistas, os quais não eram devidamente treinados para essa função. Outrossim, foi verificado que maior parte das unidades disponibilizavam medicamentos sem a apresentação de prescrição, o que pode ocasionar problemas em outras etapas como programação e controle de estoque. Indiretamente, esse descontrole pode originar perdas e desperdícios de recursos públicos (Vieira, 2008).

Neste estudo, em apenas um CAPS, a dispensação era realizada por uma estagiária de Farmácia e a mesma fazia treinamento dos demais funcionários do centro de apoio, seguindo normas adequadas de orientação. A ausência da orientação do farmacêutico durante a dispensação é preocupante, pois contribui para o descontrole na entrega da farmacoterapia, aumento dos custos diretos com medicamentos e insumos farmacêuticos. Além disso, a falta do cuidado farmacêutico pode influenciar na baixa compreensão dos usuários sobre os medicamentos e a dificuldade do entendimento da prescrição (Naves, 2005).

De acordo com Arias (1999), a dispensação pode ser definida como o ato do farmacêutico de prover um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado dos medicamentos, tais como: a ênfase no cumprimento da

farmacoterapia, a interação com outros medicamentos, alimentos e exames laboratoriais, o reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação do produto. A avaliação em questão serve de alerta aos gestores no que diz respeito ao investimento na contratação de mais farmacêuticos de modo a reforçar os programas de AssistFar nas Unidades de atenção à saúde e com isso garantir, além do acesso a medicamentos, a contrapartida do seu uso adequado e racional (Arrais et al., 2007; Santos, Nitri, 2004).

Desde quando Cosendey et al. (2000) apresentaram e discutiram a experiência de “programas pioneiros” de AssistFar em três estados brasileiros, outros trabalhos tem mostrado problemas na sua implementação pelo país. Araújo e Freitas (2006) focaram sua análise nas concepções e dificuldades percebidas pelos profissionais envolvidos na gestão da AssistFar. Mais ainda, no estudo de Vieira (2008), usando o IAPAF, mostrou que 90,3% dos municípios brasileiros apresentam problemas nos seus programas de AssistFar. Por isso, a avaliação de indicadores do presente estudo revelam que é necessário otimizar as diversas etapas da AssistFar do município avaliado, em especial com aprimoramento da gestão, formação de recursos humanos e avaliação permanente desses serviços.

O presente estudo limitou-se à análise dos indicadores da dimensão estrutura e processo da AssistFar, pois, embora o enfoque do resultado seja considerado a medida mais direta da qualidade da atenção, a avaliação deste indicador exigiria estudos mais prolongados.

Muito embora as limitações amostrais e metodológicas possam dificultar a generalização dos resultados, podemos sugerir algumas estratégias, a serem adotadas, pelos âmbitos governamental e educacional, no sentido de viabilizar ações que levem a melhoria da Assistência Farmacêutica no município em questão, como: a) a efetivação das políticas públicas vigentes, voltadas para o uso racional dos medicamentos, melhorando as condições de assistência à saúde da população; b) a programação realizada a partir das necessidades da população (perfil epidemiológico) e oferta de serviços, baseada nos recursos disponíveis no município; c) a reformulação dos currículos de graduação e pós-graduação, em Medicina e Farmácia, com a inserção de competências que respondam às necessidades dos pacientes com relação a sua farmacoterapia (prescrição e dispensação), na lógica da Assistência Farmacêutica; d) a promoção de cursos de educação permanente para capacitação de profissionais prescritores e dispensadores, visando à boa prescrição e ao uso racional dos medicamentos; e) a sensibilização dos gestores municipais, quanto à importância da contratação de profissionais qualificados, como os farmacêuticos, para realizar a dispensação, nas unidades primárias de saúde; f) a adoção dos protocolos clínicos e ações que visem garantir a adesão dessas fontes pelos profissionais de saúde; g) a articulação de meios que proporcionem uma maior integração entre os profissionais prescritores e dispensadores, tendo como meta o alcance de resultados efetivos e seguros para o paciente. Apesar dessas propostas terem sido apresentadas ao antigo Secretário de Saúde, mudanças políticas ainda não permitem visualizar maiores alterações no cenário da Assistência Farmacêutica do município em estudo.

## CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos, é possível notar que a AssistFar é ainda uma área incipiente no município estudado e que está distante do que os indicadores consideram ideal, principalmente nas etapas de prescrição e dispensação. Cabe, então, ao gestor municipal dar enfoque à organização da AssistFar, qualificando e avaliando cada uma das etapas, de modo a possibilitar maior integralidade e equidade das ações de saúde. Nesse cenário, é preciso incorporar às equipes de saúde mais farmacêuticos que atuem em todas as etapas da AssistFar, promovendo o uso correto e racional de medicamentos.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde por ter permitido a realização da pesquisa, assim como aos funcionários e farmacêuticos do município estudado. E a todos do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social.

## ABSTRACT

*Assessment of the organizational structure and processes of pharmaceutical services in a city in Sergipe state (Brazil)*

**The purpose of this article is to assess the Pharmaceutical Services of the public health system in a city in Sergipe State, Brazil. A descriptive, cross-sectional study was carried out between October 2009 and May 2010. Data were gathered from the central pharmacy store, 12 primary health care centers and the 2 psychosocial care centers of the city. The researchers developed a means of assessment based on the indicators recommended by the Brazilian Ministry of Health in the book “Planning is necessary”. The structure and processes of the Pharmaceutical Services were assessed in ‘stages’ and the level of development of each stage was measured from 1 to 3, 3 representing the highest quality. The Storage/ Delivery/ Transport stages showed the best results (level 3). On the other hand, prescription and dispensing were considered the most critical stages. These data show a need for greater development of the Pharmaceutical Care services of this city.**

**Keywords:** Pharmaceutical care; Health Services Evaluation.

## REFERÊNCIAS

Araujo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev Bras Cienc Farm.* 2006; 42: 137-46. DOI: 10.1590/S1516-93322006000100015.

Arias TD. *Glosario de Medicamentos: desarrollo, evaluación y uso términos especializados para la evaluación de medicamentos.* Washington: Opas, 1999.

Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007; 23: 927-37. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000900033.

Bermudez JAZ, Bonfim JRA. *Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde.* São Paulo: Hucitec/ Sobravime, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. *Aquisição de Medicamentos para Assistência Farmacêutica no SUS: orientações básicas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006A.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006<sup>1</sup>. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.* Diário Oficial da União, 2006B.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 698, de 30 de março de 2006 *Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.* Diário Oficial da União, 2006C.

Brasil. Ministério da Saúde. *Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006D.

Brasil. Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos (Rename).* Brasília: Ministério da Saúde, 2006E.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2006F.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 5.991. *Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.* Diário Oficial da União, 1973.

Carroll NV. Formularies and therapeutic interchange: the health care setting makes a difference. *Am J Health Syst Pharm.* 1999; 56: 467-72.

Castro CGSO. *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

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: 171-82. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000100018.

Cruciol-Souza JM, Thomson JC, Catisti DG. Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32: 188-96. DOI: 10.1590/S0100-55022008000200006.

De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saude soc.* 2006; 1: 73-83. DOI: 10.1590/S0104-12902006000100008.

Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. *Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Donabedian A. *La Calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: Uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13:793-802. DOI: 10.1590/S1413-81232008000700029.

Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machados-Santos S. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

Marques MB. Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2000; 7: 7-21. DOI: 10.1590/S0104-59702000000200001.

Naves, JOS, Silver LD. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. *Rev Saude Publica*. 2005; 39: 223-30. DOI: 10.1590/S0034-89102005000200013.

**Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil : estrutura, processo e resultados. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde, 2005.**

Organización Mundial de la Salud (OMS). Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*, 2002. [internet]. <http://www.who.int/medicines/> (acessado em 14 Jan 2008).

Reis NB, Rodrigues PRM. Manual de boas práticas de distribuição, estocagem e transporte de medicamentos. *Infarma*. 2000; 19: 43-57.

Rieck EB. *Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde do estado do Rio Grande do Sul: análise dos indicadores do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica*. [Monografia de Especialização]. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2002.

Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2004; 38: 819-26. DOI: 10.1590/S0034-89102004000600010.

Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007; 41: 214-222. DOI: 10.1590/S0034-89102007000200007.

Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev Saude Publica*. 2008; 42: 365-369. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000010.

Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008, 24:91-100. DOI: 10.1590/S1020-49892008000800003.

World Health Organization (WHO). Division of Family Health and Division of Epidemiology. *Rapid evaluation method guidelines for maternal and child health, family planning and other health services*. Geneva: WHO, 1993.

World Health Organization (WHO). What are essential medicines? Geneva: WHO, 2004. [internet]. <http://www.who.int/medicines/> (acessado em 23 mai 2004).