

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LUCIANE CRISTINA FELTRIN DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL**

**Feira de Santana
2007**

LUCIANE CRISTINA FELTRIN DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde

LINHA DE PESQUISA: Estudo de Políticas, Programas e Práticas de Saúde.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Marluce Maria Araújo Assis.

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. André René Barboni.

**FEIRA DE SANTANA-BAHIA
2007**

A Deus pai e todo poderoso que sempre esteve ao meu lado, à Maria mãe puríssima que sempre passou a minha frente, abrindo meus caminhos de maneira iluminada.

Aos meus pais, neste momento tão distantes, mas ao mesmo tempo tão presentes em minha vida, o início de tudo se deu através de vocês. Foi através do incentivo contínuo que consegui chegar até aqui.

Ao meu companheiro, cúmplice e amigo de todos os momentos – Ernesto – Esta é mais uma vitória construída a dois, e sempre será assim: juntos.

À Profa. Marluce Assis, que com muita paciência plantou em mim a vontade de fazer ciência de maneira apaixonante e, por ter me ensinado a arte de dialogar com os autores, mesmo que em muitos momentos tenha me sentido em um monólogo. Obrigado por não ter cortado minhas asas e ter me proporcionado este vôo tão maravilhoso.

AGRADECIMENTOS

À minha filhinha Maria Fernanda, motivo de minha luta pela vida, pela felicidade e pela paz neste mundo. Como é bom chegar em casa e encontrar o seu sorriso sempre aberto a dizer: “Mãe você chegou!” Desculpe pelas ausências, mas tudo isso foi para você, no futuro, se sentir orgulhosa das façanhas de sua mima. Te amo!!!

Ao Prof. André René Barboni, que contribuiu de maneira efetiva para a construção e desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Maria Angela Alves do Nascimento que com sua científica sinceridade e espontaneidade, retidão metodológica contribuiu para o despertar de um desejo ainda mais pungente pelo conhecimento e pela ciência. Saiba que a amizade fica e é sincera.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva que de maneira, direta ou indireta, incentivaram o meu crescimento enquanto pessoa e pesquisadora.

À banca formada pela professora Julieta Ueta da Universidade de São Paulo, minha mestra na graduação, tão marcante em minha formação, e que, com muita simpatia e profissionalismo aceitou participar de minha banca de qualificação e defesa de dissertação e, pela Profa. Ana Luiza Vilasboas, professora do Mestrado em Saúde Coletiva, que me ensinou a ser objetiva, prática e determinada em minhas conquistas.

Aos amigos de mestrado especialmente Andréa, Daisy, Leonor, Tati, Elaine e Márcia, companheiras nas caminhadas pela área de Políticas de Saúde, que compartilharam comigo das angústias, sofrimentos e felicidades vividas através desta jornada tão singular para a vida de todas nós. Que Deus continue iluminando seus caminhos, pois vocês já são pessoas iluminadas.

À Leonor, que como uma mãe se preocupou comigo e com minha família, partilhando de momentos importantes, como o estágio docência, onde pudemos alimentar os sonhos dos alunos de um SUS e PSF melhores e mais justos.

Às minhas fiéis escudeiras Ana e Tiza por guardarem meu lar e minha filha durante as minhas ausências. Muito obrigado.

À Washington e Willian que me abriram as portas da cidade de Alagoinhas para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

À Secretaria Municipal de Alagoinhas por ter autorizado a coleta de dados.

À secretaria municipal de saúde Dra. Elis, aos farmacêuticos Roberto, Ruy e Rosa, à coordenadora municipal do PSF enfermeira Livia que estiveram disponíveis para as minhas visitas.

Aos trabalhadores de saúde e aos usuários que contribuíram significativamente aceitando participar do estudo.

Aos professores colegas da FTC que compartilharam comigo de minhas angústias científicas (Ricardo, Maíra, Bartira e Gabriel).

À diretoria do Hospital EMEC, particularmente Dra. Lucia Aguirre, pela possibilidade de flexibilização em meus horários de trabalho, de maneira que pudesse cursar o mestrado sem problemas.

A todos aqueles que apoiaram de forma direta ou indireta para a concretização desta vitória. Valeu o apoio.

**O valor das coisas não está no tempo que elas
duram, mas na intensidade com que
acontecem. Por isso existem momentos
inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas
incomparáveis.**

Fernando Pessoa

RESUMO

A ampliação do acesso da população ao sistema público de saúde, principalmente a partir da Atenção Básica à Saúde (ABS), exigiu mudanças na distribuição de medicamentos e organização da Assistência Farmacêutica (AF), de maneira a aumentar a cobertura e minimizar custos. A distribuição de medicamentos na ABS é parte integrante do processo de cura e reabilitação de doenças, sendo uma das atividades da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), além de ações relacionadas com o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição); conservação, controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica, acompanhamento da utilização para assegurar o uso racional. Devido à importância da distribuição gratuita de medicamentos para a efetividade e resolubilidade do SUS, vários métodos de avaliação vêm sendo construídos no sentido de avaliar a distribuição de medicamentos e assim contribuir para identificar progressos e possíveis falhas. O presente estudo objetivou avaliar a AFB no âmbito do SUS municipal em relação à estrutura, processos e resultados, utilizando indicadores adaptados das propostas da Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-americana de Saúde e de Consen-dey. Trata-se de uma pesquisa avaliativa feita através de modelo de avaliação que integra as abordagens quantitativa e qualitativa, numa tentativa de se aproximar da proposta de avaliação por triangulação de métodos. Na fase quantitativa o estudo foi de caráter censitário (n=26), onde foram avaliadas todas as unidades da rede de AFB quanto à estrutura e os processos. Os resultados foram avaliados através da abordagem qualitativa, através de entrevistas direcionadas aos usuários e gestores da AFB. Através das análises detectou-se que a organização e a gestão da AFB interferem diretamente nas condições de acessibilidade dos usuários aos medicamentos. A maioria das unidades não disponibilizava local específico e adequado para dispensação e armazenamento de medicamentos, 7,7% delas apresentava previsão de demanda mensal de medicamentos e 76,9% tinha algum dispositivo de controle de estoque, em 92,3% das unidades faltou pelo menos um item da lista de medicamentos distribuídos no município. Apenas três unidades tinham farmacêuticos e trabalhador exclusivo para as atividades da AFB, no restante, essas atividades eram realizadas por diferentes componentes das equipes de PSF, mas apenas 30,8% passaram por capacitação. Foram detectados avanços na organização da AFB no município estudado como: a descentralização da distribuição de medicamentos para as unidades de saúde, o que melhorou o acesso geográfico dos usuários; todavia, dificuldades como estrutura física precária das unidades, escassez de recursos humanos capacitados e falta de planejamento para as atividades tem comprometido a integralidade da atenção e a resolubilidade do SUS. Desta maneira, percebe-se que a AFB não é prioridade dentro dos planos municipais de saúde, ficando relegada apenas à aquisição e distribuição insipiente de medicamentos. Conclui-se que os problemas encontrados, entre eles a falta de mão de obra qualificada, estruturas físicas e processos inadequados, prescrições não condizentes com a padronização local, dispensação sem orientação quanto ao uso correto dos medicamentos levam às perdas de medicamentos, desabastecimentos, erros de dispensação prejudicando a qualidade e o acesso da população à atenção básica.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica à Saúde; Avaliação.

ABSTRACT

The magnifying of the access of the population to the public system of health, mainly from the Basic Attention to Health (BAH), demanded changes in the medicine distribution and organization of Pharmaceutical Assistance (PA), in way to increase the coverage and to minimize costs. The medicine distribution in the ABS is integral part of the cure process and the restoring to health, being one of the activities of Basic Pharmaceutical Assistance (BPA) in the Unity System of Health (USH), beyond actions related with the medicine supplying (selection, programming and acquisition); conservation, quality control, security and therapeutical effectiveness, accompaniment of the use to assure the rational use. Due to the importance of the free medicine distribution for the effectiveness and the capacity for giving solutions of the USH, some methods of evaluation are being constructed in the order to evaluate the medicine distribution and thus to contribute in identifying the progress and possible imperfections. The present study aimed to evaluate the BPA in the scope of the municipal USH in relation to the structure, processes and results, using adapted indicators of the proposals of the World Organization of Health, Pan-American Organization of Health and for Consendey. It refers to an assessment research through model of evaluation that integrates the quantitative and qualitative approaches, in an attempt of approaching to the proposal of evaluation for triangulation of methods. In the quantitative stage, the study was based on numerical nature (n=26), where it was evaluated the units of the network of BPA in relation to the structure and the processes. The results were evaluated through the qualitative approach, through interviews directed to the users and managers of the BPA. Through the analyses it was detected that the organization and the management of the BPA interfere directly on the conditions of accessibility of the users to medicines. The majority of the units did not have specific and adequate place for delivery and storage of medicines, 7.7% of them presented forecast of monthly medicine demand and 76.9% had some device of control supply, in 92,3% of the units lacked at least one item of the medicine list distributed in the city. Only three units had pharmacists and competent workers for the activities of the BPA, in the remaining, these activities were realized by different components of the BPA groups, but only 30.8% had some qualification. The advances in the organization of the BPA in the studied city were detected as: the decentralization of the medicine distribution for the units of health, what improved the geographical access of the users; however, difficulties as precarious physical structure of the units, scarcity of enabled human resources and lack of planning the activities have compromised the completeness of the attention and the capacity for giving solutions of the USH. In this way, it notices that the BPA is not priority in the municipal plan of health, being relegated only to the insipient acquisition and distribution of the medicines. It can conclude that the found problems, between them, the lack of qualified work, physical structures and inadequate processes, prescriptions were not appropriate to the local standardization, deliveries without orientation as for that of the correct use of medicines they take the losses of medicines, no storages, errors of deliveries that harm the quality and the access of the population to the basic attention.

Key-words: Pharmaceutical Assistance; Unity System of Health; Basic Attention to Health; Evaluation.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEFARBA	Central Farmacêutica da Bahia
CEMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética na Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DIVISA	Diretoria de Assistência e Vigilância à Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Food and Drug Administration
HRDB	Hospital Geral Dantas Bião
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMA	Pharmaceutical Manufactures Association
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais/Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SMU	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Município de Alagoinhas – Vista das Ruínas da Igreja de Santo Antônio	42
Figura 2	Mapa do Município de Alagoinhas e cidades circunvizinhas	43

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1	Causas e conseqüências da dificuldade de acesso aos medicamentos pelos usuários do SUS municipal	36
Fluxograma 2	Causas e conseqüências que facilitam o acesso aos medicamentos pelos usuários do SUS municipal	37
Fluxograma 3	Esquema geral do modelo de análise que utiliza a triangulação de métodos.	61
Fluxograma 4	Fluxo de distribuição de medicamentos na rede de Assistência Farmacêutica Básica de Alagoinhas – BA	65
Fluxograma 5	Fluxo de aquisição de medicamentos do elenco da farmácia básica	66

LISTA DE ORGANOGRAMAS

Organograma 1	Organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas	45
---------------	---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Localização das unidades de saúde (urbana ou rural) e o setor que dispensa o medicamento.	68
Gráfico 2	Distribuição das unidades de saúde segundo o grau de boas práticas de estocagem.	69
Gráfico 3	Tipo de dispositivo utilizado para controle de estoque	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características e tamanho da amostra	50
Quadro 2	Modelo Teórico de Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica – Abordagem quantitativa	52
Quadro 3	Indicadores de avaliação da dimensão estrutura em relação aos cálculos e aos padrões utilizados	53
Quadro 4	Indicadores de avaliação da dimensão processo em relação aos cálculos e aos padrões utilizados	55
Quadro 5	Distribuição de sujeitos da pesquisa	58
Quadro 6	Modelo Teórico de Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica – Abordagem qualitativa	60
Quadro 7	Distribuição das Unidades de Saúde da Família. Alagoinhas - BA, mar/2007.	65
Quadro 8	Características gerais da amostra estudada	115
Quadro 9	Características gerais da amostra estudada em relação às condições de estrutura física	117
Quadro 10	Características gerais da amostra estudada segundo a localização da unidade de saúde	119
Quadro 11	Características gerais da amostra estudada segundo a condição de posse do imóvel que cedia a unidade	121

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Medicamentos essenciais e política de medicamentos.....	21
2.2 Atenção básica à saúde e assistência farmacêutica.....	30
3 OPÇÃO METODOLÓGICA	38
3.1 Natureza e tipo de estudo.....	39
3.2 Campo de investigação.....	41
3.2.1 Considerações sobre a história do município de Alagoinhas.....	42
3.2.2 O sistema local de saúde.....	44
3.3 Etapas metodológicas.....	47
3.3.1 Questões éticas	47
3.3.2 Fase exploratória.....	48
3.3.3 Abordagem quantitativa.....	49
3.3.3.1 Técnica de coleta de dados.....	49
3.3.3.2 Amostra do estudo.....	49
3.3.3.3 Coleta de dados.....	50
3.3.3.4 Ordenação dos dados.....	50
3.3.3.5 Análise dos dados obtidos.....	51
3.3.4 Abordagem qualitativa.....	56
3.3.4.1 Técnica de coleta de dados.....	56
3.3.4.2 Sujeitos do estudo.....	57
3.3.4.3 Coleta de dados.....	59
3.3.4.4 Ordenação e classificação do dados.....	59
3.3.4.5 Análise dos dados obtidos.....	60
4 AVALIAÇÃO DA AFB NO SUS MUNICIPAL: ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS	62
4.1 Organização e condições de acessibilidade aos medicamentos na AFB: estrutura e processo.....	63
4.2 A prática da dispensação do medicamento como orientadora da comunicação e resolubilidade da AFB.....	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
5. 1 Possibilidades de intervenções e melhorias na AFB no município de Alagoinhas.....	96

REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES.....	107
ANEXOS.....	124

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentado desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público de saúde. Nesse contexto, princípios importantes vêm norteando a política de saúde do país, tais como a universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade.

A universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem-se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local, com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. A ABS toma força na década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde, conforme analisa Bodstein (2002).

A autora discute que o PSF significou uma alteração significativa na forma de organização dos serviços de ABS através da vinculação da população a uma equipe mínima de trabalhadores, sendo eles: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e, aproximadamente, seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pelas ações de saúde de um conjunto de famílias localizadas em território definido, onde se identifica as necessidades, organiza-se a demanda e presta-se atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Em relação às formas de financiamento da ABS com a instituição do Piso de Atenção Básica (PAB)¹ em 1997 estabeleceram-se mecanismos de incentivo à organização e financiamento deste nível de atenção. Desde então, os recursos passaram a ser transferidos de forma regular e automática, diretamente da União para os municípios através do fundo municipal de saúde (BRASIL, 1999a).

Segundo Medina e outros (2000), nesse nível de atenção procura-se responder as demandas sanitárias e as relacionadas com as ações clínicas. No primeiro caso estão as ações de saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, informação em saúde, entre outros. As demandas relacionadas com as ações clínicas incluem vigilância epidemiológica

¹ PAB – Piso de Atenção Básica Fixo – consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica de responsabilidade tipicamente municipal. (Brasil, 1996a)

(prevenção e tratamento de doenças de relevância epidemiológica) e as tipicamente clínicas (prevenção, tratamento e recuperação, com apoio de técnicas diagnósticas e terapêuticas).

A distribuição de medicamentos na ABS é parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças e é uma das atividades da Assistência Farmacêutica Básica (AFB). Os medicamentos distribuídos neste nível de atenção são alguns dos chamados medicamentos essenciais, que segundo a Organização Mundial de Saúde OMS (WHO, 2004) são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo efetividade. Donabedian (1984) refere à eficácia como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional e a eficiência corresponde às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos.

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, principalmente através da ABS, exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e, ao mesmo tempo, minimizar custos. Além disso, foi necessária a construção de um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da AF e, assim, garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais.

A questão do acesso da população a medicamentos é uma preocupação mundial, principalmente em países como o Brasil, onde algumas disparidades são percebidas. Bermudez e Bonfim (1999) evidenciaram esta situação ao colocar que o país está entre os cinco maiores mercados de medicamentos do mundo, mas que tal grandiosidade não se reflete no acesso da população aos medicamentos. Vários são os fatores que levam a dificuldades de acesso aos medicamentos essenciais, entre eles: preços elevados, incompatíveis com a renda da maioria da população, a baixa disponibilidade desses medicamentos na rede pública de saúde e no mercado brasileiro.

Organismos internacionais como a OMS e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) não têm poupado esforços em contribuições para a melhoria do acesso aos medicamentos das populações de seus países membros. A OMS, por exemplo, publicou em 1977, a primeira lista de medicamentos essenciais e, em 1981, desenvolveu o Programa de Ação de Medicamentos Essenciais com a intenção de diminuir a morbi-mortalidade das doenças mais comuns e colaborar com os países em desenvolvimento para a elaboração de

políticas nacionais de medicamentos que pudessem garantir a equidade, o acesso e o uso racional de medicamentos.

No Brasil, algumas tentativas no sentido de melhorar o acesso da população aos medicamentos essenciais foram instituídas pelo governo, destacando-se a criação em 1971 da Central de Medicamentos (CEME), com o objetivo de promover e organizar as atividades de AF direcionadas aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo; implantação do Programa Farmácia Básica em 1987, elaborado principalmente para melhorar o acesso das populações de municípios menores e mais distantes dos grandes centros; em 1993, a reordenação da AF no SUS, para atender às necessidades do novo sistema, descentralizando a gestão e a promoção do uso racional de medicamentos; e a reedição do Programa Farmácia Básica em 1997, para contornar uma possível crise de desabastecimento de medicamentos na rede pública de saúde devido à extinção da CEME.

O processo de descentralização da gestão da AF, iniciado com a criação do SUS, foi importante no sentido de diminuir os problemas de não cobertura das necessidades locais de saúde; a não obediência de critérios epidemiológicos para as aquisições; as dificuldades com atrasos nas entregas e a perda de medicamentos pelo vencimento dos prazos de validade (CONSENDEY, 2000).

Diante do contexto, algumas transformações se fizeram necessárias no setor farmacêutico do país, e dessa forma contribuíram para a atual conformação da AF no SUS. Nesse sentido, destacam-se a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, que passou a nortear as ações do Ministério da Saúde (MS) no campo da área de medicamentos no setor público; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999; a aprovação da Lei dos Genéricos também em 1999; a realização da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003; a criação no MS do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004 (PNAF) (BRASIL, 1998; 1999b; 2004).

A PNM determinou quais seriam as atividades da AF dentro do SUS, ampliando o conceito de AF, definindo-a como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, estando aí inclusos o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); conservação e o controle de qualidade, segurança e a eficácia terapêutica; distribuição, acompanhamento e avaliação da utilização; obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos; educação permanente de profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de

medicamentos, através de uma gestão descentralizada para melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos, com base em critérios epidemiológicos (BRASIL, 1998).

Apesar do arcabouço legal que cerca a AF no SUS, percebe-se que esta, muitas vezes, é entendida pelos gestores como mera aquisição e distribuição de medicamentos, não se considerando outros aspectos importantes como a orientação e educação do usuário, quanto ao uso correto e racional de medicamentos. Na maioria dos municípios, tem-se a presença de um ou mais farmacêuticos alocados nas centrais de distribuição de medicamentos municipais, envolvidos em atividades burocráticas e administrativas. Ou seja, atividades que estão relacionadas ao planejamento, aquisição e distribuição de medicamentos para as unidades, sem qualquer contato com o usuário. A dispensação é feita por trabalhadores sem capacitação e os locais de armazenamento de medicamentos são inadequados (GUERRA JUNIOR, 2004; NAVES e SILVER, 2005; TASCA, 1999).

Dessa maneira, observa-se que os problemas relacionados ao uso dos medicamentos não estão restritos somente à dificuldade do acesso da população a este bem, mas também ao seu uso inadequado, decorrente da má orientação ou da total ausência desta. Tal constatação foi confirmada pela autora, enquanto farmacêutica responsável de uma farmácia comercial em um município do interior do estado da Bahia, onde se observa a dificuldade da população, principalmente as pessoas de baixo poder aquisitivo, muitas oriundas de atendimentos realizados no SUS, em adquirir medicamentos para a sua terapêutica, além da total carência dessas pessoas por informações a respeito do uso correto de seus medicamentos.

Nesse sentido, começaram a surgir nossas primeiras inquietações quanto à organização da AF no SUS municipal, de maneira a entender até que ponto esta organização pode influenciar na qualidade da assistência e de que forma isto se dá.

De maneira a tentar responder a essas inquietações, realizou-se um levantamento de estudos que tratam sobre avaliação do componente AF no SUS. Constatou-se que há uma escassez na produção de pesquisas avaliativas nesta área. De certa forma, os estudos que tratam dos processos de avaliação de intervenções sociais são recentes e muito tímidos no Brasil. No entanto, na década de 90, se intensificaram as práticas de avaliação na área. Para Minayo (2000), estudiosa dos processos de avaliação de intervenções sociais no Brasil, o incremento ocorreu devido a ação do Estado neoliberal, que focalizando suas ações em determinadas atividades, determinou a exigência da análise da eficácia dos investimentos, além das exigências dos órgãos internacionais financiadores de projetos sociais.

Os estudos sobre avaliação da AF no SUS, dentre eles as pesquisas de Naves e Silver (2005); Guerra Júnior (2004); Oliveira e outros. (2002) e Tasca (1999) utilizaram, em diferentes contextos, a ótica da abordagem quantitativa de avaliação de serviços de saúde. Nesses estudos nota-se uma grande preocupação com a estruturação do componente assistência farmacêutica no âmbito do SUS, principalmente no sentido organizativo.

As constatações dos referidos estudos reforçam a necessidade de realização de constantes avaliações da AF no âmbito do SUS, principalmente para contribuir com diagnósticos das diferentes situações e possíveis intervenções para melhoria no acesso da população aos medicamentos distribuídos no sistema público de saúde.

Dessa maneira, a fim de quebrar o paradigma das avaliações da AF no SUS, feitas através de abordagens positivistas tradicionais, optou-se por uma pesquisa avaliativa adotando um novo modelo de avaliação que integra as abordagens quantitativa e qualitativa, numa tentativa de se aproximar da proposta de avaliação por triangulação de métodos sugerido por Minayo e outros (2005).

O estudo foi realizado na cidade de Alagoinhas-BA, situada a 107 Km da capital Salvador, com uma população de aproximadamente 139 mil habitantes. A escolha foi intencional devido à parceria que existia, no momento da pesquisa, entre o Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC²) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e a Secretaria Municipal de Saúde, no desenvolvimento de ações de intervenção e de pesquisa e, devido à receptividade dos gestores com relação à realização da investigação no município, visando possibilidades de melhorias na organização da AF municipal.

O município encontra-se na gestão Plena do Sistema Municipal, e está situado, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BAHIA, 2004), na Macro-região Nordeste e na microrregião de saúde de Alagoinhas, que é composta por outros quinze municípios, sendo que a cidade funciona como município-pólo ou cidade de referência para a referida microrregião.

Nessa perspectiva, no sentido de delimitar o objeto de estudo, elaborou-se os seguintes questionamentos:

Como está a AF na ABS no âmbito do SUS em Alagoinhas-BA em relação à estrutura, ao processo e aos resultados desta assistência?

² O projeto que ora apresentamos está vinculado ao NUPISC, enquanto produção do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS.

De que forma a organização da AFB tem contribuído para o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais?

Diante desses questionamentos, elegeu-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Avaliar a AFB em um sistema municipal de saúde em relação à estrutura, ao processo e ao resultado.

Objetivos específicos

- Descrever a organização e condições de acessibilidade aos medicamentos da AFB;
- Analisar a prática da dispensação do medicamento como orientadora da comunicação e resolubilidade da AFB;
- Apontar possibilidades e intervenções na AFB do município estudado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Medicamentos essenciais e política de medicamentos

Atualmente são grandes as possibilidades de se ter saúde e vida longa, assim como a ocorrência de doenças e mortes que podem ser evitadas. Isto se deve a inúmeros aspectos, entre eles destaca-se a influência das condições de vida sobre o perfil de saúde e a distribuição de bens e serviços nas diversas sociedades. Segundo Rozenfeld (1989) a questão da má distribuição de recursos é resultado da intensa iniquidade existente, principalmente, nos países em desenvolvimento como, por exemplo, o Brasil. Sem dúvida a má distribuição de renda contribui para a inacessibilidade aos serviços de saúde, como também a medicamentos, inclusive aqueles considerados essenciais, destinados a tratar as doenças mais comuns e freqüentes que acometem as populações.

A dificuldade de acesso fica evidenciada com dados sistematizados por autores como Schweitzer (1997), que mostram o desequilíbrio existente entre a produção e o consumo de medicamentos em diferentes países do mundo. Nos EUA, Europa e Japão, por exemplo, o consumo e a produção de medicamentos estão equilibrados. Já nos países em desenvolvimento da América Latina, África e Sudeste da Ásia, há um grande desequilíbrio entre estes fatores.

A OMS, criada em 1948, com o objetivo de apoiar os países membros no desenvolvimento de programas que melhorassem a saúde de suas comunidades, tem demonstrado grande preocupação com esta desigualdade. Em 1978 foi realizada em Alma-Ata a Conferência Mundial sobre Atenção Primária à Saúde (APS), onde se ratificou a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, aprovada no ano anterior na 30ª Assembléia Mundial, e a APS como uma estratégia fundamental para alcançar esta meta, fato que teve repercussão muito importante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no mundo (WHO, 2001).

Os aspectos mais importantes em relação à assistência farmacêutica discutidos em Alma-Ata foram: considerar o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos elementos básicos da APS; a recomendação de formulação de políticas nacionais de medicamentos pelos governos para assegurar pelo menor custo possível a disponibilidade de

medicamentos essenciais nos diferentes níveis de cuidados primários de saúde; a promoção do uso racional de medicamentos. Em 1977, antes mesmo de Alma-Ata, a OMS já havia publicado a primeira lista de medicamentos essenciais, um de seus documentos mais influentes e que sofreu até hoje onze revisões (WHO, 2004).

Outra iniciativa fundamental da OMS para contribuir com a implementação de políticas nacionais de medicamentos e programas que garantam equidade e acesso aos medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento, foi o Programa de Ação de Medicamentos, criado em 1981. O programa desenvolveu uma proposta sobre *how to develop and implement a national drug policy* publicada em 1988, e cuja segunda edição foi publicada em 2001 (WHO, 2001).

Em 2003, um estudo da OMS avaliou 123 países quanto à existência de uma política nacional de medicamentos e apenas 50% deles, apresentaram uma política formalmente publicada ou atualizada nos últimos dez anos. A conclusão foi que até 2001 (vinte anos depois da criação do programa) observou-se alguns progressos na maioria dos países membros, principalmente no desenvolvimento de instrumentos de racionalização do uso de medicamentos; criação de listas de medicamentos essenciais nacionais; de formulários terapêuticos, assim como a melhoria no acesso da população aos medicamentos essenciais (WHO, 2004). Tais resultados mostram ainda a pouca importância dada pelos países membros da OMS em melhorar o acesso de suas populações aos medicamentos, principalmente aos considerados essenciais, sendo que em muitos casos, as políticas de medicamentos são aprovadas, mas não são efetivamente implementadas pelos países.

O documento *WHO Medicines Strategy countries at the core 2004-2007* publicado pela OMS em 2004 relata que, atualmente, cerca de 2 bilhões de pessoas, um terço da população mundial, não tem acesso regular a medicamentos essenciais. Existem estimativas de que 15% da população mundial consomem 90% dos medicamentos produzidos no mundo, ainda que o acesso aos cuidados com a saúde seja considerado um direito fundamental reconhecido por todos os governos membros da OMS. No entanto, sem o acesso equitativo a medicamentos essenciais para o tratamento de doenças prioritárias, este direito não pode ser cumprido. Dessa maneira, a luta pelo acesso a medicamentos essenciais é uma das metas da OMS para o desenvolvimento do milênio (WHO, 2004).

As iniciativas da OMS citadas acima contribuíram direta ou indiretamente, para a construção da PNM do Brasil e, conseqüentemente, para a atual organização da AF no sistema público de saúde do país. Traços dessa contribuição podem ser visualizados através da história da construção da PNM, que será elucidada a seguir.

Para melhorar o entendimento sobre o que é política de medicamentos, como se deu a construção da política de medicamentos brasileira, e de que maneira esta construção contribuiu para atual conformação da AF no SUS é necessário, primeiramente, uma reflexão a respeito do que são políticas públicas e quais são os seus reais objetivos.

Fleury (1985) define política como uma diretriz para atuar e um compromisso para se atingir um objetivo. Uma política de medicamentos deve estar inserida no âmbito da política de saúde de um país. Ambas são políticas sociais e, sendo assim, tratam de planos, programas e medidas necessárias ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais reconhecidos em uma dada sociedade. Representam um código de direitos e deveres, entre aqueles aos quais se atribui à condição de cidadãos e Estado, estabelecendo-se uma relação de reciprocidade.

As medidas de proteção social que o Estado pode implementar através das políticas são muito heterogêneas, visto que historicamente são resultantes do contexto social e político que foram geradas. Fleury (1985) coloca que podemos distinguir três modalidades principais de políticas sociais estatais: a Assistência Social, o Seguro Social e o Estado do Bem-Estar Social. Para a autora a assistência social teve origem em um contexto rigidamente liberal, onde as intervenções estatais de natureza social eram completamente negadas, e o mercado poderia dar conta do trato dos problemas sociais emergentes, reconhecia-se uma necessidade pontual e tentava-se aliviá-la. No entanto, a falha destas políticas foi evidenciada, principalmente, pela crescente necessidade de intervenção do Estado nas questões sociais.

No contexto brasileiro, visualiza-se este modo de agir do Estado no momento atual, quando verifica-se situações em que o indivíduo se relaciona efetivamente com o Estado quando se encontra na condição de não-cidadão. É o caso das famílias mais carentes que são submetidas a atestados de miséria para terem direito de acesso a programas sociais. Fleury (1985) chama tal situação de “cidadania invertida”.

A segunda modalidade de política social é o seguro social, que nasceu em um contexto de ascensão social e política da classe operária, e destina-se a cobertura das necessidades da população assalariada. Ou seja, também é uma forma de intervenção excludente, pois somente o cidadão inserido no mercado de trabalho formal tem direito aos benefícios. No Brasil também vivencia-se este tipo de política, basta lembrar que até a promulgação da Constituição de 1988 e a criação de um sistema de saúde universal, igualitário e equitativo, o SUS, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) era o órgão estatal responsável pela assistência médica e previdenciária da população assalariada, o restante da população excluída do mercado formal de trabalho, ao precisar de assistência

médica, ficava a mercê do atendimento gratuito concedido pelas poucas entidades filantrópicas existentes no país.

Finalmente, o Estado do Bem-Estar Social, propõe uma relação de “cidadania plena”, na qual o Estado está obrigado a garantir um mínimo vital a todos os cidadãos, em relação à saúde, educação, pensão, seguro desemprego, entre outros. Baseia-se em uma relação de direito social inerente à condição de cidadania, onde o Estado assume a administração e financiamento do sistema. As palavras-chave neste caso são equidade e justiça social para toda a sociedade (FLEURY, 1985).

Em relação às políticas sociais, a situação brasileira é um tanto quanto contraditória. Vive-se atualmente com uma política econômica neoliberal, onde prega-se o fornecimento de um pacote mínimo de atendimento às necessidades sociais da população. Mas na saúde tem-se o SUS, uma política de saúde bem aos moldes do Estado de Bem Estar Social e, contra-hegemônica, em relação ao Estado neoliberal hegemônico. A posição contra-hegemônica do SUS fez com que ocorressem distorções e tentativas de desmonte de sua implementação ao longo dos anos, desde que foi criado, e o que se vislumbra é um SUS real muito diferente e distante do SUS instituído pela legislação. Vale lembrar que a criação do SUS foi resultado da luta e pressão de setores organizados da população brasileira, indignados com um modelo de atenção à saúde desigual e injusto.

Tal situação não poderia ser diferente em relação à Política Nacional de Medicamentos. O Brasil está entre os cinco maiores mercados de medicamentos do mundo, com um faturamento anual bruto de US\$7,5 bilhões. No entanto, estima-se que cerca de 50 milhões de brasileiros não dispõem de meios para fazer uso de medicamentos essenciais à sua saúde. Dados do censo de 2000 mostram que 60% dos trabalhadores brasileiros têm renda de até dois salários mínimos, indicando que mesmo se existisse a oferta de medicamentos a preços reduzidos, uma grande parcela da população brasileira não teria poder aquisitivo suficiente para adquirir os medicamentos de que necessita, dependendo assim dos programas governamentais de distribuição de medicamentos gratuitos, daí a importância de uma AF organizada e bem estruturada no SUS para que esta distribuição aconteça efetivamente e que tenha qualidade (ACURCIO, 2003).

Bermudez (1992), Bonfim e Mercucci (1997), Bermudez e Bonfim (1999) e Joncheere (1997), no contexto em que escreveram suas obras, enfatizaram a necessidade cada vez mais emergente da implementação de uma Política Nacional de Medicamentos inserida na Política Nacional de Saúde, principalmente no âmbito do SUS, colocando o Ministério da Saúde como a principal agência e força condutora na formulação e implementação desta política.

Para os autores o direcionamento da política deveria ser feito através de três eixos principais, que seriam: regulação sanitária de medicamentos; regulação econômica e AF. Enfim, uma política de medicamentos deveria garantir disponibilidade e acesso de toda a população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

O Estado brasileiro, em 1961, no governo de Jânio Quadros, conforme analisa Bermudez (1995), instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar o mercado farmacêutico no país, e constatou a quase desnacionalização da indústria farmacêutica brasileira. A partir desta constatação, algumas diretrizes foram estabelecidas como a necessidade de apoio à indústria nacional com a criação de órgãos técnicos de pesquisa que congregassem recursos da indústria farmacêutica brasileira; a importância do não reconhecimento de patentes para assegurar um maior controle econômico no setor e permitir melhorias de acesso da população aos medicamentos. Tem-se inclusive a luta da sociedade civil organizada pela constituição de uma empresa estatal forte, com monopólio da União para a produção de matéria-prima química farmacêutica, principalmente para a produção dos medicamentos utilizados nos tratamentos das doenças mais comuns que acometiam a população. Toda esta discussão estava atrelada às lutas em relação à questão da soberania nacional e à luta pelo petróleo.

Nesta discussão, os interesses econômicos internacionais representados pelas indústrias farmacêuticas multinacionais sufocaram tal tentativa. A constituição de uma indústria estatal na área de síntese de fármacos não passou de uma intenção de alguns militares e setores da sociedade civil organizada, imbuídos de um sentimento de puro nacionalismo (BERMUDEZ, 1995).

Na década de 70 ocorre a expansão do modelo de organização do sistema de atenção à saúde que privilegiava a medicina privatista, atendendo a interesses econômicos corporativos do setor privado. Bermudez (1992) destaca que este sistema era e é sustentado por um tripé: o Estado como o grande financiador do sistema através da Previdência Social; o setor privado nacional como maior prestador de serviços de atenção médica e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente medicamentos e equipamentos biomédicos. Nessa época, tem-se uma grande expansão do complexo industrial farmacêutico representado pelas empresas transacionais.

A preocupação em relação ao acesso a medicamentos pelos estratos da população de reduzido poder aquisitivo levou o Estado, em 1971, à criação da CEME com o objetivo de promoção e organização das atividades de assistência farmacêutica, direcionadas a esta população; o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico;

identificação de indicadores de saúde por região e faixa etária; levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais e nacionais; coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional. Sua gestão era centralizadora, sendo que estados e municípios eram praticamente excluídos de todo o processo decisório (ACURCIO, 2003).

Com a CEME, os anos 80 foram marcados por um elevado índice de produção de medicamentos essenciais, não só pelos Laboratórios Oficiais, como pelas empresas privadas de capital nacional. Os recursos financeiros eram originários do convênio firmado entre a CEME e o INAMPS. Os medicamentos fornecidos por ela, constantes na RENAME, eram destinados ao uso nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. Este tipo de financiamento persistiu até o início dos anos 90, quando aconteceu a extinção do INAMPS e a sua incorporação ao MS. Desde então a aquisição de medicamentos continuou por meio do MS, secretarias estaduais e municipais de saúde que mantinham convênios com a CEME (ACURCIO, 2003).

Complementa Consendey (2000) que em 1987, após uma avaliação da atuação da CEME e de seu Programa de Assistência Farmacêutica, detectou-se a pouca utilização da RENAME pelos prescritores e desperdícios de medicamentos decorrentes, principalmente, do pouco conhecimento do perfil epidemiológico das populações atendidas, além de insuficiência de recursos financeiros. Tal diagnóstico levou à criação, no ano de 1987, de um programa denominado Farmácia Básica, que objetivava racionalizar a disponibilidade de medicamentos essenciais no atendimento primário. Idealizado como um módulo padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME. O programa Farmácia Básica permitia o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente as de nível ambulatorial. Os módulos contavam com 48 medicamentos, necessários para atender as necessidades de um grupo de três mil pessoas por um período de seis meses. No entanto, devido a problemas decorrentes, principalmente, da centralização dos processos de programação e aquisição, que não correspondiam ao perfil de demanda das populações atendidas, o programa foi extinto em 1988.

O ano de 1990 foi marcado por uma crise na CEME, devido principalmente a atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais, escândalos de corrupção, além do contexto neoliberal do governo Collor de Melo com séria tendência privatista, em que a estratégia adotada era a desacreditação de órgãos ou instituições públicas para justificar sua extinção ou privatização. Nesse mesmo ano o SUS é regulamentado, por meio da Lei 8.080/90, com uma nova conformação do sistema de saúde brasileiro, baseado, principalmente, na universalidade

de acesso, integralidade das ações e descentralização da gestão (BRASIL, 1990). Diante desta nova realidade, fez-se necessário a formulação de uma política de medicamentos consoante com o novo sistema de saúde do país. Neste contexto, em 1993, o MS instituiu o Programa de Assistência Farmacêutica que integrou as ações destinadas a estabilizar o mercado de medicamentos, mediante intervenções nas atividades de programação, produção, distribuição, infra-estrutura, vigilância sanitária, investigações e ações educativas (BERMUDEZ; POSSAS, 1995).

Em 1997, diante de escândalos envolvendo a CEME, esta foi desativada, ocorrendo um reordenamento das estratégias e competências da mesma. Ao mesmo tempo houve a criação de um novo programa, o Farmácia Básica, semelhante ao modelo do Programa anterior de mesmo nome, destinado a municípios de até 21.000 habitantes de todo o país, com exceção dos municípios dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná que já haviam iniciado um processo de reorganização da assistência farmacêutica. Consendey (2000) ao analisar a implantação deste programa em cinco estados brasileiros: Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro, constatou falhas, principalmente no abastecimento, devido ao não atendimento das necessidades específicas das populações de diferentes localidades, segundo critérios epidemiológicos.

Bermudez (1995) e Bermudez e Possas (1995) analisam a questão da CEME e colocam que existiam duas propostas totalmente discordantes de orientação para a instituição. Uma era atender as necessidades da assistência médica e interferir na produção interna de matérias-primas com a idéia de independência do exterior com controle do Estado sobre o setor privado. A outra tratava da ampliação do mercado governamental utilizando a CEME como central de aquisição de medicamentos do setor privado a preços mais baixos, atendendo a interesses deste setor. Na prática, as duas correntes nunca foram hegemônicas. Isto explica, de certo modo, os conflitos e oscilações por muitas vezes visto na história da CEME.

Em relação ao fracasso da CEME, pode-se dizer que ele é decorrente de diversos fatores que simultaneamente levaram a sua crise e extinção: primeiro foi a proposta de orientação seguida pela instituição, que atendia aos interesses do setor privado, e transformou a CEME em um grande comprador de medicamentos. Tais aquisições, muitas vezes, eram feitas no setor privado a um custo muito mais elevado que nos laboratórios oficiais, evidenciando fraudes e corrupção. Somando-se a estes fatores, tem-se a sua utilização para fins clientelistas (BERMUDEZ, 1995).

Na mesma década, conforme analisa Bermudez (1995), o Brasil sofria pressões da *Pharmaceutical Manufacturers Association* (PMA) canalizadas pelo departamento de

comércio americano, muitas vezes através de sanções comerciais severas, no sentido de reconhecer patentes de processo e produtos farmacêuticos, o que significaria uma reserva de mercado para as empresas farmacêuticas multinacionais. Sem dúvida, o reconhecimento de patentes pelo Brasil provocaria um agravamento da situação interna em relação ao acesso de medicamentos, além de propiciar drenagem de recursos para o exterior. Apesar de todos os argumentos contra, oriundos principalmente da sociedade civil organizada e indústrias farmacêuticas nacionais, o Brasil sucumbiu às pressões externas e aos anseios neoliberais do governo, e em 1996 aprovou a lei nº 9279/96 de patentes (BRASIL, 1996a).

Marques (2000) ao pesquisar sobre patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil, mostrou que um regime de patentes carrega consigo o potencial para elevar, de modo significativo, os preços de produtos farmacêuticos e assim dificultar o acesso da população aos medicamentos.

Em 1999 tem-se a aprovação da Lei nº 9.787 (BRASIL, 1999b), que regulamenta a produção e comercialização dos Medicamentos Genéricos, sem dúvida uma grande conquista em direção à melhoria no acesso da população aos medicamentos. Vale destacar que desde 1993 os nomes genéricos dos medicamentos já eram adotados nos serviços públicos de saúde, tanto nos processos de licitações e aquisições como também nas prescrições.

Com a nova situação do sistema público de saúde brasileiro, representado pelo SUS, em que a saúde passa a ser considerada direito de todos e dever do Estado e, com a ampliação do conceito de saúde, em que não deve existir a dicotomia preventivo versus curativo, concepção resultante das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de 70, fazia-se necessário a elaboração de uma Política de Medicamentos, condizente com o sistema público de saúde vigente no país.

A partir desse contexto, foi elaborada e aprovada em 1998, a Política Nacional de Medicamentos brasileira, com base nos princípios e diretrizes do SUS, integrando esforços para a consolidação do novo sistema de saúde brasileiro e norteando as ações das três esferas de gestão. A PNM traz como diretrizes a adoção da RENAME; regulação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica com descentralização da gestão; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos envolvidos com a AF (BRASIL, 1998).

A reorientação da assistência farmacêutica trazida na PNM, direcionada principalmente para a descentralização da gestão e melhor cobertura das necessidades locais

de saúde, de acordo com critérios epidemiológicos, trouxe consigo a necessidade de ampliação das atividades da AF dentro do sistema de saúde público. Sendo esta representada não só através do abastecimento de medicamentos (programação, seleção, aquisição, controle de qualidade e distribuição) como também, pelo acompanhamento e avaliação da utilização pelo usuário; a obtenção e a difusão de informações e a educação permanente de profissionais de saúde, do usuário e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

A partir daí, começa-se a estruturar a atual conformação da AF no SUS com enfoque principal na descentralização da gestão. Ainda assim, apesar das diretrizes e intenções da PNM em relação à AF, percebe-se que suas atividades ainda estão restritas basicamente ao processo de abastecimento de medicamentos, e nesse sentido, o farmacêutico se ocupa de atividades estritamente burocráticas, muito distante das necessidades reais do usuário. Percebe-se uma grande preocupação com o aumento da cobertura na distribuição de medicamentos, principalmente em relação aos medicamentos essenciais, distribuídos na ABS em detrimento da qualidade dos processos.

Ainda na década de 1990, tem-se a transformação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária em uma agência, baseada no modelo da Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos. A nova Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi concebida para realizar o registro de medicamentos e atividades de vigilância sanitária de modo mais eficiente, com mais flexibilidade e em tempo oportuno, de maneira a contribuir para a melhoria da qualidade dos medicamentos vendidos e distribuídos no país (MARQUES, 2000).

A preocupação com a estruturação da AF no SUS continuou sendo pauta no MS. Sendo assim, realizou-se em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de onde surgiram algumas deliberações que vieram a fundamentar a aprovação, em 2004, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) do Brasil, como parte integrante da Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2004). Na verdade, a aprovação da PNAF em 2004 veio para ratificar a importância da AF no SUS e reforçar o seu caráter amplo, com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. Com a PNAF verifica-se a inserção da atenção farmacêutica como prática norteadora das atividades do farmacêutico, sendo considerada, segundo Hepler e Strand (1990) como uma forma responsável de prover a farmacoterapia, sempre considerando prioritariamente, os resultados que devem ser alcançados, de modo a influir decisivamente na melhoria da qualidade de vida dos usuários. Nela, o farmacêutico estabelece uma relação estreita e acolhedora com o paciente,

comprometendo-se com o sucesso da farmacoterapia, que vai de encontro com o vínculo e acolhimento propostos no SUS.

Dessa maneira, percebem-se grandes avanços no processo de construção e consolidação da AF no SUS, principalmente no âmbito legal. Mas a AF real, ou seja, aquela que vislumbra-se na prática do SUS, ainda está um pouco distante da realidade preconizada nas leis. Na maioria dos municípios brasileiros percebem-se problemas de desabastecimento de medicamentos, profissionais sem capacitação para fazer a dispensação, dispensação sem orientação quanto ao uso correto dos medicamentos e problemas com a qualidade dos medicamentos distribuídos. Tais problemas dificultam e tornam precário o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica (GUERRA JUNIOR, 2004; NAVES; SILVER, 2005; TASCA, 1999).

2.2 Atenção básica à saúde e assistência farmacêutica

O conceito de ABS vigente hoje no Brasil é resultado de uma evolução do conceito de APS, surgido nos Estados Unidos da América na década de 70, assim como das discussões surgidas da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata em 1978, coordenada pela OMS. A Declaração de Alma-Ata propôs uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através da atenção primária, a fim de proporcionar um nível adequado de saúde para todos os povos e nações. Desta maneira a APS foi então definida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, o espírito de autoconfiança e automedicação (...) Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (OMS, 1978).

Starfield (2004) resgata os princípios da APS enfatizando o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária, como elementos que constituem sua totalidade e essenciais para um sistema de saúde voltada para a APS efetiva.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº648/2006) define a ABS da seguinte maneira:

Deve resolver os problemas de saúde de maior relevância em seu território, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, da integralidade, da equidade, com vínculo, continuidade, responsabilização, humanização e participação social. Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, utilizando para isto tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, entre elas os medicamentos (BRASIL, 2006a).

A ABS, no Brasil, foi incorporada como “porta de entrada” pelo ideário sanitário a partir da década de 1980, com a proposta dos sistemas locais de saúde, mas foi na década de 1990, com a implantação do PSF, que esta estratégia se consolidou, estabelecendo a USF como principal via de acesso ao sistema público de saúde.

Nesse sentido, em relação às normatizações, que garantiram a descentralização da gestão e as questões de financiamento, principalmente da ABS, citam-se as Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) e 1996 (NOB 01/96)³ que definiram uma série de processos automáticos de descentralização de recursos e instituíram uma política específica para ABS, favorecendo os programas considerados estratégicos para o desenvolvimento de um novo modelo de atenção, como o PSF e os de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), através de incentivos financeiros como o PAB (BRASIL, 1993,1996b).

Nesse contexto, a partir de 1998, o financiamento para ABS é separado do financiamento da assistência ambulatorial de média e alta complexidade. Esse novo mecanismo dissociou a produção do faturamento, característica central do sistema anterior. Isto é, de acordo com a lógica de pagamento por serviços previamente prestados, os municípios mais pobres e/ou de menor porte, portanto, sem uma infra-estrutura adequada de unidades e de estabelecimentos de saúde, acabavam prejudicados, comparados aos municípios mais populosos, recebiam do SUS valores menores, porém coerentes com a precariedade da rede de saúde local. Portanto, a criação do PAB teve como objetivos criar estímulos específicos para reorientar a estrutura de oferta de serviços básicos de saúde e promover mudanças nos indicadores de saúde, principalmente nos municípios mais carentes (MELAMED; COSTA, 2003).

Em fevereiro de 2006, após longas reuniões e negociações, na perspectiva de superar as dificuldades apontadas no SUS, os gestores assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, que deverá ser anualmente revisado, com base nos princípios

³ Instrumento de regulação do SUS que inclui as orientações operacionais para operacionalizar os princípios e as diretrizes do Sistema Único (BRASIL, 1993, 1996b)

constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população. Implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Tais prioridades estão expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, oriundos da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. As prioridades do Pacto Pela Vida se concentram nas áreas de saúde do idoso; prevenção de câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias; elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira (BRASIL, 2006b).

Nele, os gestores assumem a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da ABS e como centro ordenador das redes de atenção à saúde, considerando as diferenças loco-regionais, e a consolidação e qualificação dos pequenos e médios municípios do país com ampliação nos grandes centros urbanos.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada esfera de governo, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional, reiterando a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Além disso, explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforçando os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integrando em grandes blocos o financiamento federal e estabelecendo relações contratuais entre as diferentes esferas de governo, superando o atual processo de habilitação (BRASIL, 2006b).

Até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, devem ficar mantidas as mesmas prerrogativas e

responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002 (BRASIL, 1996b, 2002)

Em relação à estruturação da AF dentro do SUS e na ABS, percebe-se que esta passa por um processo de reorientação após a aprovação da PNM em 1998, fundamentada principalmente na descentralização da gestão; promoção do uso racional dos medicamentos e otimização da eficácia do sistema de distribuição no setor público (BRASIL, 1998). A premissa básica seria a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, respeitando as necessidades das populações locais através de critérios epidemiológicos. Preocupação pertinente, diante de fracassos anteriores com a experiência de centralização da aquisição e distribuição pela extinta CEME (BRASIL, 1998)

O gestor federal a partir desse momento, passa a participar do processo de aquisição, mediante o repasse fundo a fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica. A promoção do uso racional de medicamentos, no âmbito do SUS, passa a ser representado principalmente pelo processo de revisão permanente da RENAME, haja vista que as seleções e as revisões dos medicamentos que compõem a referida lista devem ser feitas baseadas em critérios epidemiológicos, de segurança e eficácia terapêutica comprovada.

Nesse contexto os municípios passam a gerir a aquisição de medicamentos essenciais distribuídos na ABS, enquanto que a aquisição dos outros medicamentos referentes a programas específicos continua centralizada na esfera estadual e federal.

Até março de 2006, antes da publicação do Pacto pela Saúde e da Portaria GM 698/2006 que redefiniu o custeio das ações de saúde e as responsabilidades das esferas de governo, os mecanismos para financiamento da AF na ABS, com recursos do Ministério da Saúde eram o incentivo à assistência farmacêutica básica, implementado pela Portaria GM 176/99 (BRASIL, 1999a). Essa portaria representou o primeiro passo efetivo, no sentido da descentralização da gestão da assistência farmacêutica a estados e municípios, adotando uma lógica de financiamento com repasses de recursos destinado à manutenção do suprimento de medicamentos, como parte integrante das ações de assistência farmacêutica, diretamente do fundo federal para os fundos estaduais e municipais de saúde, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites (Lista de medicamentos do componente descentralizado da ABS – ANEXO C); e o financiamento estratégico para AF na ABS, destinado à aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Componente Estratégico da AFB, listados nos anexos desta dissertação (ANEXO D).

Nessa perspectiva, o gestor municipal passa a ter algumas responsabilidades importantes, sendo elas: coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito; associar-se a outros municípios por intermédio de organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica; promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores; assegurar a dispensação adequada de medicamentos, definir a relação municipal de medicamentos essenciais com base na RENAME e no perfil epidemiológico da população; assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica; investir na infra-estrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos (BRASIL, 1999a)

Em 2006 a Portaria GM 698 de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006c) passa a definir o custeio das ações de saúde, assim como as responsabilidades das três esferas de gestão do SUS e, a partir de então é estabelecido o bloco de financiamento da AF composto por quatro componentes: básico, estratégico, medicamentos de dispensação excepcional e o componente de organização da AF.

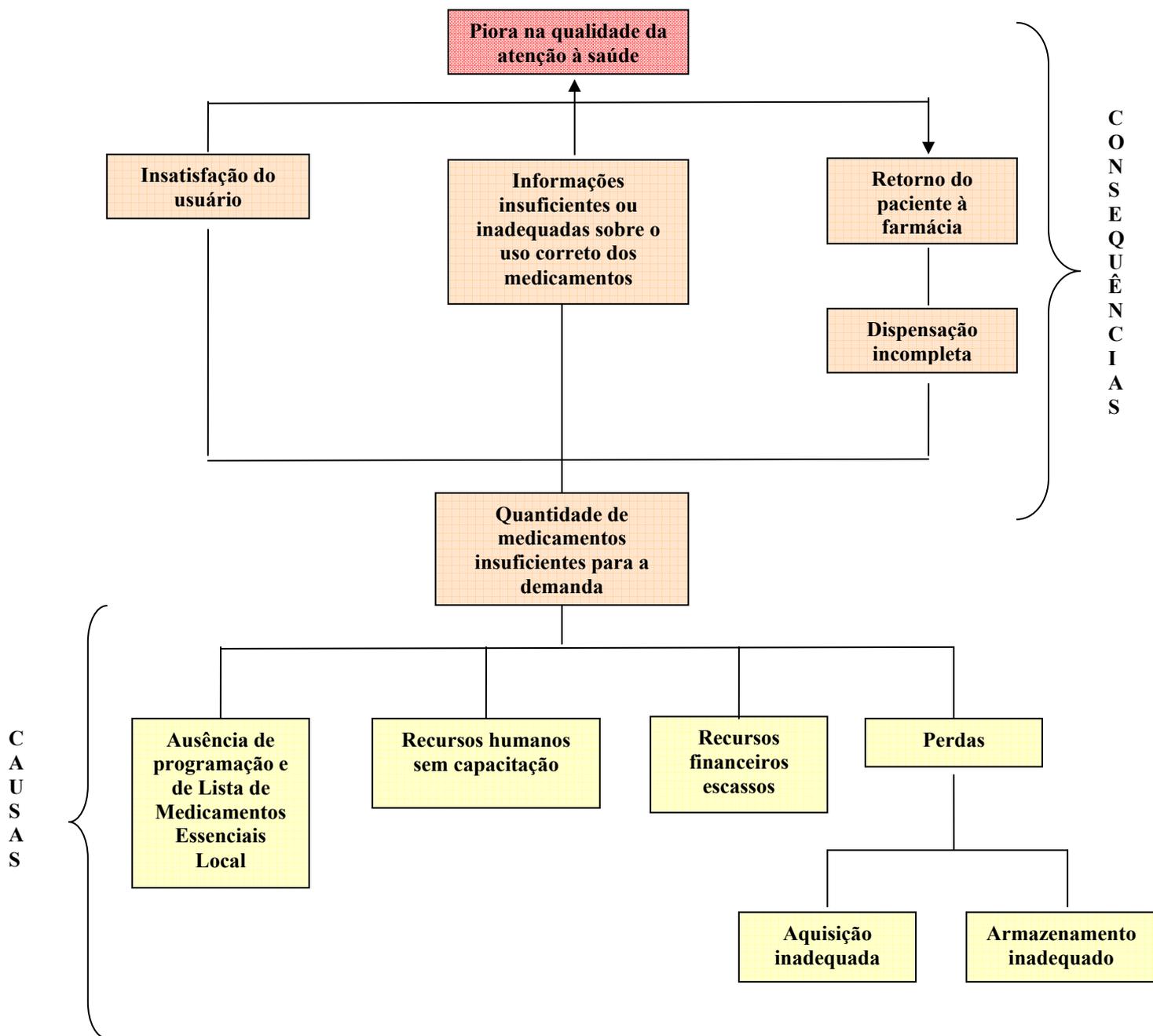
O componente básico é destinado à aquisição de medicamentos e insumos de AF no âmbito da ABS, e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados. O componente básico possui uma parte financeira fixa que consiste de um valor per capita destinado à aquisição de medicamentos e insumos de AF em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, estados e municípios conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), sendo que os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da parte fixa como contrapartida através de recursos financeiros ou insumos. A outra parte financeira do componente básico é a variável que consiste de valores per capita destinados a aquisição de medicamentos e insumos de AF dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma, Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Estes recursos podem ser executados de maneira centralizada pelo MS ou descentralizada a estados, municípios e Distrito Federal, conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Somente o medicamento insulina humana tem financiamento centralizado através do MS (BRASIL, 2006c)

O componente estratégico destina-se ao financiamento para o custeio de ações de AF nos programas de saúde estratégicos como controle de endemias, tais como Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais do Programa DST/AIDS; sangue e hemoderivados e imunobiológicos.

Já o componente medicamentos de dispensação excepcional destina-se ao financiamento do programa de mesmo nome, para a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais SIA/SUS 36 (BRASIL, 2006c).

O último componente é o de organização da AF, constituído de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à AF. Este componente foi extinto pela Portaria 204 em janeiro de 2007 (BRASIL, 2007).

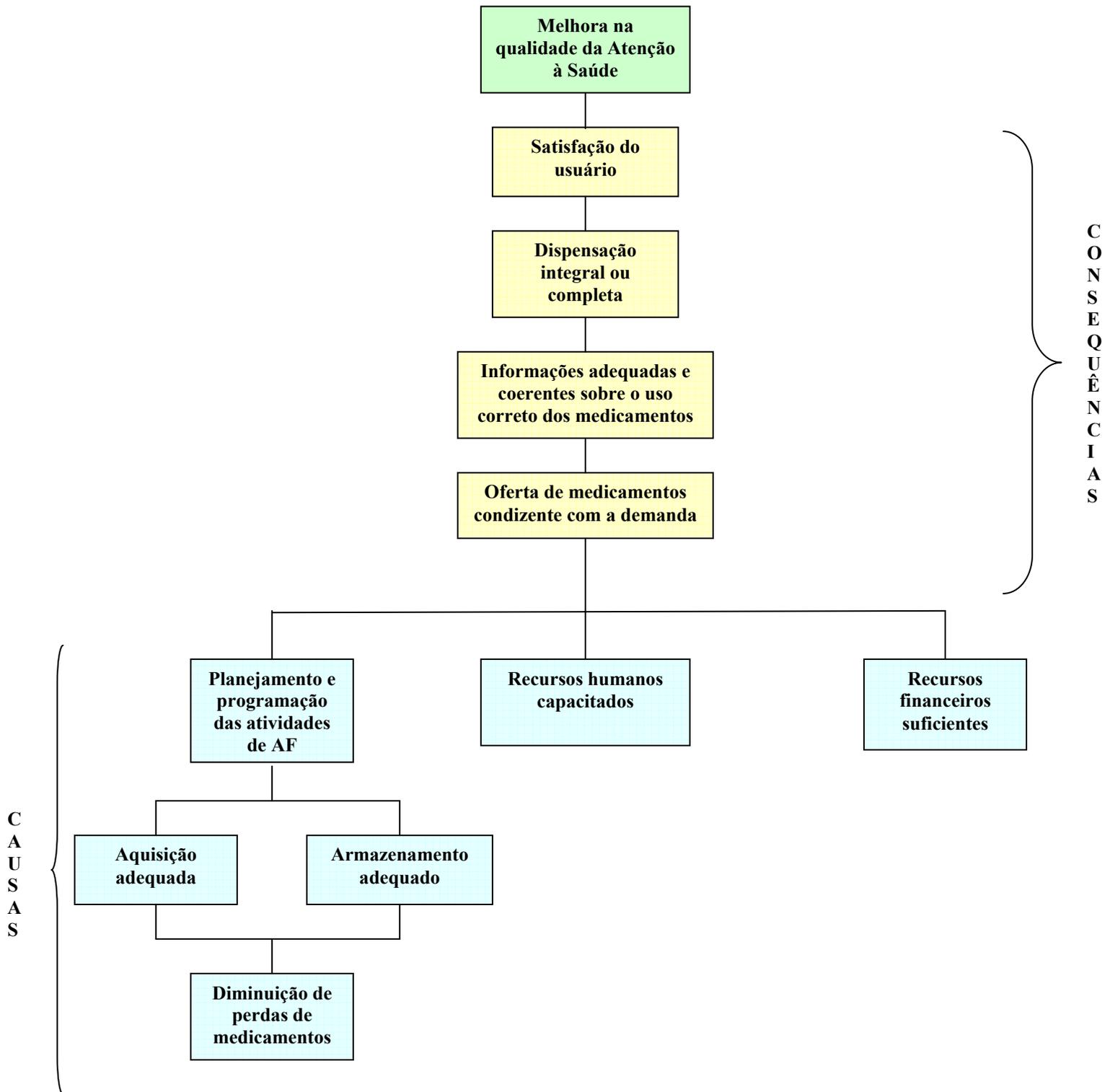
Percebe-se que a organização do financiamento da AF no SUS, principalmente pelo aspecto legal, está bem consolidada e estruturada, o que de certa maneira contribui para uma melhor organização dos serviços de AF municipais. No entanto, na prática, vislumbra-se vários problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapia. São várias as causas dos problemas encontrados nos serviços de AF do SUS no âmbito municipal e que podem prejudicar o acesso dos usuários a medicamentos de qualidade, como pode ser visualizado no Fluxograma 1 adaptado de Marin (2003).



Fonte: MARIN (2003)

FLUXOGRAMA 1 – Causas e conseqüências da dificuldade de acesso aos medicamentos pelos usuários do SUS municipal

Ainda assim, existem fatores que podem contribuir positivamente para facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos no SUS municipal, como se pode vislumbrar no Fluxograma 2, criado pela autora.



FLUXOGRAMA 2 - Causas e conseqüências que facilitam o acesso aos medicamentos pelos usuários do SUS municipal

3. OPÇÃO METODOLÓGICA

3. OPÇÃO METODOLÓGICA

3.1 Natureza e tipo de estudo

Neste estudo procurou-se avaliar a Assistência Farmacêutica Básica de um município de médio porte da Bahia, analisando o contexto em que está inserida e os diferentes atores que compõem o processo, utilizando as abordagens, quantitativa e qualitativa da intervenção social em questão.

Contandriopoulos e outros (1997), afirmam que a pesquisa avaliativa examina através de procedimento científico, a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto na qual ela está inserida, considerando as perspectivas dos diferentes atores envolvidos no processo.

Na construção do processo de avaliação existem alguns critérios que procuram dar conta das principais variáveis que podem orientar as decisões conceituais e metodológicas. Novaes (2000) destaca entre elas o objetivo da avaliação; a posição do avaliador; o enfoque priorizado; a metodologia predominante; a forma de utilização da informação produzida; o contexto da avaliação; a temporalidade da avaliação e o tipo de juízo formulado.

No campo da saúde, as práticas se organizam em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacional de saúde. Donabedian (1980), ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado demarcou quatro tipos de organização dos provedores do cuidado médico, tais como: profissional individual; diversos profissionais; uma equipe organizada; um plano, instituição ou sistema.

As características ou atributos das práticas de saúde e da sua organização social podem ser agrupados da seguinte maneira: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade). Todos são aspectos importantes que devem ser considerados nas avaliações de programas e projetos sociais, conforme sinaliza Vuori (1988).

No entanto, Donabedian (1990) refere a eficácia como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional. A eficiência corresponde às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos. Com base nestes conceitos, o autor elaborou diversos modelos de avaliação que pudessem dar conta da complexidade dos programas e serviços de saúde.

As avaliações tradicionais de políticas ou programas sociais, incluindo os de saúde, têm trabalhado com instrumentos quantitativos, seguindo um modelo de avaliação denominado normativo derivado da teoria dos sistemas que foi inicialmente sugerido por Donabedian (1984). Este autor pensando em como avaliar o cuidado médico para com o paciente sistematizou o processo de avaliação em estrutura, processo e resultado deste cuidado. Para ele, entende-se por estrutura as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e os lugares físicos e organizacionais onde trabalham. Incluem-se aí os recursos humanos, físicos e financeiros de que necessita para proporcionar a atenção. Já processo pode ser compreendido como a série de atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes durante as etapas do cuidado. Quanto aos resultados, um programa pode ter vários objetivos tais como, a cura de uma doença ou interrupção de sua progressão, restauração da capacidade funcional ou alívio da dor.

O fundamento dessa abordagem consiste de que boas pré-condições têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em um resultado favorável, ou seja, se o processo correto for seguido é mais provável que o resultado seja positivo.

Para Vuori (1988), a fraqueza maior da abordagem sistêmica para avaliar o cuidado médico é que nem sempre uma boa estrutura pode levar a um bom resultado no cuidado, fato que pode ser explicado de maneira que se pode ter um consultório altamente equipado, mas a capacidade técnico-científica do clínico ser muito pequena e o resultado deste cuidado não ser adequado. Da mesma maneira, pode-se ter uma estrutura muito ruim e um clínico com excelente capacidade técnico-científica o que será impactante no resultado do cuidado.

Pensando na avaliação do cuidado, pode-se dizer que as afirmações de Vuori são importantes e relevantes, no sentido de que a abordagem sistêmica de Donabedian não consegue dar conta da totalidade de processos complexos como o cuidado.

No presente estudo, cujo objetivo principal é a avaliação de um dos componentes do modelo de atenção à saúde municipal, a AFB, entende-se que o modelo “Donabediano” consegue dar conta de diagnosticar a situação da organização do mesmo, visto que um dos

resultados esperados para a AFB é que o usuário do SUS municipal tenha efetivamente acesso ao medicamento prescrito e à informação de como usa-lo adequadamente.

Sendo assim, de maneira mais simplista, se não existe à disposição uma estrutura adequada, a conservação dos medicamentos ficará prejudicada, por outro lado se não há processos que controlem os estoques adequadamente tem-se a perda de medicamentos por vencimento de validade, interrupção do tratamento, ou ainda a terapia pode não ter êxito ou trazer prejuízos para o usuário.

No entanto, para cumprir os objetivos deste estudo, o modelo de avaliação “Donabediano” não é suficiente para a aproximação, mais fidedigna possível, do objeto do estudo, visto que ela não leva em conta as subjetividades dos sujeitos envolvidos com a AF básica.

Nesse sentido, de maneira que se possa chegar o mais próximo da realidade do objeto, também se utilizou a abordagem qualitativa para compor o processo de análise avaliativa. Minayo e outros (2005), ao considerarem a avaliação um processo de integração entre diferentes sujeitos, traduzem a necessidade de uma abordagem compreensiva (subjetiva) no processo avaliativo. Nesta linha, a própria autora refere a emergente construção de outras formas de abordagem na avaliação, que vem quebrando o modelo quantitativo predominante e incluindo aí avaliações que contemplem também uma abordagem qualitativa do processo.

Portanto, nesse estudo, tem-se o desafio metodológico da articulação das abordagens quantitativa e qualitativa para assim enriquecer o processo avaliativo do componente AF básica no SUS municipal. Para isso foi utilizado o método de triangulação de dados proposto por Mynaio e outros (2005).

3.2 Campo de investigação

O recorte desta pesquisa foi a AF na ABS do município de Alagoinhas-BA, que envolve toda a rede de atenção básica formada por 23 Unidades de Saúde da Família, uma farmácia básica central, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Saúde referência, onde são distribuídos os medicamentos do componente básico da AF. A facilidade de acesso ao município, assim como o interesse demonstrado pelos gestores na realização da pesquisa visando possibilidades de melhorias na organização da AF municipal, impulsionou a realização da pesquisa naquele local.

3.2.1 Breve caracterização do município de Alagoinhas

A cidade de Alagoinhas teve seu primeiro povoamento nos fins do século XVIII, quando um padre português fundou uma capela no seu território e daí começou a próspera vila em virtude da chegada de imigrantes e da passagem da estrada de boiadas, acesso para o norte e para o sertão, razão porque recebeu de Ruy Barbosa o título de "Pórtico de Ouro do Sertão Baiano". Já foi denominada de Freguesia da Água Fria, Freguesia de Santo Antônio das Lagoinhas e posteriormente Vila de Santo Antônio D'Alagoinhas, então desmembrada da Vila de Inhambupe, quando adquiriu a qualidade de município.

Em torno da igreja de Santo Antônio (Figura 1) foram construídas casas, formando uma povoação elevada à categoria de Vila pela Resolução Provincial 442 de 16/06/1852, sendo assim foi criado o município de Santo Antônio de Alagoinhas.



FIGURA 1 Município de Alagoinhas – Vista das Ruínas da Igreja de Santo Antônio

Fonte: <http://www.alagoinhas.com.br>

O nome de Alagoinhas originou-se dos rios Sauípe, Catu, Subaúma, Quiricó, lagoas e córregos existentes na região. Uma de suas maiores riquezas é a excelência da qualidade de sua água, que faz parte do aquífero que vai de Dias D'Ávila até Tucano.

Alagoinhas é o sexto município baiano em área territorial, com extensão de 736,8 km², população em torno de 139 mil habitantes e taxa de crescimento anual de 1,35%. Em relação às condições sócio-econômicas da população, apresenta os seguintes indicadores: 86,43% residem na zona urbana; possui uma taxa de analfabetismo na população adulta de 17,1%; com renda *per capita* média de R\$ 181,30 (SANTOS, 2005).

Quanto à localização, limita-se com o município de Inhambupe ao norte, com os municípios de Catu e Araçás ao Sul; o município de Teodoro Sampaio e Aramari a Oeste, e com o município de Entre Rios a Leste. A cidade está distante 107 km de Salvador, sendo ligada à capital pela BR-101 e BR-116, possui um clima úmido e sub-úmido com temperatura média anual de 24,2° C e período chuvoso de abril a junho.

Durante muito tempo, a principal base econômica foi a agricultura de mandioca, fumo e laranja. Esta última deu-lhe a denominação popular de “Terra da Laranja”, porém sua produção diminuiu muito em quantidade e qualidade. Atualmente o comércio é a base da economia, acrescida da indústria de pequeno porte (saboarias, cerâmicas, artefatos de couro, mármore e placas de gesso). Contando, ainda, com o Distrito Industrial de Sauípe, com empresas de médio e grande porte.

Alagoínhas está inserida, de acordo com o PDR, na Macro-região Nordeste; sendo o município-pólo ou cidade de referência para a microrregião que é composta por outros quinze municípios (Aramari, Ouriçangas, Pedrão, Acajutiba, Aporá, Conde, Crisópolis, Esplanada, Inhambupe, Nova Soure, Olindina, Sátiro Dias, Itapicuru, Jandaíra e Rio Real) como visualiza-se no mapa abaixo (Figura 2) (BAHIA, 2004).



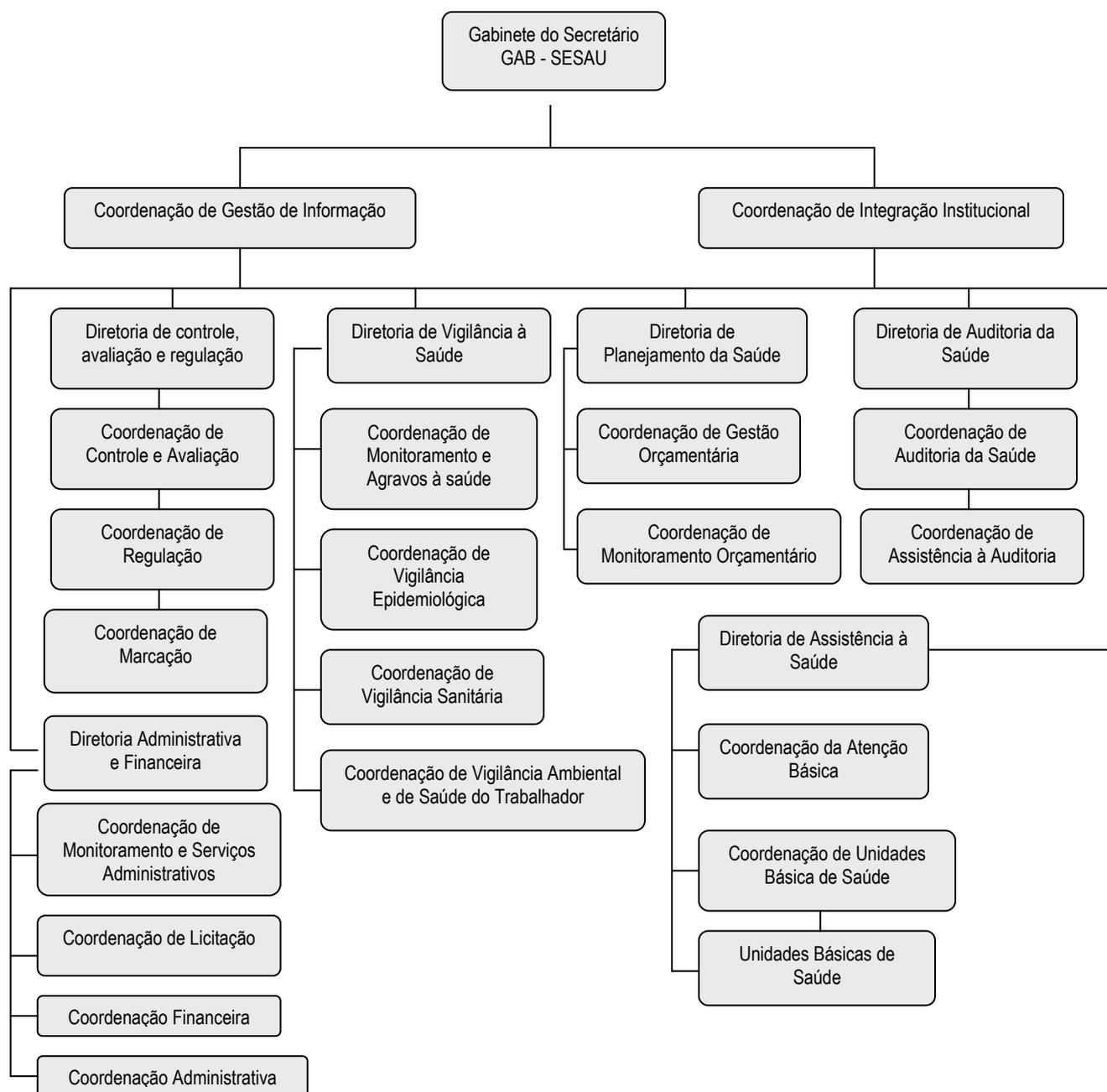
FIGURA 2 - Mapa de Alagoínhas e cidades circunvizinhas
Fonte: Santos (2005).

3.2.2 O sistema local de saúde⁴

⁴ Dados obtidos durante a pesquisa de campo através dos instrumentos de coleta de dados.

O município de Alagoinhas encontra-se na gestão Plena do Sistema Municipal e desde 2001, vem procurando incorporar os princípios do SUS, contando com duas estratégias de reorganização da atenção básica: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, atualmente denominado de estratégia.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi criada em 1991 tendo como finalidade precípua a formulação da política municipal de saúde, a gestão do Sistema Municipal de Saúde e a execução de ações em consonância com as disposições da Lei Federal 8.080/1990. A SMS é formada por órgãos da administração direta como se pode visualizar no Organograma 1:



ORGANOGRAMA 1 – Organização da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoins – BA, 2007.

Fonte: adaptado de <http://www.alagoins.com.br>

O município de Alagoins encontra-se na gestão Plena do Sistema Municipal, no qual é responsável pela organização do sistema local de saúde, respondendo pela atenção básica e os serviços de média e alta complexidade prestados à população.

Alagoins possui 23 equipes de PSF, com cobertura de aproximadamente 50% da população do município. Nas Unidades de Saúde da Família são oferecidas ações médicas e de enfermagem, onde estão sendo desenvolvidos os seguintes programas e serviços:

planejamento familiar, pré-natal, imunização, abordagem sindrômica da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, acompanhamento de diabéticos e hipertensos, prevenção do câncer cérvico-uterino, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, teste do pezinho, bolsa família, AIDPI (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância), distribuição de medicamentos essenciais do componente farmácia básica, visitas domiciliares e atividades em saúde bucal. Atualmente apenas 12 equipes contam com profissional médico.

Cerca de 50% da população que não é coberta pelo PSF tem a cobertura do PACS, sendo o programa composto por dois enfermeiros que coordenam setenta e seis ACS, distribuídos nos diversos bairros da cidade e da zona rural. As populações cobertas por esse programa são referenciadas para atendimento no Centro de Saúde Parque Floresta, assim como a população de áreas não cobertas pelo PACS/PSF.

Nesse Centro de Saúde são oferecidos atendimentos e serviços médicos, de enfermagem, de saúde bucal (para áreas acima citadas), pediatria, acompanhamento e tratamento de tuberculose e hanseníase, serviço de referência para diabéticos e hipertensos, e imunização (estes últimos para todo o município). Neste estabelecimento, funciona, também, o Serviço de Atenção Especializada (SAE), como referência para os portadores de DST/AIDS, disponibilizando, ainda, os serviços de infectologia e pneumologia, assim como distribuição de medicamentos essenciais do componente farmácia básica e medicamentos de programas específicos como DST/AIDS, tuberculose e hanseníase.

As ações de média complexidade são ofertadas em unidades ambulatoriais e hospitalares municipais e/ou conveniadas com o SUS. As ações compreendem atividades em quatro especialidades básicas de internamento (clínica médica, pediatria, obstetria e cirurgia), urgência/emergência e atendimento em traumatologia-ortopedia.

As unidades municipais de média complexidade têm como referência, o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE), que disponibiliza à comunidade especialidades de dermatologia, cardiologia, mastologia, urologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, pneumologia e angiologia; além de realizar pequenas cirurgias e autorizar internações hospitalares e exames complementares.

Destacam-se outros serviços como a Maternidade Municipal que realiza os atendimentos de emergência obstétrica, ambulatório de pré-natal de alto risco, partos normais e cesarianos, laqueaduras - além de exames complementares (ultra-sonografia e outros); o Laboratório de Exames Clínicos Municipal, que oferece a maior parte dos exames requeridos a um município em gestão plena, e o CAPS, que realiza o serviço de cuidado ao portador de

distúrbio mental através de atividades terapêuticas com uma equipe multiprofissional, composta por psiquiatra, enfermeira, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e farmacêutico, funcionando 24 horas visando o bem-estar e a inserção social destes usuários.

As urgências e emergências (clínicas, pediátricas e cirúrgicas) são encaminhadas ao Hospital Regional Dantas Bião (HRDB), unidade sob responsabilidade do governo estadual.

No município, as emergências ortopédicas e cirurgias eletivas são realizadas pela rede privada contratada. Desde setembro de 2004 Alagoinhas passou a contar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), que atua em regime de plantão, diariamente, dando assistência pré-hospitalar e conduzindo os usuários para uma unidade hospitalar de suporte, no próprio município ou para outra cidade, quando necessário.

Quanto às ações de alta complexidade, o município dispõe de terapia renal substitutiva, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), oncologia, cirurgia de alta complexidade, assim como exames complementares de alta complexidade como tomografia, ressonância e cintilografia que são terceirizados no próprio município.

3.3 Etapas metodológicas

3.3.1. Questões éticas

A questão da ética na pesquisa tomou, na contemporaneidade, uma importância crescente, em face da nova extensão do poder propiciado pelo *know-how* da “biotecnociência”, em particular da engenharia genética, que permite manipular informações e “reprogramar” os seres vivos e as espécies, onde as pesquisas com seres humanos ocupam um lugar especial (BRASIL, 1996c).

De acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos, o Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, que também julgou a pertinência do Projeto, seus riscos e benefícios para os sujeitos envolvidos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), construído com linguagem acessível a todos os grupos de sujeitos da pesquisa,

sendo aprovado em reunião plenária, realizada de 05 de dezembro de 2006, conforme ofício CEP-UEFS nº409/2006 (ANEXO A).

No dia 08 de janeiro de 2007, com a pesquisa já aprovada pelo Comitê de Ética, foram contatadas a Gestora de Saúde do Município de Alagoinhas e a Coordenadora do Programa Saúde da Família. Naquele momento foi feita uma breve explanação do objeto de estudo, onde foi entregue o ofício encaminhado pela coordenação do NUPISC da Universidade Estadual de Feira de Santana, solicitando autorização para desenvolver a pesquisa na rede de AF básica (ANEXO B).

Diante do exposto, secretária e coordenadora não fizeram objeções à realização do estudo e fizeram um ofício autorizando o início da coleta de dados (ANEXO C).

3.3.2 Fase exploratória

Para Minayo (2000) a fase exploratória termina formalmente com a entrada em campo do pesquisador, sendo que o trabalho de campo constitui uma etapa essencial para a pesquisa qualitativa. O trabalho de campo permite ao investigador confrontar-se com seu objeto diretamente e como dizia Lévi-Strauss “Sociologia de carne e osso que mostra os homens engajados no seu próprio devir histórico e instalados em seu espaço geográfico concreto” (LÉVI-STRAUSS apud MINAYO, 2000, p.106)

A primeira aproximação ao campo de investigação e ao material empírico, permitiu a melhor configuração da estratégia de investigação da pesquisa, conforme os objetivos inicialmente delineados.

No primeiro momento, estabeleceu-se contato com um dos farmacêuticos da Assistência Farmacêutica do município, o qual inicialmente forneceu algumas informações gerais da organização da Secretaria Municipal de Saúde, da Diretoria de Assistência e Vigilância à Saúde (DIVISA) e da AF municipal, além de disponibilizar alguns documentos técnicos importantes para a análise documental.

No segundo momento, houve um convite por parte dos farmacêuticos do município, para participar de uma reunião de planejamento anual da AF municipal, na qual estavam presentes os três farmacêuticos lotados na ABS. Na ocasião, o projeto foi apresentado a todos os presentes e foi estabelecido contato com cada farmacêutico.

No terceiro momento, contatou-se a coordenadora do PSF em Alagoinhas, que se colocou à disposição para colaborar com a pesquisa e deu orientações quanto à localização das unidades de saúde e os profissionais de cada unidade, que poderiam ser contatados inicialmente.

3.3.3 Abordagem quantitativa

3.3.3.1 Técnica de coleta de dados

Para a abordagem quantitativa utilizou-se um formulário e uma lista de verificação para a coleta dos dados.

1) Formulário – com questões objetivas direcionadas à estrutura e ao processo da AFB (APÊNDICE A). Para Hulley e outros (2003) as questões fechadas de um formulário trazem como vantagem a facilidade de se responder, tabular e analisar suas respostas. Além disso, a lista de possíveis respostas geralmente melhora o entendimento das questões. Por outro lado, elas podem conduzir os respondentes a certas direções, não permitindo que ele expresse sua própria e, talvez, singular opinião.

Juntamente com o formulário aplicou-se uma lista de verificação (APÊNDICE F) com questões direcionadas às condições da estrutura física das unidades que também foi respondida pelos mesmos sujeitos do formulário.

3.3.3.2 Amostra do estudo

O formulário (APÊNDICE A) e a lista de verificação (APÊNDICE F) foram aplicados em todas as unidades de saúde da rede de AFB (n=26), ou seja, um estudo de caráter censitário. Em cada unidade foi escolhido intencionalmente um sujeito, que trabalhasse diretamente com as atividades da AFB, para responder aos instrumentos. Desta maneira o tamanho da amostra e suas características foram estabelecidos de acordo com o Quadro 1. Nesse quadro percebe-se que três farmacêuticos responderam aos instrumentos representando

suas unidades, assim todos os farmacêuticos envolvidos com a AFB responderam ao formulário e a lista de verificação. Nas outras unidades os representantes foram outros trabalhadores como enfermeiros, dentista e técnicos de enfermagem, que trabalham diretamente com as atividades relacionadas aos medicamentos essenciais, ou seja atividades da AFB.

TRABALHADOR REPRESENTANTE DA UNIDADE	Nº UNIDADES (n)
Farmacêuticos	3
Enfermeiros	10
Técnicos de enfermagem	12
Dentistas	1
TOTAL	26

QUADRO 1 – Características e tamanho da amostra

FONTE: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, período de jan-abr/2007.

3.3.3.3 Coleta de dados

A aplicação do formulário (APÊNDICE A) e da lista de verificação (APÊNDICE F) foi iniciada após a reunião com os farmacêuticos. Os primeiros dados empíricos foram obtidos na Farmácia Básica Central, no CAPS e no Centro de Saúde, por serem unidades de referência para as unidades de PSF, como também pelo fato de que estas unidades são as únicas que dispõem de farmacêuticos.

Esta etapa foi importante para a análise da pertinência dos instrumentos de investigação e para reorientar a estratégia de condução da pesquisa, a fim de continuar a coleta de dados, agora nas unidades de saúde da família. A partir desta etapa, deu-se continuidade à aplicação do formulário em todas as unidades de PSF urbanas e rurais.

3.3.3.4 Ordenação dos resultados

Após a obtenção dos dados empíricos oriundos da aplicação do formulário (APÊNDICE A) e da lista de verificação (APÊNDICE F) foi construído um banco de dados

no software SPSS, versão 11.5 for Windows. Em seguida, procedeu-se uma análise descritiva das frequências das respostas dadas aos instrumentos aplicados.

Dessa maneira, para facilitar o entendimento e interpretação dos resultados obtidos na análise estatística, se organizou os resultados nos Quadros 8, 9, 10 e 11 (APÊNDICES G, H, I, J) que serão discutidos no capítulo de discussão e análise dos resultados.

3.3.3.5 Análise dos Dados Obtidos

Na análise ou tratamento do material empírico busca-se ultrapassar a incerteza, enriquecimento da leitura e a integração de descobertas, levando em consideração diferentes dimensões de análise, articulando o empírico com o teórico no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, idéias e valores, e na ação particular, coletiva e social (ASSIS; JORGE, 2006).

Os materiais obtidos através da abordagem quantitativa foram analisados através de um modelo teórico de análise construído com base na avaliação normativa sugerida inicialmente por Donabedian (1984) para avaliação do cuidado médico e, posteriormente, adaptado pela Organização Mundial de Saúde (WHO 1993) por Consendey (2000), Consendey e outros. (2003) e pela Organização Panamericana de Saúde em conjunto com o Ministério da Saúde para avaliação dos componentes da Assistência Farmacêutica nos Sistema de Saúde, que podem ser visualizados no Quadro 2:

Componente	Cr�terios	Indicadores
Estrutura	Instala�es	N� de farm�cias na aten�o b�sica
	Armazenamento	Condi�es adequadas de armazenamento e conserva�o dos medicamentos
	Recursos materiais	Disponibilidade de meios para controle de estoque (fichas ou computador); Rela�o municipal de medicamentos essenciais dispon�vel na unidade; Porcentagem de unidades com disponibilidade de todos os medicamentos essenciais na farm�cia;
	Recursos humanos	Quantitativo de profissionais envolvidos exclusivamente com atividades ligadas � AFB nas unidades
	Procedimentos de armazenamento e controle de estoque	Controle de estoque estabelecido com preenchimento de demonstrativo de movimentaa�o de medicamentos; Inspe�o f�sica dos medicamentos recebidos; Porcentagem de unidades com medicamentos com prazo de validade vencido na farm�cia;
	Capacita�o de recursos humanos	Ocorr�ncia de capacita�o; Periodicidade; Tipo de capacita�o.

QUADRO 2 - Modelo Teórico de Avalia o da Assistência Farmacêutica Básica – Abordagem Quantitativa

FONTE: Adaptado de OPAS/MS (2005); Consendey (2000), Consendey e outros. (2003) e WHO (1993).

A partir deste modelo teórico de análise foram construídas as questões dos instrumentos quantitativos: formulário (APÊNDICE A) e lista de verifica o (APÊNDICE F) e cada indicador foi analisado segundo os padrões estabelecidos no quadro 3:

	Indicadores de Avaliação	Cálculos	Padrão
E S T R U T U R A	Nº de farmácias na atenção básica	-	1 Farmácia por unidade básica
	Disponibilidade da relação municipal de medicamentos essenciais nas unidades: Nos consultórios: Na farmácia:	-	1 Relação por consultório e 1 relação na farmácia da unidade 100%
	Porcentagem unidades que disponibilizam de todos os medicamentos essenciais constantes da lista adotada pelo município	Número de unidades que disponibilizam, no momento da pesquisa, de todos os medicamentos da lista adotada pelo município x 100/n	100%
	Condições adequadas de conservação e armazenamento dos medicamentos nas unidades (Ver lista de verificação para inspeção das condições de estrutura física para armazenamento de medicamentos – Anexo G)	A) Pontuação = número total de respostas sim para os itens da lista de verificação (39 questões)	Até 20 pontos = péssimo De 21-38 pontos = regular Igual a 39 = ótimo
	Disponibilidade de meios para controle de estoque (fichas ou computador);	-	SIM
	Quantitativo de profissionais envolvidos exclusivamente com atividades ligadas à AFB nas unidades	Número de trabalhadores que dispensam medicamentos aos usuários;	No mínimo um profissional exclusivo para as atividades de AFB por unidade

QUADRO 3 – Indicadores de avaliação em relação aos cálculos e aos padrões utilizados para o componente estrutura

FONTE: Adaptado de OPAS/MS (2005); Consedey (2000), Consedey e outros. (2003) e WHO (1993).

Para Donabedian (1984) indicadores são expressões objetivas de critérios utilizados para apreciação da qualidade, podendo ser aplicável a qualquer abordagem avaliativa. Os critérios são definidos pelo autor como atributos que correspondem a um nível de qualidade desejado ou esperado. Para ele os critérios e padrões podem ser obtidos através de derivação normativa, ou seja, critérios retirados da literatura científica ou obtidos através de consenso entre especialistas sobre o assunto a ser avaliado, relacionados com o “o que deveria ser”, através de derivação empírica, onde são obtidos dados da prática real e estão relacionados com “o que existe”.

É importante salientar que os indicadores selecionados devem apresentar algumas características fundamentais: clareza, utilidade, mensurabilidade, confiabilidade e validade (MSH, 1997).

Neste estudo alguns indicadores foram selecionados e adaptados do documento da OMS publicado no ano de 1993 intitulado “How to investigate drug use in health facilities: select drug use indicators. Geneva”. Este documento traçou um grupo de indicadores para avaliação do uso de medicamentos e teve a finalidade de estimular os países membros da organização a estabelecer processos de avaliação deste nível.

Posteriormente, esses indicadores foram adaptados pela OPAS em um estudo realizado no Brasil entre os anos de 2003 a 2004, com o título: “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados”.

No quadro 3 tem-se a avaliação do componente estrutura. Neste componente alguns indicadores foram escolhidos com base na sua relevância para a estrutura do serviço de AF básica.

O indicador “número de farmácias na atenção básica” foi adaptado do documento publicado pela OMS (WHO, 1993). Foi escolhido pelo fato de que em unidades de saúde onde acontece o armazenamento e a dispensação de medicamentos aos usuários, deve haver uma estrutura mínima para tais atividades, ou seja, um local específico onde os medicamentos possam ser guardados e distribuídos adequadamente. Dessa maneira, pode-se garantir a manutenção da qualidade dos medicamentos dispensados.

Tal afirmativa pode ser fundamentada através da preocupação dos órgãos sanitários em regulamentar normas ou requisitos mínimos para a instalação e realização de tais atividades. A Resolução nº328 de 22 de junho de 1999, exemplo, dispõe sobre requisitos mínimos para a dispensação e armazenamento de medicamentos em farmácias e drogarias privadas. Sendo assim, considera-se essencial que cada unidade de saúde que realiza a dispensação de medicamentos deva possuir uma farmácia para a realização desta atividade.

Os indicadores “porcentagem unidades que disponibilizam de todos os medicamentos essenciais constantes da lista adotada pelo município”, “disponibilidade da relação municipal de medicamentos essenciais nas unidades de saúde (consultórios e farmácia)”; “condições adequadas de conservação e armazenamento dos medicamentos nas unidades” e “disponibilidade de meios para controle de estoque” foram retirados também do documento da OMS (WHO, 1993).

O primeiro indicador é importante para detectar episódios de desabastecimento de medicamentos essenciais nas farmácias das unidades, fato que compromete a qualidade da assistência.

O segundo indicador foi selecionado pela importância da disponibilidade nas unidades da relação de medicamentos essenciais adotada pelo município para o estabelecimento do uso racional de medicamentos, assim como para evitar problemas de prescrições de medicamentos que não estão disponíveis na unidade, evitando assim constrangimento para o usuário.

A relevância dos últimos indicadores está relacionada ao fato de que boas condições de armazenamento e controle de estoque dos medicamentos são importantes, para que medicamentos de qualidade e dentro do prazo de validade sejam distribuídos à população.

O documento “Orientação de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos” editado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2002, destaca a importância das boas condições de armazenamento e distribuição de medicamentos para os bons resultados da AF (BAHIA, 2002)

O indicador “quantitativo de profissionais envolvidos exclusivamente com atividades ligadas à AFB nas unidades” foi adaptado do estudo da OPAS/MS (2005), estabelecido para traçar a distribuição dos recursos humanos na AFB do município e detectar locais onde há excesso de pessoal e locais onde há escassez.

A avaliação do componente processo foi realizada através de indicadores escolhidos com base na sua relevância para os processos que compõem a AF básica no nível municipal, como se pode visualizar no quadro 4:

	Indicadores de Avaliação	Cálculos	Padrão
P R O C E S S O	Adoção da Relação de medicamentos essenciais: Nacional; Estadual; Municipal	-	O município deve desenvolver sua própria relação de medicamentos essenciais para atender às necessidades locais de saúde
	Procedimento estabelecido para controle de estoque com preenchimento de demonstrativo ou registro de movimentação de estoque dos medicamentos;	Número de unidades com procedimento estabelecido de controle de estoque x 100/n	100%
	Porcentagem de unidades com medicamentos com prazo de validade vencido;	Número de unidades com medicamentos vencidos x 100/n	0%
	Procedimento estabelecido para inspeção física dos medicamentos recebidos	Número de unidades que fazem inspeção física dos medicamentos recebidos x 100/n	100%
	Número de farmacêuticos lotado na assistência farmacêutica básica do município por 1000 habitantes	Número total de farmacêuticos lotados na Secretaria Municipal de Saúde dividido pela população do município (x1000)	1:20.000 habitantes
	Capacitação de trabalhadores da AFB: Ocorrência de capacitação; Periodicidade; Tipo de capacitação;	-	Ideal pelo menos 1 capacitação ao ano com temas relacionados às Boas Práticas de Armazenamento e às Boas Práticas de Dispensação de medicamentos.

QUADRO 4 – Indicadores de avaliação do processo em relação aos cálculos e padrões utilizados

FONTE: Adaptado de OPAS/MS (2005); Consedey (2000), Consedey e outros. (2003) e WHO (1993).

Os indicadores, “procedimento estabelecido para controle de estoque com preenchimento de demonstrativo ou registro de movimentação de estoque dos medicamentos”; “porcentagem de unidades com medicamentos com prazo de validade vencido”, “número de farmacêuticos lotado na assistência farmacêutica do município por 1000 habitantes” e “procedimento estabelecido para inspeção física dos medicamentos recebidos” foram retirados e adaptados do documento WHO (1993).

O primeiro indicador é importante para detectar as possíveis falhas no controle de estoque que podem levar ao desabastecimento temporário de medicamentos que também prejudicam a qualidade da assistência prestada.

O segundo indicador é muito relevante, pois a presença de medicamentos com prazo de validade vencido nas farmácias das unidades pode sinalizar possíveis falhas em várias etapas do processo da AF básica, a começar pelo planejamento, a aquisição e o controle de estoque.

O terceiro indicador que trata da presença do profissional farmacêutico, devido à importância deste profissional para a realização das atividades da AFB e para a qualidade dos processos.

O último indicador foi adaptado a partir da interpretação de alguns indicadores da WHO (1993), pelo fato de que a qualidade do medicamento recebido pelas unidades é de suma importância para o bom resultado da assistência. A existência de procedimentos de inspeção física estabelecidos e efetuados rotineiramente contribui para evitar que medicamentos adulterados ou avariados sejam dispensados aos usuários.

O indicador “ocorrência de capacitação; periodicidade e tipo de capacitação dada às equipes”, foi retirado e adaptado de Consendey (2000), este indicador é importante por traçar um diagnóstico da capacitação dos recursos humanos da AFB. Considera-se que a capacitação dos trabalhadores envolvidos na AFB é um fator limitante para a qualidade e o desempenho da assistência farmacêutica, principalmente no tocante à orientação adequada ao usuário sobre o uso correto dos medicamentos.

3.3.4 Abordagem qualitativa

3.3.4.1 Técnica de coleta de dados

Por proporcionarem uma maior aproximação do objeto de estudo, na abordagem qualitativa foram escolhidos os seguintes instrumentos de coleta de dados:

1) Observação sistemática da AF – por se tratar de uma estratégia essencial para o trabalho de campo na pesquisa qualitativa, onde o observador mantém-se presente numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2000), realizou-se a observação a partir de condições pré-estabelecidas, consideradas na elaboração de um roteiro orientador (APÊNDICE D) para possibilitar a observação e compreensão dos componentes estrutura, processo e resultados referentes à organização da AFB no município estudado.

2) Entrevista semi-estruturada - com roteiros orientadores (APÊNDICES B e C) para os grupos I e II, por se tratar de um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, oferecendo a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2000).

3) Análise Documental – a depender do objetivo da pesquisa a análise documental pode se caracterizar como instrumento complementar, ou ser o principal meio de obtenção de dados importantes ao estudo. Para a investigação do objeto do estudo, foi utilizada como técnica complementar às outras citadas anteriormente.

Os documentos foram escolhidos intencionalmente, para facilitar a compreensão e apreensão dos diversos aspectos envolvidos com a organização da AFB municipal. Nesse sentido, utilizaram-se na análise documentos oficiais como Portarias Ministeriais, documentos técnicos como Relatório de Gestão do ano de 2006 (ALAGOINHAS, 2007a), Plano de Saúde do Município de Alagoinhas 2007-2009 (ALAGOINHAS, 2007b) e Relatório Situacional do Núcleo de Assistência Farmacêutica (ALAGOINHAS, 2006)

Os documentos foram analisados segundo a cronologia de publicação e nível hierárquico, se federal, estadual ou municipal.

3.3.4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Na abordagem qualitativa, a escolha dos sujeitos do grupo I (informantes-chave) para a realização da entrevista, foi feita de maneira intencional, devido à importância destes na obtenção de informações estratégicas relacionadas à organização e gestão da AFB do município estudado.

Os sujeitos do grupo II (usuários) foram escolhidos de maneira aleatória em três unidades da rede de AFB do município. As unidades foram escolhidas previamente com base nos resultados das análises dos dados colhidos na fase quantitativa da pesquisa. Nesse sentido, escolheram-se duas unidades que contavam com a presença do profissional farmacêutico e apresentaram características semelhantes após a análise descritiva realizada na fase quantitativa e, outra unidade que não dispunha deste profissional, porém disponibilizava de uma estrutura física relativamente boa, não havendo necessidade de um número pré-estabelecido de sujeitos. Dessa maneira, procedeu-se às entrevistas até a saturação teórico-empírica.

Desta maneira a distribuição dos sujeitos ficou estabelecida de acordo com o Quadro 5.

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	CRITÉRIO DE INCLUSÃO	Nº DE SUJEITOS
I	Informantes-chave: secretária de saúde, coordenadora de PSF, farmacêutico da AFB, enfermeira de uma USF.	-	4
II	Usuários da AF básica do município de Alagoinhas	Mínimo de 6 meses de uso do serviço	18

QUADRO 5 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa

FONTE: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, período de jan-abr/2007.

Grupo I – Secretária de Saúde, coordenadora de PSF, farmacêutico responsável pela farmácia básica central e enfermeira de um PSF urbano, ou seja, pessoas que atuam no nível de gestão e no nível técnico em atividades relacionadas direta ou indiretamente à AFB. Este grupo, particularmente, foi se constituindo de acordo com a necessidade das informações que foram surgindo durante a investigação.

Grupo II – Usuários do SUS que utilizam medicamentos distribuídos na ABS, por um período de no mínimo seis meses.

Segundo Minayo (2000) uma pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir a representatividade. Destaca-se que numa busca qualitativa, deve-se preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

3.3.4.3 Coleta de dados

Após a coleta dos dados quantitativos e análise dos mesmos, foi definido intencionalmente, em quais unidades seria realizada a coleta dos dados qualitativos.

Sendo assim, optou-se por proceder à coleta dos dados qualitativos em duas unidades com farmacêutico, a Farmácia Básica Central e o Centro de Saúde e, em uma unidade de PSF urbana sem farmacêutico. Desta forma, foi possível realizar uma análise comparativa entre duas unidades semelhantes e uma unidade com características diferentes.

3.3.4.4 Ordenação e classificação dos dados

No primeiro contato com os “dados brutos”, realizou-se a transcrição fiel e a leitura geral do conjunto das entrevistas gravadas. Em seguida, procedeu-se à organização dos dados contemplados nas observações e documentos, com o objetivo de construir um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-os em diferentes conjuntos.

Os documentos analisados foram ordenados de acordo com a temática abordada no seu conteúdo, de maneira a estabelecer convergências, divergências e complementaridades entre eles.

No primeiro momento foi realizada a leitura exaustiva e “flutuante” dos textos contidos nas entrevistas, realizando uma síntese vertical de cada unidade de análise, o que possibilitou a visualização das idéias centrais sobre o tema em questão, e a construção das categorias empíricas, a partir de algumas convergências encontradas e que caracterizam as falas relacionadas ao objeto de estudo (ASSIS; JORGE, 2006).

Após a construção das categorias empíricas, selecionou-se em cada entrevista as falas que se identificavam com cada categoria.

3.3.4.5 Análise dos dados obtidos

O componente resultado⁵ da AFB foi avaliado através da abordagem qualitativa, seguindo um modelo teórico de análise, descrito no quadro 6:

Componente	Parâmetros
Resultados para o usuário	Satisfação / Aceitação; Acesso ao medicamento; Comunicação (relação trabalhador-usuário)
Resultados para os informantes –chave	Organização da AFB; Acesso à AFB; Planejamento na AFB; Resultados da AFB.

QUADRO 6 - Modelo Teórico de Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica – Abordagem Qualitativa

FONTE: criado pela autora

Os informantes-chave foram entrevistados para proceder a análise de questões referentes à organização da AFB, acesso planejamento para a aquisição de medicamentos e implementação das atividades de AF básica, assim como seus resultados.

Através de entrevistas direcionadas aos usuários do serviço abordou-se a questão da satisfação e aceitação do serviço; do acesso aos medicamentos, e a comunicação entre quem dispensa o medicamento e o usuário (relação trabalhador-usuário).

O material empírico oriundo das entrevistas semi-estruturadas, da observação sistemática e da análise dos documentos foi analisado através da técnica de análise de conteúdo, obedecendo à sistematização proposta por Minayo (2000).

⁵ Apesar de ser classificado como resultado, os dados apreendidos a partir de técnicas qualitativas atravessam a análise do componente processo, optou-se por esta forma de organização para facilitar a triangulação dos dados quantitativos e qualitativos.

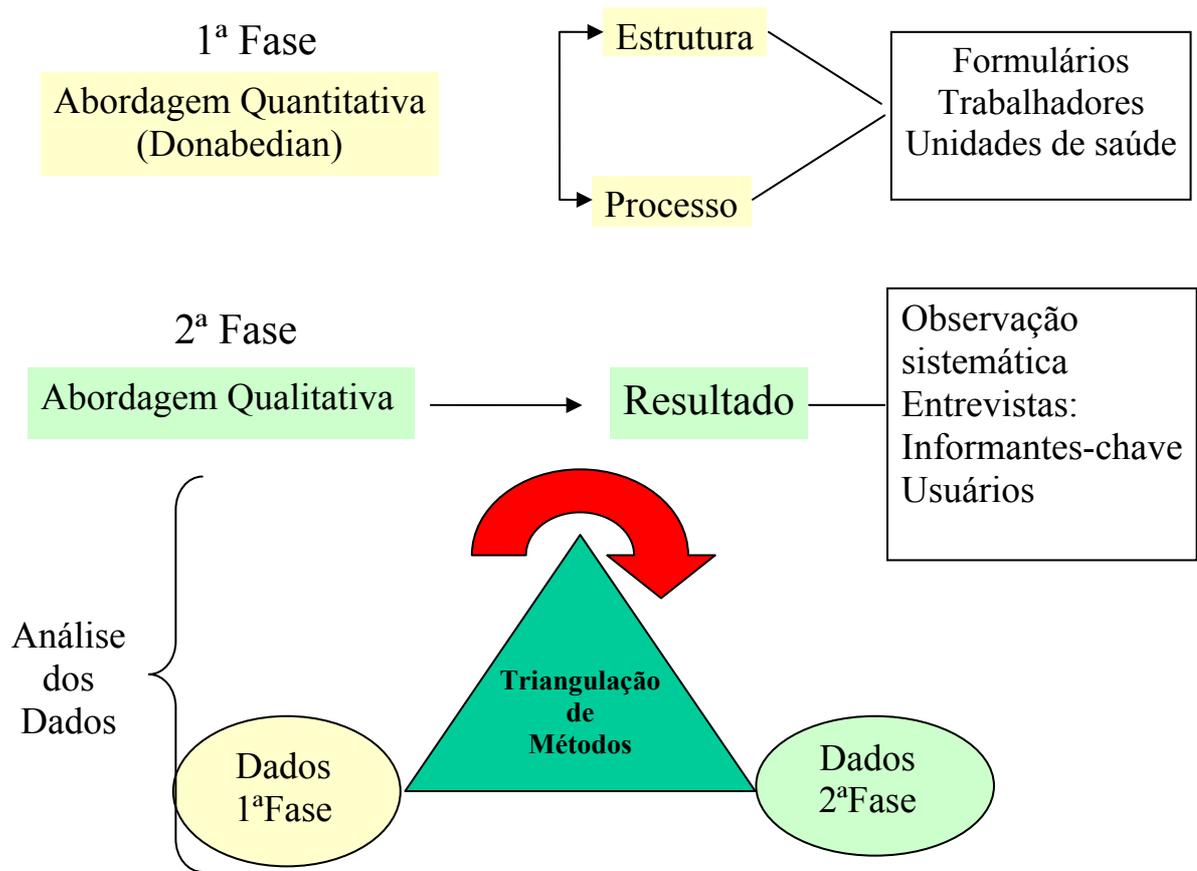
Para a autora, a análise de conteúdo se presta para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, o que atende à proposta do presente estudo.

Para analisar e cruzar os dados obtidos na avaliação através das abordagens quantitativa e qualitativa utilizou-se como ferramenta a triangulação de métodos, neste caso particularmente triangulação de dados.

Entende-se avaliação por triangulação de métodos como a uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, à compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e à visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o processo: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas. Além da interação objetiva e subjetiva no processo de avaliação, essa proposta inclui os atores do programa não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de auto-avaliação (MINAYO et al, 2005).

A triangulação significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados.

A adequação da avaliação por triangulação de métodos para atingir os objetivos deste estudo, advém do fato de que este método propiciou meios para que a autora, durante o processo de análise, se apropriasse da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados, a fim de melhor aproximar-se da realidade e da complexidade da AFB no SUS municipal, como pode-se visualizar no fluxograma 3.



FLUXOGRMA 3 – Esquema geral do modelo de análise que utiliza a trinagulação de métodos.

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL: estrutura, processo e resultado**

4 AVALIAÇÃO DA AFB NO SUS MUNICIPAL: estrutura, processo e resultado.

Os dados obtidos na abordagem quantitativa possibilitaram a realização de um diagnóstico estrutural e processual da assistência farmacêutica básica de Alagoinhas. Após a realização das análises das frequências das respostas obtidas através da aplicação do formulário (APÊNDICE A) e da lista de verificação (APÊNDICE F), os resultados foram organizados em quatro quadros onde estão descritas em situações distintas as características gerais da amostra estudada.

O quadro 8 (APÊNDICE G) mostra as características gerais da amostra, encontradas após a aplicação do formulário. O quadro 9 (APÊNDICE H) traz uma análise das características gerais da amostra em relação à estrutura física, verificadas através da aplicação da lista de verificação. Finalmente o quadro 10 (APÊNDICE I) traz uma análise comparativa das características da amostra segundo a localização das unidades e o quadro 11 (APÊNDICE J) traz a mesma comparação, mas em relação às condições de posse do imóvel que cediam as unidades de saúde.

4.1 Organização e condições de acessibilidade aos medicamentos na AFB: estrutura e processo.

Em Alagoinhas, o PSF possui vinte e três equipes, com uma cobertura de, aproximadamente de 50% da população do município, distribuídas em dezessete equipes na zona urbana e seis equipes na zona rural, como se pode visualizar no quadro 7.

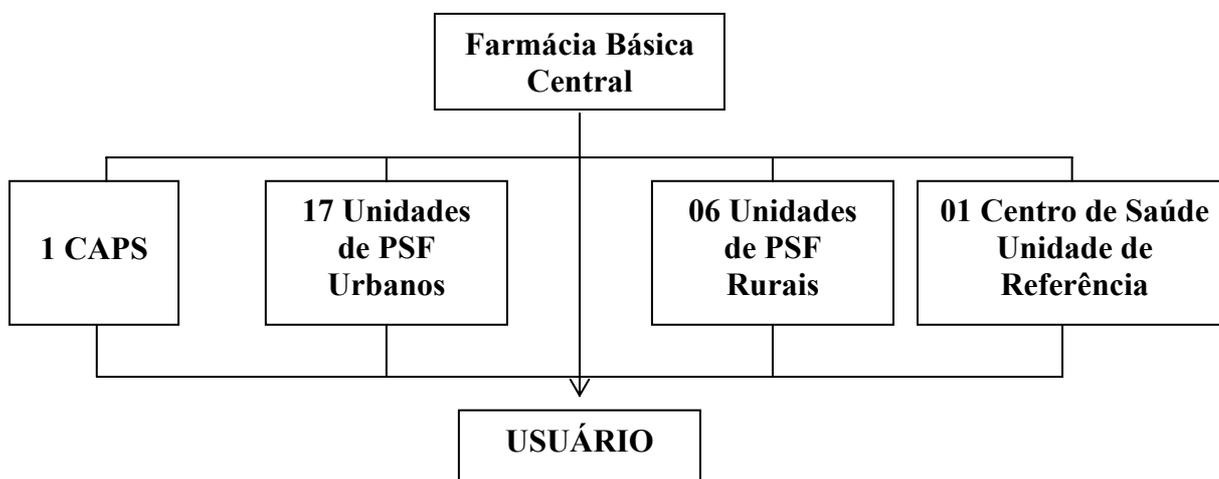
NOME DA USF	LOCALIZAÇÃO	SITUAÇÃO DA SEDE	Nº DE EQUIPES
21 de Setembro	Urbana	Alugada	01
Flávio Cavalcante	Urbana	Própria	01
Jardim Petolar	Urbana	Alugada	01
Lírio dos Vales	Urbana	Alugada	01
Nossa Senhora de Fátima	Urbana	Alugada	01
Nova Brasília	Urbana	Própria	01
Pau Brasil	Urbana	Cedida	01
Praça Kennedy	Urbana	Alugada	01
Pró-Saúde	Urbana	Própria	01
Renovação	Urbana	Própria	01
Sagrada Família	Urbana	Alugada	01
Santa Terezinha	Urbana	Alugada	01
Santo Antônio	Urbana	Alugada	01
São Cristóvão	Urbana	Alugada	01
São José Operário	Urbana	Própria	01
Taizé	Urbana	Cedida	01
URBIS III	Urbana	Própria	01
Boa União	Rural	Própria	01
Estevão	Rural	Própria	01
Miguel Velho	Rural	Própria	01
Narandiba	Rural	Própria	01
Riacho da Guia	Rural	Própria	01
Sauípe	Rural	Cedida	01

QUADRO 7 – Distribuição das Unidades de Saúde da Família. Alagoinhas-BA, mar/2007.

FONTE: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, período de jan-abr/2007.

A rede de assistência farmacêutica básica é composta pelas 23 USF; uma farmácia básica central, localizada no centro da cidade, onde são armazenados todos os medicamentos que são distribuídos para as unidades de saúde que dispensam medicamentos do elenco da farmácia básica, além de dispensação de medicamentos diretamente ao usuário; um CAPS, onde são distribuídos os medicamentos de saúde mental; um Centro de Saúde, considerado

uma unidade de referência, no qual se dá a distribuição de medicamentos do elenco da farmácia básica, assim como medicamentos de programas estratégicos como DST/AIDS, tuberculose e hanseníase, como se pode visualizar no fluxograma 4.



FLUXOGRAMA 4 - Fluxograma de distribuição de medicamentos na rede de AF Básica de Alagoinhas-BA

FONTE: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, período de jan-abr/2007.

Os medicamentos pedidos das unidades devem ser enviados todo final de mês para a farmácia básica central, através de formulário específico que contém todos os medicamentos do elenco, sendo que, as unidades de saúde mantêm um estoque de medicamentos suficiente para a demanda de um mês.

Os pedidos são analisados através de checagem do histórico de demanda da unidade, de maneira que quantidades fora da demanda usual não são atendidas. Em seguida, os pedidos são liberados para a separação e distribuição. A distribuição é feita por um automóvel utilitário da Secretaria Municipal de Saúde e acontece no início de cada mês, sendo a data limite o décimo dia de cada mês.

Atualmente a assistência farmacêutica do município conta com quatro farmacêuticos que respondem por atividades específicas: um farmacêutico responsável pelos medicamentos distribuídos na atenção básica, outro pela média e alta complexidade, um terceiro responsável pelo CAPS e por último uma farmacêutica lotada no Centro de Saúde Parque floresta.

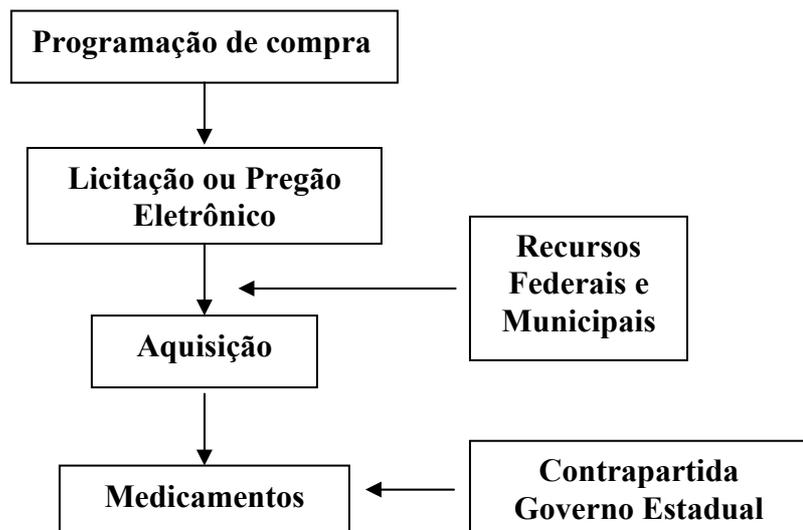
Com a intenção de organizar e solidificar a AF no município foi criado em outubro de 2005 o núcleo de AF, composto por todos os farmacêuticos do município, que tem como atribuições discutir, analisar e resolver os problemas relacionados à organização da AF municipal; compor e coordenar a Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município para a

elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE) e emitir parecer técnico sobre a aquisição de medicamentos, conforme o Relatório Situacional do Núcleo de Assistência Farmacêutica (ALAGOINHAS, 2006).

O processo de aquisição de medicamentos até o ano de 2006 era feito duas vezes ao ano. A partir de 2007 este período foi reduzido, sendo que as aquisições acontecem de três em três meses.

Os medicamentos são adquiridos diretamente de distribuidores de medicamentos que participam das licitações ou pregões eletrônicos. Os recursos financeiros são oriundos do Governo Federal e Municipal e a contrapartida do Governo do Estado é repassada através de medicamentos enviados pela CEFARBA (Central Farmacêutica da Bahia) e não através de recursos financeiros. A quantidade de medicamentos enviada segue uma lista estabelecida por município/habitante.

No fluxograma 5 pode-se visualizar os passos da aquisição de medicamentos realizada pelo município.



FLUXOGRAMA 5 – Fluxograma de aquisição de medicamentos do Elenco da Farmácia Básica

FONTE: Informações obtidas durante a coleta de dados junto à SMS, período de jan-abr/2007.

A estrutura organizacional da AF na ABS engloba as questões referentes à estrutura física das unidades que armazenam e dispensam medicamentos, incluindo recursos materiais e humanos, além de processos que permitem que as atividades da AF sejam desenvolvidas de maneira estruturada e organizada, a fim de contribuir para o acesso irrestrito dos usuários aos medicamentos da ABS.

A análise do quadro 10 (APÊNDICE I) identificou que nove USF (45%) estão alocadas em imóveis próprios da Prefeitura Municipal, dez (50%) funcionam em imóveis alugados e uma (5%) em imóvel cedido gratuitamente. Na zona rural, 83,3% das USF estão alocadas em imóveis próprios.

Os resultados da avaliação da estrutura física do local de armazenamento e dispensação de medicamentos dessas unidades revelaram que todas possuem características muito semelhantes. Em apenas quatro unidades a dispensação e o armazenamento de medicamentos eram realizados na farmácia. No restante, essas atividades aconteciam no depósito (7 unidades), na sala de vacinação (12 unidades) e na recepção (3 unidades), como demonstra o gráfico 1:

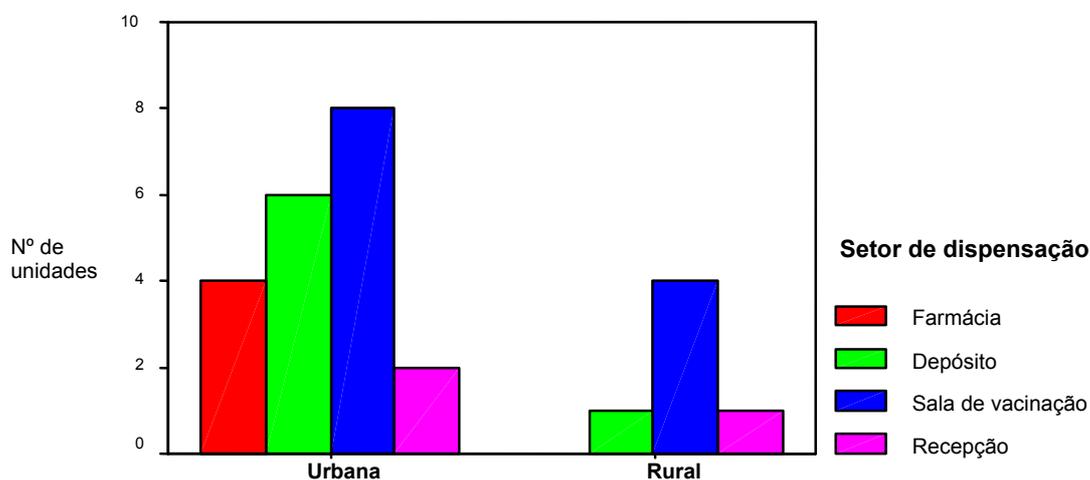


GRÁFICO 1 - Localização das unidades de saúde (urbana ou rural) e o setor que dispensa o medicamento.

As condições do local de armazenamento e dispensação de medicamentos podem contribuir ou não, para a manutenção de suas qualidades químicas e, conseqüentemente, sua eficácia terapêutica.

Segundo Marin (2003), os fatores extrínsecos aos medicamentos, como temperatura, umidade, ventilação e luminosidade são importantes para a manutenção de sua estabilidade. Sendo assim, aplicou-se uma lista de verificação em relação à estrutura física das unidades (APÊNDICE G), com 39 questões relacionadas a aspectos básicos e essenciais quanto à qualidade da estrutura física, que podem trazer conseqüências potenciais diretas na qualidade dos medicamentos armazenados.

Dessa maneira, as unidades que obtivessem o maior número de respostas positivas ou sim, estariam com suas estruturas físicas mais adequadas ao armazenamento de medicamentos.

De acordo com a pontuação as unidades foram separadas em três grupos como indica o gráfico 2.

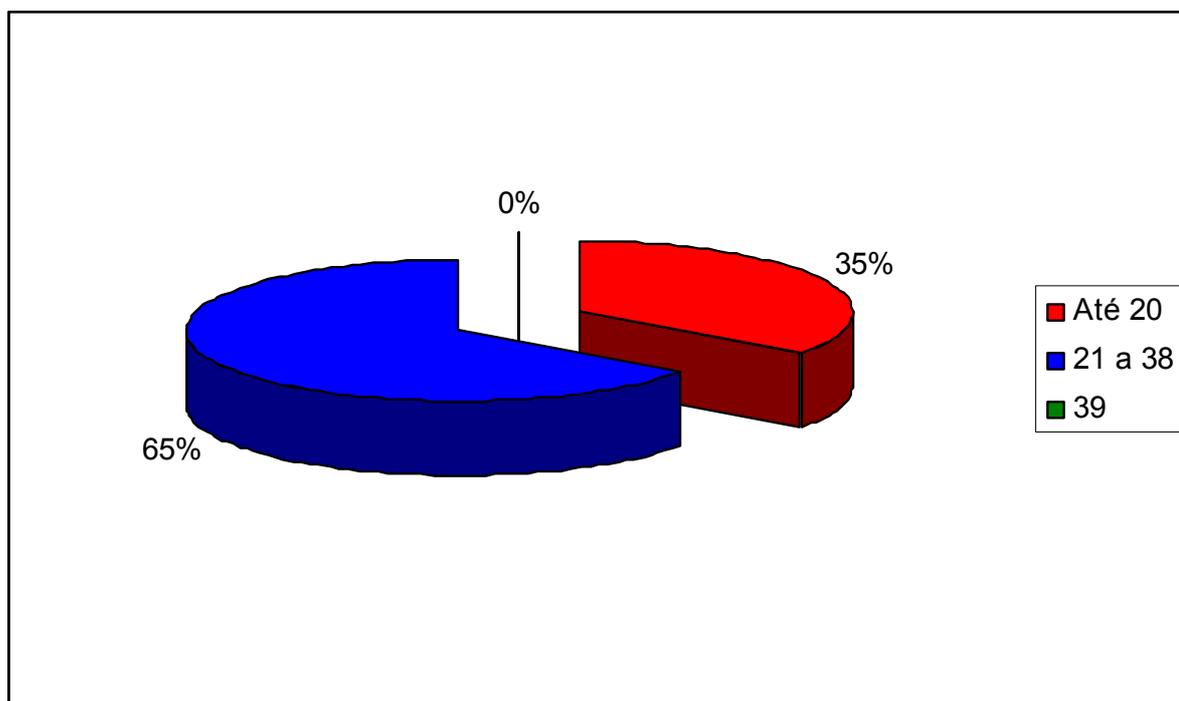


GRÁFICO 2 - Distribuição das unidades de saúde segundo o grau de boas práticas de estocagem.

Após a análise da pontuação recebida por todas as unidades avaliadas, detectou-se que nenhuma atingiu a pontuação máxima (39 pontos = conceito ótimo) e a grande maioria foi classificada na faixa de pontuação entre 21-38 pontos, sendo consideradas unidades com estrutura física regular. De maneira geral, todos os resultados foram considerados insuficientes, tendo em vista que apenas foram verificados aspectos básicos e essenciais quanto à qualidade da estrutura física e que podem trazer conseqüências potenciais diretas na qualidade dos medicamentos armazenados.

A análise minuciosa das freqüências de respostas à lista de verificação mostra alguns resultados em relação à estrutura física das unidades e que devem ser destacados. Apenas três unidades apresentavam aparelho de ar condicionado no local de armazenamento; duas unidades com sede própria; e uma unidade de PSF rural, localizada em um prédio cedido gratuitamente por uma instituição religiosa.

O aparelho de ar condicionado, funcionando adequadamente, proporciona condições ideais de temperatura e umidade para a conservação dos medicamentos, principalmente em regiões com altas temperaturas ao longo do ano como a Região Nordeste do país, onde está localizado o Estado da Bahia e o Município estudado.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a temperatura, em especial, é uma condição ambiental diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações de medicamentos. Elevadas temperaturas são contra-indicadas para medicamentos, visto que podem acelerar a indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos produtos e alterando sua eficácia. A alta umidade do ar pode alterar a estabilidade dos medicamentos favorecendo o crescimento de fungos e bactérias, podendo sofrer alterações de consistência, sabor, odor, cor e tempo de desintegração.

Nas USF que não tinham ar condicionado, as condições de ventilação do local de armazenamento de medicamentos também não foram adequadas, pois apenas 65,4% das unidades possuíam janelas que permitiam uma boa ventilação.

Outro fator importante para a manutenção da qualidade dos medicamentos é a proteção dos mesmos contra umidade, pragas, insetos e aves. Neste aspecto, 88,5% das unidades tinham o teto forrado, em boas condições e sem goteiras, mas 53,8%, não apresentavam qualquer tipo de proteção contra roedores e não foram detetizadas contra pragas e insetos no período de 2006-2007. Entre as unidades com sede própria 60% apresentaram proteção contra a entrada de roedores, insetos e aves. Já entre as unidades localizadas em sede alugada apenas 22% dispunham de tal proteção e apenas 50% das unidades cuja sede foi cedida gratuitamente. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), roedores, insetos e pragas podem danificar as embalagens dos medicamentos e, conseqüentemente, contaminarem o seu conteúdo, impossibilitando o uso.

Neste aspecto, as diferenças entre os resultados das unidades próprias, alugadas e cedidas gratuitamente demonstram uma tentativa de adequação das unidades próprias às boas condições de higiene e, conseqüentemente, de armazenamento de medicamentos. Ao mesmo tempo, expõe a precariedade das instalações de algumas unidades situadas em imóveis alugados, na maioria das vezes adaptadas de maneira improvisada para alocar unidades de saúde. O problema da inadequação da estrutura física de algumas USF é muito mais complexo, envolvendo questões referentes à descentralização da gestão e financiamento.

De maneira geral, os gestores afirmam que os recursos são escassos e direcionados pela instância federal a determinados programas e ações que, muitas vezes, não correspondem às reais necessidades da realidade local. Desta maneira, os municípios são forçados a cumprir

de forma burocrática alguns requisitos para que possam receber de maneira adequada os seus recursos financeiros.

Marques e Mendes (2002) afirmam que em relação à ABS, embora as ações e serviços sejam de responsabilidade do município, a instância federal vem reforçando, mediante o financiamento, seu papel na determinação da política a ser adotada. Corroborando com este pensamento, Bueno e Merhy (2002), no final da década de 1990, afirmavam de maneira contundente, que a NOB-SUS/96 poderia inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente, o que efetivamente aconteceu.

O modelo de alocação de recursos intergovernamental que ainda vigora no SUS peca pela excessiva fragmentação da distribuição de recursos para as esferas infranacionais, comprometendo a autonomia dos governos municipais e estaduais na alocação de recursos, como também na formulação e implementação de políticas que atendam às reais necessidades da população local. Sendo assim, segundo Ugá e outros (2003), atualmente existem quatro grandes fluxos de recursos, que por sua vez estão subdivididos em vários tipos de repasses financeiros. Alguns correspondem a transferências globais de recursos calculadas com base em valor *per capita*, outros se constituem em incentivos à implementação de programas específicos e, outros, se referem aos pagamentos por serviços médico-assistenciais prestados pelas unidades pertencentes às esferas infranacionais de governo.

A pouca autonomia e a escassez de recursos para atender às reais necessidades do sistema municipal de saúde é perceptível nas falas dos informantes-chave [Ent. 2, Ent. 4] que destacam a falta de estrutura física adequada das USF e as dificuldades para implementar obras de melhorias de estrutura física:

[...] A estrutura física inadequada dessa farmácia das unidades de saúde, porque na maioria são unidades alugadas com estrutura física, muitas vezes, inadequadas para farmácia, sem ar condicionado e a gente sabe que esta é uma realidade encontrada nas USF de um modo geral no país (Ent. 2 / Grupo I).

[...] Com recursos próprios a gente não consegue porque uma reforma de ampliação de USF fica em torno de 150.000 a 200.000, a gente tem alguns projetos no MS que estão em andamento (Ent. 4 / Grupo I).

Nesse sentido, ao analisar o Relatório de Gestão do Município de Alagoinhas referente ao ano de 2006, percebem-se alguns esforços no sentido de melhorar as condições de estrutura física das USF locais. Dentre eles, a aquisição de imóveis para unidades de saúde e o estabelecimento de projetos arquitetônicos em todas as USF próprias e cedidas para posterior elaboração de projetos.

O mesmo relatório destaca as dificuldades e limitações encontradas para a consolidação dessas realizações, principalmente as limitações financeiras e orçamentárias, devido a arrecadação do município ser inferior ao necessário para a manutenção das ações e serviços de saúde.

Apesar disso, de acordo com o relatório, foram gastos com medicamentos da farmácia básica o valor de R\$221.367,36 e com medicamentos de grupos específicos R\$191.615,20. Dessa maneira, a participação municipal na transferência de receita para a saúde foi no primeiro semestre de 2006 de 26,54%, o que supera o valor mínimo de 15% determinado pela Emenda Constitucional 29.

Em relação aos recursos materiais necessários para a realização das ações de AF nas USF, entre eles a disponibilidade de prateleiras ou armários para o armazenamento adequado de medicamentos; a disponibilidade de um instrumento para controle de estoque; da lista de medicamentos essenciais municipal nas USF. Identificou-se que 73,1% das unidades não apresentaram número suficiente de prateleiras, sendo assim na maioria delas os medicamentos não estavam estocados de maneira adequada, ocorrendo empilhamento excessivo de caixas. Além de dificuldade de sistematização por ordem alfabética, de lote e validade. No entanto, 76,9% das unidades afirmaram ter um dispositivo para controle de estoque. Dentre os dispositivos utilizados 95% utilizavam formulários ou livros de registro de saídas e entradas e 5% faziam uso de sistema informatizado, como demonstra o gráfico 3.

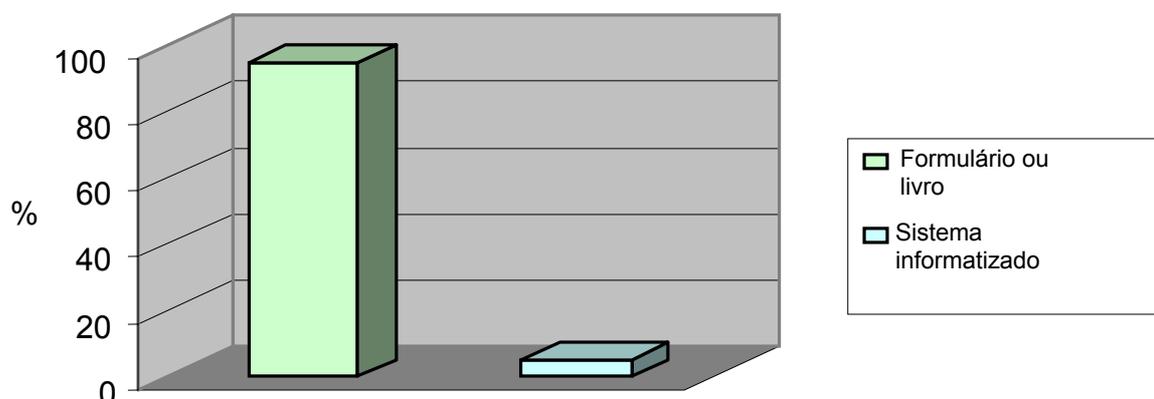


GRÁFICO 3 - Tipo de dispositivo utilizado para controle de estoque.

A observação sistemática do processo de controle de estoque feita nas unidades revelou que em muitas delas são realizados apenas registros de saídas de medicamentos, em detrimento dos registros de entradas. Tal constatação sugere que o controle de estoque nas USF vem sendo feito de maneira não fidedigna, prejudicando a disponibilidade de medicamentos e, conseqüentemente, o acesso do usuário a este bem.

Dessa maneira, também foi avaliada a disponibilidade de procedimento para prever demanda mensal de medicamentos e os resultados obtidos foram preocupantes, pois 96,2% das unidades avaliadas não apresentavam procedimento de demanda mensal de medicamentos.

A ausência de previsão de demanda, item importante no processo de planejamento da unidade significa que a demanda local pode não estar sendo atendida, ou que a distribuição de medicamentos pode estar equivocada em relação à demanda real da população local.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) o controle de estoque é de fundamental importância, pois tem por objetivo subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos, visando à manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda. Assim, evita-se superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

A falta de um efetivo controle de estoque contribui para irregularidades na distribuição de medicamentos aos usuários, fato que foi constatado na avaliação da disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades de saúde. Os resultados mostraram que 92,3% das unidades apresentaram faltas, de pelo menos um item da lista de medicamentos, adotada pelo município no momento da avaliação. Segundo a Organização Panamericana de Saúde - OPAS

(2005) para que se tenha uma assistência farmacêutica efetiva é necessário que 100% das unidades estejam com todos os medicamentos do elenco disponíveis.

Outro fator importante, reflexo de um controle de estoque ineficaz, é a frequência com que os medicamentos estocados nas unidades acabam perdendo sua validade. No município estudado, 26,9% das unidades de saúde apresentaram medicamentos vencidos que se encontravam segregados, a espera da retirada pela coordenação da farmácia básica. A percentagem de unidades rurais com medicamentos vencidos foi de 50% contra 20% de unidades urbanas. Da mesma maneira, a OPAS (2005) afirma que não deve haver medicamentos vencidos nas unidades para que se evite que estes sejam dispensados aos usuários e possam causar prejuízos à sua terapêutica.

Importante destacar que as falas dos informantes-chave [Ent. 3, Ent. 2] convergiram no sentido de que existe grande dificuldade no transporte, ou recolhimento dos medicamentos vencidos das unidades e que a questão do destino final desses resíduos ainda está muito obscura.

[...] Os vencidos, esse é o nosso problema, a gente foi orientada a fazer a separação, então está tudo aí separado nas caixas de pérfuro-cortante. Agora essa coleta é que não tem sido feita, porque antigamente esses medicamentos iam para a Vigilância Sanitária, mas aí teve um problema na Vigilância que acumulou muitos medicamentos lá... Então ainda não está muito bem definido isto, então por enquanto a gente guarda aqui mesmo na unidade (Ent. 3 / Grupo I).

[] A gente vê muito na prática é que o medicamento vence na unidade e a gente não tem aonde descartar, aí fica na unidade até esperar o carro vir para pegar o remédio e deixar na Farmácia Básica Central (Ent. 2 / Grupo I)

Os procedimentos de inspeção física de medicamentos no momento do recebimento são importantes, para detectar avarias ou produtos recebidos com prazo de validade próximo do vencimento. Neste aspecto, 46,2% das USF não apresentaram procedimento ou rotina de inspeção estabelecida. Dessa maneira, seguindo o padrão estabelecido pela OPAS (2005), todas as unidades deveriam disponibilizar de tal procedimento, de maneira que se tornasse uma rotina no serviço, evitando perdas de medicamentos desnecessárias.

Quanto aos procedimentos de estocagem de medicamentos, estes foram agrupados em alguns itens importantes que apontam para a adequação ou não das rotinas de armazenamento,

sendo eles: a estocagem do medicamento em contato direto com chão e paredes, item que pode prejudicar a qualidade dos produtos pela ação da umidade e sujidade presentes nessas superfícies; estocagem de outros materiais juntamente com medicamentos, fator que pode levar a contaminação dos medicamentos por outras substâncias; e a sistematização por ordem alfabética, lote e validade, que facilita a identificação dos medicamentos disponíveis e de seus prazos de validade.

Os resultados obtidos mostraram que apenas 19,2% das unidades estocavam medicamentos em contato direto com as paredes e 23,1% deixavam os mesmos em contato direto com o chão; 53,8% estocavam medicamentos junto com outros produtos como dispositivos para curativos, anti-sépticos, saneantes, material para escritório, entre outros. Esses resultados confirmam aqueles obtidos com a aplicação da lista de verificação das condições da estrutura física das USF que contribuem para as boas práticas de estocagem. Ou seja, as más condições de estrutura física das unidades, aliada à falta de recursos materiais como prateleiras e armários para o armazenamento de medicamentos contribuem para que as práticas de estocagem também não sejam ideais.

A questão da disponibilidade de medicamentos para os usuários do SUS tem sido alvo, nos últimos anos, de muitos estudos realizados em diversas regiões do país. Guerra Junior e outros (2004) realizaram um estudo em duas regiões de Minas Gerais com índice de desenvolvimento humano $< 0,699$. Nessas regiões a disponibilidade de medicamentos essenciais na ABS foi de apenas 46,9%, índice muito baixo considerando a vulnerabilidade da população das regiões estudadas. Da mesma forma, Naves e Silver (2005) avaliaram a assistência farmacêutica na ABS em Brasília-DF e chegaram a uma disponibilidade de medicamentos essenciais de 83,2%. Tais estudos confirmam que a disponibilidade de medicamentos ainda é um fator limitante para se chegar a uma assistência farmacêutica resolutiva.

Nessa perspectiva, percebeu-se nos depoimentos dos usuários [Ent. 2, Ent. 4, Ent.11 e Ent. 13] que existe dificuldade de acesso aos medicamentos nas unidades devido, às faltas periódicas destes produtos, fato destacado nas falas a seguir.

[...] Acontece de não ter, eles falam pra gente voltar depois de quinze dias ou quando não acha no posto eles pedem pra gente pegar na farmácia do centro (Ent. 2 / Grupo II).

[...] Acontecia que a gente vinha pegar os medicamentos e eles diziam que não tinha que era para gente pegar lá embaixo na farmácia do centro, aí a gente ia pra lá e eles diziam que não, que era aqui, aí ficava nesse jogo de empurra, ta entendendo (Ent. 4 / Grupo II).

[...] É o Posto da Nova Brasília, eu pego aqui quando lá não tem. Hoje mesmo eu peguei um lá e outro aqui, cheguei aqui e tive que tirar uma xerox da receita para pegar aqui o outro, vim de lá nesse instante (Ent. 11 / Grupo II).

[...] Eu vim pegar um medicamento para o meu pai, mas eu não achei, só tem um remédio na receita, mas eu não achei (Ent. 13 / Grupo II)

A maioria dos usuários convergiu em seus depoimentos, no sentido de que tem dificuldades de conseguir seus medicamentos nas USF de seus bairros e que muitas vezes necessitam de se deslocar para a farmácia básica, localizada no centro da cidade, para enfim conseguir ter acesso aos seus medicamentos.

Nesse sentido, outro usuário [Ent.9] complementa as falas citadas anteriormente ao relatar que seria melhor que o medicamento estivesse disponível na unidade de saúde do bairro. Dessa maneira seriam evitados os deslocamentos que muitas vezes são impossíveis de serem feitos por falta de recursos financeiros e de tempo.

[...]Eu vim pegar um remédio para o meu pai, mas eu não achei, só tem um remédio na receita, mas eu não achei. Essa farmácia do centro fica longe pra gente, porque a gente mora lá na Praça Santa Izabel lá no bairro seria melhor que tivesse no posto. Era mil vezes melhor (Ent. 9 / Grupo II).

A disponibilidade de medicamentos está diretamente ligada à questão do acesso dos usuários a este bem. Acesso é um conceito complexo que varia entre os autores e que vem mudando ao longo do tempo de acordo com o contexto que está inserido. Para esta discussão é necessário resgatar alguns conceitos de acesso e relacioná-los com a realidade dos serviços de saúde do município estudado. Segundo o Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1988) é “o ato de ingressar, entrada, trânsito, passagem, aproximação”. Ao estabelecer correlação com o sistema de saúde pode-se dizer que acesso é, de certa forma, os caminhos percorridos pelos usuários no sistema de saúde, desde o seu ingresso através da

“porta de entrada”, no sentido de resolver suas necessidades (ABREU-DE-JESUS; ASSIS, 2007).

O acesso universal aos serviços de saúde, além de estar garantido na Constituição brasileira, se tornou uma bandeira de luta dos movimentos sociais. Neste sentido, acesso vai além da disponibilidade dos serviços demandados pelos usuários. Desta maneira, se o usuário não adquirir consciência de cidadania, ou seja, se ele não compreende seus direitos enquanto cidadão e usuário do sistema de saúde, diminui a possibilidade de adequação do sistema de saúde às suas reais necessidades.

Abreu-de-Jesus e Assis (2007) ao tratarem a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação dos usuários com serviços de saúde, destacam que deve-se ter em conta uma visão compreensiva da questão, onde se comportam várias dimensões de acesso a serem analisadas, entre elas: uma dimensão econômica referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e a organização da rede de serviços, uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e organização popular, e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Na análise dos depoimentos dos usuários acima citados [Ent. 2, 4, 9, 11 e 13], percebe-se que a dimensão econômica do acesso, ou seja, a não adequação da oferta à demanda é evidente na AF básica do município estudado. Este fato é percebido pelo acesso seletivo a determinados medicamentos, evidenciado pelas faltas periódicas de alguns destes que fazem parte da lista adotada pelo município.

Em relação à dimensão técnica do acesso, a falta de um controle de estoque fidedigno relatada anteriormente, aliada à falta de uma previsão mensal de demanda coerente evidenciam falhas no processo de planificação da AF na atenção básica. Conseqüentemente tem-se a ocorrência de desabastecimentos de medicamentos periódicos nas USF, o que tem prejudicado o acesso do usuário a este bem. Tal fato tem contribuído para a ocorrência de deslocamentos geográficos por parte dos usuários, na tentativa de conseguir acesso aos medicamentos prescritos em outras unidades que os disponham. Neste aspecto, a dificuldade de acesso é ainda maior, pois existe a questão do custo destes deslocamentos, muitas vezes, inacessível para o cidadão.

Assim como Abreu-de-Jesus e Assis (2007), Donabedian (1973) em uma de suas primeiras publicações definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera

disponibilidade de recursos. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

O mesmo autor distingue duas dimensões de acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica, afirmando que estas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional inclui todas as características da oferta de serviços que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas de usá-lo, por exemplo, políticas que selecionam os usuários em função da sua condição social ou diagnóstico. Já a acessibilidade geográfica relaciona-se às questões de espaço, como por exemplo, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros. Pode-se dizer que estas dimensões proposta por Donabedian (1973) estão relacionadas às dimensões econômica e técnica propostas por Abreu-de-Jesus e Assis (2007) e Giovanella e Fleury (1996).

Os problemas de disponibilidade ou não de medicamentos nas USF foi também mencionada nos depoimentos dos entrevistados do grupo dos informantes-chave. Os sujeitos deste grupo destacaram que a burocracia e a lentidão das licitações, aliada à falta de recursos para a aquisição de medicamentos e problemas na pactuação com os municípios vizinhos, têm dificultado a disponibilidade de medicamentos na rede de atenção básica.

A questão da pactuação está inserida no processo de regionalização do SUS e trata-se de um eixo estruturante do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b) que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção em Saúde. As Regiões de Saúde, recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, devem organizar suas redes de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Esta organização deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada é necessário a pactuação, entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares. O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à ABS e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município.

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados, a fim de garantir a resolubilidade e o acesso integral.

Alagoinhas está inserida, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), na Macro-região Nordeste, sendo o município-pólo ou cidade de referência para a Microrregião que é composta por outros quinze municípios. Entre eles são pactuadas as ações de média e alta complexidade. Os usuários oriundos desses municípios, devido a dificuldades de acesso aos serviços de saúde de seus municípios, acabam procurando ter acesso não só aos serviços pactuados como também aos medicamentos necessários para a sua terapêutica. Essa situação contribui para o desabastecimento de medicamentos destinados à população local, visto que existe um planejamento mensal e anual da demanda de medicamentos municipal de acordo com a população atendida pelo PSF (BAHIA, 2004).

Outro aspecto destacado nas falas dos entrevistados do grupo dos informantes-chave [Ent. 2, Ent. 3], foi a divergência entre as necessidades ou demandas das USF, em relação aos medicamentos e o quantitativo enviado às USF pela FB central.

[...] O que a gente percebe também é uma dificuldade da Farmácia Básica, uma certa resistência em distribuir o medicamento para as USF...Certas burocracias, o pedido que chegou atrasado não libera...Se eu peço 6000 comprimidos de captopril só mandam 3000, 50% da minha demanda, aí o usuário tem que procurar a Farmácia Básica, isso gera desconforto, deslocamento desnecessário (Ent. 2 / Grupo I)

[] Acontece de não mandar a quantidade solicitada, principalmente quando eles estão com estoque baixo, então a gente pede uma quantidade muito grande de captopril por exemplo, que é um medicamento que sai muito, e se o estoque deles está baixo eles não mandam a quantidade solicitada (Ent. 3 / Grupo I).

De outro lado, divergindo das falas anteriores, um entrevistado (Ent. 1) do grupo dos informantes-chave relata a dificuldade de comunicação da FB central com as USF. Enfatiza a questão dos desabastecimentos de medicamentos periódicos da FB central, devido ao atraso na entrega dos pedidos dos medicamentos. Destacando também que as USF não têm condições físicas de armazenamento de medicamentos e dificuldades no processo de planejamento do seu estoque e, por isso, não deveriam distribuir medicamentos.

[] Eu tenho muita dificuldade de contato com as unidades de saúde, eles acham que a gente não quer mandar a medicação...Os pedidos são controlados

através de um histórico de demanda, qualquer disparidade é detectada e não é mandada... Os problemas de desabastecimentos são mais por conta de atrasos de entrega de pedidos pelos fornecedores. A unidade de saúde não tem estrutura para fazer armazenamento e não é do perfil da enfermeira a questão do controle de estoque de medicamentos... Nós achamos que os medicamentos não deveriam ficar nas USF (Ent. 3 / Grupo I).

Percebe-se nas falas uma zona de conflito entre as USF e a FB central, principalmente no que diz respeito ao planejamento de estoque de medicamentos, havendo divergências entre as reais necessidades das USF e a cobertura pela FB central.

Sabe-se que a prática do planejamento é inerente ao ser humano desde o momento em que ele se percebe enquanto ser pensante, capaz de fazer planos, traçar metas e definir objetivos. Segundo Matus (1993) planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, mas que vontade humana é essa? Para Matus (1993) existe o homem indivíduo que procura alcançar objetivos particulares e o homem coletivo, grupo de homens agrupados com interesses ou visões mais ou menos comuns. Dessa maneira, o planejamento surge como um problema entre homens: homens individuais que procuram defender seus próprios interesses e o homem coletivo que busca uma ordem e uma direção societária, assim como, entre as diferentes forças sociais que planejam e lutam por objetivos opostos. Quando se analisa o planejamento em todas as unidades de saúde que dispensam medicamentos da ABS, percebe-se que cada unidade, isoladamente, realiza de certa forma e de maneira empírica, algum tipo de planejamento das atividades da AFB, mesmo que não exista um controle de estoque fidedigno que dê suporte às tomadas de decisões. Privilegia-se a dimensão individual e singular de cada sujeito que planeja em detrimento dos processos e decisões coletivas.

Em relação ao planejamento da AFB do município percebe-se que este segue o modelo normativo de planejar, que parte do princípio de que os problemas são bem estruturados. Para Matus (1993) problemas estruturados são aqueles cujas regras do sistema que os produz são precisas, claras, invariáveis e pré-determinadas. Nesse caso o homem está fora do problema e se relaciona com ele somente para tentar resolvê-lo. Além disso, este tipo de planejamento força a realidade até que ela se ajuste às suas possibilidades. Ou seja, não leva em consideração as idéias e opiniões dos diferentes sujeitos envolvidos no processo a ser planejado.

Os problemas decorrentes deste tipo de planejamento são perceptíveis no município estudado e ficam evidenciados pela falta de entendimento entre as USF e a FB central, no que

diz respeito à demanda e à oferta de medicamentos. Além disso, fica evidente o distanciamento das decisões tomadas no âmbito da FB central em relação às USF. Neste aspecto, tanto a FB central como as USF tem razões para justificar os desentendimentos. Por um lado, está a FB central realizando ações no sentido de racionalizar o uso dos medicamentos, evitando desperdícios e desvios, diante da realidade de escassez de recursos em saúde e da dificuldade das USF em realizar um efetivo controle de estoque. Por outro lado, estão as USF que tentam atender à demanda cada vez mais crescente por medicamentos, mesmo diante de suas limitações em relação à estrutura física, recursos materiais e humanos.

Outro fator que contribui para o acesso dos usuários aos medicamentos é a disponibilidade de uma cópia da lista de medicamentos essenciais adotada pelo município em cada unidade de saúde, o que facilita e otimiza as prescrições, de acordo com os medicamentos disponíveis na referida lista. Neste aspecto, 76,9% das USF apresentaram pelo menos uma cópia da referida lista disponível para os membros da equipe de saúde, principalmente prescritores.

Os membros da equipe, muitas vezes, não prescrevem os medicamentos padronizados pelo município porque simplesmente desconhecem a padronização de medicamentos adotada. A não adoção da lista de medicamentos essenciais do município pode ser, também, reflexo de uma padronização de medicamentos que não atende às demandas da população e não obedece a critérios epidemiológicos. Nesse caso, pode também refletir a falta de uma comissão de farmácia e terapêutica interdisciplinar indicada para proceder à padronização de medicamentos essenciais, levando em consideração critérios epidemiológicos, segurança e eficácia dos medicamentos.

O Município estudado ainda não dispõe de uma relação de medicamentos essenciais própria, ou seja, elaborada de acordo com as necessidades da população local. A relação de medicamentos adotada pelo município é a Estadual (ANEXO E). Nesta perspectiva, o depoimento de um entrevistado do grupo dos informantes-chave demonstrou que a não adoção da lista de medicamentos padronizados do município, tem gerado inúmeras ações judiciais para a aquisição de medicamentos fora do elenco padronizado. Tais processos são movidos por usuários que se sentem prejudicados por não terem acesso aos medicamentos prescritos pelos médicos da rede pública.

Vieira e Zucchi (2007) ao analisarem as ações judiciais movidas por usuários na cidade de São Paulo no ano de 2005, que solicitaram o direito ao acesso a medicamentos gratuitos pelo SUS, detectaram que câncer e diabetes foram as principais doenças referidas (59%) e que, 62% dos medicamentos solicitados faziam parte da Relação Municipal de

Medicamentos Essenciais, sendo que dos medicamentos solicitados não padronizados, 73% poderiam ser substituídos por medicamentos padronizados no município. Desta maneira, chegaram a conclusão que a maioria dessas ações poderiam ser evitadas se fossem consideradas as diretrizes do SUS e a observância das relações de medicamentos essenciais. Nessa mesma linha de estudo, Marques e Dallari (2007) concluíram que o Poder Judiciário, ao proferir suas decisões, não toma conhecimento dos elementos constantes na política pública de medicamentos, sustentando que questões políticas não podem disciplinar ou condicionar o exercício do direito à saúde e à AF integral e universal dos cidadãos brasileiros contidos no arcabouço legal. Assim, o judiciário vem ignorando que os direitos foram instituídos, de forma ampla e atrelados à elaboração de políticas sociais e econômicas. Ou seja, o Poder Judiciário vem prejudicando a tomada de decisões coletivas pelo sistema público nesse âmbito, sobrepondo as necessidades individuais dos autores dos processos às necessidades coletivas.

Em Alagoinhas, o Núcleo de Assistência Farmacêutica Municipal, criado no ano de 2005, está trabalhando atualmente para constituir a Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal e, pretende também, iniciar o processo de estudos para seleção dos medicamentos essenciais que atendam às necessidades de saúde da população local.

Estudos como o de Santos e Nitrini (2004) realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP, cidade que possui um sistema de saúde municipal com serviços farmacêuticos alocados na Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico, mostrou que a adoção da relação municipal de medicamentos essenciais nas unidades de saúde daquele município foi de 83,4%, o que aponta para uma alta aceitação da lista pelos prescritores, sugere também uma padronização correta e consensual baseada no perfil epidemiológico de doenças da região. Neste sentido, Colombo et al (2004) analisaram os medicamentos prescritos nas USF da cidade de Blumenau - SC e verificaram que a maioria, ou seja, 82,4% pertencia a lista de medicamentos padronizados pelo município. Tal achado demonstra adoção dos medicamentos padronizados localmente pelos prescritores, reforçando adequação desta às necessidades da população atendida. Além disso, reflete a preocupação da Secretaria Municipal de Saúde daquela cidade, em manter um programa regular de educação continuada, onde são abordados diversos assuntos inclusive as patologias mais frequentes na população atendida e seus tratamentos, direcionado a todos os membros da equipe de PSF.

Quando se fala de disponibilidade e escassez de medicamentos e outras tecnologias em saúde, no âmbito do SUS, não se pode esquecer do fenômeno crescente de medicalização

social que tem aumentado significativamente, a demanda pelos serviços de saúde na sociedade atual.

Segundo Tesser (2006b), a medicalização social pode ser considerada o resultado do sucesso da empreitada científica na saúde, que buscou monopolizar a legitimidade epistemológica oficial do ocidente. O autor coloca que a medicalização transforma culturalmente as populações com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas, o que contribui para um consumo abusivo e contra produtivo dos serviços de saúde, gerando dependência excessiva e alienação, consistindo em relevante desafio para o SUS. Ele interpreta a medicalização social como o resultado do sucesso da socialização da medicina para grandes contingentes populacionais pouco modernizados, o que implica um epistemicídio de saberes e práticas não científicas, populares ou tradicionais.

Para Tesser (2006a), o desfecho prático do processo de medicalização social mostra que gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões e ferimentos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, dores ocasionais recorrentes ou crônicas, mortes e nascimentos, crises existenciais, enfim passam a ser vertiginosamente medicalizados, carentes de interpretação e prescrição médica ou de um especialista similar.

Dessa maneira, Tesser (2006a) vê a nova proximidade e interação entre usuário e serviços de saúde, permitida pela Estratégia de Saúde da Família, por um lado, como uma chance para a reorientação da medicalização e reconstrução da autonomia, mas por outro, como uma nova força medicalizadora poderosa. Assim estratégias e orientações para uma atenção à saúde na rede básica, de caráter “desmedicalizante” e/ou minimizador da medicalização tornam-se valiosas e são relativamente escassas. A construção de uma tradição de prática clínica menos medicalizante na rede básica e na ESF é uma tarefa urgente, tanto para a formação médica como para a educação permanente. O atraso nesta construção compromete a potencialidade da ESF e do investimento na rede básica e, significa o perigo de uma aceleração na medicalização social, caso a ESF cresça sem inovar na clínica que oferece aos seus usuários.

Dentro deste âmbito, usando-se os tipos de tecnologias propostas por Merhy (1997), pode-se dizer que o medicamento, enquanto tecnologia dura, também é fortemente demandada pela população socialmente medicalizada. Este fenômeno leva a uma “bola de neve” crescente e infindável da demanda espontânea por atenção médica e cura para todos os tipos de queixas, dores e incômodos.

A AF tem sido tratada no SUS dentro de uma ótica minimalista, ou seja, suas ações tem se voltado estritamente para a aquisição e distribuição de medicamentos. A reprodução desse modelo ao longo dos anos resultou na sua fragmentação e na baixa qualidade dos serviços farmacêuticos, tanto pela carência de recursos humanos qualificados, como também pela questão da infra-estrutura, já relatados anteriormente.

A questão da disponibilidade e do desabastecimento de medicamentos essenciais na atenção básica passa por problemas de financiamento, falta de planejamento da AF, escassez de recursos humanos devidamente qualificados, deficiências nos processos e estrutura física, mas também possui como fator contribuinte importante a forte medicalização social que se encontra a sociedade brasileira e mundial.

Em meio a inúmeras necessidades e demandas, os serviços de farmácia não são considerados prioritários na disputa por recursos nos orçamentos da saúde. Segundo Vieira (2007) talvez a sua importância ainda não esteja explicitada para a maioria dos gestores.

Essas questões comprometem os processos da AF, contribuindo para a sua baixa eficiência e, conseqüentemente, diminuindo a capacidade de resolução dos problemas de saúde pelos serviços. Nesse aspecto, podem-se citar as freqüentes perdas de medicamentos por expiração de validade ou armazenamento inadequado, as trocas de medicamentos no momento da dispensação, a falta de orientação ao usuário sobre o uso correto dos medicamentos, o uso irracional e as faltas freqüentes de medicamentos essenciais no momento oportuno ao tratamento.

4.2 A prática da dispensação do medicamento como orientadora da comunicação e resolubilidade da AFB.

A avaliação das questões pertinentes aos recursos humanos possibilitou traçar um diagnóstico dos trabalhadores que estão envolvidos diretamente com as ações da AFB. Em Alagoinhas, o tipo de vínculo empregatício predominante entre os trabalhadores das unidades de saúde foi o contrato temporário (69,2%), seguido de trabalhadores efetivados por concursos (26,9%) e efetivados não concursados (3,8%). Importante destacar que estes percentuais foram obtidos através da aplicação do formulário em cada unidade de saúde, onde foi questionado o quantitativo de profissionais que trabalhavam com a distribuição de medicamentos, qual formação profissional e tipo de vínculo empregatício.

Resultados semelhantes foram divulgados pelo Relatório de pesquisa agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF, realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas no ano de 2002, onde as modalidades de contratação temporária e o vínculo de prestação de serviços como predominantes sobre todas as outras formas de contratos no PSF. Destaca-se que para a categoria dos médicos, profissional que apresenta alto grau de rotatividade entre os postos de trabalho, a precariedade é compensada por salários que atendam às suas expectativas. Na mesma pesquisa, a precariedade dos vínculos do PSF foi apontada pelos gestores como sendo decorrente da flexibilização das restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, além dos menores custos e problemas de instabilidade no financiamento do PSF (NESCON, 2002).

Tais achados refletem as deficiências da política de recursos humanos para os trabalhadores do SUS, principalmente os da atenção básica, o que contribui para a alta rotatividade dos membros das equipes de saúde da família, prejudicando o acompanhamento e o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e as famílias circunscritas.

Em relação aos farmacêuticos, detectou-se que em apenas três unidades avaliadas o profissional farmacêutico estava presente, média de 0,115 farmacêuticos por unidade, ou ainda um farmacêutico para 34.000 habitantes, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1993) a proporção de no mínimo um farmacêutico para cada 20.000 habitantes.

A pouca inserção do farmacêutico nas atividades de AF na ABS se deve principalmente ao fato deste profissional não fazer parte das equipes de PSF. No Município estudado existem quatro farmacêuticos lotados na assistência farmacêutica municipal, todos são concursados e apenas um deles não trabalha em unidade ligada à distribuição de medicamentos da ABS.

As atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos da ABS variam de unidade para unidade, na Farmácia Básica Central o farmacêutico desenvolve as atividades de programação, aquisição, controle de estoque e distribuição para as unidades de PSF, CAPS e Centro de Saúde/Unidade de Referência, mas não participa efetivamente da dispensação de medicamentos aos usuários.

No CAPS o farmacêutico desenvolve atividades de programação de compras, controle de estoque e dispensação e orientação quanto ao uso correto de medicamentos aos usuários. Essas atividades são feitas através da realização de oficinas com os usuários, em que são discutidos o uso correto dos medicamentos, seus possíveis efeitos colaterais e os riscos do não cumprimento da terapia. A farmacêutica do Centro de Saúde Parque Floresta desenvolve

atividades de programação de compras, controle de estoque e dispensação e orientação quanto ao uso correto dos medicamentos aos usuários da unidade.

Durante o processo de avaliação, ficou evidenciado que as práticas dos farmacêuticos da AFB municipal ainda estão restritas às atividades burocráticas, que colocam o medicamento como o mais evidente objeto de trabalho do farmacêutico na unidade de saúde.

O estudo de Araújo e Freitas (2006) realizado com farmacêuticos das unidades de saúde de Ribeirão Preto - SP mostrou que, ainda que haja uma clareza desses profissionais quanto à existência dos diferentes processos relacionados à assistência farmacêutica, a orientação das atividades ainda é vinculada às tecnologias envolvidas nas atividades de gestão do medicamento, como controle de estoque, ancorada na justificativa da garantia do acesso ao medicamento, o qual norteia todas as atividades no interior da farmácia.

No mesmo estudo a interação do farmacêutico com a equipe de saúde foi citada como ocasional e vinculada à ocorrência de problemas operacionais da gestão de estoques ou dúvidas quanto à prescrição, como dosagem, letra do médico, entre outras. Tal fato também foi constatado entre os farmacêuticos envolvidos com a ABS de Alagoinhas, com exceção do farmacêutico lotado no CAPS, onde diversas atividades centradas nos usuários são desenvolvidas.

A mudança do paradigma do trabalho farmacêutico centrado no medicamento para um novo paradigma em que o trabalho é centrado no usuário do medicamento é a essência do que se denomina “atenção farmacêutica”. A atenção farmacêutica é considerada por Hepler e Strand (1990) como uma forma responsável de prover a farmacoterapia, considerando prioritariamente, os resultados que devem ser alcançados, de modo a influir decisivamente na melhoria da qualidade de vida dos usuários, através de orientação adequada quanto ao uso correto dos medicamentos, assim como a promoção do seu uso racional. Dessa maneira, no momento em que o farmacêutico praticar a atenção farmacêutica, ele estará contribuindo, como membro da equipe de saúde, para suplantiar a necessidade dentro do SUS de humanização do atendimento, estabelecimento de vínculo e acolhimento em relação ao usuário.

Segundo Hepler e Strand (1990) em torno de 12.000 mortes e 15.000 hospitalizações, devido a reações adversas a medicamentos (RAM) foram comunicadas ao Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos da América (EUA) no ano de 1987, no Brasil ainda não existem dados concretos em relação à morbidade e mortalidade relacionadas ao uso de medicamentos. Os autores destacam também que, a morbidade e a mortalidade relacionadas ao uso de medicamentos são passíveis de prevenção. Assim, os farmacêuticos

podem através da prática da atenção farmacêutica reduzir o número de ocorrências de RAM e melhorar a aderência dos usuários aos seus tratamentos.

Em relação às atividades relacionadas à AF, detectou-se que nas unidades de saúde, elas são desenvolvidas por diferentes profissionais da equipe e que apenas três unidades disponibilizavam de profissional exclusivo para o armazenamento, controle de estoque e dispensação de medicamentos. Nesse sentido, o quantitativo de profissionais envolvidos com tais atividades variou de um, dois, três, quatro até cinco ou mais trabalhadores nas diferentes unidades, como evidenciado na fala de um informante-chave [Ent. 2]:

[...] Inclusive dentro do PSF, havia a necessidade, às vezes, de outras pessoas que não fossem as técnicas de enfermagem estar distribuindo medicamentos, como agentes comunitários e até mesmo serventes. Não é função nem do servente, nem do agente comunitário e todo mundo sabe disso, mas na prática isso realmente acontecia e aí a gente conversou com as equipes para que isso não aconteça (Ent. 2 / Grupo I).

Os resultados sugerem um possível comprometimento da qualidade do processo e de um controle de estoque mais efetivo, visto que não existe uma padronização de procedimentos e os trabalhadores, na sua maioria, não são capacitados para exercer tais funções, pois apenas 30,8% tiveram algum tipo de capacitação sobre AF. Aqueles que passaram por capacitação, referiram que esta aconteceu somente uma vez, no formato de palestra com três horas de duração. Esta realidade ficou evidenciada nas falas dos informantes-chaves [Ent.2, Ent.3 e Ent.4]:

[...] O farmacêutico da FB central me procurou e me disse que tinha uma proposta de capacitação para as pessoas que trabalham diretamente com a distribuição de medicamentos, mas até hoje não foi possível fazer (Ent. 2 / Grupo I).

[...] Teve, já teve um treinamento com a AF com os técnicos de enfermagem sobre o manuseio, armazenamento e de como evitar perdas (Ent. 3 / Grupo I).

[...] Eu acho que houve treinamento. O farmacêutico fez algumas sensibilizações e a gente ta pedindo que faça mais (Ent. 4 / Grupo I).

A educação permanente dos componentes das equipes de PSF sempre foi motivo de preocupação por parte do MS. Desde 1998, quando através do Departamento de Atenção Básica (DAB), foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, com o objetivo de fortalecer a articulação ensino-serviço, de maneira a capacitar os profissionais de saúde inseridos na equipe, através de cursos introdutórios que desenvolvessem habilidades nos profissionais de saúde da família dentro da abordagem da atenção integral (GIL, 2005). Em 2004, através da Portaria 198, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Em 2007, através da Portaria 1590 instituiu o Programa de Educação Permanente do MS e aprovou critérios gerais para a participação dos servidores em ações de capacitação.

A análise do Relatório de Gestão do município de Alagoinhas, do ano de 2006, refere investimentos na capacitação dos trabalhadores da saúde através da implantação, neste mesmo ano, do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, além do estabelecimento de cooperação técnica para a formação de recursos humanos em saúde, com o estabelecimento de estágios regulares nesta área, tendo como resultados a formação em serviço de mais de 150 estudantes de nível superior (medicina e enfermagem) e, aproximadamente, 600 de formação técnica.

Apesar das atividades de educação permanente desenvolvidas, direcionadas às equipes de PSF, quando se fala de AF básica, identifica-se uma carência de capacitações e de educação permanente para as equipes em relação a essas atividades. Tal carência vem refletindo na qualidade do atendimento, principalmente na orientação ao usuário quanto ao uso correto dos medicamentos. As falas dos usuários [Ent. 2, Ent. 6, Ent. 7] convergem no sentido de que, não existe orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, no momento que este é dispensado nas unidades:

[...] O médico, ele dá a receita e aí a gente vai buscar lá na farmácia, ninguém fala nada não, só faz entregar o medicamento (Ent. 2 / Grupo II).

[] Foi lá no Posto de Saúde mesmo, o médico. Aqui na farmácia ninguém diz nada não a gente só faz pegar (Ent. 6 / Grupo II).

[] O médico me falou que como é mesmo? Acho que três vezes ao dia. Vixe eu nem perguntei para a menina alí na farmácia, dá para você olhar para mim, porque letra de médico eu não entendo... e eu não perguntei não porque tem médico que não gosta (Ent. 7 / Grupo II).

A observação sistemática da dispensação dos medicamentos nas USF estudadas confirma que, esta prática vem sendo feita sem a devida orientação quanto ao uso correto do medicamento, sendo realizada de maneira muito rápida, impessoal e objetiva, não permitindo que o usuário exponha dúvidas e faça questionamentos.

Segundo Pepe e Castro (2000) a dispensação não configura apenas a ocasião em que uma determinada receita ou prescrição é aviada, não é a simples troca de mercadorias por receita médica, pois tão ou mais importante que o medicamento recebido pelo usuário, é a informação envolvida. Para os autores o fluxo de informação, iniciado pela consulta médica, tem continuidade no recinto da farmácia, onde o paciente vai ser esclarecido a respeito dos itens da prescrição médica, dose, posologia, cuidados especiais na reconstituição e no armazenamento, considerações ao tomar o medicamento, possíveis interações medicamentosas e reações adversas. Sendo assim, a dispensação do medicamento, sem a devida orientação e acompanhamento dos usuários quanto ao uso correto e racional deste bem, compromete toda a cadeia do medicamento. Ou seja, o medicamento pode estar sendo produzido com qualidade, distribuído e armazenado de maneira correta e, finalmente, estar chegando às mãos dos usuários. Porém este acesso não é acompanhado da informação para o seu uso adequado.

Dessa maneira, ao refletir-se que um dos objetivos do SUS, especialmente através da ABS, representada hoje pela Estratégia Saúde da Família, é ser resolutivo, tanto nas ações de prevenção, promoção da saúde, assim como cura e reabilitação. Deduz-se que a distribuição de medicamentos tem um papel importante, principalmente, na cura de doenças. Sendo assim, se a dispensação do medicamento não ocorre de maneira que o usuário tenha acesso não só ao medicamento, como também às informações necessárias para o seu uso, a resolubilidade do sistema fica comprometida.

No estudo de Naves e Silver (2005) realizado no Distrito Federal apenas 18,7% dos usuários compreenderam integralmente a prescrição e 56,2% eram capazes de lê-la. Outro fator importante analisado foi o tempo de dispensação, neste estudo o tempo médio foi de 53,9 segundos, tempo insuficiente para que o dispensador oriente adequadamente o usuário quanto ao uso correto do medicamento. Da mesma maneira, o estudo de Alves (2003)

realizado em Juiz de Fora, MG demonstrou que a dispensação em todas as unidades de saúde investigadas era realizada por trabalhadores comuns, sem qualquer conhecimento ou capacitação sobre a importância da orientação ao usuário, quanto ao uso correto do medicamento e seu impacto na recuperação da saúde. Vieira (2007) destaca que ainda é possível encontrar farmácias nas unidades de saúde em que há grades que separam o usuário do serviço e o profissional que faz o atendimento, não ocorrendo condições apropriadas para que este serviço desempenhe suas funções e para que de fato as relações sejam mais humanizadas.

Apesar da não orientação no momento da dispensação e das faltas periódicas de medicamentos nas USF, a maioria dos usuários [Ent. 1, Ent. 2, Ent. 10, Ent. 12, Ent. 14] demonstram em suas falas satisfação com a distribuição de medicamentos:

[...] Achei o atendimento ótimo, nunca faltou medicamento (Ent. 1 / Grupo II).

[...] Acontece de não ter, eles falam pra gente voltar depois de quinze dias ou pegar na Farmácia Básica Central, mas eu gosto muito do atendimento (Ent. 2 / Grupo II).

[...] Eu acho bom porque a gente não espera muito na fila pra receber, recebe o remédio logo e se tiver cansada tem essas cadeiras aí pra sentar. Seria melhor se tivesse lá no Posto de Saúde, seria mil vezes melhor (Ent. 10 / Grupo II).

[...] Semana passada faltou o remédio do colesterol e eles mandaram voltar esta semana porque ia chegar, daí eu vim e achei. Mas o atendimento é ótimo e eu não tenho nada do que reclamar, eu acho eles muito organizados (Ent. 12 / Grupo II).

[...] As meninas que entrega o remédio não diz nada não, não perguntam nada pra gente, só pede o documento e a receita e manda a gente assinar. Eu to satisfeita, não pego fila, não demora (Ent. 14 / Grupo II).

Diante do exposto, percebe-se que a satisfação dos usuários está diretamente ligada ao fato de este ter acesso ao medicamento e não esperar muito por isso. As faltas periódicas de medicamentos na rede de AFB e a pouca disponibilidade desses nas USF, fato que obriga o

usuário a se deslocar do seu bairro para o centro da cidade para adquirir seu medicamento, somado à ausência de orientação sobre o uso dos medicamentos no ato da dispensação, parecem não influenciar na satisfação dos usuários. Apesar disso, percebe-se nas falas dos usuários citados anteriormente na discussão sobre acesso, que a pouca disponibilidade de medicamentos nas USF gera desconforto e uma ligeira insatisfação para a maioria deles.

Trata-se, portanto, de um paradoxo cuja explicação perpassa vários aspectos, entre eles: a discussão da dimensão política do acesso, proposta por Abreu-de-Jesus e Assis (2007), que envolve o desenvolvimento de “consciência sanitária” e da organização popular em relação ao sistema de saúde. Giovanella e Fleury (1996) definem “consciência sanitária” como a tomada de consciência de que saúde é direito do cidadão e um interesse da comunidade, sendo necessária uma ação individual e coletiva para alcançá-la. Dessa maneira, a população passa a entender como se dá o processo saúde/doença e os fatores determinantes da organização das práticas de saúde. Sendo assim, a construção do acesso nesta dimensão se dá através do controle social e da participação do cidadão, que passa a intervir sobre o sistema de saúde e as práticas de trabalho e gestão, de maneira a adequá-las às necessidades, tanto individuais como coletivas. Assim, Abreu-de-Jesus e Assis (2007) concluem que para discutir a dimensão política do acesso é preciso discutir a construção dos sujeitos políticos, politizados, militantes e (des) alienados.

Quando não há o desenvolvimento dessa consciência, os sujeitos ficam alienados e dificilmente conseguem compreender os determinantes do processo saúde/doença, assim como a maneira como o sistema de saúde se organiza para atender às diferentes demandas. Em relação ao acesso do usuário ao medicamento, um fator importante pode estar influenciando a opinião desses indivíduos sobre a distribuição deste bem nas USF do município estudado, entre eles: a relativa facilidade com que esse usuário tem acesso ao medicamento, quando este está disponível, sem filas ou esperas demasiadamente longas, quando na maioria das USF o mesmo usuário enfrenta filas para obter atendimento médico ou ter acesso a exames especializados, como se percebe na fala da usuária abaixo [Ent. 9].

[...] Eu to achando bom, o atendimento na farmácia eu ainda não achei ruim. Só ta ruim o atendimento na secretaria, o atendimento ta péssimo. Porque vamos dizer ta sentindo uma dor, aí marca a consulta, vai para o médico aí o médico passa um remedinho, e pede um exame, aí passa uns três meses para conseguir o atendimento, isso é péssimo (Ent. 9 / Grupo II).

A insatisfação dos usuários com as longas filas para obter o atendimento desejado também foi referida no estudo de Kloetzel e outros (1998), realizado em serviços ambulatoriais da cidade de Pelotas-RS, lá a espera prolongada foi o motivo número um das reclamações dos usuários dos serviços. Da mesma maneira, Lima e outros (2007) ao estudarem o acesso e o acolhimento em unidades de saúde de Porto Alegre-RS, relataram que entre as dificuldades de acesso referidas pelos usuários, o tempo de espera pelo atendimento prolongado foi muito enfatizado, embora alguns usuários consideram que tudo é válido para receber assistência, de forma que a espera pelo atendimento se tornou um fator pouco relevante.

Diante de uma situação de insatisfação do usuário em relação à falta do medicamento, o técnico de enfermagem que realiza a dispensação diz entendê-lo, no entanto, coloca-se numa posição de “expectador” ao não se envolver com o problema e não tentar resolvê-lo. É nesse momento que faltam o acolhimento e a responsabilização para com o usuário.

Para Merhy e outros (1994) o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço intercessor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do qual se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Este espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador de direitos. Importante destacar que tanto os produtores do trabalho (trabalhador) como os consumidores (usuários) são instituintes de necessidades e atuam como forças no espaço intercessor: produção/consumo, expondo distintamente suas intencionalidades desejos e necessidades. Portanto, no processo intercessor há um jogo entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, colocando-os em confronto, nem sempre conflituoso. Por exemplo, o produtor de ações de saúde pode estar em busca de dinheiro, mas o consumidor estará sempre, bem ou mal, atrás de defender um “bem”, a sua saúde.

Segundo Merhy (1997), o acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde e ambos podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário, durante o “trabalho vivo em ato”, ou o trabalho em ação ou que está em processo de construção. Durante este trabalho, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição para atingir os objetivos que se deseja atingir.

Para Carvalho e Campos (2000) há uma relação entre acesso e acolhimento, acolhimento seria um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários, com o objetivo de escutar os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se

necessário. Já a acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o “trabalho vivo em ato”.

Outro aspecto importante que pode contribuir para a satisfação do usuário com a distribuição de medicamentos nas USF, não só do município estudado, mas de outras localidades do país, é a alienação da sociedade contemporânea, causada pela maciça medicalização relatada por Tesser (2006a). Nesse contexto, o sujeito entende que não há cura sem medicamento, e assim o objetivo final de sua busca pela cura é ter acesso a este bem, não importando em que condições isto aconteça. O usuário não percebe a importância da orientação para o uso adequado do medicamento, valorizando apenas a aquisição deste bem, de maneira rápida e sem burocracia.

Assim, ao refletir-se sobre a prática da dispensação do medicamento como orientadora da comunicação e resolubilidade da AFB, entende-se que, esta prática vem sendo realizada por trabalhadores despreparados, ou seja, sem capacitação adequada; na ausência do farmacêutico, ocupado muitas vezes com atividades centradas no medicamento e não no usuário; desprovida de vínculo e acolhimento, fato evidenciado pela rapidez dos atendimentos observados e pelas falas dos usuários atendidos. Conseqüentemente tem-se apenas a simples distribuição do medicamento, que ocorre de maneira isolada, desacompanhada das informações gerais quanto ao uso correto deste bem e, da certificação de que o usuário compreende totalmente a sua farmacoterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável a importância da AF na ABS, visto que este nível de atenção deve resolver os problemas de saúde de maior relevância em seu território, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, dentre estas o uso de medicamentos para a cura, reabilitação e prevenção de doenças.

Para que a ABS seja resolutiva, estabeleça vínculo e se responsabilize pelos usuários alguns aspectos são importantes, dentre eles é necessário que o usuário tenha acesso a medicamentos de qualidade no momento oportuno e de maneira coerente, ou seja, receba todas as orientações pertinentes quanto ao uso correto das medicações.

As contribuições da legislação e das normatizações do MS para a organização e estabelecimento de financiamento para a AF na ABS são indiscutíveis. No entanto, existe um grande distanciamento entre a AF básica legalmente estabelecida e a AF básica real dos municípios brasileiros, muitas vezes, atravessada por problemas de ordem organizacional e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para a sua terapêutica. Os problemas encontrados vão desde o desabastecimento de medicamentos essenciais e má conservação dos mesmos no processo de armazenamento, até a carência de profissionais devidamente capacitados e ausência total de orientação ao usuário quanto ao uso correto desses produtos.

Haja vista a possibilidade de melhoria frente às demandas claramente perceptíveis, os estudos de avaliação da AF vêm contribuindo para diagnosticar possíveis problemas, identificar suas causas e contribuir através da proposição de ações corretivas e preventivas, que venham melhorar a organização e a gestão da AF básica nos municípios. Nesse sentido, fazendo-a cumprir efetivamente sua função social, qual seja: assegurar o acesso universal e igualitário dos usuários do SUS à AF de qualidade e com responsabilidade por parte dos responsáveis por esta atenção.

No entanto, 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. Realidade constatada pelas condições físicas e de recursos humanos das farmácias das unidades de saúde.

Os desafios para a estruturação e implementação de uma AF efetiva na esfera municipal, principalmente na ABS, começa pela conscientização, por parte dos gestores, da

importância da estruturação da AF municipal, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e educação permanente dos trabalhadores envolvidos com as atividades que fazem parte do ciclo da AF. Dessa maneira, a distribuição de medicamentos à população pode se tornar viável, racional e mais eficiente.

Nesse aspecto, há também, a necessidade de aproximação do profissional farmacêutico com as unidades de saúde que dispensam o medicamento, de maneira a comprometer-se não só com as atividades relacionadas ao processo de programação, aquisição, distribuição, como também com a relação existente entre o usuário e o uso racional dos medicamentos. A atenção farmacêutica é uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento, nela o profissional teria que estabelecer uma relação estreita e acolhedora com o usuário, comprometendo-se com sua farmacoterapia, ao minimizar a ocorrência de reações adversas aos medicamentos e, ao mesmo tempo, aumentar as chances de sucesso da terapia.

Nessa perspectiva, o farmacêutico deixará de se ocupar estritamente com atividades de caráter burocrático relacionadas com a aquisição de medicamentos para se ocupar também com usuário do medicamento.

5. 1 Possibilidades de intervenções e melhorias na AFB no município de Alagoinhas

Apesar de alguns avanços detectados no processo de avaliação do município estudado, entre eles: a descentralização da distribuição de medicamentos essenciais da farmácia básica central para as unidades de saúde, fato que facilitou o acesso geográfico dos usuários a este bem, os resultados mostram que a realidade daquele município não é diferente de outros municípios brasileiros, ou seja, a ocorrência de problemas como desabastecimento de medicamentos essenciais na maioria das unidades da rede de AFB; unidades de saúde com estrutura física inadequada que ocasionam a má conservação no armazenamento de medicamentos; carência de profissionais devidamente capacitados para as atividades da AFB e ausência total de orientação ao usuário quanto ao uso correto desses produtos.

Diante das constatações proporcionadas pela avaliação por triangulação de métodos algumas sugestões de intervenção podem ser feitas no sentido de modificar a realidade e realizar melhorias na AFB no município estudado.

Em relação ao problema da disponibilidade de medicamentos nas unidades, é necessário que, primeiramente, seja criada a Comissão de Farmácia e Terapêutica Municipal,

de maneira a efetivar a realização do processo de seleção dos medicamentos essenciais que deverão fazer parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUNE). Ou seja, a aquisição de medicamentos terá que ser feita com base nas necessidades da população local, por ser mais condizente com a realidade de saúde do município. Além disso, deve-se efetivamente melhorar o processo de planejamento da AF no município, de maneira a aperfeiçoar as aquisições, minimizando as perdas de medicamentos por prazo de validade vencido.

A estrutura física das unidades de saúde deve ser melhorada de maneira que se tenham condições mínimas para o armazenamento dos medicamentos. Em algumas unidades as melhorias são pequenas: instalação de forro no teto, melhorias na ventilação das salas, aquisição de armários adequados ao armazenamento de medicamentos, utilização de sala ou local específico para o armazenamento desses produtos, separado do almoxarifado e da sala de vacinação.

O processo de distribuição de medicamentos da farmácia básica central para as unidades de saúde pode ser organizado de maneira que essa distribuição seja desburocratizada e realizada em tempo viável. Outro ponto importante a ser melhorado é a comunicação entre as unidades de saúde e a farmácia básica central, pois no processo de avaliação percebeu-se que as unidades têm suas demandas e que estas não são atendidas pela farmácia básica central. Da mesma maneira, a farmácia básica central tem suas rotinas, mas estas não são compreendidas pelas unidades de saúde. As falhas de comunicação trazem como conseqüências o não atendimento das demandas reais das unidades de saúde, com ocorrência de descontinuidade na distribuição de medicamentos em algumas unidades e superposição de estoques em outras.

A falta de capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos da AFB pode ser resolvida com a realização de capacitações periódicas direcionadas às equipes de PSF, principalmente para trabalhadores envolvidos na dispensação, de maneira a capacitá-los para o armazenamento, controle de estoque e dispensação de medicamentos. A equipe passa a contribuir efetivamente para o uso racional dos medicamentos.

Além dos trabalhadores envolvidos com a dispensação, os prescritores também devem ser sensibilizados no sentido de contribuir para a elaboração da REMUNE, como também para adoção dos medicamentos da referida lista em suas prescrições. A adoção da REMUNE pelos prescritores facilita o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais e diminui a ocorrência de processos acionados por usuários no Ministério Público para aquisição de medicamentos prescritos dentro do SUS, mas que estão fora da padronização do município.

Os farmacêuticos lotados na AFB devem se aproximar mais das equipes de PSF, de maneira a melhorar a comunicação entre eles. A realização de capacitações das equipes dirigidas pelos farmacêuticos contribui para esta aproximação, além de padronizar os procedimentos envolvidos na AFB. Outra mudança importante é a desburocratização das atividades dos farmacêuticos, de maneira a modificar a práxis, para que estes passem a trabalhar centrados nos usuários dos medicamentos e não apenas no medicamento. Enfim, a atenção farmacêutica passará a ser o eixo norteador das atividades dos farmacêuticos na AFB contribuindo para a resolubilidade e efetividade da ABS no município estudado.

REFERÊNCIAS

ABRE-DE-JESUS, W.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva on line**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo>. Acesso em: 02 de set. 2007.

ACURCIO, F. A. (Org). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. 136p.

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Situacional do Núcleo de Assistência Farmacêutica**. Alagoinhas: SESAU, 2006

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Alagoinhas: SESAU, 2007a.

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: gestão 2007 - 2009**. Alagoinhas: SESAU, 2007b.

ALVES, T. N. P. **Dispensação de medicamentos: aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora, MG**. Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2003, 109p.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.137-146, 2006.

ASSIS, M. M. A. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa no Campo da Saúde. In: SANTANA, J. S. da S **Pesquisa: técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2006. (No prelo).

BAHIA (Estado). **Orientação de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos**. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia, 2002.

BAHIA (Estado). **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde: desenho territorial**. Salvador, 2004.

BERMUDEZ, J. **Remédios: saúde ou indústria?** A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, 122p.

BERMUDEZ, J. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil.** São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995, 204p.

BERMUDEZ J.; POSSAS, C. A. Análisis crítico de la política de medicamentos em el Brasil. **Boletim Oficina Sanit. Panam.** v.119, n.3, p.270-77, 1995.

BERMUDEZ, J.; BONFIM, J.R.A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde.** São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999. 236p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-12, 2002.

BONFIM, J.R.A.; MERCUCI, V.L. **A construção da política de medicamentos.** São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1997, 381p.

BRASIL. Lei nº8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93, Brasília:1993.

BRASIL. Lei 9.279 de 14 de maio de 1996. Regula direitos e objetivos relativos à propriedade industrial, Brasília: 1996a. Disponível em: <http://www.socio-estatística.com.br/lei%20de%patente.doc>. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96, Brasília: 1996b.

BRASIL. Resolução/CONEP 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/GM de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portaria3.916/gm.htm>. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº176/GM de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, 1999a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portaria176/gm.htm>. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 1999b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portarialei9787.htm>. Acesso em: 20 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica Instruções técnicas para sua organização, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS-2002, Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em: Acesso em: 08 abr de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº399 de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde 2006. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm399/gm.htm>. Acesso em: 02 de nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº698 de 30 de março 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm698/gm.htm>. Acesso em: 22 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007. Disponível em <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm204/gm.htm>. Acesso em: 20 de jul 2007.

BUENO, W. S. ; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: Uma proposta em sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? **Conferência Nacional de Saúde Online**. Temas para Debate II – Descentralização da Gestão da Saúde. Brasília:10 de maio 2002. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 10 de jan. 2006.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.16, p.507-15, 2000.

COLOMBO, D.; et al. Padrão de prescrição de medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.40, n.4, p.549-58, 2004.

CONSENDEY, M. A. E. **Análise de Implantação do Programa Farmácia Básica**: um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil. Tese de Doutorado; Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2000, 358p.

CONSENDEY, M. A. E.; HARTZ, Z. M. de A.; BERMUDEZ, J. A. Z. Validation of tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.395-406, 2003.

CONTRANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-45.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assesment an Monitoring**, vol. I. Ann Arbor, Michigan: Health Admisitration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. **La capacidade de la atención médica**: definición e métodos de evaluacón. México: La prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, 114, p.1115-1118, 1990.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico**. Ed. Nova Fronteira, 1988.

FLEURY, Sonia Maria. Política social e democracia: reflexos sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.4, 1985.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 490-98, 2005.

GIOVANELLA, L; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHULTZ, C. (org). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, 312p.

GUERRA Júnior, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revist. Panam. Salud pública**. v.15, n.3, p.168-75, 2004.

HEPLER C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades em la Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España** v.1, p.35-47, 1990.

HULLEY, S. B.; et al. **Delineando a pesquisa clínica** - uma abordagem epidemiológica. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, 374p.

JONCHEERE, K. A necessidade de elementos de uma Política Nacional de Medicamentos. In: BONFIM, J.R.A.; MERCUCI, V.L. **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1997, p.49-63.

KLOETZEL, K; et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.623-28, 1998.

LIMA, M. A. D.; et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista Enfermagem**, v.20, n.1, p.12-17, 2007.

MARIN, N. (Org). **Assistência Farmacêutica para gestores municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, 2003, 324p.

MARQUES, M. B. Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 7-21. 2000.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.101-107, 2007.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(suplemento), p.163-171, 2002.

MATUS, CARLOS. Teoria social e teoria do planejamento. In: **Política, Planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo 1, 195p.

MEDINA G.M. et al. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.15-18, 2000.

MELAMED, C.; COSTA, N.R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.393-401, 2003.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W.; CECÍLIO, L. C. O. (org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; CAMPOS, R. O. **Agir em Saúde: Um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997, p.71-112.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 2000, 269p.

MINAYO, M. C. de S. (org). ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 244p.

MSH MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. Rational pharmaceutical management project. Arlington: Rapid pharmaceutical management assessment an indicator based approach. 1997.

NAVES, J.O.S.; SILVER, L.D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasilia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39,n.2, p.223-230, 2005.

NESCON/FM/UFMG. **Relatório de pesquisa agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF**. Faculdade de medicina/Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2002.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.5, p.547-549, 2000.

OLIVEIRA, M.A., et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1429-39, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados; Ministério da Saúde/Organização Pa-Americana da Saúde; Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional de Cuidados Primários de saúde. Alma-Ata, URSS, setembro de 1978.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, G. S. O.; A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.815-822, 2000.

ROZENFELD, S. Avaliação do uso de medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5,n.4, p. 388-402, 1989.

RUINAS DA IGREJA DE SANTO ANTÔNIO. TIFF – ALAGOINHAS 2006. Altura: 5,3cm. Largura: 13,3cm Formato TIFF bitmap. Compactado. Disponível em: <http://www.algoinhas.com.br>. Acesso em: 20 de jan. 2007.

SANTOS, A. M. **Da-fragmentação à integralidade**: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana; Feira de Santana, 2005, 228p.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, , p.819-834, 2004.

SCHWEITZAR, S.O. **Pharmaceutical Economics and Policy**. New York: Oxford University Press, 1997.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO/DFID, 2004.

TASCA, R. S.; et al. Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá-Paraná. **Arq. Ciências Saúde UNIPAR**, Maringá, v.3, n2, p.117-24, 1999.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v.10, n.19, p.61-76, 2006a.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a a clínica na atenção básica. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v.10, n.20, p.347-62, 2006b.

UGÁ, M. A. D. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.417-438, 2003.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.213-220, 2007.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.2, p.214-222, 2007.

WHO HEALTH ORGANIZATION. **How to investigate drug use in health facilities: select drug use indicators**. Geneva, 1993. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acesso em: 30 de nov. de 2005.

WHO HEALTH ORGANIZATION. **Essential drugs and medicines policy (EDM)**. Geneva: 2001. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acesso em: 30 de nov. 2005.

WHO HEALTH ORGANIZATION. **Medicines Strategy – countries the core: 2004-2007**. Geneva: 2004. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>. Acesso em 30 de nov. de 2005.

VUORI, H. **Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde**. Seminário de Avaliação dos serviços de saúde – Aspectos metodológicos, OPAS. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, 1988.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para avaliação da organização da Assistência Farmacêutica em Alagoinhas – BA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL**

Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dr^ª. Marluce Maria Araújo Assis
Pesquisadora colaboradora: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA:
FORMULÁRIO N^o:
CÓDIGO DO ENTREVISTADO:

IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: Masculino Feminino Idade (anos): _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

Farmacêutico Atendente de Farmácia Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem Outro

ESTRUTURA:

A Unidade de Saúde dispensa medicamentos? Sim Não

Qual é o setor responsável pela dispensação de medicamentos? Farmácia Outro.
Se outro qual? _____

Existe local específico para armazenar e distribuir medicamentos na unidade?

Sim Área (m²): _____ Não

O Município adota uma Lista de Medicamentos Essenciais?

Sim Qual? [Municipal Estadual Nacional Não

Existe uma cópia da relação de medicamentos essenciais adotada pelo município na unidade?

Sim Não

Se sim, as relações de medicamentos essenciais disponíveis na unidade estão distribuídas em:

1 unidade em cada consultório 1 unidade na Farmácia 1 unidade na Farmácia e 1 no consultório

Existe disponibilidade de meios de controle de estoque de medicamentos na unidade

Sim Qual: _____ Não

Existe procedimento/instrumento para prever a demanda mensal de medicamentos na unidade?

Sim Qual: _____ Não

Existe Farmacêutico lotado na Assistência Farmacêutica Básica?

Sim Quantos? _____ Não

Quantos profissionais estão envolvidos com a distribuição de medicamentos aos usuários na unidade? um dois mais de dois

Formação profissional:	Natureza do vínculo empregatício:

1 – Efetivo (concurado) 2 – Efetivo (não concursado) 3 – Contrato temporário 4 – Cargo comissionado 5 – Voluntário.

Existe profissional exclusivo para o armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos?

Sim Não

PROCESSO:

Todos os medicamentos contidos na relação de medicamentos essenciais adotada pelo município estão disponíveis na unidade no momento?

Sim Não Se não, quantos itens estão faltando neste momento? _____

Existe um procedimento estabelecido para controle de estoque na unidade?

Sim Se sim, qual? _____ Não

Existe procedimento estabelecido para inspeção física dos medicamentos recebidos na farmácia da unidade? Sim Se sim, qual? _____ Não

No momento do recebimento dos medicamentos oriundos da CAF este têm chegado em bom estado físico na farmácia?

Sim Não

Se não como?

Existe procedimento específico para se tomar as providências necessárias em caso de recebimento de medicamento com prazo de validade vencido ou avariado?

Sim Se sim, qual? _____ Não

Existe algum medicamento em estoque com prazo de validade vencido no momento?

Sim Se sim, quantos? _____ Não

Acontecem capacitações periódicas para todos os profissionais envolvidos com a dispensação de medicamentos na unidade? Sim Não

Você fez algum tipo de capacitação nos últimos 02 anos?

Sim Não

Se sim, qual(is)? _____ Duração: _____
 _____ Duração: _____
 _____ Duração: _____
 _____ Duração: _____

Qual a sua avaliação para as capacitações recebidas?

Péssima Regular Boa Ótima Excelente

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista – sujeitos grupo I**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA****AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL**

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis

Pesquisadora colaboradora: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

1. Organização da AF no município:
 - 1.2 Recursos materiais;
 - 1.3 Recursos humanos;
- 2 Organização da AF básica no município:
 - 2.1 Estrutura
 - 2.2 Processos
 - 2.3 Resultados

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista – sujeitos do grupo II**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA****AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL**

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis

Pesquisadora colaboradora: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

1. A satisfação e aceitação do Sr(a) em relação à distribuição de medicamentos na unidade de saúde que o Sr(a) frequenta.
2. O acesso aos medicamentos.
3. A comunicação com os trabalhadores da farmácia.

APÊNDICE D – Roteiro para observação sistemática**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA****NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA****AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL**

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis

Pesquisadora colaboradora: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

Estrutura:

Observação das instalações, condições de armazenagem de medicamentos, recursos materiais disponíveis como prateleiras, computador ou qualquer dispositivo para controle de estoque, número de funcionários envolvidos e capacitação.

Processo:

Observação do fluxo de distribuição de medicamentos, das práticas de armazenamento e controle de estoque e da capacitação dos funcionários para exercer suas funções.

Resultado:

Observação do atendimento aos usuários em relação aos medicamentos distribuídos, condições do atendimento, nível das informações fornecidas e aparente satisfação ou não do usuário.

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
AValiação DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL

Pesquisadora responsável: Prof^ª. Dr^ª. Marluce Maria Araújo Assis

Pesquisadora colaboradora: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

Nós **Marluce Maria Araújo Assis** (pesquisadora responsável) e **Luciane Cristina Feltrin de Oliveira** (pesquisadora colaboradora) estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre a Assistência Farmacêutica nas farmácias das unidades do Programa Saúde da Família, das unidades básicas de saúde e na farmácia básica do centro da cidade. Os resultados obtidos poderão trazer melhorias na organização da assistência farmacêutica básica do município de Alagoinhas – BA que resultarão em melhorias no acesso da população aos medicamentos distribuídos na atenção básica. Se você concordar, suas respostas serão registradas em um formulário ou no roteiro de observação, que você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações, como também à entrevista que será gravada em fita cassete. O material coletado será levado para os arquivos do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) onde será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores e bolsistas de Iniciação Científica do referido núcleo, até a organização do banco de dados o material será armazenado em armário fechado com chaves, de acesso restrito dos pesquisadores e depois será imediatamente destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar as suas crenças, idéias e sentimentos, tendo como **benefícios** melhorias no atendimento, organização e distribuição de medicamentos nas unidades de saúde. Os possíveis **riscos** estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde de estarem sendo fiscalizados ou auditados. Os dirigentes podem se sentir incomodados com o processo de avaliação ou fiscalizados e os usuários podem se sentir inibidos para expor as suas opiniões com receio de influenciar no atendimento que necessitam. Os riscos podem ser diminuídos pela garantia de que ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas e pelo fato das pesquisadoras serem independentes e não terem nenhum vínculo com o município de Alagoinhas. No entanto, você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase da mesma. As despesas do projeto são de responsabilidade do NUPIS e da pesquisadora colaboradora.

No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através dos telefones (75) 3224-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde coletiva da UEFS – Módulo VI – NUPISC. Km-03, BR-116. Campus Universitário em Feira de Santana – BA.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

, _____ de _____ de .

Nome: _____

Assinatura do Entrevistado(a): _____

Prof^ª. Dr^ª. Marluce M^ª. A. Assis (Pesquisadora responsável): _____

APÊNDICE F – Lista de verificação da estrutura física das unidades de saúde que armazenam e distribuem medicamentos



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO SUS
MUNICIPAL**

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis
Pesquisadora colaboradora: Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| O local de armazenamento apresenta-se em boas condições? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| A iluminação é boa? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existem janelas na sala que permitam boa ventilação? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| O local possui forro? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| A cobertura está em bom estado, sem goteiras? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existe aparelho de ar-condicionado na sala? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Funcionam? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| A temperatura local é adequada? | | |
| Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| A umidade relativa do local é adequada? | | |
| Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existem registros de controle de temperatura e umidade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existe proteção contra a entrada de roedores? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existe proteção contra a entrada de aves? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Há possibilidade de entrada de chuvas? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existem extintores de incêndio? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Estão dentro do prazo de validade? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| O acesso a eles está desimpedido? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Estão bem sinalizados? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existem coletores de lixo no local? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Estão tampados? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| O piso está uniforme sem falhas ou rachaduras? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| O local está limpo e livre de poeira e caixas vazias? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| O pessoal está uniformizado e identificado adequadamente? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Existe local apropriado para a armazenagem de termolábeis? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Todos os aparelhos refrigeradores estão funcionando perfeitamente? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Os refrigeradores têm termômetros para medição de temperatura? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Os termômetros funcionam? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| A temperatura é adequada? | | |
| Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| O refrigerador está limpo? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

- Existem prateleiras suficientes p/ armazenagem dos medicamentos? () Sim () Não
- Os medicamentos estão estocados por ordem de lotes de produtos? () Sim () Não
- Os lotes mais antigos são dispensados em primeiro lugar? () Sim () Não
- Os medicamentos estão estocados em contato direto com o chão? () Sim () Não
- Os medicamentos estão estocados em contato direto com as paredes? () Sim () Não
- Os produtos estão protegidos da ação direta da luz solar? () Sim () Não
- Os medicamentos são armazenados de forma sistemática (ordem alfabética, por classe terapêutica ou por ordem de vencimento)? () Sim () Não
- É permitida no local de armazenamento de medicamentos, a presença de pessoas estranhas ao seu funcionamento? () Sim () Não
- Existem outros materiais estocados junto com os medicamentos? () Sim () Não
- Existem procedimentos escritos p/ recebimento dos medicamentos? () Sim () Não
- No ato do recebimento os medicamentos são inspecionados quanto ao número de lote e prazo de validade? () Sim () Não

Pontuação: Resposta SIM=1 Resposta NÃO=0 Resultado= Σ pontos/39 x 100
Adaptado de OPAS/MS (2005) e BAHIA, 2002.

APÊNDICE G – Quadro 8 – Características gerais da amostra estudada. Alagoínhas, 2007

CARACTERÍSTICAS	Frequência n = 26	%
Número médio de farmacêuticos por unidade	n=3	0,115
Percentual de trabalhadores efetivos concursados	n=7	26,9%
Percentual de trabalhadores efetivos não concursados	n=1	3,8%
Percentual de trabalhadores com contrato temporário	n=18	69,2%
Unidades com profissional exclusivo para armazenamento e distribuição de medicamentos	n=3	11,5%
Unidades com trabalhadores uniformizados e identificados	n=18	69,2%
Unidades com 1 trabalhador envolvido com a distribuição de medicamentos	n=2	7,7%
Unidades com 2 trabalhadores envolvidos com a distribuição de medicamentos	n=9	34,6%
Unidades com 3 trabalhadores envolvidos com a distribuição de medicamentos	n=9	34,6%
Unidades com 4 trabalhadores envolvidos com a distribuição de medicamentos	n=5	19,2%
Unidades com 5 ou mais trabalhadores envolvidos com a distribuição de medicamentos	n=1	3,8%
Percentual de trabalhadores que tiveram capacitação para dispensação de medicamentos	n=8	30,8%
Percentual de trabalhadores que avaliaram a capacitação recebida como péssima	n=1	12,5%
Percentual de trabalhadores que avaliaram a capacitação recebida como regular	n=1	12,5%
Percentual de trabalhadores que avaliaram a capacitação recebida como boa	n=5	62,5%
Percentual de trabalhadores que avaliaram a capacitação recebida como ótima	n=1	12,5%
Unidades com todos os medicamentos essenciais disponíveis	n=2	7,7%
Unidades cuja dispensação acontece no depósito	n=7	26,9%
Unidades cuja dispensação acontece na sala de vacinação	n=12	46,2%
Unidades cuja dispensação acontece na recepção	n=3	11,5%
Unidades com área específica para	n=4	15,4%

armazenar e distribuir medicamentos		
Unidades com cópia da relação de medicamentos essenciais adotada pelo município	n=20	76,9%
Unidades que possuem meios para controle de estoque	n=20	76,9%
Unidades que possuem procedimento para prever demanda mensal de medicamentos	n=1	3,8%
Unidades que possuem procedimento específico para inspeção física e recebimento de medicamentos	n=14	53,8%
Unidades com medicamentos com prazo de validade vencido	n=7	26,9%

APÊNDICE H – Quadro 9 – Características gerais da amostra estudada em relação às condições de estrutura física. Alagoinhas, 2007

CARACTERÍSTICA	Frequência n = 26	%
Unidades Urbanas	n=20	76,9%
Unidades Rurais	n=6	23,07%
Unidades com sede própria	n=15	57,69%
Unidades com sede alugada	n=9	34,61%
Unidades com sede cedida gratuitamente	n=2	7,69%
Unidades com boa iluminação	n=23	88,5%
Unidades com boa ventilação	n=17	65,4%
Unidades com teto forrado e sem goteiras	n=23	88,5%
Unidades com aparelho de ar condicionado	n=3	11,5%
Unidades com temperatura local adequada	n=3	11,5%
Unidades com umidade relativa do ar adequada	n=3	11,5 %
Unidades com registro de controle de temperatura ambiente e umidade do ar	0	0
Unidades com proteção contra a entrada de roedores	n=12	46,2%
Unidades com proteção contra a entrada de aves	n=20	76,9%
Unidades com extintor de incêndio	n=3	11,5%
Unidades com extintor de incêndio dentro do prazo de validade	n=1	33,3%
Unidades com piso uniforme sem rachaduras	n=25	96,2%
Unidades livres de poeiras, sujidades e lixo	n=25	96,2%
Unidades com lixeira com tampa	n=26	100%
Unidades com armazenamento apropriado de termolábeis	n=25	96,2%
Unidades com registro diário de temperatura do refrigerador de termolábeis	n=25	96,2%
Unidades com temperatura do refrigerador adequada	n=25	96,2%
Unidades com número adequado de prateleiras para armazenamento de medicamentos	n=7	26,9%
Unidades com estocagem sistemática de medicamentos por ordem alfabética, lote e validade	n=18	69,2%

Unidades com medicamentos estocados em contato com o chão	n=6	23,1%
Unidades com medicamentos estocados em contato com as paredes	n=5	19,2%
Unidades com medicamentos estocados em contato direto com a luz solar	n=7	26,9%
Unidades com estocagem de medicamentos juntamente com outros materiais	n=14	53,8%
Unidades que permitem a entrada de pessoas estranhas ao serviço na área de medicamentos	n=14	53,8%

APÊNDICE I – Quadro 10 – Características gerais da amostra segundo a localização da unidade de saúde. Alagoinhas, 2007.

CARACTERÍSTICAS	URBANO	RURAL
Unidades cujo imóvel é próprio	50% (n=10)	83,3% (n=5)
Unidades cujo imóvel é alugado	45% (n=9)	0
Unidades cujo imóvel é cedido gratuitamente	5% (n=1)	16,7% (n=1)
Unidades com profissional exclusivo para armazenamento e distribuição de medicamentos	15,0% (n=3)	0
Unidades cuja dispensação acontece na farmácia	20% (n=4)	0
Unidades cuja dispensação acontece no depósito	30% (n=6)	16,7% (n=1)
Unidades cuja dispensação acontece na sala de vacinação	40% (n=8)	66,7% (n=4)
Unidades cuja dispensação acontece na recepção	10% (n=2)	16,7% (n=1)
Unidades com área específica para armazenar e distribuir medicamentos	20% (n=4)	0
Unidades com cópia da relação de medicamentos essenciais adotada pelo município	85% (n=17)	50% (n=3)
Unidades que possuem meios para controle de estoque	75% (n=15)	83,3% (n=5)
Unidades que possuem procedimento para prever demanda mensal de medicamentos	5% (n=1)	0
Unidades que possuem procedimento específico para inspeção física e recebimento de medicamentos	40% (n=8)	100% (n=6)
Unidades com todos os medicamentos essenciais disponíveis	5% (n=1)	16,7% (n=1)
Unidades com medicamentos com prazo de validade vencido	80% (n=16)	50% (n=3)
Unidades com boa iluminação	85% (n=17)	100% (n=6)
Unidades com boa ventilação	60% (n=12)	83,3% (n=5)
Unidades com teto forrado e sem goteiras	85% (n=17)	100% (n=6)
Unidades com aparelho de ar condicionado	15% (n=3)	16,7% (n=1)
Unidades com temperatura local adequada	15% (n=3)	16,7% (n=1)
Unidades com umidade relativa do ar adequada	15% (n=3)	16,7% (n=1)
Unidades com registro de controle de temperatura ambiente e umidade do ar	0	0
Unidades com proteção contra a entrada de roedores	50% (n=10)	33,3% (n=2)
Unidades com proteção contra a entrada de aves	85% (n=17)	50% (n=3)

Unidades com extintor de incêndio	10% (n=2)	16,7% (n=1)
Unidades com extintor de incêndio dentro do prazo de validade	0	100% (n=1)
Unidades com piso uniforme sem rachaduras	95% (n=19)	100% (n=6)
Unidades livres de poeiras, sujidades e lixo	95% (n=19)	100% (n=6)
Unidades com lixeira com tampa	100% (n=20)	100% (n=6)
Unidades com armazenamento apropriado de termolábeis	95% (n=19)	100% (n=6)
Unidades com registro diário de temperatura do refrigerador de termolábeis	100% (n=20)	100% (n=6)
Unidades com número adequado de prateleiras para armazenamento de medicamentos	30% (n=6)	16,7% (n=1)
Unidades com estocagem sistemática de medicamentos por ordem alfabética, lote e validade	70% (n=14)	66,7% (n=4)
Unidades com medicamentos estocados em contato com o chão	20% (n=4)	33,3% (n=2)
Unidades com medicamentos estocados em contato com as paredes	15% (n=3)	33,3% (n=2)
Unidades com medicamentos estocados em contato direto com a luz solar	30% (n=6)	16,7 (n=1)
Unidades com estocagem de medicamentos juntamente com outros materiais	45% (n=9)	83,3% (n=5)
Unidades que permitem a entrada de pessoas estranhas ao serviço na área de medicamentos	45% (n=9)	83,3% (n=5)

APÊNDICE J – Quadro 11 – Características gerais da amostra segundo a condição de posse do imóvel que cedia a unidade. Alagoinhas, 2007

CARACTERÍSTICAS	IMÓVEL PRÓPRIO	IMÓVEL ALUGADO	IMÓVEL CEDIDO GRATUITAMENTE
Unidades com boa iluminação	93,3% (n=14)	88,9% (n=8)	50% (n=1)
Unidades com boa ventilação	66,6% (n=10)	77,8% (n=7)	50 (n=1)
Unidades com teto forrado e sem goteiras	93,3% (n=14)	77,8% (n=7)	100% (n=2)
Unidades com aparelho de ar condicionado	13,3% (n=2)	0	50% (n=1)
Unidades com temperatura local adequada	13,3% (n=2)	0	50% (n=1)
Unidades com umidade relativa do ar adequada	13,3% (n=2)	0	50 (n=1)
Unidades com registro de controle de temperatura ambiente e umidade do ar	0	0	0
Unidades com proteção contra a entrada de roedores	66,6% (n=10)	22,2 (n=2)	50 (n=1)
Unidades com proteção contra a entrada de aves	80% (n=12)	66,7% (n=6)	100% (n=2)
Unidades com extintor de incêndio	14,3% (n=2)	0	33,3% (n=1)
Unidades com extintor de incêndio dentro do prazo de validade	13,3% (n=2)	0	50% (n=1)
Unidades com piso uniforme sem rachaduras	93,3% (n=14)	100% (n=9)	100% (n=2)
Unidades livres de poeiras, sujidades e lixo	93,3% (n=14)	100% (n=9)	100% (n=2)
Unidades com lixeira com tampa	100% (n=14)	100% (n=9)	100% (=2)
Unidades com armazenamento apropriado de termolábeis	93,3% (n=14)	100% (n=9)	100% (n=2)
Unidades com registro diário de temperatura do refrigerador de	100% (n=15)	100% (n=9)	100% (n=2)

termolábeis			
Unidades com número adequado de prateleiras para armazenamento de medicamentos	13,3% (n=2)	55,6% (n=5)	0
Unidades com estocagem sistemática de medicamentos por ordem alfabética, lote e validade	66,7% (n=10)	77,8% (n=7)	50% (n=1)
Unidades com medicamentos estocados em contato com o chão	26,7% (n=4)	22,2% (n=2)	0
Unidades com medicamentos estocados em contato com as paredes	26,7% (n=4)	11,1% (n=1)	0
Unidades com medicamentos estocados em contato direto com a luz solar	26,7% (n=4)	33,3% (n=3)	0
Unidades com estocagem de medicamentos juntamente com outros materiais	66,7% (n=10)	33,3 % (n=3)	50% (n=1)
Unidades que permitem a entrada de pessoas estranhas ao serviço na área de medicamentos	53,3% (n=8)	44,4% (n=4)	100% (n=2)

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do projeto pelo CEP - Ofício CEP/UEFS nº409/2006**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N - Módulo I - 44.031-460 - Feira de Santana-BA

Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 06 de dezembro de 2006

Of. CEP-UEFS nº 409/2006

Senhora Pesquisadora: Marluce Maria Araújo Assis

Com satisfação dirijo-me a Vossa Senhoria a fim de comunicar-lhe que seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS Municipal”**, registrado sob nº 113/2006 (CAAE 0113.0.059.000-06) satisfaz às exigências da *Resolução 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado com Recomendação(ões)**, na Reunião Plenária de 05 de dezembro de 2006 (vide parecer anexo), podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96.

Esclareço que a(s) recomendação(ões) deve(m) ser atendida(s) **antes** do início da coleta de dados e encaminhada(s) ao CEP para anexar ao protocolo.

Na oportunidade informo que, qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b.*

Relembro que, conforme instrui a *Res. 196/96*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Cumprimento Vossa Senhoria em nome dos membros do CEP-UEFS, desejando-lhe pleno êxito no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(05/12/2007)**, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Atenciosamente,

Eliane Elisa de Souza e Azevêdo
Coordenadora CEP-UEFS

ANEXO B – Solicitação de autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de Alagoínhas para desenvolver a pesquisa



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA**

Feira de Santana, 23 de novembro de 2006.

**À Secretaria de Saúde do Município de Alagoínhas.
A/C. Secretária Dra. Elis Rosa de Almeida Souza**

ASSUNTO: Solicitação de autorização para realização da pesquisa Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS municipal no município de Alagoínhas

Venho por meio dessa, solicitar a autorização para a realização da pesquisa Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS municipal no município de Alagoínhas.

Trata-se de uma pesquisa ligada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, que tem por objetivo principal “**Avaliar a AFB no SUS municipal em relação à estrutura, ao processo e ao resultado**”. O campo de estudo são as unidades de saúde do município de Alagoínhas que distribuem medicamentos do elenco da farmácia básica: 23 unidades do Programa Saúde da Família, um Centro de Saúde (unidade de referência), uma farmácia básica central, um centro de atenção psicossocial (CAPS).

O anonimato dos participantes será preservado, sendo que os nomes das unidades pesquisadas e dos indivíduos que fornecerem informações não serão revelado em hipótese alguma.

A pesquisa será encaminhada para avaliação pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e a coleta dos dados será iniciada somente após a aprovação do referido comitê. Pesquisadora responsável:

Contamos com sua colaboração para que possamos realizá-la e assim contribuir para melhorias no acesso da população de Alagoínhas aos medicamentos essenciais distribuídos na atenção básica.

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Marluce Maria Araújo Assis
Pesquisadora Responsável

Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Pesquisadora Colaboradora

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – SECRETARIA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS

Ofício nº 348/2006

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALAGOINHAS

Alagoinhas, 10 de dezembro de 2006.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da pesquisa “Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS municipal”, que será realizada pelas pesquisadoras Luciane Cristina Feltrin de Oliveira e Profa. Marluce Maria Araújo Assis da Universidade estadual de Feira de Santana, no município de Alagoinhas.

Elis Rosa de Almeida Souza
Secretária de Saúde de Alagoinhas

ANEXO D – LISTA DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE DESCENTRALIZADO DA ATENÇÃO BÁSICA

Produto	Indicação Terapêutica
Ácido acetilsalicílico – 100mg – comprimido	Analgésico/antitérmico
Amoxicilina 50mg/mL – pó para suspensão oral	Antibiótico
Amoxicilina 500mg – cápsula	Antibiótico
Benzoato de Benzila 0,25% - emulsão tópica	Antiparasitário
Dexametasona creme 0,1% - bisnaga	Antiinflamatório esteroidal
Eritromicina (estearato ou etilsuccinato) 25mg/5mL – suspensão oral	Antibiótico
Eritromicina 500mg - comprimido	Antibiótico
Ibuprofeno 300mg – comprimido	Antiinflamatório
Mebendazol 20mg/mL – suspensão oral	Antiparasitário
Mebendazol 100mg – comprimido (Albendazol 200mg) (1)	Antiparasitário
Metoclopramida (cloridrato) 10mg – comprimidos	Antiemético
Metoclopramida (cloridrato) 5mg/mL – solução injetável	Antiemético
Metronidazol creme vaginal 2,0% - bisnaga	Antiparasitário
Metronidazol 40mg/mL – suspensão oral	Antiparasitário
Metronidazol 250mg – comprimido	Antiparasitário
Miconazol creme vaginal 2% (Nistana 25.000UI/g) – bisnaga (2)	Antifúngico
Neomicina + Bacitracina 0,5% + 250UI/g – bisnaga (3)	Antibiótico
Paracetamol 100mg/mL ou 200mg/mL – solução oral	Analgésico/antitérmico
Paracetamol 500mg - comprimido	Analgésico/antitérmico
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000UI – pó para suspensão injetável	Antibiótico
Benzilpenicilina Benzatina 600.000UI – pó para suspensão injetável	Antibiótico
Benzilpenicilina Procaína + Potássica 300.000UI + 100.000 UI - suspensão injetável	Antibiótico
Ranitidina 150mg - comprimido	Anti-ulceroso
Sais para reidratação oral 27,9g - envelope	Reidratação
Sulfametoxazol + Trimetoprima 400 + 80mg - comprimido	Antibiótico
Sulfametoxazol + Trimetoprima 4,0% + 0,8% - suspensão oral	Antibiótico
Tiabendazol 5% 250mg/5mL – suspensão oral	Antiparasitário
Tiabendazol 500mg - comprimido	Antiparasitário

(1) - Permitida a inclusão de um dos medicamentos.

(2) – Permitida a inclusão de um dos medicamentos

(3) - Não obrigatório quando Estado e/ou Município contar com protocolo para manejo de infecções dermatológicas

Fonte: BRASIL (2005)

ANEXO E – LISTA DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ATENÇÃO BÁSICA

Produto	Indicação Terapêutica	Elenco
Alfametildopa 250mg – comprimido	Anti-hipertensivo para uso por gestantes	HD
Captopril 25mg - comprimido	Anti-hipertensivo	HD
Glibenclamida 5mg - comprimido	Hipoglicemiante oral	HD
Hidroclorotiazida 25mg - comprimido	Diurético	HD
Metformina 850mg - comprimido	Hipoglicemiante oral	HD
Propranolol (cloridrato) 40mg - comprimido	Anti-hipertensivo	HD
Digoxina 0,25mg - comprimido	Cardiotônico	HD
Insulina NPH 100UI – frasco ampola	Hipoglicemiante injetável	IN
Beclometasona 250mcg – inalatório – uso oral	Antiinflamatório esteróide	AR
Beclometasona 50mcg – spray inalatório – uso nasal	Antiinflamatório esteróide	AR
Prednisona 20mg – comprimido	Antiinflamatório esteróide	AR
Prednisona 5mg - comprimido	Antiinflamatório esteróide	AR
Salbutamol (sulfato) 2mg/5mL – xarope	Broncodilatador	AR
Salbutamol 100mcg – aerosol inalatório	Broncodilatador	AR
Salbutamol 2mg – comprimido	Broncodilatador	AR
Ácido fólico 5mg - comprimido	Prevenção mal-formações do tubo neural	NA
Sulfato ferroso 12,5mg/2mL - xarope	Suplementação de ferro	NA
Sulfato ferroso 25mg/mL Fe ⁺⁺ - solução oral/gotas	Suplementação de ferro	NA
Sulfato ferroso 40mg/Fe ⁺⁺ - comprimido	Anemia ferropriva	NA
Vitamina A 100.000UI – cápsula	Hipovitaminose A	NA
Vitamina A 200.000UI cápsula	Hipovitaminose A	NA
Adesivos transdérmicos de nicotina (14mg)	Antitabagismo	CT
Adesivos transdérmicos de nicotina (21mg)	Antitabagismo	CT
Adesivos transdérmicos de nicotina	Antitabagismo	CT

(7mg)		
Cloridrato de bupropiona 150mg – comprimido	Antitabagismo	CT
Goma de mascar com nicotina (tablete com 2mg)	Antitabagismo	CT
Acetato de medroxiprogesterona 150mg/mL – injetável	Anticoncepcional hormonal trimestral	SM
Enantato de noretisterona 50mg + valarato de estradiol 5mg - injetável	Anticoncepcional hormonal mensal	SM
Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg - comprimido	Anticoncepcional	SM
Levonorgestrel 0,75mg - comprimido	Anticoncepcional de emergência	SM
Noretisterona 0,35mg - comprimido	Anticoncepcional	SM

HD = Hipertensão e Diabetes

IN = Insulina

AR = Asma e Rinite

SM = Saúde da Mulher

A N = Alimentação e nutrição

CT = Combate ao Tabagismo

Fonte: Brasil (2005).

ANEXO E – LISTA DE MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS.

MEDICAMENTO	APRES	GRUPO
1 Acarbose 50mg	comp	Hipoglicemiante oral
2 Ácido Acetil Salicílico 100mg	comp	Analgésico/antitérmico/antiagregante
3 Ácido Acetil Salicílico 500mg	comp	Analgésico/antitérmico
4 Amoxicilina 250mg/5ml susp. Oral 60ml	fr	Antibiótico
5 Amoxicilina 500mg	caps	Antibiótico
6 Benzoato de Benzila Emulsão 2,5%	fr	Escabicida
7 Carbamazepina 100mg/5ml susp. Oral	fr	Antiepiléptico
8 Carbamazepina 200mg	comp	Antiepiléptico
10 Cefalexina 250mg/ml sol. Oral	fr	Antibiótico
11 Cefalexina 500mg	caps	Antibiótico
12 Cetoconazol 200 mg	comp	Antifúngico
14 Dexametasona 0,1% creme	Bisn.	Antiinflamatório esteroidal
15 Dexclorfeniramina 0,04% sol. Oral	fr	Antialérgico
16 Diazepan 10 mg	comp	Ansiolítico
17 Diclofenaco de sódio 50 mg	comp	Antiinflamatório não esteroidal
Diclofenaco resinato 15mg/ml 10mL sol.		
18 Oral	fr	Antiinflamatório não esteroidal
19 Dipirona 500mg	comp	Analgésico/antitérmico
20 Dipirona gotas 500mg/ml fr. 10ml	fr	Analgésico/antitérmico
21 Eritromicina 2,5% 60ml susp. Oral	fr	Antibiótico
Eritromicina 500mg (estereato ou		
22 etilsuccinato)	comp	Antibiótico
23 Fenobarbital 100mg	comp	Barbitúrico
24 Fenobarbital gotas 40 mg/ml 20 ml	fr	Barbitúrico
25 Fenoterol 0,2mg/ml gotas 20 ml	fr	Antiasmático
26 Furosemida 40mg	comp	Diurético
27 Gliclazida 80 mg	comp	Antidiabético
28 Hidralazina 25 ou 50 mg	comp	Vasodilatador direto
29 Hidroclorotiazida 50mg	comp	Diurético
Insulina regular injetável 10 UI/ml Fr.		
31 Amp.	fr/amp	Antidiabético
34 Mebendazol 100 mg	comp	Antiparasitário
35 Mebendazol 20mg/30ml susp. oral	fr	Antiparasitário
36 Metoclopramida 10mg	comp	Antiemético
37 Metoclopramida gotas 4mg/mL	fr	Antiemético
38 Metoclopramida injetável 10mg	amp	Antiemético
39 Metronidazol 100mg/g cr. vaginal 50 g	Bisn.	Antiparasitário
40 Metronidazol 250mg	comp	Antiparasitário
41 Metronidazol 4% susp. Oral 100mL	fr	Antiparasitário
42 Miconazol creme vaginal 2% 80 g	Bisn.	Antifúngico
43 N-butil escopolamina 10 mg	comp	Anticolinérgico
44 Neomicina + Bacitracina pomada	Bisn.	Antibiótico tópico
45 Nifedipina retard 20mg	comp	Antihipertensivo
46 Nistatina 10000UI/mL 50mL susp.	fr	Antifúngico/antiinfecioso

47	Nistatina creme vaginal	bis	Antifúngico/antiinfecioso
49	Paracetamol 100mg/ml gotas fr. 10ml	fr	Analgésico/antitérmico
50	Paracetamol 500mg	comp	Analgésico/antitérmico
	Penicilina Benzatina 1.200.000UI +		
51	diluyente	fr/amp	Antibiótico
52	Penicilina Benzatina 600.000UI + diluyente	fr/amp	Antibiótico
	Penicilina G Proc. + Potás. (300.000 +		
53	100.000)UI	fr/amp	Antibiótico
54	Prometazina 25mg	comp	Antiistamínico/antiemético
55	Ranitidina 150 mg	comp	Antiulceroso
56	Rifampicina 2% susp. Oral	fr	Antiinfecioso
57	Rifampicina 300mg	comp	Antiinfecioso
58	Sais de reidratação Oral envelope 27,9 g	env	Reidratante
	Sulfametoxazol+Trimet.(200mg+40mg)		
61	susp.oral.	fr	Antiinfecioso
62	Sulfametoxazol+Trimet.400mg+80mg)	comp	Antiinfecioso

OBS.: Estão inclusos nesta lista os medicamentos destinados à saúde mental.