

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA



ASSISTÊNCIA FARMACEÚTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAZENGA ANGOLA

Orientadora: Vera Lucia Luiza
Auxiliar de orientação: Isabel Cristina Martins
Emmerick

Tando Fulevo

Rio de Janeiro, junho de 2011

Assistência Farmacêutica na Atenção Primária de Saúde no Município do Cazenga / Luanda, Angola

Trabalho apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Tando Fulevo

Orientadora: Vera Lucia Luiza

Auxiliar de orientação: Isabel Cristina Martins Emmerick

Rio de Janeiro, Junho de 2011

A minha esposa Adelia Francisco Paca e nossos filhos Gaby, Marlene e Aninhas, pela paciência e coragem que tiveram em suportar todas as dificuldades atravessados durante a realização deste trabalho.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a. Dra Vera Lucia Luiza, por todas as oportunidades oferecidas, carinho, paciência, dedicação, transmitindo sabedoria, segurança e confiança no meu potencial mesmo quando eu mesmo duvidava

À Prof^a. Dra Vera Lúcia Edais Pepe, pelo empenho e apoio prestado na construção do projeto, por todas as oportunidades oferecidas, carinho, paciência, dedicação, transmitindo sabedoria, segurança e confiança no meu potencial mesmo quando eu mesmo duvidava.

À Dr^a Isabel Cristina Martins Emmerick pela toda paciência e dedicação, transmitindo sabedoria para conseguir finalizar esta dissertação a tempo oportuno.

À Paula Fretas pelo todo o apoio prestado na revisão e conferência dos dados da minha dissertação.

Há que não esquecer a equipa toda do Núcleo de Assistência Farmacêutica, pelo carinho e a bela recepção que prestaram por mim durante os dias que partilhei com vocês. Expresso meus agradecimentos a todos aqueles que de algum modo colaboraram para a realização deste trabalho.

Ao Ministério da Saúde de Angola, à Direcção Provincial de Saúde de Luanda, a Repartição municipal de saúde do Cazenga, todos os responsáveis e técnicos de saúde das unidades de saúde do município de Cazenga.

Agradeço carinhosamente à minha esposa Adelia Francisco Paca e nossos filhos Gaby, Marlene e Aninha pelo apoio, companheirismo e colorido da vida.

Resumo

Este foi um estudo transversal e descritivo que teve como objetivo avaliar aspectos da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Cazenga, Angola. A avaliação foi realizada com base na adequação da prática prescritiva e da assistência em saúde considerando aspectos relacionados com a assistência farmacêutica e da dispensação de medicamentos, tendo em vista a assegurar a qualidade dos medicamentos e a promoção de seu uso racional relacionado ao diagnóstico, em relação aos Manuais de Prescrição de medicamentos Essenciais. Utilizou-se um conjunto de indicadores da Assistência Farmacêutica adaptados a partir de proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS). O estudo foi conduzido em 11 Unidades de Atenção Básica do Município no período de 30 dias, durante os meses de Abril e Maio de 2011. Foram utilizados instrumentos de coleta de dados com perguntas fechadas para entrevistar usuários na análise dos conhecimentos da utilização de medicamentos prescritos, tempo de permanência na consulta e de dispensação. Foram recolhidas receitas para observar a conduta de prescrição de medicamentos e as condições de estocagem também foram observadas. Cerca de 95% das receitas da atenção primária em Angola são feitas por técnicos de saúde. Quanto à prática prescritiva, encontrou-se em média 2 a 3 medicamentos por receita, sem diferenças importantes entre as unidades de saúde ou entre as especialidades. Encontrou-se que 45,4% das receitas continham antibióticos e 0,8% injetáveis. Quanto à assistência ao paciente, encontrou-se tempo médio de consulta e dispensação de 19 e 5 minutos, respectivamente. Quanto às práticas de dispensação, 88,8% dos pacientes conheciam a dose a tomar. Os piores resultados foram quanto a organização dos serviços de dispensação, em que nenhuma das unidades cumpriu com os requisitos de adequação do ambiente e somente cinco cumpriram os requisitos de higiene da farmácia. Ainda que a maioria dos resultados tenha evoluído em relação ao estudo realizado em 2000, ainda há problemas importantes, principalmente quanto organização do serviço e à disponibilidade de medicamentos.

Palavras chave: Assistência Farmacêutica, indicadores, acesso a medicamentos, uso racional de medicamentos

Abstract

This was a cross-sectional and descriptive study, aimed to evaluate aspects of pharmaceutical services in primary health care in the municipality of Cazenga, Angola. It was made based on the prescriptive practice adequacy and in health care assistance considering the aspects related to pharmaceutical services concerning, medicine's quality assurance and promotion of their rational use related to the diagnosis take in to account the Essential medicines prescription guidelines. Were used a set of indicators of Pharmaceutical Services adapted from the World Health Organization (WHO). The study was conducted in 11 primary care facilities of the Municipality of Cazenga within 30 days during April and May 2011. Data collection concerning the level of knowledge about the use of medicines prescribed, consultation and dispensing time, an interview was made with the users using a closed question instruments. The prescriptions were retrieved to evaluate the prescribing practice and the storage conditions was observed as well. Around 95% of the prescriptions in the primary health care in Angola are filled by health technician. Related to the prescriptive practice, was found 2 to 3 medicines per prescription an average, without substantial differences among the health care facilities or across specialties. It was found that 45.4% of the prescriptions had antibiotics and 0.8% had injectables medicines. With regard to patient care, it was found that the consultation and dispensing time in average was 19 and 5 minutes, respectively. Concerning to the dispensing practices, 88.8% of patients knew how to use their medicines. The worst result were related to the dispensing services organization, where none of the health care facilities accomplish with the requirements of the environment adequacy and only five accomplish with the requirements of the pharmacy hygiene. Nevertheless, the majority of the results has improved since the previous study conducted in 2000, but major problems still exist, especially regarding to the health service organization and medicines availability.

Key words: Pharmaceutical service, indicators, access to medicines, rational use of medicines

Sumário

| | |
|--|------|
| Resumo | iv |
| Abstract..... | v |
| Sumário..... | vi |
| Lista de ilustrações | vii |
| Siglas e abreviaturas | viii |
| 1. Introdução..... | 9 |
| 2. Revisão da literatura | 12 |
| 2.1. Aspectos da assistência farmacêutica..... | 12 |
| 2.2. Indicadores básicos de uso de medicamento | 14 |
| 2.3. Situação sanitária e sócio econômico em angola | 18 |
| 2.4. Política Nacional de Saúde e organização do sistema de saúde de Angola | 21 |
| 2.5. Política Nacional Farmacêutica em Angola | 26 |
| 3. Justificativa do estudo | 31 |
| 4. Objetivos..... | 33 |
| 4.1. Objetivo Geral | 33 |
| 4.2. Objetivos específicos | 33 |
| 5. Material e métodos | 34 |
| 5.1. Indicadores do estudo, instrumentos e método de coleta de dados | 34 |
| 5.2. Procedimentos operacionais | 38 |
| 5.3. Análise..... | 39 |
| 6. Aspectos Éticos | 40 |
| 7. Resultados e Discussão..... | 41 |
| 7.1. Aspectos da realização do estudo | 41 |
| 7.2. Prática prescritiva em Cazenga-Luanda / Angola | 42 |
| 7.3. Adequação da assistência em saúde em aspectos relacionados com a assistência farmacêutica ao paciente | 50 |
| 7.4. Adequação da dispensação de medicamentos | 51 |
| 7.5. Aspectos da organização do serviços farmacêuticos..... | 54 |
| 7.6. Evolução dos mesmos indicadores em relação aos resultados do estudo anterior..... | 56 |
| 8. Conclusão | 58 |
| 9. Recomendações | 59 |
| 10. Referências | 61 |
| Anexo 1. Lista de medicamentos para postos de saúde em Angola..... | 65 |
| Anexo 2. Lista de medicamentos para centro de saúde, Angola | 66 |
| Anexo 3. Carta de anuência da autoridade de Angola quanto à condução do estudo | 67 |
| Anexo 4. Parecer do Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz..... | 68 |
| Anexo 5. Instrumentos de coleta de dados | 69 |

Lista de ilustrações

| | |
|---|----|
| Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica | 13 |
| Figura 2. Número médio de medicamentos por receita em cada especialidade, Cazenga/ Angola , 2011. | 43 |
| Figura 3. Percentual de receitas com antibióticos, injetáveis e com a combinação de anti infeciosos, Cazenga / Angola 2011. | 47 |
| Figura 4. Percentual de antibióticos, injetáveis e combinação de antiinfeciosos prescritos por cada especialidade, Cazenga / Luanda, 2011 | 47 |
| Figura 5. Percentual de medicamentos prescritos em DCI e constantes na lista de medicamentos essenciais em uso no país. Cazenga /Luanda, Angola 2011 | 49 |
| Figura 6. Percentual de pacientes que sabem como tomar os medicamentos prescritos na receita segundo Unidades de saúde, Cazenga/ Angola 2011. | 53 |
| Figura 7. Percentual de pacientes que sabem como tomar os medicamentos prescritos na receita segundo área de serviço, Cazenga/ Angola 2011..... | 54 |
| Figura 8. Percentual de atendimento aos requisitos de arrumação dos produtos, Cazenga/ Angola 2011. | 56 |
| | |
| Quadro 1 – Indicaores propostos pelo MSH/WHO e descrição e sua utilidade..... | 15 |
| Quadro 2. Consolidado de consultas curativas declaradas nas unidades básicas segundo o grupo profissional. Província de Luanda, 2009..... | 26 |
| Quadro 3. Cobertura de consultas, qualificação técnica dos prescritores e unidades sanitárias referentes aos kits de medicamentos. Angola, 2008. | 28 |
| Quadro 4. Indicadores, objetivo, fonte de coleta, cálculo e padrão recomendado | 36 |
| Quadro 5. Amostragem utilizada no estudo | 37 |
| | |
| Tabela 1. Característica dos entrevistados. Cazenga, 2011 | 42 |
| Tabela 2. Tempo médio de consulta e de dispensação de medicamentos, Cazenga/Angola 2011 | 51 |
| Tabela 3. Tempo médio de consulta e de dispensação segundo a especialidade. Cazenga/Angola 2011 | 51 |
| Tabela 4. Número de Unidades que cumprem com os requisitos de adequação do ambiente, Cazenga/ Angola 2011. | 54 |
| Tabela 5. Número de Unidades que cumprem com os requisitos de higiene da farmácia, Cazenga/ Angola 2011. | 55 |
| Tabela 6. Número de Unidades que cumprem com os requisitos de Adequação no atendimento, Cazenga/ Angola 2011..... | 55 |
| Tabela 7. Resultados dos indicadores de prescrição em três tranalhos | 57 |

Siglas e abreviaturas

| | |
|--------|---|
| AIDI | Atendimento Integral das Doenças da Infância |
| CPS | Cuidados Primários de saúde |
| CS | Centro de saúde |
| CSR | Centro de saúde de referencia |
| CATV | Centro de atendimento e testagem voluntários |
| DPSL | Direção Provincial de Saúde de Luanda |
| DCI | Denominação Comum Internacional |
| DNME | Direção Nacional de medicamentos e equipamentos |
| DNSP | Direção Nacional de Saúde Pública |
| DRA | Doenças respiratória aguda |
| DDA | Doenças diarréicas aguda |
| DOT | Tratamento diretamente observado |
| HM | Hospital municipal |
| IEBA | Igreja Envagelica Baptista em Angola |
| INLS | Instituto Nacional da Luta Contra a Sida |
| LNME | Lista Nacional de medicamentos essenciais |
| MINSA | Ministério da Saúde |
| MINPLA | Ministério do Plane amento |
| MS-B | Médicos sem Fronteira da Bélgica |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNME | Programa nacional de medicamentos essenciais |
| PNLM | Programa nacional de luta contra malaria |
| PNDS | Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitária |
| PNM | Política Nacional de medicamentos |
| PNCT | Programa Nacional de luta contra tuberculose |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| P S | Posto de saúde |
| RGUSAP | Regulamento das Unidades de Saúde de Atenção Primaria |
| RH | Recursos a Humanos |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| US | Unidades de Saúde. |
| RDC | República Democrática do Congo |

1. Introdução

O medicamento pode ser considerado recurso “crítico” da oferta de serviços, pois é um elemento essencial na abordagem terapêutica e, conseqüentemente, muito importante para a credibilidade da população no sistema e serviços de saúde. Segundo GIROTTO & SILVA (2006) os medicamentos são importantes instrumentos garantidores da resolutividade dos serviços prestados, representando, em alguns casos, o segundo maior gasto dentro do Sistema de Saúde, perdendo apenas para os recursos humanos. Sua oferta, de forma organizada e em acordo com as necessidades da população, não apenas promove a adequada efetividade dos serviços de saúde, como também contribui para a melhoria de importantes princípios estruturantes de qualquer sistema de saúde, como a integralidade e a equidade.

Os medicamentos essenciais são os considerados indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população, devendo estar disponíveis continuamente aos que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas (BRASIL, 1998). A definição e a implementação de uma Política Nacional de Medicamentos que formule estratégias coerentes e condizentes com a resolução dos principais problemas de saúde identificados é considerada o primeiro passo para que um país promova o acesso a medicamentos essenciais e de qualidade aos cidadãos (ANGOLA/PNF, 2005 a). GIROTTO & SILVA (2006) referem que a Política de Medicamentos tem também o benefício de racionalizar os recursos da saúde.

Em Angola, a Política Nacional Farmacêutica teve sua regulamentação em fevereiro de 2011, e tem como objetivos garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso aos medicamentos essenciais (ANGOLA/PNF, 2005. a)

O alcance dos objetivos de uma Política Nacional de Medicamentos não depende apenas do fornecimento dos medicamentos essenciais. É também importante garantir a provisão de serviços farmacêuticos de qualidade, que inclua a informação correta sobre a prescrição medicamentos

de forma a evitar retornos precoces aos consultórios ou agravamento da situação clínica por falta de entendimento da prescrição (GIROTTO & SILVA, 2006).

Tendo como objeto o acesso e o uso racional de medicamentos é importante ressaltar as ações de assistência farmacêutica no processo de cuidado em saúde, em todos os níveis que abrangem programação das necessidades em medicamentos, recepção, planificação, distribuição para as unidades de saúde, formação, e supervisão das atividades dos profissionais envolvidos no processo (técnicos prescritores e gestores de medicamentos), o controle e o acompanhamento na utilização, melhorando as condições de armazenamento e distribuição, contribuindo assim para a garantia de existência regular de medicamentos básicos e essenciais, seguros e de boa qualidade nas unidades de saúde de todos os níveis de cuidado.

Angola possui um sistema de saúde composto por três subsistemas. O subsistema público ou Sistema Nacional de Saúde (SNS) é gerenciado pelo Ministério de Saúde de Angola (MINSA) e por outros organismos governamentais em casos específicos como a prestação de serviços de saúde aos militares e à polícia nacional. O subsistema privado não lucrativo é gerenciado por organizações não governamentais, incluindo as religiosas.

O subsistema privado lucrativo foi aprovado através da lei 21-B / 92 de 21 de Agosto de 1992 (Angola, 1992). A partir desta lei, o estado já não tem o direito exclusivo de prestação de cuidados de saúde, sendo permitida a abertura de estabelecimentos privados de saúde, gerenciados por entidades privadas com o objetivo de prestar serviços de saúde a população. São sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade de serviços prestados por parte das autoridades sanitárias (Angola, 1992).

Os estabelecimentos privados estão concentrados nos centros urbanos do país e inexistente regulamentação dos preços praticados, de maneira que este setor contribui de maneira muito limitada para a acessibilidade da população aos cuidados de saúde, sobretudo a parcela mais pobre.

O Sistema Nacional de Saúde é constituído por unidades sanitárias (US) que estão organizadas em três níveis de cuidado: o nível primário ou Cuidados Primários de Saúde (CPS), representado por postos de saúde,

centros de saúde e hospitais municipais, pretende ser o primeiro ponto de contacto da população com os serviços saúde. O nível secundário é constituído pela rede hospitalar de menor complexidade que são vinculados ao nível provincial e o nível terciário, pela rede hospitalar voltada aos cuidados mais especializados e vinculados nível nacional.

A atenção primária é prestada principalmente por profissionais de nível técnico, que podem diagnosticar e prescrever medicamentos, de acordo com protocolos pré-definidos (Angola, 2005b).

Os procedimentos são definidos para o tratamento das doenças mais prevalentes e estão contidos principalmente no Manual de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Correntes, no Manual de Atendimento Integral das Doenças da Infância (AIDI), no Manual de Tratamento da Malária e no Manual Básico de Tratamento da Tuberculose (ANGOLA , 2008.a).

O estudo de desempenho da assistência farmacêutica ao nível da atenção básica de saúde é importante para contribuir à permanente disponibilidade e acessibilidade de medicamentos essenciais a toda a população, promovendo o uso racional dos mesmos, tanto pelos prescritores como pelos dispensadores e os usuários

Este trabalho tem como tema principal a assistência farmacêutica na atenção primária em Cazenga, maior município de Luanda, em Angola.

2. Revisão da literatura

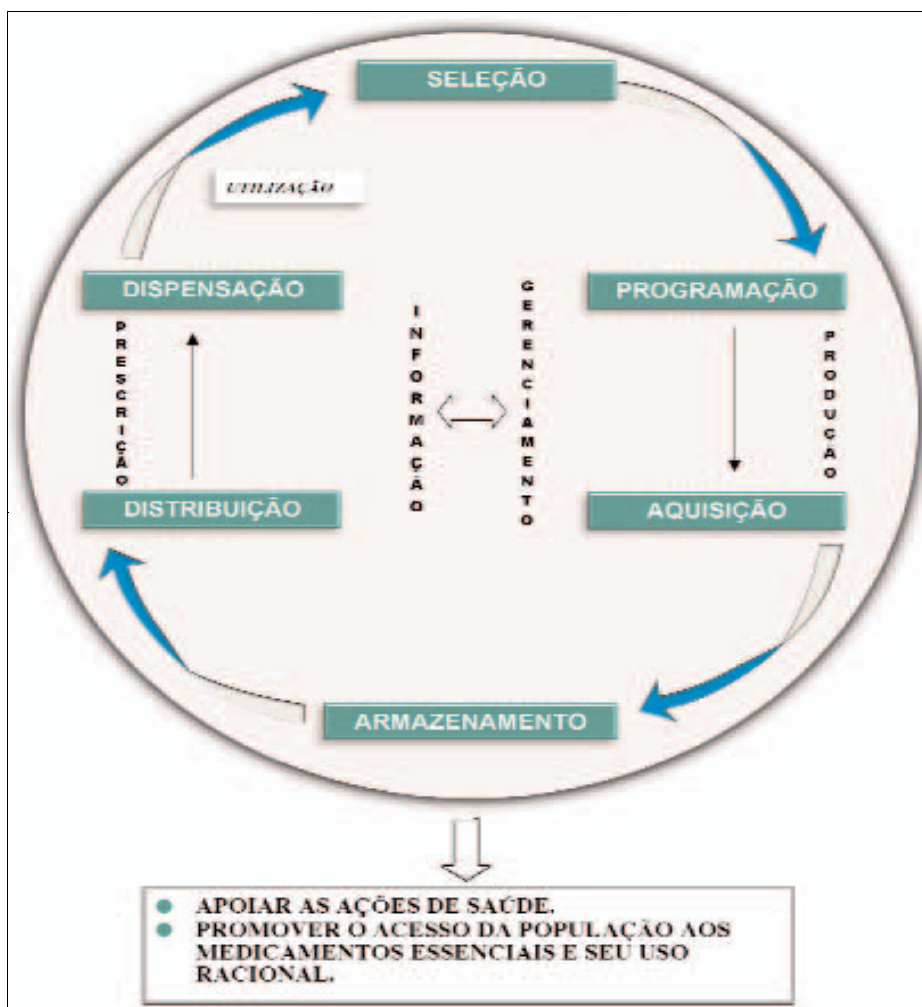
2.1. Aspectos da assistência farmacêutica

No que diz respeito ao conceito de assistência farmacêutica, há variações entre os Países (Silva Junior, 2006). Este trabalho utilizará a definição constante na legislação brasileira, que considera Assistência Farmacêutica como:

“Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população...” (BRASIL, 1998).

Portanto para que a assistência seja efetiva na sua implementação é necessário ter em conta os componentes representados do ciclo da assistência farmacêutica (Figura 1) seleção, programação das necessidades, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. A informação e avaliação permeiam todos os componentes do ciclo visando garantir-lhes eficiência e efetividade.

Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

A seguir, descreve-se, sucintamente, cada componente do ciclo da assistência farmacêutica.

- ✓ **Seleção:** A seleção é considerada o primeiro passo nas ações do ciclo de assistência farmacêutica e consiste em selecionar os medicamentos seguros e eficazes, tendo em conta o perfil epidemiológico, econômico e o nível da estrutura dos serviços de saúde.
- ✓ **Programação das necessidades:** Consiste em estimar as quantidades a serem adquiridas, em função das necessidades dos serviços durante um determinado período, tendo em conta os consumos históricos dos medicamentos, perfil epidemiológico ou a oferta de serviços.

- ✓ **Aquisição:** É um conjunto de procedimentos técnicos administrativos usados para garantir a aquisição dos medicamentos programados de maneira a satisfazer as necessidades das unidades de saúde em quantidade, qualidade e melhor relação custo/benefício.
- ✓ **Armazenamento:** Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recepção, estocagem e conservação de medicamentos e controle de estoque.
- ✓ **Distribuição:** Atividade que consiste na alocação de medicamentos nas unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação aos usuários.
- ✓ **Dispensação** - é o ato profissional farmacêutico de aviamento ou a entrega de medicamentos prescritos numa receita elaborada por um profissional de saúde a um paciente, devendo assim o farmacêutico informar e orientar o paciente sobre o uso adequado do medicamento e os cuidados a ter com os mesmos (dosagem, influência dos alimentos, interação com outros medicamentos, reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de conservação dos medicamentos).

Mais recentemente, a Organização Pan-Americana de Saúde (Brasil, 2002), considera o farmacêutico como um profissional que deve participar ativamente na prevenção de enfermidades e na promoção da saúde, junto com outros membros da equipe de saúde e comprometer-se com o alcance de resultados concretos em saúde.

2.2. Indicadores básicos de uso de medicamento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo, nas últimas décadas, a aprimorar metodologias para estudar, de forma simples, a situação farmacêutica de países e regiões, de maneira a gerar dados para o planejamento local, realizar comparações com outros locais ou dentro do mesmo local ao longo do tempo.

Esses indicadores podem ser utilizados como instrumentos para detecção de problemas, bem como no monitoramento das intervenções relacionadas à assistência farmacêutica no desempenho de sistemas e de serviços de saúde (WHO/DAP, 2003). A proposta de cesta de indicadores, de fácil reprodução e aplicação e de custo acessível, tem sido aplicada em diversos países e regiões, de forma a estimular ações subseqüentes.

Os indicadores hoje preconizados pela OMS tiveram origem em um trabalho realizado em parceria com o *Management Science for Health* (MSH), e expresso na bastante difundida publicação “*How to Investigate Drug use in Health Care Facilities*” (WHO, 1993).

Esses indicadores podem ser usados para avaliar o impacto de uma intervenção ou também para detectar os problemas referentes a utilização de medicamentos e adotar medidas para sua correção. Isso pode ocorrer no âmbito individual da unidade de saúde (que pode ser unidade básica, hospital etc), ou ainda no nível municipal, regional ou de país. As técnicas utilizadas nestes indicadores são simples, rápidas e eficientes. Podem ser executadas de maneira padronizada e a um custo aceitável.

A elaboração deste indicadores começou em países de Africa e na Asia e foram reajustados em 1992 (WHO/DAP, 1993). Os indicadores descritos neste manual, não pretendem esgotar a medição de todas as dimensões da efetividade do cuidado farmacêutico. Estão subdivididos em três sub grupos: indicadores de prescrição, de atenção ao paciente, dos serviços (Quadro 1).

Quadro 1 – Indicaores propostos pelo MSH/WHO e descrição e sua utilidade

| Indicador | Utilidade |
|--|--|
| I -Indicador de prescrição | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Número médio de medicamentos por receita | Medir o grau de sobre-prescrição de medicamentos; a polimedicação tem o potencial de acarretar desperdício de recursos, reações adversas e redução da adesão ao tratamento |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de medicamentos prescritos pelo denominação comum internacional (DCI) | A prescrição pelo nome genérico facilita a educação e a informação para o paciente e contribui na identificação fácil dos nomes dos medicamentos, além de contribuir para aumento do acesso. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de receitas com antibiótico | O uso não racional desses medicamentos pode ocasionar o desenvolvimento de bactérias multiresistentes, dificultando o tratamento de futuras infecções e o agravamento do quadro da doença. |

| Indicador | Utilidade |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de receitas com injetáveis | A via parenteral é considerada insegura, tendo em conta o risco do aumento da prevalência das doenças transmissíveis por falha de esterilização dos materiais de corte perfurantes, em caso de doenças como a Hepatite B e HIV, além de reações adversas no sítio da administração. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de receitas prescritos de acordo com relação de medicamentos essenciais | A seleção de medicamentos é componente estruturante da assistência farmacêutica e o alcance de seus efeitos só é possível se for efetivamente usada na prática. |
| II- Indicadores de atenção ao paciente | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de consulta | Medir o tempo que o prescritor dedica ao paciente no processo de exame clínico-diagnóstico; sem um tempo de consulta adequado não é possível garantir a qualidade da consulta, incluindo a adequada prescrição de medicamentos. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de dispensação | Medir o tempo que o profissional da farmácia dedica ao paciente durante o aviamento da receita, e sem um tempo mínimo de interação com o paciente não é possível garantir o mínimo de orientação para o uso correto de medicamentos |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de medicamentos realmente dispensados. | Medir a capacidade das unidades de saúde em satisfazer a demanda de medicamentos prescritos |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de pacientes com conhecimento do nome e a dose correta do medicamento. | Medir a efetividade da Informação dada aos pacientes sobre o nome e a posologia dos medicamentos prescritos, de forma a proporcionar o cumprimento da terapia. |
| III- Indicadores sobre o serviço | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de lista de medicamentos essenciais em uso no país | Verificar a disponibilidade da lista padrão de medicamentos essenciais, pois a adequada divulgação do documento facilita a adesão pelos profissionais envolvidos no processo de medicação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de medicamentos traçadores | Medir a disponibilidade de medicamentos para doenças de alta prevalência |

Quando usados para estudo de linha base é recomendado a coleta em 20 unidades ambulatoriais para o nível de análise desejado (país, província ou região). Em cada unidade de saúde é recomendada a abordagem de 30 pacientes na saída da consulta médica e, depois, os mesmo pacientes na saída da farmácia. A verificação da disponibilidade deve ser feita em um grupo de medicamentos traçadores, mais atualmente desingnados como medicamentos chave, usados para tratar doenças prevalentes e de importância no nível da atenção primária.

Atualmente, vários destes indicadores estão incorporados na metodologia proposta pela OMS (WHO, 2007), que propõe grupos de

abordagem estratificada em três níveis. No Nível I são abordados aspectos de estrutura e de processo da organização do setor farmacêutico. No Nível II é onde são utilizados os originados na proposta da OMS de 1993 e que buscam avaliar os resultados da PNM e a metodologia é de inquérito nos serviços farmacêuticos públicos e privados, e dos domicílios. Já o Nível III possui indicadores voltados à análise mais detalhada de aspectos selecionados, de acordo com as necessidades específicas identificadas (OPAS, 2005).

A condução dos Níveis I e II deve idealmente ser realizada a cada 4 anos e mais de 20 países já aplicaram esta metodologia, sendo a última versão do pacote apresentada na publicação *“Indicadores Principais para avaliação e estudo da situação do setor farmacêutico nos países”* (WHO 2008).

2.3. Situação sanitária e sócio econômico em Angola

Angola é um país localizado ao sudoeste do continente africano, cuja capital é Luanda. Tem 18 províncias, subdivididas em 164 municípios, e uma superfície total de 1 246 700 quilômetros quadrados. Sua população, em 2007, estava estimada em cerca de 16.300.000 habitantes, 28% dela vivendo em Luanda. Nos últimos anos, desenvolveu-se uma migração interna crescente para as zonas urbanas por razões sócio-econômicas e de segurança, estando a população concentrada nas províncias do centro do país e na faixa costeira.



Segundo o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano 2007/2008, O PIB per capita de Angola em 2005 foi de 2.335 dólares.

A economia depende principalmente do sector petrolífero, que representa cerca de 55 % do PIB (Angola, PNUD 2005c)

A economia angolana permanece uma economia pobre e de estrutura pouco avançada. Assim, o sector primário emprega cerca de 85% de ativos, onde em cada 10 Angolanos pelo menos sete vivem abaixo da margem de pobreza. (PNUD 2007/2008.b)

Ainda segundo PNUD, em termos de desenvolvimento humano, Angola estava colocada em 160^a posição entre 173 países e a esperança de vida ao nascer da população angolana é muito baixa, estimada em 46 anos, com altas taxas de morbidade e mortalidade (Angola, Ministério do Planeamento / PNUD -2005.d).

Em Angola, a taxa de mortalidade infantil (menores de um ano) é estimada em 150 mortes por 1000 nascidos vivos, e a infanto-juvenil (excluindo os recém nascidos) é de 250 óbitos por 1000 nascidos vivos,

sendo a terceira mais elevada no mundo. A taxa de mortalidade materna é também elevada, estimando-se em 1.500 mortes por 100.000 nascidos vivos e nota-se também uma baixa cobertura de partos institucionais (partos realizados nas unidades sanitárias), na ordem de 22% e a mesma proporção são representa ao número de partos assistidos por pessoal qualificado. À tal situação se atribuem vários fatores tais como: acessibilidade geográfica, econômica e cultural (DNSP/UNICEF, LUANDA- 2007).

O perfil epidemiológico de Angola é ainda dominado pelas seis principais doenças transmissíveis de notificação obrigatória no sistema nacional de vigilância epidemiológica, liderado pela malária com 61%, doenças respiratórias agudas com 16%, doenças diarreicas agudas com 11% a disenteria com 4%, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) com 2%, a tuberculose com 1,1% e outras doenças com 4%. (Angola, 2010).

Na província de Luanda este quadro é muito semelhante, sendo as doenças mais prevalentes: malária, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorréia, HIV e Sida), tuberculose, helmintoses, escabiose, desnutrição, anemia, tétano neonatal, sarampo, cólera, febre tifóide (Angola, DNSP, 2008. c).

A malária é endêmica em todo território nacional e constitui a primeira causa de doença e de morte no país. Dados recentes indicam que no 1º trimestre de 2009, foi notificado um total de 545.651 casos clínicos, representando 61% do total de casos suspeitos e dos quais 1.308 resultaram em óbito (60,7% do total de óbitos reportados) sendo a taxa de letalidade específica de 0,2%. As crianças menores de cinco anos e as mulheres grávidas representam os grupos populacionais mais atingidos e Luanda é a província mais atingida pela doença com 28% de casos.

A malária representa cerca de 40% da procura de cuidados de saúde, 20% dos internamentos hospitalares, 40% de mortes perinatal e 25% de mortalidade materna.

A magnitude da infecção pelo HIV é de momento considerada inferior à média dos países da África austral, considerado como o epicentro da pandemia. Os resultados dos últimos inquéritos de soro prevalência indicam taxas de prevalência abaixo de 5% da população (Angola, INLS, 2006.a).

Os casos de tuberculose têm aumentado devido a fatores como a pobreza, a associação ao VIH/SIDA e a limitada acessibilidade aos cuidados de saúde. O grupo etário em idade produtiva de 15 a 54 anos de idade representa cerca de 80% de casos e a prevalência do VIH/SIDA nesta faixa etária é de 19%. (Angola, INLS, 2006. a)

A prestação de cuidados de tuberculose é realizada nas unidades sanitárias ao nível primário e além dessas unidades referidas, o País dispõe de seis Hospitais Sanatórios e de cinco Dispensários Anti Tuberculose, que funcionam como centros de referência.

O DOT (*direct observed therapy*), estratégia recomendada pela OMS para o tratamento da tuberculose, foi implementado em 1996. A cobertura do país em DOT foi estimada em 60% em 2005 e Luanda conta com 27 centros de tratamento da tuberculose a nível primário e 18 laboratório de baciloscopia (ANGOLA, DNSP/PNCT 2008.a)

As doenças respiratórias agudas (DRA) ocuparam o segundo lugar entre as doenças notificadas em 2005 com um número crescente de casos e de óbitos. As doenças diarréicas agudas (DDA) foram, em 2005, a segunda causa da mortalidade do total das doenças notificadas. Desde o início de 2006, regista-se uma epidemia de cólera. As doenças respiratórias e diarréicas agudas junto com a malária representam cerca de 80% da mortalidade. (ANGOLA/DNSP, 2006.b.)

O tétano neonatal com 401 casos reportados e 117 óbitos notificados foi a terceira causa de morte entre as doenças potencialmente epidêmicas, em 2005. A meningite, com 1.600 casos e 388 óbitos, é uma das doenças potencialmente epidêmicas com uma alta taxa de letalidade (Angola /DNSP, 2006b)

As doenças emergentes e re-emergentes, como as febres hemorrágicas por vírus e a gripe das aves, representam um potencial epidêmico para os países, principalmente para o país que já viveu uma epidemia de febre hemorrágica por vírus de Marburg em 2005 e outra de cólera desde o início de 2006. (ANGOLA/D N S.P: Luanda 2006b)

A desnutrição (incluindo a obesidade), as doenças crônicas como a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e os diferentes cânceres registram um aumento acentuado. Os estilos de vida estão a contribuir para o aumento dos casos das referidas doenças não transmissíveis. (Angola/DNSP,2006.b)

À semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, verifica-se um aumento de doenças não transmissíveis, crônicas e degenerativas, perturbações mentais e traumatismos resultantes de acidente e de violência que têm contribuído para o aumento do fardo da doença e da incapacidade. (ANGOLA/D N S.P: Luanda 2006a).

O tabaco é reconhecido como uma das principais causas do câncer dos pulmões. A insuficiente regulamentação e fiscalização sobre o tabaco faz prever conseqüências negativas sobre a saúde, sobretudo para a juventude.

2.4. Política Nacional de Saúde e organização do sistema de saúde de Angola

O perfil de morbilidade e mortalidade acima descrito permite dizer que Angola, à semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, ainda se encontra aquém do desejado, especialmente considerando as enormes perdas devidas ao elevado fardo de doenças transmissíveis, de mortes prematuras e evitáveis, sobretudo materna e infantil.

Ainda é recente a busca de reorganização do Sistema Nacional de Saúde objetivando enfrentar esta dramática situação, após o longo do conflito vivido no País. A Política Nacional de Saúde (PNS), ainda não publicada, encontra-se no seu quinto esboço (Angola, 2009). Ela define as principais orientações a serem implementadas por meio de Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e de Planos Operacionais (Angola, 2009). A PNS define também a organização e a estrutura do Sistema Nacional de Saúde de Angola.

O sistema de saúde em Angola foi inicialmente baseado nos princípios da universalidade e do livre cuidado de saúde, prestado exclusivamente pelo Estado, com base na estratégia de cuidados primários de saúde. A primeira

década da independência foi caracterizada pela expansão da rede de cuidados de saúde e pela escassez de recursos humanos em saúde, compensada por profissionais recrutados por meio de acordos de cooperação.

Infelizmente, em seguida, o período de conflito levou à destruição e redução drástica da rede sanitária.

Em 1992, foi aprovada lei 21-B/92 agosto 28, que organiza o sistema nacional de saúde, nos termos do qual o Estado já não tem o direito exclusivo de prestação de cuidados de saúde, permitindo a abertura para o sector privado. A lei também introduz o conceito de partilha de custos de saúde pública.

Estima-se que 30 a 40% da população têm acesso aos serviços de saúde. A prestação de cuidados de saúde é feita pelo sistema público, privado e da medicina tradicional - terapeutas tradicionais (Angola, 2007/2008). O sector público inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os serviços de saúde das forças armadas angolanas, do Ministério do Interior e das instituições públicas. O sector público continua a ser o principal prestador de cuidados de saúde nacional.

Segundo o Regulamento das Unidades Sanitárias do Nível Primário de Angola (REGUSAP), os Postos de saúde são a estrutura mais básica e prestam todo o leque de serviços que compõem a estratégia dos cuidados primários de saúde (Consulta pré natal, Planejamento familiar, Seguimento a criança, Vacinação, Consultas de pediatria, Consultas de adultos, Curativos e pensos diversos, reidratação oral e distribuição de medicamentos), exceto o atendimento ao parto.

O Centro de Saúde difere-se do Posto de Saúde nas suas características físicas e dispõe de atendimento contínuo durante 24 horas, serviços de parto e laboratório.

Os Centros de Saúde de Referência e os Hospitais Municipais ambos prestam o mesmo leque de serviços, diferenciando-se apenas pelo número de camas de internamento, menos de 30 para Centro de Saúde de Referência (CSR) e mais para Hospital Municipal. Para além dos serviços prestados ao

nível dos postos e Centros de saúde, eles dispõem também de meios de diagnóstico radiológico e de serviços de atenção ao parto, internamento de observação durante 48 horas, Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária (CATV), centro nutricional suplementar, diagnóstico e tratamento da lepra e da tuberculose e constituem o primeiro nível de referência para os postos e centros de saúde caracterizados pela capacidade de internamento e possibilidade diagnósticas melhoradas com laboratório e radiologia.

Os custos dos serviços e cuidados de saúde no sector público tem sido reconhecido como um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde e de equidade. (ANGOLA MINSA-, *Luanda 29-30 .05.06.c*)

Vale ressaltar que a destruição do sistema de saúde devido ao longo conflito pelo qual o país passou em tempos recentes tem dificultado o acesso da população aos serviços de saúde repercutindo em uma baixa cobertura. Calcula-se que, por razões de acessibilidade geográfica, econômica e cultural, apenas 40 % da população beneficie-se dos serviços prestados pela rede de assistência sanitária, dos partos assistidos por pessoal qualificado, bem como da operacionalização de um sistema de referência e contra referência entre os setores e de um sistema de regulação, por parte do Estado, da promoção e prestação do cuidado (Angola, 2006d). Os preços dos cuidados de saúde prestados pelo setor privado limitam o acesso da população a este setor. Acesso e custos não estão sujeitos a qualquer tipo de regulação neste sector, ao contrário do sector público.

O setor privado emprega, em sua grande parte, profissionais de saúde que trabalham no setor público, com evidentes prejuízos para os dois setores.

As Unidades privadas sem fins lucrativos, principalmente relacionadas às organizações religiosas e ONGs, têm como meta a prestação de cuidados de saúde para as populações mais vulneráveis em zonas suburbanas e rurais (MINSA/ *PNS-5º esboço, Março 2009*).

A debilidade do sistema de supervisão e controle tem fomentado a existência de um sector privado de cuidados informais que trabalham sob condições inaceitáveis e, frequentemente, geridas por pessoas sem qualquer qualificação (serviços não licenciados pelas entidades competentes)

A medicina tradicional não está em um estado de organização. O número de doentes que recorrem a esta área não é controlado. Muitas pessoas utilizam a medicina tradicional, por vezes, de maneira simultânea com a medicina ocidental ou medicina tradicional da Ásia.

A falta de integração no sistema nacional de saúde e de coordenação com outros provedores de saúde e os valores positivos da medicina tradicional não são devidamente aproveitados em benefício da saúde da população.

Os medicamentos tradicionais são vendidos, geralmente em mercados e nas ervanárias sem nenhum controle de qualidade e muitas vezes com uma dose que não tem argumentos científicos e sem cumprimento das boas práticas de fabricação (MINSAP/ PNS-5º esboço, Março 2009).

O Sistema Nacional de Saúde é constituído por unidades sanitárias (US) que estão organizadas em três níveis de cuidado: o **nível primário** ou Cuidados Primários de Saúde (CPS), representado por postos de saúde, centros de saúde e hospitais municipais, que pretende ser o primeiro ponto de contacto da população com os serviços saúde. O **nível secundário** é constituído pela rede hospitalar de menor complexidade, que são vinculados ao nível provincial e o **nível terciário**, pela rede hospitalar voltada aos cuidados mais especializados e vinculados ao nível nacional.

Como já se mencionou, em Angola os técnicos de enfermagem são os principais responsáveis pela prestação de consultas no nível da atenção primária. Estes profissionais são os que possuem certificação técnica profissional. (Angola, 2010).

Existem os técnicos de nível básico ou auxiliares de enfermagem, titulares de um certificado conferido por instituições de ensino nos termos da lei e registrado no órgão competente, com duração de dois anos de formação profissional, após conclusão do ensino primário. O auxiliar de enfermagem exerce atividade de nível básico, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, o que inclui procedimentos como vacinação, consulta pré-natal.

Os técnicos de nível médio ou técnicos de enfermagem são titulares de um certificado igualmente conferido por instituições de ensino nos termos da lei e registrado no órgão competente, com duração de 4 anos de formação técnico- profissional concomitante ao ensino regular de nível médio.

Os procedimentos autorizados aos profissionais de enfermagem são os definidos para o tratamento das doenças mais prevalentes e estão contidos principalmente no Manual de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Correntes, no Manual de Atendimento Integral das Doenças da Infância (AIDI), no Manual de Tratamento da Malária e no Manual Básico de Tratamento da Tuberculose (ANGOLA, 2008. d).

No entanto a normatização legal do país é imprecisa na definição das competências desses profissionais que, na prática, inclui a realização de consultas diagnóstica e prescrição de medicamentos.

A província de Luanda, com uma superfície de 2.408 Km² tinha em 2008 uma população, segundo estimações feitas a partir dos registros do censo eleitoral, que alcançaria 7.395.976 habitantes (Angola, 2008), distribuídos em 9 municípios, para uma densidade populacional de 3.071 habitantes por Km².

O sistema de saúde, composto de unidades de referência provincial, municipal e de assistência periférica, não tem atualmente um funcionamento “em rede”, não só no que diz respeito à referência e contra referência de pacientes, mas também nos aspectos logísticos de abastecimento de medicamentos e equipamentos, transporte de doentes, sistema de informação, gestão ou financiamento.

Em termos de disponibilidade, existem uns US públicos por cada 81.274 habitantes, um médico por cada 21.882 habitantes e um técnico por cada 1.298 habitantes. A disponibilidade de camas é de 0,3 camas de maternidade por mil mulheres em idade fértil e de apenas 0,1 camas geral por mil habitantes. No que diz respeito às áreas da rede, existem em média três unidades por cada área e os raios teóricos são de 2,9 km para o conjunto de unidades de saúde, 6,4 km para as unidades de saúde de referência e 5,1 km para as unidades com sala de parto, dado que existem em toda a rede de atenção primária da província 29 salas de parto (LUANDA 2008d).

As condições ambientais são bastante precárias e não diferem em nada do quadro típico de grandes bairros suburbanos dos países em via de desenvolvimento e assolados pela guerra. A elevada concentração da população, associada à falta de habitações adequadas é generalizada. O abastecimento de água potável, o saneamento básico e a infra estrutura da saúde são extremamente precários. (VEMBA & NEVES, 2001)

Nas Unidades básicas de Luanda, a maior parte das consultas é realizada por técnicos de enfermagem de nível básico e médio. Em 1998 eles foram responsáveis por 88,2% das consultas em Luanda e em 2009, conforme pode ser visto no Quadro 2, por 91,3% delas. Os médicos realizam uma minoria das consultas. (Angola, 1998; Luanda, 2009).

Quadro 2. Consolidado de consultas curativas declaradas nas unidades básicas segundo o grupo profissional. Província de Luanda, 2009.

| Município | Consultas por Médicos | Média Mensal (médicos) | Técnicos de nível básico e médio | Media mensal (técnicos) | Total geral | Media geral |
|----------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------|---------------|
| Rangel | 24.767 | 2.252 | 305.854 | 27.805 | 330.621 | 30.056 |
| Viana | 49.020 | 4.456 | 387.221 | 35.205 | 436.241 | 39.658 |
| Ingomgota | 13.948 | 1.268 | 192.767 | 17.524 | 206.715 | 18.792 |
| Sambizanga | 16.395 | 1.490 | 208.776 | 18.980 | 225.171 | 20.470 |
| Maianga | 31.191 | 2.836 | 349.820 | 31.802 | 381.011 | 34.637 |
| K Kiaxi | 46.339 | 4.213 | 229.269 | 20.843 | 275.608 | 25.055 |
| Samba | 14.049 | 1.277 | 165.393 | 15.036 | 179.442 | 16.313 |
| Cazenga | 16.153 | 1.468 | 450.025 | 40.911 | 466.178 | 42.380 |
| Cacuaco | 23.841 | 2.167 | 209.213 | 19.019 | 233.054 | 21.187 |
| Total | 235.703 | 21428 | 2.498.338 | 227.122 | 2.734.041 | 248549 |

Fonte: DPSL/logística 2009.

2.5. Política Nacional Farmacêutica em Angola

A Política Nacional Farmacêutica foi elaborada em junho de 2005 e aprovada pelo Conselho de Ministros de Angola em março de 2010. Aguarda ainda a sua regulamentação, mas tem como objetivo

“... Garantir o abastecimento do país com medicamentos essenciais seguros, eficazes e de qualidade. O fim último da Política Nacional Farmacêutica é assegurar a permanente disponibilidade e acessibilidade de medicamentos essenciais a toda a população, aos melhores preços, promovendo o uso racional dos mesmos, tanto pelos prescritores, como pelos

dispensadores e também pelos consumidores... ” (Angola, 2005)

Possui ainda objetivos específicos em três dimensões. A primeira delas, no “*domínio da saúde*”, tem como objetivos assegurar aos usuários medicamentos seguros, eficientes e de qualidade, a partir do ponto de vista dos métodos da sua fabricação, comercialização, armazenamento, transporte, prescrição e dispensação. Na segunda, “*de natureza econômica*”, objetiva o assegurar mecanismos relacionados à aquisição e transporte dos produtos farmacêuticos, na adequação de custos e dos tratamentos à realidade do País, tanto no setor público como no privado e fazer o aproveitamento racional dos recursos técnicos e financeiro disponíveis. A terceira dimensão, “*de desenvolvimento nacional*”, objetiva melhorar a competência técnica dos profissionais da saúde, integrando a formação dos técnicos aos princípios fundamentais da Política Nacional Farmacêutica e apoiar o a produção farmacêutica nacional (Angola, 2005. a).

A preocupação do governo Angolano é aumentar o nível de cobertura dos serviços de saúde e programar um conjunto de ações com vista a aumentar a qualidade de serviços prestados à população. Um dos elementos fundamentais neste processo, de forma a evitar o cotidiano das roturas permanente de medicamentos nas unidades da saúde, é de “*garantir e assegurar a permanente disponibilidade e acessibilidade de medicamentos essenciais a toda a população, aos melhores preços, promovendo o uso racional dos mesmos, tanto pelos prescritores, como pelos dispensadores e também pelos consumidores*”(ANGOLA/PNF- 2005. a).

A regulamentação e o controle da área farmacêutica são da responsabilidade da Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (DNME), subordinada ao MINSA, que também tem competências, por meio do Programa Nacional de Medicamentos Essenciais (PNME) para administrar, coordenar e executar as funções relativas à aquisição, ao armazenamento, e à distribuição de medicamentos sob forma de *kits* destinados às unidades sanitárias da rede primária (ANGOLA,/ PNME,2008).

A lista nacional de medicamentos (LNME) é um fator-chave na seleção de medicamentos e o sistema de abastecimento de medicamentos. A versão

atualmente vigente foi publicada em 2008 na rede primária, está estruturada em diferentes níveis. No nível central, é constituído pelo Programa de Medicamentos Essenciais (PNME) subordinado pela Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos, que abastece os depósitos provinciais. O nível provincial, constituído pelos depósitos provinciais, abastece as unidades sanitárias periféricas, nível primário de atendimento ao público (PS,CR, CSR, HM).

O abastecimento de medicamentos por *kits* tem como vantagens a facilidade na distribuição, no armazenamento, no transporte e na segurança dos medicamentos e como desvantagens o maior custo na embalagem e em perdas por sobra de medicamentos em algumas apresentações (ANGOLA/PNME, 2008).

Existem 3 tipos de kits, cuja cobertura de consultas, qualificação técnica para prescrição e unidades sanitárias que visam atender, se encontram no Quadro 3.

1. kits de posto de saúde, conjunto de medicamentos aptos para a utilização dos técnicos de postos de saúde - Anexo 1 (p.65);
2. kits de centro de saúde, conjunto de medicamentos aptos para a utilização dos técnicos no nível dos centros de saúde -Anexo 2 (p.66)
3. kit complementar para uso exclusivo dos médicos

Quadro 3. Cobertura de consultas, qualificação técnica dos prescritores e unidades sanitárias referentes aos kits de medicamentos. Angola, 2008.

| Tipo de kit de medicamentos | Nº de consultas | Nível de qualificação técnica | Unidades sanitárias |
|-----------------------------|-----------------|-------------------------------|--|
| Kit de posto | 1000 | Técnicos | Postos de saúde |
| Kit de Centro | 1000 | Técnicos | Centros de saúde |
| Kit Complementar | 500 | Exclusivamente para Médicos | Centros de saúde, centros de referência e Hospitais Municipais |

Fonte:PNME- 2008

As unidades sanitárias básicas são abastecidas em *kits* de medicamentos essenciais pelo Programa Provincial de Medicamentos Essenciais, de acordo com um plano elaborado mensalmente, que considera

o número de consultas realizadas pelos prescritores em cada Unidade Sanitária.

As outras fontes de fornecimento dos medicamentos são alguns programas tais como:

- ✓ O Instituto Nacional da Luta Contra a Sida (INLS) fornece os antiretrovirais. O abastecimento é regular em função das solicitações feitas pelos técnicos que trabalham nesta área a nível das Unidades de Saúde (US);
- ✓ O Programa Nacional de Luta contra Malária (PNLM) fornece os antimaláricos distribuídos mensalmente nas unidades sanitárias. Os técnicos foram treinados de forma a utilizar corretamente as estratégias do tratamento;
- ✓ A Direção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL) faz compras agrupadas dos medicamentos de forma pontual, segundo as necessidades para reforçar as quantidades de fármacos, fundamentalmente nas urgências e nas salas de partos periféricas de Luanda.

A produção nacional de medicamentos não existe, de modo que todos os medicamentos são importados. O Estado é o maior importador de medicamentos para o setor público e a aquisição dos kits é feita pelos órgãos centrais do Ministério da Saúde, por meio de licitação internacional. A dificuldade em estabelecer um programa regular de compras, tem causado freqüentes interrupções no estoque de medicamentos. Ainda não existem normas técnicas destinadas a subsidiar os processos de compra de medicamentos para garantir sua eficiência e transparência.

Em Angola, a metodologia com alguns indicadores do Nível II, foi aplicada em 10 Unidades Sanitárias Básicas de Luanda, no período de janeiro/fevereiro de 2000, numa cooperação com a União Européia (Pinto, 2000). Estas Unidades possuíam, na época, o abastecimento regular de Kits de medicamento essenciais, com o apoio do Projeto de Saúde Pós Emergência (PSP-E), financiado pela União Européia (CEE).

Os resultados do estudo foram expressos em pontos numa escala de 0 a 10. Em relação aos indicadores do uso racional de medicamentos, as 10 unidades obtiveram uma média de 4,4 pontos que foi considerado muito baixo.

A média de medicamentos prescritos por receita foi de 2,9, resultado este considerado como o melhor à época, em comparação com os resultados obtidos nos estudos realizados em alguns países da região Africana (RDC-3,2; e Nigéria-3,8), tendo em vista o padrão proposto pela OMS de 2 medicamentos por receita na atenção primária.

O percentual de receitas com antibiótico foi de 36% e as receitas com injetáveis foi de 6,3%. Estes dois indicadores representaram os valores mais baixos da região Africana e foi considerado com um aspecto positivo enquanto as receitas com combinação de anti infecciosos obtiveram uma pontuação razoável.

No que diz respeito aos indicadores de serviço/ desempenho, na organização funcional da farmácia as unidades sanitárias obtiveram uma média de 60% e as receitas completamente aviadas foi de 35 %, percentual este considerado muito baixo

3. Justificativa do estudo

Dez (10) anos após a realização de estudo Nível II, a situação de Luanda, no que diz respeito à Assistência Farmacêutica não é a mesma. A cooperação europeia e outras cooperações bilaterais que forneciam medicamentos para a capital, especialmente na área materno-infantil, já não se encontram atuantes na província. Cabe ao DPSL todas as ações referentes à assistência farmacêutica, com sua vertente de treinamento/supervisão dos profissionais de saúde e a da assistência farmacêutica propriamente dita. As primeiras continuam a ser desenvolvidas a nível dos municípios por meio dos seminários e do monitoramento das atividades efetuadas pelos técnicos que prescrevem.

Ao longo dos 15 anos de trabalho do autor na área da logística e aprovisionamento de medicamentos na DPSL, bem como nas supervisões realizadas das unidades sanitárias, pode-se observar uma incapacidade de resposta, fundamentalmente na garantia de abastecimento regular de medicamentos e dos outros insumos, por dificuldades na gestão, no armazenamento e na utilização correta dos mesmos, inclusive com a prescrição/dispensação não racionais pelos profissionais de saúde (técnicos de saúde de nível básico e médio).

O presente trabalho, portanto, voltou-se ao estudo da assistência farmacêutica na província de Luanda, concretamente no município de Cazenga.

A eleição deste município deveu-se ao fato de ser o mais populoso da Província de Luanda. Além disso, constitui o município com o maior número de Centros de Referência e com a maior parte da população vivendo em precárias condições de vida, seja em termos de acesso aos serviços de saúde seja na disponibilidade de saneamento básico. Este município faz parte do Programa de Melhoria de Qualidade dos Serviços de Saúde, gerenciado pela DPSL, onde o autor coordena as equipes de supervisão e monitoramento do programa sendo, portanto, a área de seu interesse como profissional de saúde.

Dado que os técnicos de enfermagem são responsáveis por cerca de 90% das prescrições de medicamentos, privilegiou-se analisar a prática deste grupo profissional.

A análise dos indicadores relacionados à assistência farmacêutica após 10 anos do primeiro estudo, e com a mudança na gestão da assistência farmacêutica, pretende identificar pontos críticos e prioridades para o investimento na melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos que agora são prestados exclusivamente pelo poder público.

4. Objetivos

4.1. Objetivo Geral

Avaliar aspectos da Assistência Farmacêutica na atenção primária, no município de Cazenga /Angola.

4.2. Objetivos específicos

- ✓ Verificar a adequação da prática prescritiva;
- ✓ Verificar a adequação da dispensação de medicamentos;
- ✓ Verificar a adequação da organização dos serviços tendo em vista a preservação da qualidade dos medicamentos e a promoção de seu uso racional;

5. Material e métodos

Trata-se de estudo transversal, descritivo, utilizando Indicadores de Assistência Farmacêutica propostos pelo Management Science for Health e pela Organização Mundial de Saúde (MSH/OMS, 1993).

O estudo foi realizado no município de Cazenga, que possui população estimada de 1.287.500 habitantes, distribuída em 38,8 km², sendo o mais populoso da província de Luanda. Grande parte da população (cerca de 50%) é constituída por pessoas deslocadas e desempregadas, fugitivas da guerra civil que assolou as províncias do interior, (*Estudos dos sítios sentinela realizado em Cazenga em 1990*).

Foram estudadas todas as 11 Unidades Sanitárias Básicas públicas e as sem fins lucrativos de Cazenga, sendo: cinco Centros de Saúde de Referência da rede pública do município de Cazenga (Asa Branca, Hoji ya Henda, Paz, Progresso e Vila da Mata); quatro Centros de Saúde (Siga, Cariango, 11 de Novembro e Tala Hady), por constituírem as unidades básicas da rede pública município; e dois Centros de Saúde da rede privada não lucrativa (São Pedro de Cazenga, IEBA), unidades de instituições religiosas.

Importante ressaltar que, como apresentado no Quadro 3 (p. 28), os prescritores técnicos, responsáveis pela grande maioria dos atendimentos, manejam, pelo menos teoricamente, apenas os kits de medicamentos de Postos e de Centros de saúde. Pode ocorrer que nos centros de saúde e centros de referência que contem com médicos, o kit completar estivesse disponível, ensejando a possível dispensação de prescrição realizada por profissional não médico de tais itens.

5.1. Indicadores do estudo, instrumentos e método de coleta de dados

Foram utilizados indicadores propostos pelo MSH/OMS (1993) e pelo Estudo da Situação Farmacêutica - Nível II (OMS, 2009), vários deles

adaptados ao contexto de Cazenga. Um critério importante para a seleção dos indicadores foi o de manter ao máximo aqueles utilizados no estudo realizado em Luanda no ano de 2000, com fins de permitir verificar sua evolução.

Com base da proposta da MSH/OMS (WHO,1993), os indicadores estão agrupados segundo o aspecto estudado: indicadores de prescrição, atendimento ao paciente e de serviço (Quadro 4).

Os **indicadores relacionados à prescrição** permitem avaliar a prática prescritiva dos profissionais de saúde.

Os **indicadores de assistência ao paciente** permitem avaliar a qualidade de serviço prestado ao paciente atendido na unidade sanitária, tanto na consulta quanto na farmácia.

Os **indicadores sobre o serviços** permitem avaliar a qualidade de organização da farmácia, a disponibilidade de medicamentos para as doenças de alta prevalência e o grau de desempenho do prestador de serviço ao paciente para a promoção do uso racional de medicamentos.

Quanto ao indicador “% receitas com antibióticos”, não foram considerados os tuberculostáticos, por motivo de constarem em protocolos específicos de tratamento e o acompanhamento dos pacientes, o qual é feito numa área específica “Tisiologia” (Angola, 2008).

Para o indicador “% receitas contendo com combinação de antiinfeciosos” não foram considerados as associações na mesma forma farmacêutica do Co-trimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetoprima) nem qualquer das constantes nos protocolos de tratamento de malária e de tuberculose, uma vez que não indicam falta de racionalidade terapêutica, muito pelo contrário.

Em relação ao indicador “% receitas com injetável”, foram considerados todos os medicamentos administrados por via parenteral, exceto as vacinas, que são administradas nas áreas de vacinação, e os produtos usados para planejamento familiar pois sua inclusão poderia igualmente falsear a interpretação de uso não racional.

Quadro 4. Indicadores, objetivo, fonte de coleta, cálculo e padrão recomendado

| DESCRIÇÃO DE INDICADOR | OBJETIVO | CÁLCULO | PADRÕES |
|---|--|---|--|
| Dimensão: Prescrição | | | |
| 1. Número médio de medicamentos prescritos por receita | Medir o grau de sobre-prescrição de Medicamentos | Divide-se o número total de medicamentos prescritos pelo número de receitas avaliadas. | ≤ 2 medicamentos por receita ¹ |
| 2. Percentagem de receitas prescritas com antibióticos | Medir o uso excessivo de antibióticos, | Divide-se o número de receitas com antibióticos pelo número total de receitas analisadas, multiplicando-se por 100 | até 20% ¹ |
| 3. Percentual de receitas com combinação de anti-infeccioso | Medir o potencial de uso indevido de antibiótico | Divide-se o número de receitas com associação de antibióticos, por número total de receitas analisadas, multiplicando-se por 100 | - |
| 4. Percentual de receitas prescritas com injetáveis. | Medir o uso excessivo de injetáveis | Divide-se o número de receitas com injetáveis pelo número total de receitas analisadas, multiplicando-se por 100 | até 10% ¹ |
| 5. Percentual de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Internacional (DCI) | Medir a tendência da Prescrição pelo nome genérico | Divide-se o número de medicamentos prescritos pela denominação comum internacional pelo número Total de medicamento, multiplicado-se por 100 | 100% ^{1,5} |
| 6. Percentual de medicamentos prescritos presentes na lista padrão de medicamentos essenciais em uso em Angola. | Medir o grau de conformidade das prescrições médicas à lista padrão de medicamentos essenciais em uso em Angola. | O número de medicamentos prescritos que constam na lista de Medicamentos Essenciais pelo Número total de produtos prescritos, multiplicando-se 100. | 70% ¹ |
| Assistência ao paciente | | | |
| 1. Tempo médio da consulta ao paciente | Medir o tempo que o Prescritor dedica ao paciente no processo de consulta, o qual deve ser suficiente para a realização dos procedimentos adequados. | O somatório de tempo de todas as consultas analisadas pelo número total de consultas observadas | 15 min ³ (20min 1º consulta.) e (10-15min retorno) ⁶ |
| 2. Tempo médio de dispensação de medicamentos na farmácia | Medir o tempo que o dedicado ao paciente na farmácia durante o aviamento da receita, o qual deve ser suficiente para a realização dos procedimentos administrativos e para a orientação do paciente. | Somatório do tempo de todas as dispensações pelo número total de dispensações observadas. | - |
| 3. Percentual de pacientes com conhecimento dos medicamentos e da dose a tomar | Medir a efetividade da Informação dada aos Pacientes sobre o uso correto dos medicamentos usando como <i>proxis</i> o conhecimento do nome e a posologia dos medicamentos prescritos | Divide-se o número de pacientes que responderam corretamente todos os nomes e posologias dos medicamentos prescritos, pelo número de pacientes entrevistados, multiplicado por 100. | 75% ¹ |

| DESCRIÇÃO DE INDICADOR | OBJETIVO | CÁLCULO | PADRÕES |
|--|---|---|------------------------------|
| Dimensão: Prescrição | | | |
| 4. Percentual de medicamentos dispensados dentre os prescritos | Medir a capacidade das US em satisfazer a demanda de medicamentos prescritos | Divide-se o número total de Medicamentos Dispensados na farmácia dos US pelo número total de Medicamentos Prescritos, multiplicado por 100 | 95% ⁷ |
| Sobre os serviços | | | |
| 1. Disponibilidade da cópia da lista padrão de medicamentos essenciais em uso no país. | Verificar a disponibilidade da lista padrão de medicamentos essenciais | Divide-se o número de consultórios que dispõem de listas de medicamentos essenciais pelo número total de consultórios observados, multiplicado por 100. | 100% ¹ |
| 2. Disponibilidade de medicamentos essenciais para as doenças com alta prevalência. | Medir a disponibilidade de medicamentos para doenças de alta prevalência | Divide-se o número de Medicamentos da lista definido encontrados em estoque pelo número total de medicamentos da lista, definida multiplicado por 10 | 100% ¹ |
| 3. Condições adequadas de conservação e forma de manipulação de medicamentos. | Medir o grau da organização da farmácia e <i>proxis</i> da qualidade dos medicamentos dispensados aos pacientes | Proporção de itens atendidos satisfatoriamente em relação aos itens verificados | Todos os itens satisfatórios |
| 4. Existência de técnicos de Farmácia para aviamento das receitas. | Verificar a presença de Técnicos de nas farmácias dos U.S | Divide-se o número de farmácias que dispõem de técnicos de farmácia sobre o número total de Farmácias avaliadas, multiplicado por 100. | - |

Fonte: Adaptado de;WHO, 2007. Padrões: 1. OMS –WHO,1993; 2. Cosendey, 2000; 3. Brasil-MS/GM, 2002; 4. Marwik, 1997; 5- Angola, 2005a; 6- Angola 2003; 7-AMA, 1997

No Quadro 5, são apresentados os procedimentos amostrais usados para cada grupo de indicador.

Quadro 5. Amostragem utilizada no estudo

| Tipo de indicador | Procedimento amostral |
|--|--|
| Indicadores de prescrição | Foram amostradas apenas as prescrições de técnicos de nível médio e básico. Foi prevista uma amostra de 1.100 receitas sendo, em cada unidade de saúde, 25 receitas de cada uma das seguintes especialidades: pediatria, clínica geral, urgências e pré natal. |
| Indicadores de atendimento ao paciente | A amostra foi composta por um total de 330 pacientes, sendo entrevistados 5 pacientes de cada uma das mesmas, num total de 20 pacientes por unidade de saúde. |
| Indicadores de serviço | Utilizada toda a população de serviços. |

5.2. Procedimentos operacionais

Os instrumentos de coleta de dados foram baseados fundamentalmente na proposta de Pinto (2000).

A coleta de dados foi realizada no período de 6 de Abril a 6 Maio de 2011.

Os dados foram obtidos de fontes documentais (livros de registro de atendimento; receitas de medicamentos, fichas de controle de estoque e guias de entrega de medicamentos na Unidade Sanitária) e entrevistas com os pacientes e profissionais de saúde.

A opção de trabalhar com os serviços de pediatria; clínica geral, banco de urgência e consultas de pré-natal deveu-se a ser os que concentram o maior volume de atendimento da rede de atenção primária à saúde.

Para seleção das receitas revisadas para obtenção dos indicadores de prescrição, foram analisadas as receitas oriundas das prescrições feitas pelos técnicos no período de de Novembro à Abril de 2011. Foram retiradas cinco receitas correspondente a cada mês, perfazendo 30 receitas em cada unidade de saúde e destas, retiradas de forma aleatória as 25 receitas a serem analisadas, perfazendo um total de 100 receitas em cada unidades de saúde.

Para obtenção dos indicadores de assistência ao paciente, foi respeitada a organização do processo de trabalho em Cazenga. As unidades de saúde iniciam seu atendimento em torno das 8:30 e não há agendamento de consultas. Os pacientes são recebidos inicialmente em um balcão de recepção onde os funcionários os alocam na especialidade pertinente.

Os inquiridores postavam-se próximo a estes funcionários e elegiam 5 pacientes a serem cadastrados de cada uma das clínicas de interesse. Nesse momento, o paciente era apresentado à pesquisa e solicitada sua autorização para prosseguir-la. Obtida a autorização, o inquiridor acionava o cronômetro no momento em que o paciente entrava no consultório e interrompia a contagem no momento de sua saída. O paciente era então acompanhado até à farmácia, sendo acionado o cronômetro no momento de sua chegada ao

guichê de atendimento sendo a contagem interrompida no momento de sua saída do guichê.

O paciente era então abordado quanto ao seu conhecimento do uso do medicamento.

Em cada unidade de saúde, havia uma equipa de cinco inquiridores composta pelo autor principal e quatro auxiliares, os quais coletaram os dados necessários aos indicadores de assistência ao paciente. Estes tinham formação de técnico de saúde e seu treinamento para os procedimentos da pesquisa, realizado em Cazenga nos dias 04 à 05 de Abril, abordou aspectos técnicos da coleta de informações, sendo esclarecido que só seriam entrevistados os pacientes que saíssem da farmácia com a receita médica atendida com pelo menos um medicamentos, os que não forem atendidas agradecer e iniciar o acompanhamento de outros pacientes.

5.3. Análise

Para fins desse estudo, elaborou-se um banco de dados utilizando o software Excel® 2007. Os dados foram digitados e analisados no referido banco.

Após a coleta de dados, verificou-se a completude e coerência dos formulários de coleta e procedeu-se a digitação.

Após a digitação, realizou-se nova conferência dos dados digitados através de uma amostragem escolhida de forma aleatório em 25% deles, de maneira a garantir a qualidade do banco.

O banco de dados permitiu o cálculo automatizado dos indicadores. Foram calculadas médias dos percentuais e somatórios segundo as unidades de saúde e segundo a especialidade clínica, compondo a estatística descritiva que é apresentada na sessão de Resultados e Discussão.

6. Aspectos Éticos

Por envolver seres humanos no seu desenvolvimento, este estudo seguiu os princípios da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça, determinados pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil.

A autorização da Direção Provincial de Saúde de Luanda, Angola, para a realização do estudo nas Unidades de Saúde encontra-se no Anexo 3 (p.67).

Todas as entrevistas foram conduzidas somente após a obtenção do consentimento verbal. Esta metodologia oferecida pela OMS vem sendo amplamente empregada e, devido ao fato de que as informações obtidas na entrevista são muito gerais e que não são obtidas informações pessoais dos pacientes, na maioria dos países o consentimento verbal tem sido suficiente, o que aqui foi também aplicado.

Foi garantido a todos os participantes a possibilidade de recusa total ou parcial de participação.

A fim de garantir a confidencialidade e o sigilo de toda e qualquer informação coletada e preservar o anonimato dos participantes do trabalho os dados foram codificados e os documentos armazenados em arquivos pessoal do pesquisador. Todos, os sujeitos foram previamente orientados sobre a importância do relato e da fidedignidade da informação que prestaram, assim como os riscos e benefícios previstos.

As análises estão realizadas de forma agregada, sendo impossível a identificação do sujeito da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo CEP/ENSP (Anexo 4, p. 68).

7. Resultados e Discussão

7.1. Aspectos da realização do estudo

A coleta de dados foi realizada entre dia 06 do mês de Abril a 06 de Maio de 2011. Foram enfrentadas várias dificuldades operacionais, principalmente as relativas ao acesso viário, em razão das fortes chuvas registradas naquele momento na província de Luanda, fazendo com que a coleta de dados se prolongasse em algumas unidades de saúde (Centro de Saúde do Cariango, IEBA, Vila da Mata e São Pedro de Cazenga) além do tempo inicialmente previsto.

Durante o trabalho de campo, se constatou que as unidades de saúde IEBA, São Pedro de Cazenga e Tala Hady, não possuíam serviços de urgência.

Isto prejudicou a amostra de prescrições e de entrevistas de saída e os indicadores delas decorrentes, a saber: número médio de medicamentos prescritos por receita, percentual de receitas prescritas com antibióticos, percentual de receitas com combinação de antibióticos, percentual de receitas prescritas com injetáveis, percentual de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Internacional (DCI) e percentual de medicamentos prescritos presentes na lista padrão de medicamentos essenciais de Angola.

O indicador referente à disponibilidade de medicamentos foi perdido por uma falha de construção do instrumento e do processo de coleta de dados.

Foram avaliadas as receitas relativas aos meses de novembro de 2010 a abril de 2011, período para o qual se encontrou arquivamento, mas que corresponde ao final da primavera e verão, quando se registra aumento dos casos de doenças transmissíveis de notificação obrigatória no sistema nacional de vigilância epidemiológica em Angola (Angola, DNSP, 2010), e que pode ter tido influência sobre alguns indicadores do estudo

No decorrer da coleta de informações referentes aos indicadores de assistência ao paciente-B, observamos que a maioria dos pacientes depois da consulta passaram pela farmácia para adquirir os medicamentos prescritos,

exceto os das consultas de seguimento à grávida. O Plano estratégico para a redução acelerada de mortalidade materno infantil, define como uma de suas estratégias que todas as mulheres grávidas devem adquirir os medicamentos no consultório e tomar a primeira dose de fansidar (Fansidar, Ferro + Ac fólico e albendazol) sob supervisão de profissional de saúde. (Angola,2005.e). Para esses pacientes as entrevistas foram feitas após a sair da consulta pré natal)

Foram então realizadas 205 entrevistas, sendo a caracterização da amostra apresentada na Tabela 1, que permite observar que a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, com média de idade de 21 anos.

Tabela 1. Característica dos entrevistados. Cazenga, 2011

| Indicador | Média | Mediana | Mínimo | Máximo |
|--|-------|---------|--------|--------|
| Proporção de mulheres | 68,5% | 65,0% | 23,1% | 100,0% |
| Distribuição etária dos entrevistados (anos) | 21,1 | 20,4 | 16,0 | 25,3 |

Os achados do presente estudo serão discutidos principalmente em relação aos achados de Pinto (2000) com a aplicação da mesma metodologia na província de Luanda e com a publicação da OMS (WHO, 2009), a qual apresenta uma revisão da literatura quanto aos achados sobre indicadores de uso racional de medicamentos no período 1999-2007, com aplicação de metodologia similar.

7.2. Prática prescritiva em Cazenga-Luanda / Angola

Foi encontrada uma média de 2 a 3 medicamentos (Figura 1). A distribuição foi mais homogênea quanto considerada as unidades de saúde de origem das receitas, sendo maior que 3 para as unidades sanitárias 11 de Novembro e São Pedro de Cazenga e menor que 2 somente em uma unidade, o Centro de saúde do IEBA. Não se percebem diferenças importantes quanto ao perfil de polifarmácia em função da especialidade (Figura 2).

Considerando que, segundo a OMS, o valor adequado para o número médio de medicamentos no nível da atenção primária deve ser igual ou menor que 2, pode-se considerar que a prática de polifarmácia mantém-se como um

problema relevante quanto às atitudes dos prescritores neste município, uma vez que Pinto (2000) encontrou a média de 2,9 no estudo de 2000. O estudo de revisão da OMS (WHO, 2009) encontra o valor de 2.2 medicamentos por receita para a África Subsaariana, de maneira que os achados do presente não se afastam dos encontrados neste grupo de países.

Figura 1. Número médio de medicamentos por receita segundo a unidade de saúde, Cazenga/ Angola, 2011.

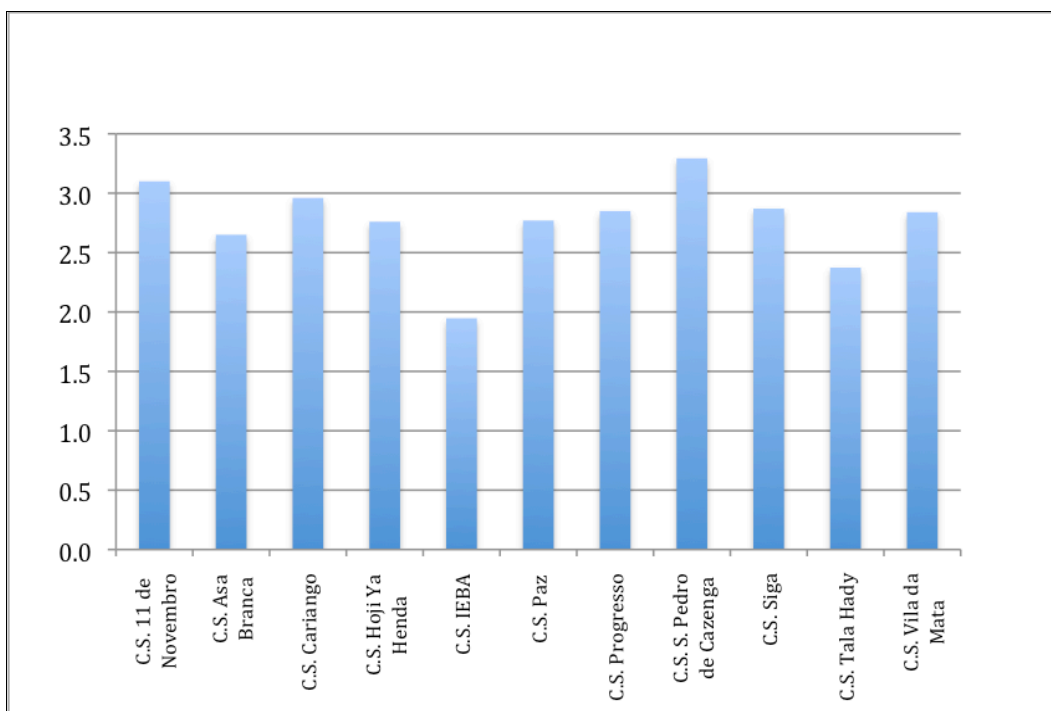
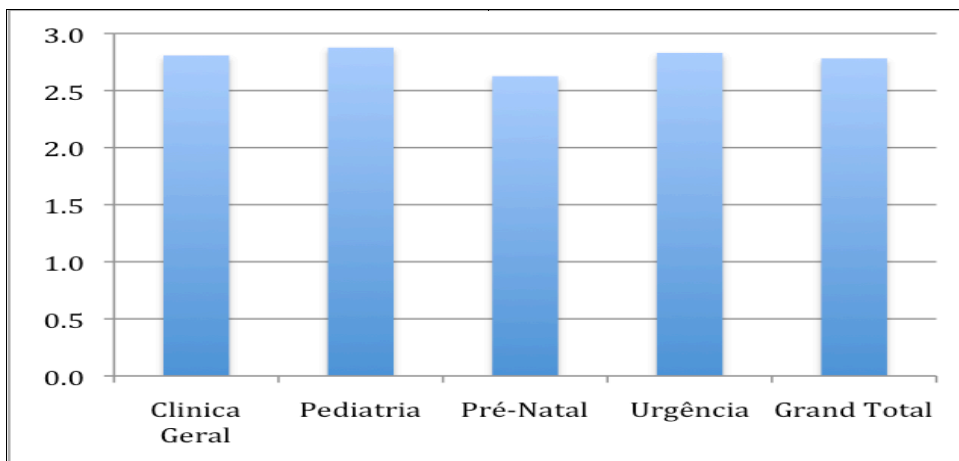


Figura 2. Número médio de medicamentos por receita em cada especialidade, Cazenga/ Angola, 2011.



Cabe mencionar que o padrão proposto pela OMS de 2 medicamentos por receita tem se mantido desde a década de noventa e não se encontrou estudo para sua validação.

Ainda assim, a maioria das doenças mais prevalentes no município de Cazenga requerem, quando apresentadas individualmente, um baixo número de medicamentos segundo os protocolos em uso. Ademais, o perfil do prescritor mais frequente, com formação de técnico de enfermagem, enseja que o ideal seja a prescrição do menor número de medicamentos possível, uma vez que os doentes de maior gravidade devem ser referenciados para as US que contam com médico.

O percentual de receitas com antibióticos prescritos no município de Cazenga teve a média de 45,4%, variando de 25% a 68% entre as unidades de saúde (Figura 3), enquanto que a sugestão da OMS (1993) é de que não ultrapasse 20%. O percentual mais elevado foi observado no Centro de saúde do São Pedro de Cazenga com 68% e o mínimo no Centro de Saúde do Hoji Ya Henda com 25%. A pediatria lidera, com 54,9 % das prescrições com antibióticos, a seguir as urgências com 52,5%, a clinica geral com 40,7% e as consultas pré natais com 33,3 %, respectivamente (Figura 4), o que pode ser considerado um percentual bastante elevado. Pinto (2000) encontrou uma percentagem de 36% no estudo de 2000. O estudo de revisão da OMS (WHO, 2009) encontrou o valor de 49% de prescrições de antibióticos para a África Subsaariana, de maneira que os achados do presente encontram-se, na média, abaixo dos encontrados neste grupo de países.

Outrossim, há que se considerar que Cazenga conta com condições de saneamento muito precárias e a pesquisa foi realizada em período de fortes chuvas, época considerada de maior frequência das doenças endêmicas no nível do país, o que pode justificar o alto percentual de receitas com antibióticos.

É necessário averiguar essa situação por meio de outras pesquisas para analisar outros determinantes importantes, tais como a capacidade dos prescritores referente ao processo de diagnóstico e a adequada escolha terapêutica. Merece também melhor esclarecimento as diferenças

encontradas entre as clínicas no perfil de uso de antibióticos, alto para todas elas, mas particularmente mais alto para a pediatria.

O uso excessivo de antibiótico, além de gerar gastos desnecessários com internamento dos pacientes e reações adversas, leva ao desenvolvimento de bactérias multiresistentes, que pode dificultar o tratamento de futuras infecções, com o agravamento dos quadros das doenças, podendo chegar à morte.

Cabe também chamar a atenção, uma vez mais, ao fato de que em Angola a grande maioria das prescrições é feita por profissionais técnicos em saúde, tanto de nível básico como de nível médio, o que torna crítica a alta prescrição de anti-infecciosos por estes profissionais..

O percentual de receitas com combinação de Anti-infecciosos teve a média de 4,5%, variando de 1 a 13% entre as unidades de saúde (Figura 7) A percentagem mais alta foi registrada no C S São Pedro de Cazenga e a mais baixa no C S do Progresso. As clínicas gerais tiveram uma média de 10,5% de receitas com combinação de antibióticos (Figura 7). Comparando com outros estudos feitos no país, podemos observar que houve uma melhoria importante, pois que no ano 2000 o percentual de utilização de combinações de antibióticos foi de 19% (Pinto,2000).

Castro *et al* (1990-1996), e Olguin *et al* (1998), ao analisar os estudos feitos no Brasil e na América Latina respectivamente, concluíram que o uso inadequado de antibióticos em hospitais está diretamente direcionado com a má organização de serviço farmácia hospitalar. Avaliação das rotinas de prescrição dos antimicrobianos e de possíveis resistências desenvolvidas são ações que devem ser desenvolvidas com maior serenidade de forma a monitorar o uso adequado e seguro destes produtos. É razoável acreditar, em que pese as diferenças no processo de trabalho, que os mesmos aspectos podem estar presentes no ambiente ambulatorial.

O percentual de receitas prescritas com injetáveis teve a média de 0,8%, variando de 1 a 4% entre as unidades de saúde (Figura 3). A Urgência foi a clínica que registrou o maior percentual de receitas com injetáveis (Figura 7). O resultado encontra-se abaixo do que é apontado pela

recomendação da OMS em relação da utilização de Injetáveis que é de até 10% (OMS,1993).

Comparando com outros estudos feitos no país e na região, observa-se que houve uma melhora relevante, pois que em Angola 2000 o percentual de utilização dos injetáveis foi de 6,3 (Pinto, 2000). O estudo de revisão da OMS (WHO, 2009) encontrou o valor de 21% de prescrições de injetáveis para a África Subsaariana, de maneira que os achados do presente encontram-se abaixo dos encontrados neste grupo de países.

Em relação aos Injetáveis, embora sejam úteis em situações específicas, se forem erradamente prescritos ou aplicados, podem ocorrer conseqüências graves tais como reações anafiláticas, necroses teciduais ou infecções por deficiência de assepsia, como Hepatite B e HIV, ademais da destinação adequada dos resíduos perfurocortantes. Cabe ressaltar que todas as Unidades de Saúde envolvidas no estudo são abastecidas com medicamentos essenciais da lista proposta pelo Programa Nacional de Medicamentos e o material utilizado na administração de injetáveis é descartável.

Essa via de administração é ainda sujeita a características culturais da sociedade, sendo relacionada a uma maior expectativa de efetividade, o que pode influenciar os padrões de prescrição.

Figura 3. Percentual de receitas com antibióticos, injetáveis e com a combinação de anti infecciosos, Cazenga / Angola 2011.

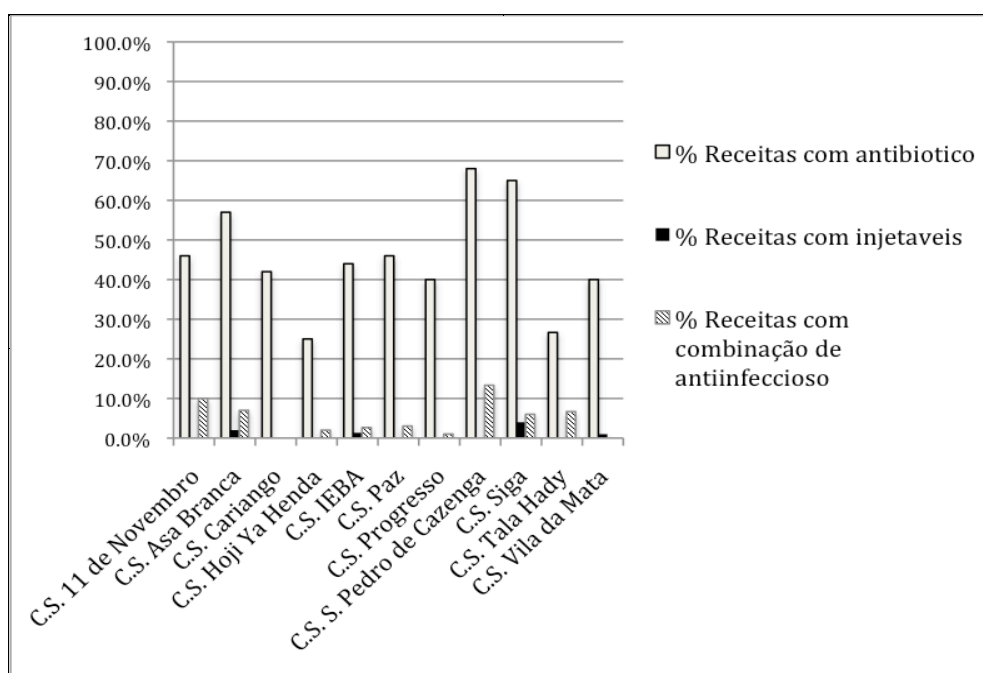
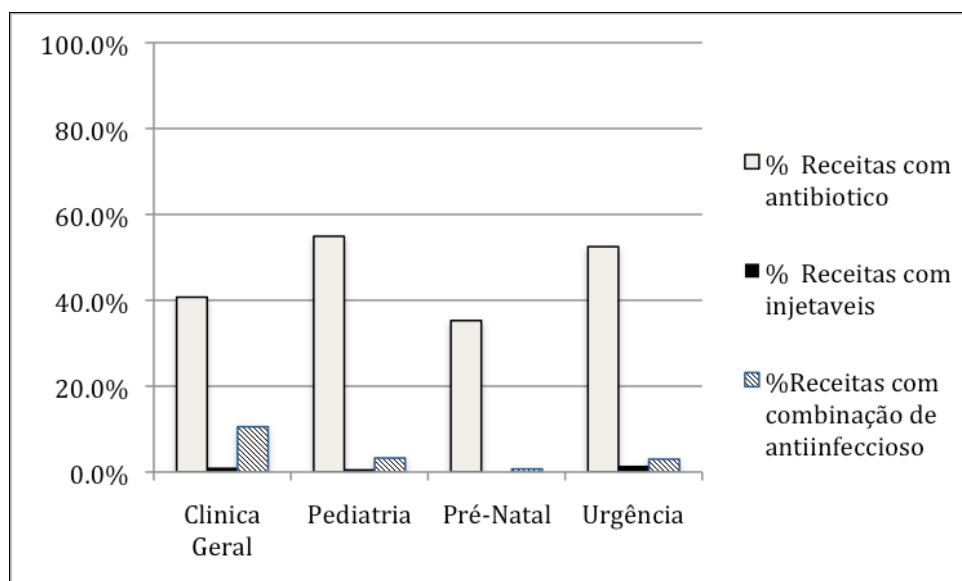


Figura 4. Percentual de antibióticos, injetáveis e combinação de antiinfecciosos prescritos por cada especialidade, Cazenga / Luanda, 2011



O percentual de medicamentos prescritos em Denominação Comum Internacional (DCI) variou de 67,6 a 96,2% entre as unidades de saúde, com uma média de 89,3 % (Figura 5). Observa-se que a prescrição de medicamentos pela denominação comum internacional (89,3) está abaixo do recomendado pela OMS, que indica que 100% das prescrições da atenção primária devem ser feitas em DCI. Este resultado é semelhante ao encontrado

em Angola por Pinto 2000 e melhor que o achado do estudo de revisão feito pela OMS (WHO, 2009) que foi de 65%.

Angola conta com a definição dos elencos a serem disponíveis nos centros e postos de saúde (Anexos 1 (p. 65) e 2 (p. 66)), que consistem em instrumento de consulta para orientação dos prescritores no ato de decidir a terapêutica,

A OMS recomenda a utilização de prescrições em nome genérico para facilitar a orientação e a informação aos pacientes, uma vez que as prescrições feitas em nomes comerciais podem criar dificuldade na identificação e interpretação sobre a utilização dos medicamentos devido à confusão entre os diferentes nomes comerciais para um mesmo ingrediente ativo, além de dificultar o trabalho dos profissionais da dispensação. Outro fator é que, devido ao baixo poder de compra da população deste município, é difícil adquirir os medicamentos de marca nas farmácias privadas. A Política Nacional de Medicamentos, embora tenha sido aprovada em Agosto de 2010, não tem ainda suas recomendações seguidas de forma integral pelos prescritores. Portanto, urge a necessidade de uma maior conscientização dos profissionais de saúde de Angola em relação à importância do cumprimento da legislação nacional.

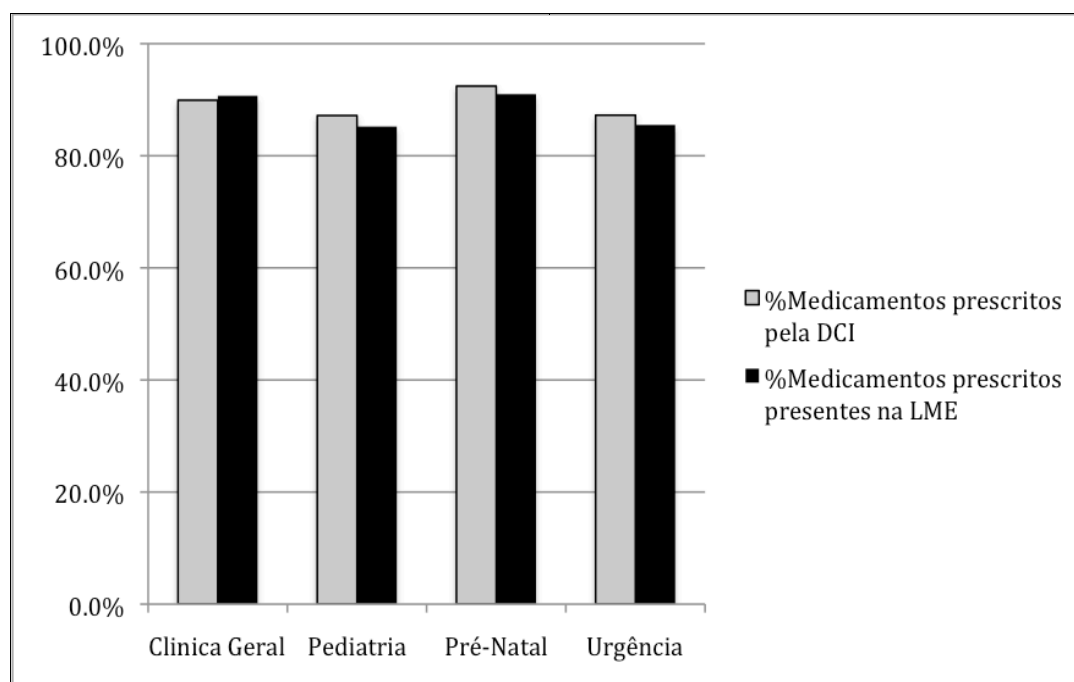
Santos & Nitrini (2004), ao estudar a utilização de medicamentos nos serviços públicos de saúde constataram que grande parte dos prescritores utilizam nomes comerciais para os medicamentos e sugerem que este indicador avalia a influencia da propaganda da indústria farmacêutica sobre os prescritores. Cunha *et al.*, (2002) ressaltam que a utilização de nomes genéricos nas prescrições podem trazer benefícios fundamentais, tanto para os profissionais de saúde, no acesso a informações sobre os medicamentos, quanto para os usuários, na identificação fácil no mercado e com um custo aceitável.

Observamos que a prescrição de medicamentos presentes na LME variou entre 63,5 a 92%, com uma média de 88,3% (Figura 5) das prescrições válidas na análise.

Este achado encontra-se acima do resultado de 74% obtido por Pinto no estudo de 2000 em Luanda e próximo do resultado dos países de África Subsaariana que é de 89% (WHO, 2009),.

Uma das razões de adesão dos prescritores à lista de medicamentos em uso no país pode estar relacionado ao fato de que o Ministério da Saúde é o único fornecedor de medicamentos às unidades básicas de saúde públicas e filantrópicas ao nível do país. Além disso, as orientações que são dadas pelas equipes de supervisores nas formações em serviço sobre as normas e procedimentos da utilização dos medicamentos essenciais podem estar positivamente refletidas nesse indicador. Na revisão feita pela OMS para os países de Africa Subsaariana, os prescritores paramédicos e profissionais de enfermagem tiveram maior adesão à lista de medicamentos essenciais em relação aos médicos ou outros profissionais.

Figura 5. Percentual de medicamentos prescritos em DCI e constantes na lista de medicamentos essenciais em uso no país. Cazenga /Luanda, Angola 2011



7.3. Adequação da assistência em saúde em aspectos relacionados com a assistência farmacêutica ao paciente

O tempo de consulta no município de Cazenga decorreu em uma média de 19 minutos (Tabela 2). Em uma das unidades de saúde o tempo médio de consulta foi de 7 minutos. O tempo preconizado no Brasil para o SUS é de 15 minutos (Brasil-MS/GM, 2002) e em Angola é 20 min (Angola 2003). O estudo de revisão da OMS encontrou a média de 5 minutos para o países da África Subsaariana,2009.

Embora este indicador tenha apresentado um valor aceitável, no decorrer da pesquisa foi notória a quantidade de pacientes para serem consultados e, considerando o reduzido de número de técnicos de enfermagem, o valor encontrado foi favoravelmente surpreendente.

Outra justificativa é que este valor pode ter sido também decorrência das consultas de urgência (Tabela 3), que influenciaram nos resultados, pois que existem pacientes que permaneceram mais de 1 hora para a realização de procedimentos específicos (curativo, internamento sob observação médica, etc)

Segundo a (OMS,1993), o doente observado de forma incipiente durante a consulta perde a confiança do médico ou o técnico que o examinou e, conseqüentemente pode diminuir a adesão aos medicamentos prescritos. As conseqüências possíveis incluem o agravamento da sua doença, contribuindo no uso não racional de medicamentos. Ademais, a realização de todos os procedimentos necessário para esclarecimento diagnóstico e orientação requerem tempo de interação adequado.

O tempo da dispensação no município de Cazenga decorreu em uma média de 5 minutos (Tabela 2). A revisão da OMS (WHO, 2009) encontrou média de 1,5 min. para os países de África Subsaariana.

O tempo de dispensação deve minimamente possibilitar a provisão das informações importantes, com ênfase ao cumprimento da prescrição e principais cuidados com os medicamentos. Outras informações também relevantes, como as interações com alimentos e medicamentos e o

reconhecimento de possíveis reações adversas, dependem da disponibilidade de profissionais qualificados para provê-las.

A forma de medida não permitiu diferenciar o uso do tempo, se para procedimentos administrativos ou se para a orientação dos pacientes.

Tabela 2. Tempo médio de consulta e de dispensação de medicamentos, Cazenga/Angola 2011

| Indicador | Média | Mediana | Mínimo | Máximo |
|------------------------|-------|---------|--------|--------|
| Duração da consulta | 0:19 | 0:19 | 0:07 | 0:39 |
| Duração da dispensação | 0:05 | 0:05 | 0:07 | 0:08 |

Tabela 3. Tempo médio de consulta e de dispensação segundo a especialidade. Cazenga/Angola 2011

| Clínica | Duração consulta (h) | Duração dispensação (h) |
|---------------|----------------------|-------------------------|
| Pediatria | 0:15 | 0:04 |
| Clinica Geral | 0:17 | 0:06 |
| Urgência | 0:26 | 0:05 |
| Pré-Natal | 0:22 | 0:04 |
| Consolidado | 0:19 | 0:05 |

7.4. Adequação da dispensação de medicamentos

Em relação ao conhecimento da posologia 88,8% dos pacientes sabiam a dose a tomar e 90,2% o número de vezes e 90,2% deles sabiam identificar os medicamentos, resultado que indica que pelo menos 1 em cada 10 pacientes desconhece pelo menos uma dessas informações.

Para fins de comparação, em relação ao conhecimento dos pacientes sobre o nome e a dosagem de medicamentos utilizou-se os padrões preconizados pela Associação Médica Americana (AMA) que, em 1991, estabeleceu que até o ano 2000, 75% dos pacientes tivessem conhecimento sobre o medicamento que usam (Kessker, 1991, Marwick, 1997) e que este percentual deveria atingir 95% dos pacientes até ano 2006 (Marwick, 1997). Assim, tendo em vista tratar-se do nível de cuidados primários de saúde, os resultados obtidos no presente estudo indicam a necessidade do desenvolvimento de intervenções para melhorar esta situação em Cazenga.

A falta de informação adequada e uniforme para os pacientes tanto por parte dos prescritores como dos dispensadores de medicamento, pode ser um dos principais responsáveis da não adesão ao tratamento (Silva et.al,2000) assim como do uso incorreto.

Estima-se que em média, somente um terço dos pacientes consegue seguir as orientações prescritas na receita médica e que os horários de tomada são perdidos de 20–50 % dos casos

Apenas 32,2% dos pacientes que receberam todos os medicamentos prescritos na receita (Figura 5) e resultados encontrados para a África Subsaariana no estudo de revisão da OMS (WHO, 2009) foi de 70%

O estudo realizado em Angola encontrou 38% (Pinto, 2000) de medicamentos dispensados, permitindo concluir que o panorama não evoluiu nesses 10 anos.

As observações de campo permitiram identificar que, por não encontrarem todos os medicamentos prescritos na receita, muitos pacientes se limitavam a deixar a cópia da receita na farmácia da unidade de saúde e, com a original, procuravam encontrar os medicamentos em outras farmácia.

Figura 6. Percentual de pacientes que sabem como tomar os medicamentos prescritos na receita segundo Unidades de saúde, Cazenga/ Angola 2011.

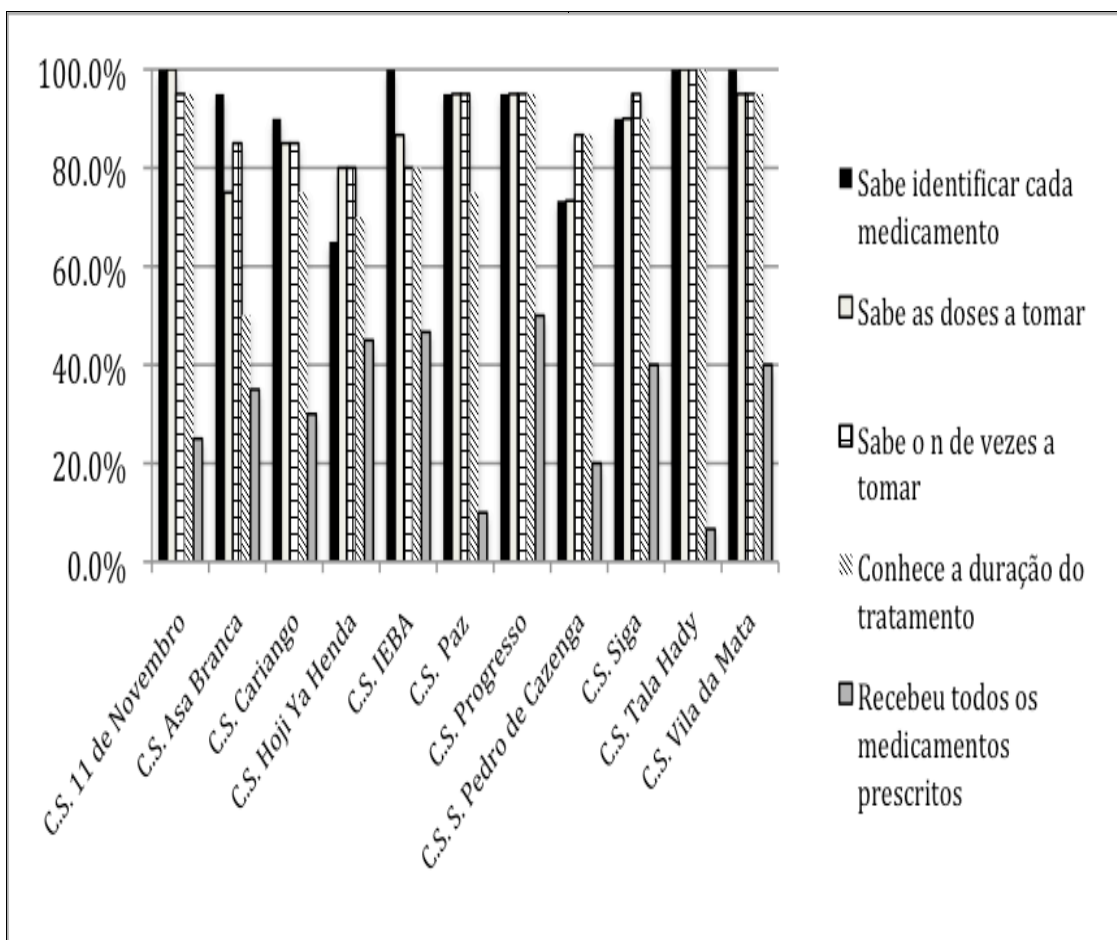
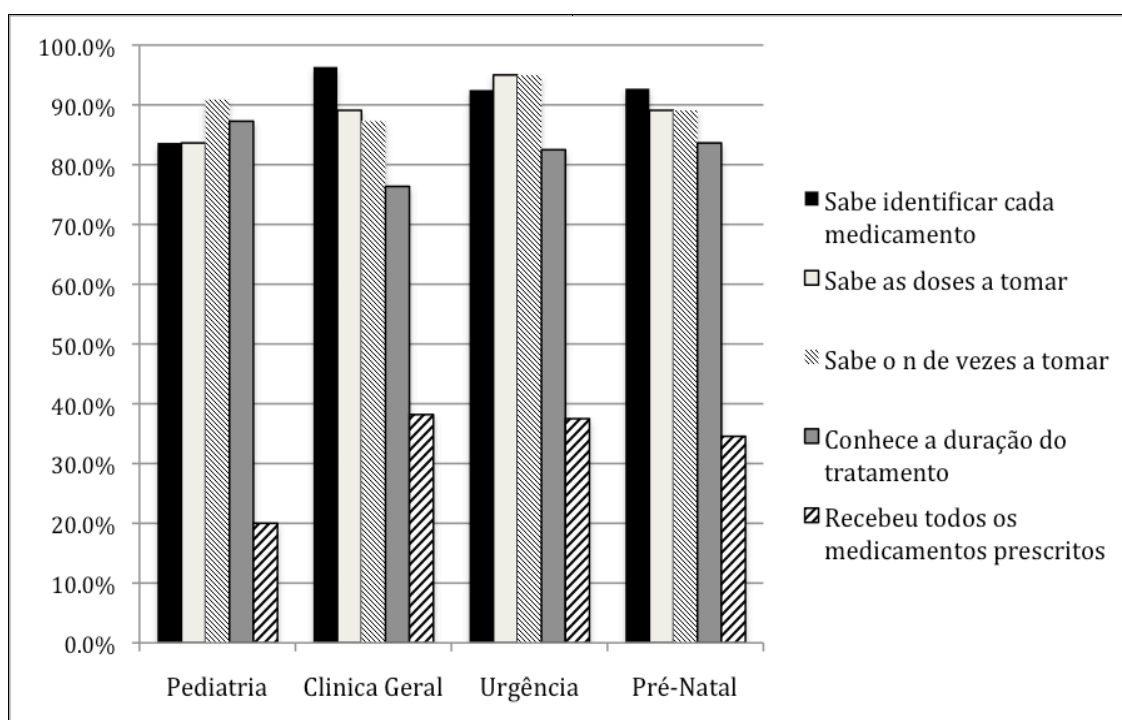


Figura 7. Percentual de pacientes que sabem como tomar os medicamentos prescritos na receita segundo área de serviço, Cazenga/ Angola 2011.



7.5. Aspectos da organização do serviços farmacêuticos

Em relação a adequação do ambiente nenhuma, das unidades de saúde possuía extintores de incêndio. Dos quatro requisitos avaliados somente 5 unidades de saúde cumpriram com 3 critérios (Tabela 4) (11 de Novembro, Paz, Progresso, S. P. de Cazenga e Siga)

As unidades de saúde do Asa branca, Hoji ya Henda, Cariango, e IEBA, são as que obtiveram a pior classificação. (Tabela 2)

Tabela 4. Número de Unidades que cumprem com os requisitos de adequação do ambiente, Cazenga/ Angola 2011.

| Adequação do ambiente | Total de Unidades |
|--|-------------------|
| Cumprir com quatro requisitos | 0 |
| Cumprir com três requisitos | 5 |
| Cumprir com dois requisitos | 2 |
| Cumprir com um requisito | 4 |
| Não cumprir qualquer dos quatro requisitos | 0 |

Em relação aos aspectos de preservação da higiene na farmácia, as unidades de saúde de 11 de Novembro, Paz, Progresso, S. P. Cazenga e Siga cumpriram com a totalidade dos 4 requisitos verificados.

As unidades de saúde de Asa Branca, Hoji Ya Henda foram as que não cumpriram qualquer dos quatro requisitos (Tabela 5).

Tabela 5. Número de Unidades que cumprem com os requisitos de higiene da farmácia, Cazenga/ Angola 2011.

| Higiene da Farmacia | Total de Unidades |
|--|-------------------|
| Cumprir com quatro requisitos | 5 |
| Cumprir com três requisitos | 0 |
| Cumprir com dois requisitos | 3 |
| Cumprir com um requisito | 1 |
| Não cumprir qualquer dos quatro requisitos | 2 |

Em relação à adequação no ambiente, as unidades de saúde de 11 de Novembro e Siga cumpriram com 5 requisitos o que corresponde a 100% e com três requisitos foram as unidades de Hoji ya henda, Paz, Progresso e Vila da mata. As unidades de saúde de Asa Branca, IEBA, e Tala Hady foram as unidades com o pior resultado de (0-1) .

Neste conjunto de requisitos destacamos três requisitos fundamentais que podem ter influenciado os resultados obtidos nos outros indicadores. Trata-se da presença de técnicos de farmácia para aviar os medicamentos; o cumprimento das boas práticas de aviamiento das receitas e a lista de medicamentos essenciais presente na Unidade de Saúde. Em 5 unidades de saúde as farmácias não são geridas por técnicos de farmácia, mas sim por profissionais de outras especialidades, laboratório, enfermagem, radiologia e outros.

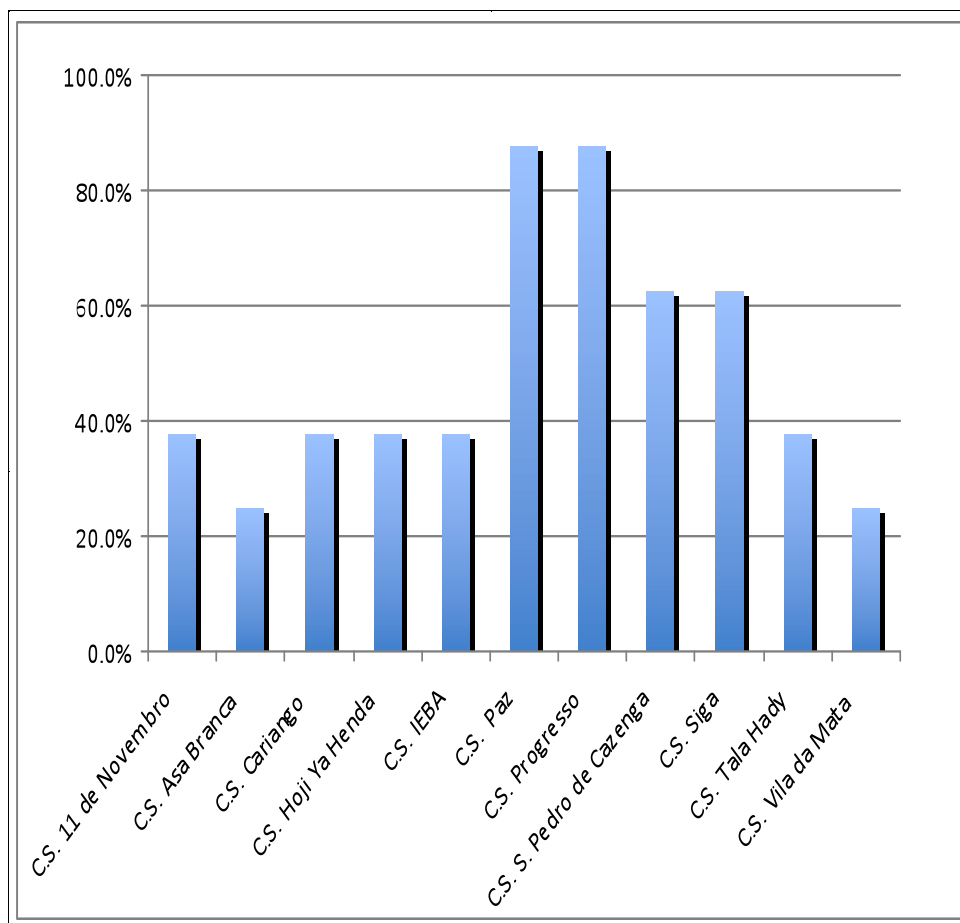
Tabela 6. Número de Unidades que cumprem com os requisitos de Adequação no atendimento, Cazenga/ Angola 2011.

| Adequação no atendimento | Total de unidades |
|--|-------------------|
| Cumprir com cinco requisitos | 2 |
| Cumprir com quatro requisitos | 0 |
| Cumprir com três requisitos | 4 |
| Cumprir com dois requisitos | 2 |
| Cumprir com um requisito | 1 |
| Não cumprir qualquer dos quatro requisitos-2 | 2 |

Em relação ao percentual de atendimento aos requisitos de arrumação dos produtos, apenas as Unidades de saúde do Paz e Progresso cumpriram

em 87,5 % dos requisitos avaliados. São Pedro de Cazenga e o Siga cumpriram com 62,5% dos requisitos, o que significa dizer que 64 % das farmácias das unidades de saúde do Cazenga não reúnem condições adequadas.

Figura 8. Percentual de atendimento aos requisitos de arrumação dos produtos, Cazenga/ Angola 2011.



7.6. Evolução dos mesmos indicadores em relação aos resultados do estudo anterior.

Na Tabela 7, são apresentadas as comparações possíveis com os achados de estudos que usam a mesma metodologia ou muito similar, sendo dois estudos comparativos realizados na República do Níger em 1998 e em 1999, o realizado em Luanda por Pinto em 2000.

Tabela 7. Resultados dos indicadores de prescrição em três tranalhos

| Indicadores | Níger 1998 | Níger 1999 | Luand a 2000 | Cazen ga 2011 | OMS (padrão preconizado) |
|--|---------------|---------------|-----------------|---------------------|-----------------------------|
| Média de medicamentos por receita | 2,96 | 3,14 | 2,9 | 2,8 | 2 * |
| %Prescrição de antibióticos | 75,2 | 68 | 36 | 45,4 | 20%* |
| %Prescrição de injetáveis | 29,9 | 36,6 | 6,3 | 0,8 | 10%* |
| %Medicamentos prescrito pela DCI | 100 | 100 | - | 89,3 | 100%* |
| %Medicamentos prescritos de LME | 100 | 100 | 74 | 88,3 | 70%*** |
| Tempo médio de consulta | >5 | >5 | - | 19 min | 15min** |
| Tempo médio de dispensação | >3 | >3 | - | 5 min | — |
| % pacientes que sabe como tomar os medicamentos | 64,4 | 75,5 | 64 | >80 | 75%*** |
| % de prescrições completamente aviadas | 100 | 100 | 38 | 31,7 | 95%*** |

* OMS,93;WHO, 2005. Padrões ; **Brasil-MS/GM, 2002; ***AMA, Marwick, 1997

8. Conclusão

A despeito dos constrangimentos administrativos e conjunturais que concorreram para a perda de alguns dados no estudo, entende-se que os resultados obtidos são suficientes para fornecer subsídios para a avaliação da assistência farmacêutica prestada à população no Município do Cazenga.

Quanto ao número médio de medicamentos por receita, pode-se considerar que a prática de polifarmácia, mantém-se como um problema relevante quanto às atitudes dos prescritores neste município, em que pese a necessidade de contar-se com padrões validados para melhor discussão do achado.

A sobre-prescrição e o uso excessivo de antibióticos são os que se apresentam como problemas mais relevantes em relação à conduta dos prescritores das unidades de saúde do município de Cazenga.

Observou-se em todas as unidades de saúde do município, um elevado percentual de prescrições com antibióticos, especialmente nos serviços de Pediatria e banco de urgência, com 52,5%.

A prescrição pelos genéricos continua abaixo do recomendado sendo um aspecto que merece intervenção, com vistas à promoção do uso racional.

A prescrição de medicamentos, em conformidade com a lista padrão de medicamentos essenciais em uso no país, ainda que precise melhorar, indicou avanço quando comparado ao estudo anterior realizado em Angola.

Como baiza importante para os indicadores relacionados a prescrição racional, há que se considerar o perfil do prescritor avaliado, que era de técnicos de enfermagem.

O baixo percentual de medicamentos prescritos que foram dispensados, assim como as más condições estruturais dos serviços de dispensação apontam estes como aspectos prioritários para intervenções de melhoria, quer seja pela revisão da lista de medicamentos, quer seja pela melhoria da qualidade do processo logístico de aquisição e distribuição de medicamentos.

9. Recomendações

Como apontado pelo estudo, existem importantes dificuldades estruturais para a organização das atividades na área da farmácia. O investimento em infra-estrutura para as farmácias das unidades assim como a incorporação de técnicos de farmácia em cada unidade de saúde para liderar a gestão de medicamentos, podem ser estratégias importantes para a melhoria da qualidade do atendimento prestado, com vistas a ampliar o uso racional de medicamentos.

À semelhança dos outros municípios, o que foi observado no Município de Cazenga, indica que a revisão da lista de medicamentos essenciais e a divulgação dos procedimentos de prescrição para os prescritores e os gestores de farmácia seriam soluções que podem influenciar a organização dos serviços relacionados a os medicamentos no município.

O treinamento e atualização periódica dos prescritores em temas do uso racional de medicamentos, assim como a mobilização de outras estratégias educativas de promoção do uso racional de medicamentos são também estratégias importantes e urgentes.

Também deve ser considerado revisão das normativas, estabelecendo de forma mais clara os limites de prescrição segundo a formação do prescritor, assim como o estabelecimento de listagens de medicamentos especificando inequivocamente os medicamentos destinados a cada, o que também facilitaria a supervisão.

É imprescindível a implementação sistemática de avaliação e monitoramento, com a realização periódica destes tipos de estudos no país, ademais da estruturação de sistema de informação, tendo em conta a escassez de dados existentes. Por outro lado, subsidia o fornecimento de informações sobre a utilização de medicamentos, de forma que os processos decisórios de saúde identifiquem a realidade local, de modo a implementarem ações com qualidade e sucesso.

Finalmente, cabe a criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica que contribua na promoção programas de formação contínua e a divulgação das normas e protocolos nacionais de tratamento de forma a incentivar os profissionais de saúde envolvidos no processo de diagnóstico e tratamento das doenças correntes, e melhor qualidade de atenção farmacêutica no município de Cazenga, promovendo assim o uso racional de medicamentos

10. Referências

- Angola, 2006-(c) - Minsa Congresso Nacional sobre o financiamento da Saúde em Angola, Luanda 29-30.05.06)
- American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Guidelines on Pharmacist-Conducted Patient Education and Counseling. Am J Health-Syst Pharm. 1997; 54:431-4. Pharmacists
- Angola 2005-(b), Ministério da Saúde (Regulamento das Unidades de Saúde de Atenção Primária 2005)
- Angola DNSP/UNICEF,2007 - pacote essenciais de saúde materno-infantil; bases normativas para a sua normatização, Luanda- 2007
- Angola, 2003-Manual de rotinas de Centros de Saúde, Projeto de reforço dos serviços de saúde materno infantil.
- Angola, 2005-(a)- Ministério da Saúde. Projeto de Política Nacional Farmacêutica.
- Angola, 2005-(e), Plano estratégico para a redução acelerada de mortalidade materna infantil em Angola 2005 – 2009
- Angola, 2005(c) - Ministério do Planeamento /PNUD - Estratégia de combate a pobreza, Luanda 2005
- Angola, 2005(d)- Ministério do Planeamento /PNUD- Relatório de progresso; Angola objetivo do desenvolvimento do Milênio.
- Angola, 2006 (b)- Direcção Nacional de Saúde Pública, relatório anual 2006
- Angola, 2006 (d)- Ministério do Planeamento / PNUD: relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano 2007/2008
- ANGOLA, 2008 (a) DNSP/ PNCT- plano estratégico de controlo da tuberculose, 2008-2012.
- Angola, 2008-(b)-Direção Nacional de Saúde Pública/DNSP. Boletim Epidemiológico 2008.(mimeo).12p.

- Angola, 2010- Direção Nacional de Saúde Pública/DNSP. Perfil epidemiológico do 1º trimestre 2010. (mimeo).9p.
- Angola, 2010-Decreto nº254/10. Regime jurídico da carreira de enfermagem
- Angola, DPSL/Projeto de Saúde Pós – Emergência para a província de Luanda 1998).
- Angola, INLS, 2006 (a)-Relatório de atividades de 2005, resultados dos últimos inquéritos de soro prevalência Luanda, 2006.
- Angola,2006-(e) MINSA/ PNS-5º esboço da Política Nacional de Saúde, Março 2009).
- Angola,2008 (d) Minsa - Plano de Desenvolvimento Sanitária da Província de Luanda, 2008- 2018/Gabinete de Estudos, Planejamento e Estatística ; Programa de Apoio ao Sector de Saúde (PASS) Dezembro 2008
- Angola. DPSL/logística, dados de consultas curativas declaradas pelas unidades sanitárias periféricas de Luanda, 2009.
- Angola. Lei 21-B de 28 de agosto de 1992. Lei de base sobre o Sistema Nacional de Saúde Angola,
- Brasil-MS/GM (Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro), 2002. Portaria 1102. Estabelece, na forma do Anexo da Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Publicada em 12 de junho de 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília; 2001. (Série C, nº 25). 39p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política Nacional de Medicamentos. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 10 de novembro de 1998. Seção 1. p. 18-22.
- Brasil. Ministério da Saúde/OPAS. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica 2002.
- Carlos ICC. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: Bonfim JRA, Mercucci VL, organizadores. A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec/Sobravime; 1997. p. 107.

- CastroMS, Pilger D Ferreira MBC, Kopittke :Tendências na utilização de antimicrobianos em um hospital universitário 1990-1996
- Conniott M- Cazenga estudos de alguns indicadores de consumo de medicamentos nos centros de saude de asa Branca e Hoji ya henda. Luanda(Angola)
- DPSL/Projeto de Saúde Pós –Emergência- Manual de diagnostico e tratamento das Doenças correntes. PN Cuidados primario de Saude/MINSA (REV DE 1998)
- Fact Book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006
- Giroto E, Silva PV A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. Rev. bras. epidemiol. 2006, 9(2): 226-34. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v9n2/09.pdf>>. Acessado em: 08 jul. 2010.
- H. Pierre Mallet, Alexandre Njikam, S. Marie Scouflaire, Médecins Sans Frontières, Kenya Office, BP 39719, Nairobi, Kenya.. Evaluation des habitudes de prescription et de l'usage rationnel des médicaments au Niger Enquêtes successives dans 19 centres de santé intégrés de la région de Tahoua
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.
- Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. 260p.; il.color. (Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde; 3)
- Olguin HJ, Flores Pirez J Lares-Asseff I. Perfil de consumo de antibioticos en un hospital pediátrico de La ciudad de Mexico, 1998
- OMS “Medicines in Primary Care in Developing and Transitional Countries” (WHO, 2009),
- OMS:WHO/DAT/98.15-SEA/Drugs/140,Genebra 1998

- Organização Pan-Americana da Saúde /OPAS. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta / Adriana Mitsue Ivama [et al.]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.
- Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (1992)
- Pacheco,F;AGUIAR,M.G.G.& QUEROZ,A,M, 1998. Diagnostico da assistência Farmacêutica no estado da Bahia,Universidade da Bahia. Instituto de saúde coletiva.
- Pinto, Elizabete A. Avaliação do uso racional de medicamentos nos Centros de Saúde de Luanda. Luanda, 2000. (mimeo). 38 p.
- Santos VN,Nutrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de service de saude. Revista de saude pública 2004.
- Silva Júnior, Dilson Braz. Assistência farmacêutica em um município do estado de São Paulo: diagnóstico e perspectivas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Farmácia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006. 154 p.
- VEMBA & NEVES, 2001, Barreiras Sócio-Económicas e Culturais na Utilização dos Cuidados Obstétricos de Urgencia na região Sanitários Norte de Luanda,2000-2001
- WHO (World Health Organization), 2007. WHO Operational Package for Monitoring and Assessing Country Pharmaceutical Situations. WHO,. p.92.
- WHO/MSH (World Health Organization and Management Science for Health). How to Investigate Drug Use in Health Facilities. Selected Drug Use Indicators.Geneva: WHO, 1993.

Anexo 1. Lista de medicamentos para postos de saúde em Angola



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

CONTEUDO DA CAIXA (KIT) DE POSTO DE SAÚDE

2008

| | Nome genérico | Forma | Dosagem | Embalagem | | Quantidade total |
|----|--|---------------|---------------|---------------|------------|------------------|
| | | | | Unidades | Quantidade | |
| 1 | Acido acetilsalicílico (Aspirina) | compr | 500 mg | 500 | 10 | 500 |
| 2 | Acido salicilico e benzóico | pomada | | bisnaga 36 g | 35 | 35 |
| 3 | Adrenalina (Epinefrina) | inj | 1 mg/ml | amp. 1 ml | 2 | 2 |
| 4 | Agua por inj. | inj | | 5 ml | 100 | 100 |
| 5 | Artesunato + Lumefantrina | comp | (20 + 120) mg | Blister de 12 | 100 | 1,200 |
| 6 | Artesunato | supositório | 50 mg | | 20 | 20 |
| 7 | Amoxicilina | capsula | 250 mg | 1000 | 1 | 1000 |
| 8 | Atropina (sulfato) | compr | 1 mg | 100 | 1 | 100 |
| 9 | Benzoat de benzilo | solução | 25% | frasco 1 L | 1 | 1 |
| 10 | Clorfeniramina (maleato) | compr | 4 mg | 100 | 1 | 100 |
| 11 | Clorexidina (digluconato) | solução | 20% | frasco 100 ml | 2 | 2 |
| 12 | Cotrimoxazole | comp | 400 + 80 mg | 1000 | 3 | 3000 |
| 13 | Camisinhas | Caixas de 144 | | 2 | 288 | 288 |
| 14 | Fenoximetilpenicilina | compr | 250 mg | 1000 | 1 | 1000 |
| 15 | Magnesium Trisilicato Comp. | compr | 500 mg | 500 | 1 | 500 |
| 16 | Lidocaina (HCL) | inj | 1% | frasco 50 ml | 2 | 2 |
| 17 | Albendazol | compr | 400mg | 100 | 2 | 200 |
| 18 | Metronidazole | compr | 250 mg | 100 | 10 | 1000 |
| 19 | Paracetamol | compr | 500 mg | 100 | 15 | 1500 |
| 20 | Penicilina procaina | inj | 1 g | frasco | 100 | 100 |
| 21 | Sais de reidratacao oral (OMS 2007) | pó | | pacotes | 200 | 200 |
| 22 | Sulfato Ferroso + ácido fólico | compr | 200 + 0,25 mg | 1000 | 5 | 5000 |
| 23 | Salbutamol | compr | 4 mg | 100 | 2 | 200 |
| 24 | Sulfadoxina + pirimetamina | compr | 500 + 25 mg | 300 | 1 | 300 |
| 25 | Tetraciclina (HCl) oftálmica | pomada | 1% | bisnaga 5 g | 50 | 50 |
| 26 | Violeta de genciana | pó | | 25 g | 2 | 2 |
| 27 | Oxido de zinco vaselina | pomada | 10% | bisnaga 100 g | 5 | 5 |
| 28 | Multivitamina | compr | | 1000 | 1 | 1000 |
| 29 | Zinco (Sulfato) | compr | 10 mg | Blister de 10 | 100 | 1000 |
| 1 | Adhesivo | | | 25mm x 5m | 10 | 10 |
| 2 | Algodão | | | 500 g | 3 | 3 |
| 3 | Gaze | | | 1m x 100m | 1 | 1 |
| 4 | Ligadura | | | 10cm x 5m | 100 | 100 |
| 5 | Agulhas intramusc.21Gx1,5 | | | 21G X 11/2 | 150 | 150 |
| 6 | Agulhas subcut., irrecup. | | | 23G x 1 | 5 | 5 |
| 7 | Seringas 1 ml, irrecup. | | | | 5 | 5 |
| 8 | Seringas 5 ml, irrecup. | | | | 150 | 150 |
| 9 | Fio de sutura, seda 00 c/agulha | | | | 15 | 15 |
| 10 | Laminas de bisturi no 22 | | | | 5 | 5 |
| 11 | Luvras cirurgicas 7 1/2 | | | | 20 | 20 |
| 12 | Sabonete | | | | 10 | 10 |
| 13 | Saquinhas p/comprimidas (10x8cm), fechavel | | | | 4000 | 4000 |
| 14 | Bloco de papel | | | | 2 | 2 |
| 15 | Esferográficas | | | | 4 | 4 |

Anexo 2. Lista de medicamentos para centro de saúde, Angola



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

CONTEUDO DA CAIXA (KIT) DE CENTRO DE SAÚDE

2008

| | Nome genérico | Forma | Dosagem | Embalagem | | Quantidade total |
|----|-------------------------------------|--------------|---------------|---------------|------------|------------------|
| | | | | Unidades | Quantidade | |
| 1 | Acido acetilsalicílico (Aspirina) | compr | 500 mg | 100 | 5 | 500 |
| 2 | Acido silicilico e benzóico | pomada | | bisnaga 36 g | 35 | 35 |
| 3 | Adrenalina (Epinefrina) | inj | 1 mg/ml | amp. 1 ml | 5 | 5 |
| 4 | Agua para inj. | inj | | 5 ml | 200 | 200 |
| 5 | Artemeter + Lumefantrina | comp | (20 + 120) mg | Blister de 12 | 150 | 1.800 |
| 6 | Artesunato | supositório | 50 mg | | 50 | 50 |
| 7 | Amoxicilina | compr | 250 mg | 1000 | 1 | 1000 |
| 8 | Atropina (sulfato) | compr | 1 mg | 100 | 1 | 100 |
| 9 | Benzoat de benzilo | locao | 25% | frasco 1 L | 1 | 1 |
| 10 | Clorfeniramina (maleato) | compr | 4 mg | 100 | 1 | 100 |
| 11 | Clorexidina (digluconato) | solucao | 20% | frasco 100 ml | 2 | 2 |
| 12 | Cotrimoxazole | comp | 400 + 80 mg | 1000 | 3 | 3000 |
| 13 | Camisinhas | Caixa de 144 | camisinhas | 2 | 288 | 288 |
| 14 | Diazepam | rectiole | 2 mg/ml | 3ml | 10 | 10 |
| 15 | Metylergometrina | compr | 0,125 mg | 100 | 1 | 100 |
| 16 | Fenoximetilpenicilina | compr | 250 mg | 1000 | 1 | 1000 |
| 17 | Magnesium Trisilicate Comp. | compr | 500 mg | 500 | 1 | 500 |
| 18 | Lidocaina | inj | 1% | frasco 50 ml | 2 | 2 |
| 19 | Albendazol | compr | 400 mg | 100 | 2 | 200 |
| 20 | Metronidazol | compr | 250 mg | 100 | 10 | 1000 |
| 21 | Paracetamol | compr | 500 mg | 100 | 15 | 1500 |
| 22 | Penicilina procaina | inj | 1 g | frasco | 200 | 200 |
| 23 | Prometazina (HCL) | inj | 25 mg/ml | amp 2 ml | 10 | 10 |
| 24 | Sais de reidratacao oral (OMS 2007) | pó | | pacotes | 200 | 200 |
| 25 | Sulfato ferroso + acido fólico | compr | 200 + 0,25 mg | 1000 | 6 | 6000 |
| 26 | Salbutamol | compr | 4 mg | 100 | 2 | 200 |
| 27 | Sulfadoxina + pirimetamina | compr | 500 + 25 mg | 300 | 1 | 300 |
| 28 | Tetraciclina (HCl) oftálmica | pomada | 1% | bisnaga 5 g | 50 | 50 |
| 29 | Violeta de genciana | pó | | 25 g | 2 | 2 |
| 30 | Oxido de zinco vaselina | pomada | 10% | bisnaga 100 g | 5 | 5 |
| 31 | Multivitamina | compr | | 1000 | 1 | 1000 |
| 32 | Zinco (Sulfato) | compr | 10 mg | Blister de 10 | 10 | 100 |
| 33 | Adesivo | | | 25mm x 5m | 10 | 10 |
| 34 | Algodão | | | 500 g | 3 | 3 |
| 35 | Gaze | | | 1m x 100m | 1 | 1 |
| 36 | Ligadura | | | 10cm x 5m | 100 | 100 |
| 37 | Agulhas intramusc., irrecup. | | | 21G x 11/2 | 300 | 300 |
| 38 | Agulhas subcut., irrecup. | | | 23G x 1 | 30 | 30 |
| 39 | Seringas 1 ml, irrecup. | | | | 10 | 10 |
| 40 | Seringas 5 ml, irrecup. | | | | 300 | 300 |
| 41 | Fio de sutura, seda 00 c/agulha | | | | 15 | 15 |
| 42 | Laminas de bisturi no 22 | | | | 5 | 5 |
| 43 | Luvras cirurgicas 7 1/2 | | | | 20 | 20 |

| | | | | |
|----|--|--|------|------|
| 44 | Sabonete | | 15 | 15 |
| 45 | Saquinhas p/comprimidas (10x8cm), fechavel | | 4000 | 4000 |
| 46 | Bloco de papel | | 2 | 2 |
| 47 | Esferográficas | | 4 | 4 |

Anexo 3. Carta de anuência da autoridade de Angola quanto à condução do estudo



REPUBLICA DE ANGOLA
GOVERNO PROVINCIAL DE LUANDA
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE
GABINETE DO DIRECTOR

AO
COMITÉ DE ÉTICA DA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ
RIO DE JANEIRO

BRASIL

Luanda. 15 de Novembro de

2010

Exmo. Senhor,

A Direcção Provincial de Saude de Luanda, vem por intermédio desta informar que **Tando Fulevo**, Farmaceutico é funcionária desta Direcção, está autorizada a fazer o levantamento e recolha de informação estatística dos arquivos, a entrevistar funcionários de saúde e a realizar observação directa dos serviços prestados em unidades de saúde do município de Cazenga.

De salientar que a referida actividade está relacionada com a pesquisa que o mesmo está a realizar no ambito do seu curso de Mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, para o seu Projecto de Dissertação sob o título “**Assistencia farmaceutica na Antenção basica de Saude no municipio de Cazenga- Luanda – Angola**”

Cientes de que a mesma merecerá a vossa atenção, queiram aceitar os nossos cordiais cumprimentos e votos de bom trabalho.

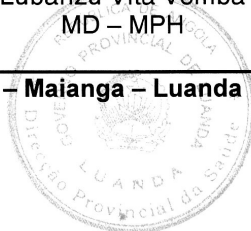
“ Trabalhamos juntos para mudar Luanda “

O DIRECTOR PROVINCIAL

V. L. V. L.

Lubanzu Vita Vemba
MD – MPH

DPSL – Av. Amílcar Cabral – Maianga – Luanda 126 – 128, Telefone: 244
(222) 371158



Anexo 4. Parecer do Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz

(será substituído o nome da orientadora)

INDICADORES DE SERVIÇO ANEXO 3

Nome da Unidade C.S. _____

Data da Avaliação: _____

Responsável pela Avaliação: _____

| | | S/N | COMENTÁRIOS |
|--|---|-----|-------------|
| Iº ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL DA FARMÁCIA | | | |
| Verificar se : | | | |
| a) Ambiente é adequado para conservação de medicamentos | | | |
| 1 | Temperatura é adequado para a conservação de medicamentos | | |
| 2 | Boa ventilação(janelas abertas, ventoinha ou AC) | | |
| 3 | Boa iluminação(Luz electrica ou natural) | | |
| b) Higiene da Farmácia | | | |
| 1 | Limpa sem teia de aranha e pó | | |
| 2 | Os cestos de lixo esvaziado diariamente | | |
| 3 | Sanitários funcional e desponivel para o pessoal | | |
| 4 | Lavatorio funcional com agua corrente e sabão | | |
| c) Arrumação de produtos em areas especificas ede facil identificação | | | |
| 1 | medicamentos,material de penso, consumiveis e equipamentos | | |
| 2 | As vacinas ,insulina e alguns ocitônicos devem ser conservados em camaras ou geleiras | | |
| 3 | Os estupaficientes e psicotropicos e outros substancias de control especifico devem ser guardados num armario fechado | | |
| 4 | os inflamaveis, tais como o alcool, eter,metanol,etc devem ser conservados n area especificos e separados dos outros produtos | | |
| d) Arrumação dos produtos por ordem alfabetica e nome generico | | | |
| e) Utilização de estrados de madeira ou prateleiras para arrumação de medicamentos | | | |
| \ | | | |
| g) Cumprimento da regra do PEPS (primeiro a expirar será o primeiro a sair) | | | |
| h) Presença do extintor de incendio na farmacia | | | |
| i) Atendimento ao paciente | | | |
| Verificar se: | | | |
| a) Local de atendimento limpo e adequado | | | |
| b) Existencia de uma mesa de trabal que facilita a embalagem de medicamentos. | | | |
| c) Verificar por observação se o tecnico de farmacia:cumpre com as boas praticas de aviamento das receitas. | | | |
| IIº Disponibilidade da cópia da lista padrão de medicamentos essenciais em uso no país. | | | |
| III º Disponibilidade de medicamentos essenciais para as doenças com alta prevalencia a ser verificados no estoque da US: ANEXO 4 | | | |
| IVº Existência de técnicos de Farmácia para aviamento das receitas. | | | |
| | Pontuação | % | |
| SIM | | | |
| NÃO | | | |

INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Nome da Unidade: C.S.

Data da Avaliação:

Responsável pela Avaliação:

ATENÇÃO: COPIE TODAS AS RECEITAS DE MANEIRA IDENTICA À PRESCRIÇÃO

| AVALIAR UM TOTAL DE 100 RECEITAS, DIVIDIDAS POR 25 DAS 4 ÁREAS CONSIDERADAS COM MAIOR FREQUÊNCIA (Pediatria, Clínica geral, CPN I, BU) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Receitas de pediatria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos na receita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| Número de receita com antibiótico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com injetáveis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com combinação de antiinfeciosos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos pela DCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos presentes na LME: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Receitas de clínica geral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos na receita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| Número de receita com antibiótico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com injetáveis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com combinação de antiinfeciosos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos pela DCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos presentes na LME: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Receitas de pré natal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos na receita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| Número de receita com antibiótico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com injetáveis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com combinação de antiinfeciosos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos pela DCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos presentes na LME: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Receitas de urgência | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos na receita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| Número de receita com antibiótico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com injetáveis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de receita com combinação de antiinfeciosos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos pela DCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de medicamentos prescritos presentes na LME: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | TOTAL | CALCULOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Número de medicamentos diferentes por receita | | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número total de receitas com antibiótico | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número total de receitas com injetáveis | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número total de receitas com combinações de antibióticos | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número total de medicamentos prescritos pela DCI | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número total de medicamentos prescritos presentes na LME | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

M= Média P= porcentagem

INDICADOR DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ANEXO 2(B)

INQUÉRITO AO DOENTE À SAÍDA DA FARMÁCIA

20 Doentes inqueridos ao sair da farmácia:

Consultas de Pediatria

| N | INFORMAÇÃO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|
| 1 | sabe Identificar cada medicamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 2 | Sabe as doses a tomar | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 3 | Sabe o nº de vezes a tomar por dia | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 4 | Conhece a duração do tratamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 5 | Recebeu todos os medicamentos prescritos? | P | | | | | | | |
| | | D | | | | | | | |

Consultas de Clínica Médica

| N | INFORMAÇÃO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|
| 1 | sabe Identificar cada medicamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 2 | Sabe as doses a tomar | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 3 | Sabe o nº de vezes a tomar por dia | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 4 | Conhece a duração do tratamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 5 | Recebeu todos os medicamentos prescritos? | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |

Consultas de Urgência

| N | INFORMAÇÃO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|
| 1 | sabe Identificar cada medicamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 2 | Sabe as doses a tomar | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 3 | Sabe o nº de vezes a tomar por dia | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 4 | Conhece a duração do tratamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 6 | Recebeu todos os medicamentos prescritos? | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |

Consultas de Prê Natal

| N | INFORMAÇÃO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|
| 1 | sabe Identificar cada medicamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 2 | Sabe as doses a tomar | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 3 | Sabe o nº de vezes a tomar por dia | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 4 | Conhece a duração do tratamento | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |
| 6 | Recebeu todos os medicamentos prescritos? | S | | | | | | | |
| | | N | | | | | | | |

| | Nº | % |
|------------|----|---|
| SIM | | |
| NÃO | | |
| Prescrito | | |
| Dispensado | | |

Nota: Em relação as 4 primeiras questões do inquérito aplica-se o princípio "ou tudo ou nada" Quer isto dizer que uma resposta errada, invalida as demais.

