

Universidade Estadual de Ponta Grossa / Fundação Oswaldo Cruz

Curso Interinstitucional de Mestrado em Saúde Pública

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E O USO DE MEDICAMENTOS NA
ZONA URBANA DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA PARANÁ:**

ESTUDO DE CASO

NHARA SORAYA PAGANELLA MARCONDES

Orientadores: Dr. Jorge Antônio Zepeda Bermudez

Dr^a Marly Aparecida Elias Cosendey

RIO DE JANEIRO

2002

Marcondes, Nhara Soraya Paganella

A Assistência Farmacêutica e o uso de medicamentos na zona urbana do Município de Ponta Grossa Paraná: estudo de caso/ Nhara Soraya Paganella Marcondes. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2002.

-157 p.

Dissertação – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, 2002.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este trabalho não posso falar na “minha dissertação” mas em “nossa dissertação”, pois muitas pessoas participaram direta ou indiretamente. Àquelas que eu não puder agradecer por escrito, meu agradecimento de coração.

Ao Dr Jorge Antonio Zepeda Bermudez, a quem admiro, por ter aceitado esse empreendimento, mesmo em meio à sua infinidade de compromissos.

À Dr^a Marly Aparecida Elias Cosendey pelas preciosas sugestões, orientações, sensibilidade e encorajamento.

Às Dr.^{as} Claudia Osório-de-Castro e Vera Lúcia Luiza pela presença em momentos decisivos, valiosas sugestões, estímulo e paciência.

Às Dr.^{as} Maria Auxiliadora Oliveira, Ângela Esher Moritz e Gabriela Mosegui pela sua gentileza, dinamismo e atuação.

À Dr^a Ângela Jordan, por ter participado das avaliações e pelas preciosas sugestões.

À Dr^a e Prof^a Célia por estar sempre presente nesse trajeto, dedicada, cuidadosa e cujo idealismo nos possibilitou acesso ao presente mestrado.

Aos profissionais Farmacêuticos e amigos da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa que abriram suas portas para que fossem perscrutadas as suas rotinas e os seus problemas; pela avidez em medir resultados e melhorar a qualidade da Assistência Farmacêutica; por todas as vezes em que, mesmo abarrotados de afazeres, concederam-me seu tempo e experiência: M.Sc. José dos Passos Neto, Francisco Nestor Marocchi, Cleiber Márcio Flores, Rosilene Gomes e M.Sc. Vilma Zardo.

Agradecimentos especiais ao Diretor de Saúde Comunitária Farmacêutico e M.Sc. Valmir de Santi, pela sua audácia e visão profissional de pesquisa.

À Dr^a e Prof^a Eulália Divanir Munhoz e seu esposo Dr José Alinor Munhoz, à farmacêutica e amiga Fátima Christensen por existirem.

Aos treze acadêmicos de Farmácia e Análises Clínicas que se apaixonaram por esta causa e sem os quais jamais teriam sido coletados os dados que responderam ao objeto desta pesquisa.

Aos pacientes e aos funcionários das unidades de saúde pelo seu acolhimento.

Às pessoas que oraram por mim, aos santos que atenderam.

A Deus, que permitiu que os acontecimentos tomassem o rumo que tomaram.

Dedico este trabalho

Ao meu pai Dorval e à minha mãe Hortência pelo seu jeito de ser,
pelo estímulo e por todas as providências que tomaram.

À minha irmã Neiva, cujo apoio imprescindível já vem de longa data.

Aos meus filhos Andressa Soraya, Andrea Thays e Rodrigo José que
muito contribuíram com seu carinho e compreensão.

Ao meu marido José Alfredo pelo seu amor, apoio e ajuda.

RESUMO

Neste trabalho foram estudados aspectos da Assistência Farmacêutica, no município de Ponta Grossa-PR, através da mensuração de efeitos causados pela arquitetura da gestão municipal em saúde sobre o uso de medicamentos. Esses resultados também foram relacionados com algumas influências do contexto econômico e político federal.

Realizou-se um estudo de caso, norteado por um conjunto de indicadores básicos de uso de medicamentos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para retratar alguns aspectos da prescrição médica, das dinâmicas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do entendimento sobre o uso do medicamento por parte do paciente. Como instrumentos de coleta de dados, utilizaram-se formulários com perguntas fechadas para entrevistar os pacientes. Nesse mesmo documento, foram copiados: as receitas desses pacientes para análise das condutas de prescrição, o tempo de atendimento em consulta médica, o tempo de dispensação do medicamento e observações sobre a rotina da UBS. Foi descrita a gerência dos serviços farmacêuticos na administração central, verificando como a mesma se conduz e se articula para administrar as situações que culminam direta ou indiretamente com a realização da terapia medicamentosa do paciente. Os resultados encontrados foram expostos de maneira descritiva com percentuais simples, foram comparados com os valores considerados como ideais pela Organização Mundial de Saúde e, com alguns trabalhos nacionais. Dessas comparações resultaram análises e considerações sobre a realidade local de Assistência Farmacêutica e seus efeitos sobre o seu objetivo final que é o paciente usuário do Sistema de Saúde.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica, uso racional de medicamento, política de medicamentos

ABSTRACT

In this study, aspects of pharmaceutical care in the municipality of Ponta Grossa-PR were studied by measuring the effects of the municipal health management's framework on the use of medicines. These results were also related with some influences of the federal economic and political contexts.

A case study was carried out, with guidelines from a set of basic indicators of medicine use proposed by the World Health Organization (WHO) to depict some aspects of medical prescription, the work dynamics at the health facilities (*Unidades Básicas de Saúde – UBS*) and the patient's knowledge. As data collection tools, survey forms with closed questions were used to interview patients as to the way they use the medicines. Their prescriptions were transcribed into these forms for an analysis of the prescription procedure. The lengths of time for the doctor's appointment and for dispensing the medicine were also recorded, as well as notes on the routine at the UBS. The management of pharmaceutical care at the central administration was described, establishing how the administration performs and is organized to handle the situations which culminate, directly or indirectly, in the patient's drug therapy. The results found were presented in a descriptive manner with simple percents. They were compared with the figures considered ideal by the WHO and with some national works. What derived from these comparisons were analyses and thoughts on the local reality of pharmaceutical care and the effects on its ultimate goal – the patient, who is the user of the health system.

Key words: Pharmaceutical services, rational drug use, national drug policy,.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	viii
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
LISTA DE FIGURAS	xiii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OFERTA X DEMANDA DE MEDICAMENTOS	4
3. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	9
4. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS	14
5. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	24
5.1 O ciclo da Assistência Farmacêutica	27
6. LOCAL DE ESTUDO	42
7. OBJETIVOS	46
7.1. Objetivo Geral	46
7.2. Objetivos Específicos	46
8. PRESSUPOSTO	46
9. METODOLOGIA	47
10. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
10.1 Observação do contexto organizacional da Assistência Farmacêutica no Município de Ponta Grossa	56
10.2 Indicadores Básicos do Uso de Medicamentos	71
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
12. CONCLUSÃO	111
13. REFERÊNCIAS	120
14. ANEXOS	132

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Acción Internacional para la Salud
AMA	Associação Médica Americana
AMS	Assembléia Mundial de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CES	Conferências Estaduais de Saúde
CIB	Comissão Intergestora bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional.Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DND	Drugs for Negleted Diseases
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FDA	Food and Drug Administration
HAI	Health Action International
IAPAR	Instituto Agronômico do Paraná
MS	Ministério da Saúde
MSH	Management Sciences for Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos

RENAME.....Relação Nacional de Medicamentos
SMS.....Secretaria Municipal de Saúde
SOBRAVIME.....Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SUS.....Sistema Único de Saúde
UBS.....Unidade Básica de Saúde
WHO..... World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: O ciclo da Assistência Farmacêutica.....	26
Tabela 2: Número de pacientes cadastrados em Neurologia e Saúde Mental, por faixa etária e atendimento.....	44
Tabela 3: Procedência de recursos para aquisição de medicamentos pela SMS de Ponta Grossa.....	63
Tabela 4: Evolução de gastos e quantidades de medicamentos em Ponta Grossa.....	65
Tabela 5: Resultados dos indicadores de prescrição em três trabalhos nacionais.....	78
Tabela 6: Média dos tempos de consulta em Ponta Grossa e o tempo determinado pelo SUS.....	79
Tabela 7: Interpretações do paciente da instrução médica “8/8h” e/ou “8/8 horas”.....	95
Tabela 8: Distribuição das interpretações erradas da instrução “8/8h” e/ou “8/8 horas”.....	96
Tabela 9: Relação entre os erros de ingestão dos medicamentos e a complexidade do regime terapêutico.....	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico	72
Gráfico 2: Porcentagem de consultas com antibiótico prescrito	74
Gráfico 3: Porcentagem de injetáveis prescritos	75
Gráfico 4: Porcentagem de medicamentos prescritos de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos essenciais	76
Gráfico 5: Porcentagem de medicamentos dispensados	84
Gráfico 6: Locais onde os pacientes pensam conseguir o medicamento faltante	86
Gráfico 7: Renda familiar dos pacientes pesquisados	87
Gráfico 8: Conhecimento do paciente acerca do uso do medicamento	89
Gráfico 9: Nível de escolaridade dos pacientes pesquisados	91
Gráfico 10: Número de medicamentos prescritos por receita médica	98

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Quadro descritivo dos indicadores básicos do uso de medicamentos.....	132
Anexo 2: Entrevista ao paciente nas unidades de saúde de Ponta Grossa.....	134
Anexo 3: Mapa de Ponta Grossa com a localização das Unidades Básicas de Saúde observadas.....	137
Anexo 4: Tópicos de treinamento dos entrevistadores.....	138
Anexo 5: Manual de instrução dos entrevistadores.....	139
Anexo 6: Formulários e Planilhas de indicadores para avaliação interna da Assistência Farmacêutica municipal do Estado do Rio de Janeiro.....	147

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O ciclo da Assistência Farmacêutica	29
------------------------------------------------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

No início do século XX, o número e a potência dos medicamentos era consideravelmente menor do que atualmente. A descoberta de novos fármacos trouxe importantes conquistas para a cura de doenças antes sem controle. Concomitantemente, a evolução da tecnologia assumiu proporções sem precedentes, imprimindo um ritmo vertiginoso e de complexidade crescente nos processos de produção e comercialização de produtos medicinais em escala industrial (Bermudez, 1995). Porém, a despeito do avanço do desenvolvimento de tecnologias farmacêuticas, uma grande parte da população mundial ainda não tem acesso a elas. Além disso, os fatores gerais de saúde e de qualidade de vida, como condições de moradia, nutrição, saneamento básico, educação, água potável, condições de trabalho, lazer, etc., conferem maior força de determinação de resultado em saúde do que as intervenções farmacológicas (SOBRAVIME / AIS-LAC, 2001).

Nos últimos anos, a crise internacional tem evidenciado cada vez mais que há vínculos estreitos e profundos entre os níveis de Economia e de Saúde e que os mesmos se retroalimentam. Em consequência, aconteceram nos anos 70 e 80, em todo o mundo, fortes debates acerca das políticas sociais, das quais fazem parte as políticas de saúde.

Evidenciou-se portanto, que a saúde depende em grande parte do grau de distribuição de riquezas e que o desenvolvimento econômico é produto do esforço coletivo de indivíduos cujo estado de saúde determina a magnitude e a eficiência do dito esforço. Logo, a saúde é o ponto onde se articulam e tensionam na busca de equilíbrio, as Políticas Sociais com suas metas de equidade e bem-estar e a Política Econômica com seu interesse pela produtividade (Velásquez, 1999). As Políticas Sociais ou Públicas, por sua vez, regulamentam políticas que englobam as esferas de educação, trabalho, meio ambiente, saneamento, habitação, lazer e saúde. A Política de Saúde deve conter em seu elenco de ações a Política de Medicamentos,

que deve congrega mecanismos suficientes para promover o seu uso racional, dentre eles, meios para efetivar a Assistência Farmacêutica (Dupim, 1999).

Quase todas as soluções apontadas para promover o uso racional de medicamentos estão diretamente associadas à implementação da Assistência Farmacêutica, tais como: adoção de lista de medicamentos essenciais, controle de preços, capacitação de recursos humanos, etc., podem parecer óbvias. Porém, a experiência em muitos países em desenvolvimento mostra que, mesmo com a adoção da maior parte das medidas preconizadas, as dificuldades na sua implantação e execução continuam existindo de maneira significativa (Cosendey, 2000). A identificação e a análise minuciosa dos elementos que compõem o consumo do medicamento, bem como o delineamento das suas peculiaridades é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde -OMS, para que não se percam os já poucos recursos que são investidos nas etapas constitutivas da política de medicamentos. Os países desenvolvidos adotam amplamente a prática dos mapeamentos das dinâmicas do uso de medicamentos, pois sua importância é solidamente demonstrada em estudos estatísticos e relatos baseados em evidências (Osorio-de-Castro et al., 2000; Lugones, 1999; Pécoul, 1999). No âmbito da Assistência Farmacêutica, essas análises deverão gerar indicadores básicos de uso de medicamentos, os quais nortearão a adoção das medidas corretas na busca de resultados concretos (WHO 1993; Carlos, 1997).

A despeito dessas constatações, seu valor ainda é pouco reconhecido em nosso meio. Pacheco e colaboradores (1998) atribuem à Assistência Farmacêutica a situação de “estado embrionário” o que leva a um “vazio organizacional” nos serviços de Saúde Pública, incompatível com o modelo desejável. Isto faz com que os estados brasileiros desenvolvam estratégias isoladas de uso de medicamentos com gastos significativos de recursos, cuja eficiência poderia ser aumentada se trabalhassem de forma integrada e sistematizada (*op.cit.*).

Visando a uma contribuição nesse sentido, e por vivenciar pessoalmente a necessidade de análise e reestruturação de detalhes de formas de trabalho, foram coletados dados sobre as mesmas usando-se principalmente indicadores de efeito.

O enfoque principal desta pesquisa será no recorte da Assistência Farmacêutica Básica com ênfase no segmento da dispensação e do uso de medicamentos. Vários autores (Mansur et al., 2001; Vilela & Costa, 1998; Dupim & Righi, 1997; Costa et al., 1992; Becker, 1985) dão conta de que o ato da dispensação é o último passo em que o paciente tem o acompanhamento de algum profissional de saúde, dentro de uma unidade de saúde. É quando recebe os últimos subsídios para efetivar a sua farmacoterapia (o medicamento e as instruções de como utilizá-lo) e, a partir daí, os resultados – bons ou maus – dependerão, de forma importante, do entendimento e motivação desse paciente. Portanto, a pouca atenção no evento da dispensação influirá diretamente sobre o uso dos medicamentos e pode fazer ruir todo o investimento programado na complexa arquitetura dos outros componentes da Assistência Farmacêutica e, em última análise, da política de medicamentos, independentemente do esmero de sua elaboração. As conseqüências atingem o indivíduo, sua família e a sociedade, do ponto de vista humano, técnico, social e econômico.

2. OFERTA X DEMANDA DE MEDICAMENTOS

Há mais de uma década, a OMS estimou que por volta de 70% do mercado mundial de medicamentos estava constituído de substâncias não essenciais, desnecessárias e até perigosas. Entre os trabalhos que consolidam essa constatação, está a avaliação feita pela Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (Food and Drug Administration - FDA) em 348 medicamentos das 25 maiores corporações estadunidenses, entre 1981-1988. Destes, somente 12 medicamentos (3%), realmente acrescentavam contribuição terapêutica aos tratamentos já existentes (SOBRAVIME / AIS-LAC, 2001).

Apesar da abundante oferta de medicamentos, esta não corresponde às verdadeiras necessidades de saúde da população. Um terço da população mundial, especialmente os países pobres, não tem acesso aos medicamentos essenciais, além de faltar os mais necessários (Cosendey, 2000). Os investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D) de medicamentos não estão direcionados para várias doenças infecciosas cuja prevalência é mais expressiva nos países em desenvolvimento. Portanto, não ocorre renovação da oferta destes medicamentos por não darem retorno financeiro considerado satisfatório pela indústria farmacêutica. Assim, existem as doenças “negligenciadas”¹ e até “extremamente negligenciadas”² (DND, 2001).

São exemplos de doenças negligenciadas: doenças tropicais, tuberculose, malária, tripanossomíase humana africana (doença do sono), tripanossomíase humana sul-americana

¹ Doença negligenciada: Uma doença mortal ou muito grave pode ser considerada negligenciada quando as opções de tratamento são inadequadas ou não existem; quando o seu mercado potencial de medicamentos é insuficiente para provocar uma pronta resposta do setor privado, e por fim, quando o interesse do governo em lutar contra esse tipo de doença é insuficiente. Em suma, há uma lacuna de mercado e uma de política pública (DND, 2001).

² Doença extremamente negligenciada: Analisando sob o ponto de vista das dinâmicas mercadológicas, nesse caso os pacientes são tão pobres que praticamente não possuem poder de compra, e nenhuma manipulação das forças de mercado poderá estimular o interesse das empresas farmacêuticas (DND, 2001).

(doença de Chagas), úlcera Buruli, dengue, leishmaniose, lepra, filariose linfática e esquistossomose. Salvo as duas primeiras, todas as outras podem ser consideradas extremamente negligenciadas.

Na vigésima oitava Assembléia Mundial de Saúde, essa realidade é declarada em texto que expressa a necessidade de elaboração de políticas de medicamentos que conectem a pesquisa, produção e distribuição de fármacos com as reais necessidades de saúde (Bonfim & Mercucci, 1997).

Além da adequação da pesquisa, outro meio previsto pelas políticas de medicamentos para regular a oferta é a elaboração de listas de medicamentos essenciais a serem utilizadas no setor público, apoiada em critérios de benefício/risco e eficácia/custo (Joncheere, 1997).

Um dos principais fatores que determina a obtenção do medicamento é o preço e, por conseqüência, contribui de maneira importante para a caracterização do perfil de consumo. Assim, Lugones (1999) recomenda que sejam efetuadas análises de mercado para buscar equilíbrio entre os pólos Saúde-Sociedade versus Mercado-Enfermidade como componente imprescindível da construção das soluções que regulem a oferta, o preço e conseqüentemente, o acesso ao medicamento. Considerando a dinâmica da lei da oferta e da procura, esse autor argumenta que existem mais medicamentos à venda do que realmente é necessário no mercado de saúde, porque o mesmo está associado à enfermidade e toda a sua capacidade de inovação, produção e comercialização está muito mais dirigida para incrementá-lo do que para resolver os problemas de saúde. Ou seja, é a concretização da imposição da conveniência mercadológica do conceito de saúde pelos processos curativos ao invés do conceito de promoção da saúde. Analisa ainda, que a falta de uma “...forte capacidade reguladora...”, contribui fortemente para que essa dinâmica prevaleça, diminuindo a saúde da sociedade como um todo. Para Joncheere (1997), essa capacidade reguladora da oferta é dever do Estado e diz respeito à autorização da comercialização dos medicamentos, que por sua vez deve estar

embasada em critérios de eficácia, segurança e qualidade, para garantir à população segurança e acesso a novos avanços terapêuticos.

Outro aspecto da oferta analisada pela Fundación ISALUD (1999), é que a indústria farmacêutica, em busca contínua de rendas, produz condições monopólicas com a ajuda de processo acelerado de inovação e lançamento de especialidades farmacêuticas no mercado. Novos produtos, processos e formas organizativas tiram partido da assimetria de informações, que provavelmente pode ser considerada como uma das mais sérias distorções do mercado de medicamentos. Trata-se do fato do consumidor saber menos que o prescritor e/ou dispensador acerca da qualidade, segurança, eficácia, valor monetário e propriedades específicas dos medicamentos que vai adquirir. Por sua vez, o médico e o farmacêutico sabem menos que os laboratórios e quando recebem informação é com atraso e tendenciosidade por parte da indústria farmacêutica. Constata-se, portanto, que existem substanciais diferenças de informação entre os diversos atores desse mercado.

Essas características dos mercados de saúde, em particular do mercado de medicamentos envolvem um conjunto de desafios para sua regulação. Por um lado, aparecem os desafios tradicionais de regulação de mercado. Por outro, a preocupação com a redução das conseqüências sobre a saúde e a busca da equidade que a dinâmica de produção, comercialização e consumo de produtos pode gerar (Fundación ISALUD).

Confrontando com a oferta, está a demanda (ou procura), constituída pelos prescritores e os usuários dos medicamentos. Nos países desenvolvidos, a demanda cresce a uma taxa de 7 a 8%. O mesmo não ocorre entre os países em desenvolvimento. A América Latina, por exemplo, reduziu sua participação no consumo de medicamentos de 35 para 28% entre 1976 e 1985. Observa-se portanto, que o consumo relaciona-se com as possibilidades econômicas e não com as necessidades de saúde (Fundación ISALUD). Confirmando essa constatação, a OMS apresenta dados de 1976 que mostram que 75% dos medicamentos foram

consumidos pelos 27% da população dos países desenvolvidos. No Brasil, apenas 23% da população consome 60% da produção de medicamentos (Bermudez et al., 2000).

As análises de Joncheere (1997) sobre os fatores que moldam os perfis da demanda nos esclarecem que a mesma é crescente e inacabável, enquanto que os recursos são poucos. Portanto, o setor de saúde dos países enfrenta o problema de distribuir a escassez da forma mais justa e ao melhor custo/eficácia, o que obriga a análises e discussões sobre preços e gastos com medicamentos. Isso implica também em discussões sobre a efetividade de novas tecnologias e sua desejável contrapartida ética e moral, pois ao mesmo tempo em que a evolução farmacológica suscita grandes expectativas dos efeitos positivos dos medicamentos, há também uma crescente atitude crítica quanto aos efeitos adversos e danos iatrogênicos dos mesmos. Esse autor aponta as macrotendências que se podem distinguir no mundo a determinar a demanda de medicamentos:

- tendências demográficas: o envelhecimento da população, que molda o consumo de medicamentos em quantidade e qualidade, aumentando principalmente o uso daqueles destinados às enfermidades crônicas, tais como diabetes, doenças reumáticas e cardíacas.

- compressão de morbidade: fenômeno crescente, em que as doenças crônicas deslocam as doenças agudas, manifestando-se estas num período relativamente curto ao final da vida. Isso se deve ao fato de que os perfis de morbidade vêm mudando em todos os países. Mesmo nos países em desenvolvimento, onde existem doenças infecciosas agudas, a tendência é o aumento da prevalência das doenças crônicas, como efeito da crescente resolução de problemas com água potável, moradia, programas preventivos e de controle de doenças;

- medicalização – tendência crescente de considerar aspectos da vida diária como problemas médicos tratáveis com medicamento;

- regulamentação da demanda – até recentemente, o médico era quase autônomo na prescrição do medicamento e o paciente (ou sociedade mediante seu Ministério da Saúde ou de Previdência Social) comprava-o independentemente do custo envolvido. Porém, com a contenção de gastos no setor de saúde, desenvolveu-se uma série de estratégias para incentivar e promover uma prescrição mais adequada e uma utilização correta dos medicamentos. Isso mudou os padrões de seleção e aquisição dos medicamentos e a concepção de qualidade de tratamento, onde o médico prescrevia sem considerar alternativas igualmente eficazes, porém mais baratas. Dessa maneira, muitos países passaram a utilizar listas limitadas de medicamentos selecionados com base em critérios de custo/eficácia e de benefício/risco. Em outros países, a mudança no perfil de consumo de medicamentos ocorreu pela exclusão dos medicamentos dos esquemas de reembolso, que eram os mais caros e novos;

- internacionalização da economia e da indústria;
- crescente e mais complexa demanda de saúde;
- revolução tecnológica.

Finalmente, são inevitáveis os questionamentos sobre os aspectos comerciais e o desenvolvimento estratégico da indústria farmacêutica mundial. Seus interesses comerciais, muitas vezes são conflitantes com o uso (demanda) racional de medicamentos e uma política pública de contenção de gastos no setor de saúde.

Diversos autores (Lugones, 1999; Joncheere, 1997; Lexchin, 1997; SOBRAVIME/AIS-LAC, 2001) ponderam que, devido às pressões de interesses variados, às dificuldades de governabilidade, às características de mercado e outros fatores, somente com o desenvolvimento de massa crítica e participação de atores de vários segmentos – profissionais, ensino, sociedade – será conseguida a racionalidade na oferta/demanda de medicamentos para a preservação da saúde, principalmente nos países em desenvolvimento.

3. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

O conceito de uso racional de medicamentos proposto pela OMS abrange desde a prescrição apropriada do medicamento adequado, a melhor escolha de acordo com os ditames da eficácia e segurança comprovados e aceitáveis, ao caso em tratamento. É necessário também que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; envolve sua disponibilização quando necessário, a um preço acessível, com qualidade de produção e armazenamento e dispensação qualificada que assegure a administração na posologia correta pelo tempo necessário. E, finalmente que se cumpra o regime terapêutico prescrito da melhor maneira (Fefer, 1999; Osório-de-Castro, 2000).

Em 1971, um milhão de pessoas foram hospitalizados nos EUA devido a reações adversas a medicamentos (RAM), em 1987 houve por volta de 12.000 mortes e 15.000 hospitalizações, e em 1999 foram registradas no FDA 140.000 mortes pelo mesmo motivo (Hepler & Strand, 1999). Considera-se ainda, que esse número corresponde a uma pequena parcela, talvez 10% do verdadeiro valor. O custo da morbidade relacionada aos medicamentos nos EUA tem sido estimado em mais de 7.000 milhões de dólares por ano (op.cit.).

Os episódios de morbi-mortalidade devido ao uso de medicamentos levaram à gradativa conscientização da necessidade de proceder a avaliações sobre a sua utilização. Esta concepção continua amadurecendo, por meio de verificação periódica de que essas avaliações precisam ser cada vez mais detalhadas, abordando e aprofundando os diferentes aspectos que vão sendo evidenciados à medida que as pesquisas avançam. Esse procedimento é capaz de gerar uma retroalimentação que tem revelado de forma crescente as sutilezas e agressividades das interfaces do uso dos medicamentos com diversas áreas do comportamento humano (Osorio-de-Castro et al., 2000). Para esse empreendimento, deve-se buscar conhecimentos de farmacologia, epidemiologia e ciências sociais (Haaiker-Ruskamp & Hemminki, 1993).

Para Lugones (1999) é imperativo que na América Latina se façam mais esforços para saber como se utilizam realmente os medicamentos já disponíveis, qual é o efeito da comercialização, aquisição e outros fatores de uso. Também não se comparam os novos medicamentos com seus predecessores no que se refere à eficácia terapêutica e custo. Sabe-se pouco acerca dos determinantes do comportamento de uso de medicamentos, apesar do mesmo originar gastos de milhões de dólares no mundo, e ter profundas conseqüências sociais, sanitárias e econômicas.

Ainda segundo o mesmo autor, também é feito muito pouco para se pesquisar a qualidade de ensino de Farmacologia e Terapêutica aos estudantes de saúde, para determinar se esse ensino lhes proporciona habilidades que permitam usar o medicamento corretamente, onde as inovações tecnológicas estão sucedendo-se de maneira muito mais acelerada do que a capacidade ou interesse de renovação de conhecimentos desses profissionais.

A perda de investimento em medicamentos gira em torno de 70% por razões, tais como: preço e qualidade inadequados, armazenamento incorreto e expiração do prazo de validade. Desta cifra, 50% é determinada pela prescrição irracional e a falta de seguimento do tratamento (Lugones, 1999). Nos Estados Unidos da América (EUA), para cada dólar gasto em medicamentos há um componente agregado que quase o duplica, por consultas e exames complementares, internações ou prolongações destas, sendo tudo isso devido ao uso inadequado de produtos farmacêuticos. Se levarmos em conta a relação entre a quantidade de dinheiro que é necessária para recuperar a saúde em intervenções devidas a iatrogenias medicamentosas e à soma inicial gasta em medicamentos, somente 15% desta seria realmente efetiva. Esta relação é chamada por Lugones de coeficiente de risco iatrogênico e, se aplicado ao montante gasto com medicamentos na região do Mercosul, que corresponde a 13.500 milhões de dólares, isso significaria que somente 2.025 milhões de dólares teriam aplicação efetiva.

Para esse autor, um dos motivos que levam à prescrição irracional de medicamentos é a falta de disponibilidade de informação independente, ou seja, desequilíbrio entre a informação farmacêutica comercial e não comercial - os profissionais de saúde geralmente não têm conhecimento preciso das substâncias que prescrevem. Segundo Fefer (1999), não há escassez de informação objetiva e atualizada sobre o uso apropriado de medicamentos. O que falta é a distribuição e aplicação da informação existente para a avaliação do arsenal terapêutico e protocolos de tratamento. Essa lacuna proporciona condições ótimas para a promoção comercial incorreta do medicamento, onde se configuram ações pouco éticas mas de grande efeito para aumentar o uso irracional do mesmo (Dupim & Righi, 1997). Segundo Lexchin (1997), nas Filipinas, 68% do orçamento médio gasto com publicidade é investido em propagandistas e a proporção de representantes para médicos é de 1:10 ou 20 no Ocidente, e 1:5 nos países de Terceiro Mundo. As táticas de conquista de simpatia e conseqüente influência nos hábitos de prescrição, incluem gentilezas e presentes para os médicos e suas famílias, viagens, jantares, passeios, festas, jóias, depósitos bancários de quatro dígitos, financiamento de congressos, transportes de crianças à escola, aparelhos de televisão, ar condicionado, vídeo-cassetes, imobiliário, CD's, etc. Quanto ao material impresso, Santi (1999) demonstra que é de alta qualidade, com apelos cuidadosamente adequados aos anseios de cada tipo de consumidor – médicos, donos e funcionários de farmácia, pacientes, etc.

O teor da promoção comercial será ditado pelo contexto do país onde estiver sendo promovido o medicamento. Por insuficiência de sistemas de distribuição e aplicação de informação independente e objetiva, praticamente os profissionais de saúde dependem da indústria farmacêutica para a informação sobre medicamentos (SOBRAVIME AIS-LAC, 2001; Fefer, 1999). Essa hipertrofia de informações distorcidas, dirigida tanto para os profissionais de saúde como para os consumidores, traz conseqüências para a Saúde Pública tais como: falência do tratamento terapêutico por eleição inadequada do medicamento;

tratamento não exequível por impossibilidade de compra do medicamento devido ao seu alto preço; exposições desnecessárias a reações adversas que podem ser até fatais; promoção do aumento da resistência bacteriana; péssimos hábitos de prescrição e de consumo de medicamentos; desperdício de recursos do indivíduo e da instituição com medicamentos desnecessários e inúteis. Isso é especialmente grave em países do Terceiro Mundo, onde as pessoas têm saúde mais precária e os recursos destinados ao atendimento da saúde em geral são mais escassos (op.cit.).

Autores como Lugones (1999) e Lexchin (1997) advertem para a necessidade urgente de desenvolvimento de massa crítica na América Latina nessa e em outras áreas componentes da política de medicamentos, por meio de grupos de estudos e trabalho, sendo fundamental atividades integradas e troca de experiências entre os mesmos.

O medicamento é ferramenta indispensável para a prevenção e tratamento da saúde e, sem ele, resulta sem sentido todo o restante da estrutura de saúde de um país, pelo menos no atual modelo hegemônico estabelecido pelo complexo indústria-comércio-saúde-doença. Por outro lado, o medicamento é um elemento que movimenta montantes astronômicos de recursos financeiros, o que leva a repercussões consideráveis em vários aspectos de saúde pública e economia de qualquer país. Portanto, deve-se lançar mão de todos os recursos possíveis para usá-lo racionalmente, os quais devem ser viabilizados pela formulação adequada de políticas de saúde e de medicamentos. Para que essas políticas sejam efetivas, ou seja, para evitar desperdícios diretos e indiretos de tempo, de investimentos, e prejuízos de saúde para a população, as mesmas devem ser construídas apoiadas no conhecimento detalhado do papel que cada ator exerce nas dinâmicas sociais e econômicas envolvidas nesse processo. Isto quer dizer, investigar e mapear em cada país e/ou região, as suas peculiaridades na complexa cadeia de inter-relacionamentos entre os produtores e vendedores nacionais e internacionais dos medicamentos, prescritores, dispensadores, consumidores, atuação do governo, a adequação do ensino de profissionais de saúde sob pena de falência dos recursos

investidos se esse passo prévio não for dado (Osorio-de-Castro et al, 2000; Lugones, 1999; Pécoul, 1999).

Porém, para efetivar esse mapeamento, necessita-se tempo, dinheiro e recursos especializados. Em vista disso, Lugones (1999) recomenda a eleição das prioridades que se harmonizem com a disponibilidade dos recursos supracitados e que se reportem aos elementos orientados à resolução de problemas-chave, que em geral são: legislação com regulamentação apropriada, seleção de medicamentos, gerenciamento, financiamento, custos, políticas de preços e uso racional. Esse autor ainda valoriza de modo especial uma das constatações importantes feitas no VII Congresso Latino-Americano de Medicina Social em Buenos Aires, Argentina, em que se preconiza que os países da América Latina devem iniciar atividades conjuntas e compartilhar as experiências colhidas na trajetória da elaboração e/ou reforma das suas políticas de medicamentos.

Entre as outras conclusões desse evento, nos interessa particularmente registrar o fato de que a Assistência Farmacêutica foi reconhecida como um segmento merecedor de destaque especial nos processos de reforma das políticas de saúde.

4. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

História e Evolução

“Desde 1975, a OMS vem insistindo na necessidade de que os países adotem políticas farmacêuticas que assegurem a obtenção de medicamentos, particularmente para as populações menos favorecidas” (SOBRAVIME, 2001:57; Bonfim, 1997).

Em 1976, houve o primeiro encontro da Assembléia Mundial de Saúde sobre Políticas de Medicamentos; a publicação da primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais em 1977, e muitas outras iniciativas em Políticas de Medicamentos. Entre cada um desses eventos, intensa atividade nesse sentido, continuava sendo desenvolvida por grupos de especialistas.

Em 1988, depois de ampla consulta internacional, a OMS publicou as *Guidelines for Developing National Drug Policies / Pautas para estabelecer Políticas Farmacêuticas Nacionais*, incorporando a experiência de mais de setenta países que tiveram ajuda do Programa de Ação em Medicamentos Essenciais da OMS (SOBRAVIME AIS-LAC, 2001; Bonfim,1997).

Da década de 70 até meados dos anos 90, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou várias publicações relevantes sobre cada um dos aspectos intervenientes no processo de elaboração de Políticas de Medicamentos.

Entretanto, a despeito de todos esses movimentos internacionais, os avanços feitos no Brasil foram insuficientes para responder às necessidades reais de saúde do país. Conforme Bonfim (1997), em decorrência da hegemonia de interesses privados sobre o aparelho do Estado, o país não desenvolveu políticas farmacêuticas de resultados consistentes sob o influxo das recomendações da OMS.

Em 21 de junho de 1971, foi criada pelo Decreto n ° 68.806, a Central de Medicamentos (CEME), tendo como objetivos principais, a promoção e a organização das atividades de Assistência Farmacêutica concernentes ao fornecimento de medicamentos essenciais aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias primas e de laboratórios pilotos (Pereira, 1995). Entre os seus objetivos específicos ressaltam-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção de laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (Bermudez, 1995).

A CEME passou por várias fases desde sua criação. Por ser um órgão que estava ligado diretamente à Presidência da República, estaria sujeito às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época. Por isso, desviava-se dos seus objetivos iniciais na medida em que o contexto político se alterava.

Em 1975, foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), através da Portaria n ° 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a proposta de ser periodicamente revisada (Pereira, 1995). Sendo uma lista básica de medicamentos essenciais, era, como preconiza a OMS, um instrumento estratégico na consolidação da Política Nacional de Medicamentos. Técnicos da CEME, após estudos, chegaram a listar 305 substâncias farmacêuticas que possibilitariam atender a 99% das necessidades médicas da população, sendo, portanto, um instrumento racionalizador dos critérios e procedimentos de compra (Pereira, 1995).

Porém, para uma iniciativa alcançar seus objetivos, se vários atores estão envolvidos, um dos suportes necessários para o seu sucesso é que haja um mínimo de

consonância com o contexto , o que não aconteceu nesse caso. Médici et al.(1991)

relacionam os problemas que dificultaram a continuidade desse empenho, detectados pelas pesquisas da CEME realizadas em 1986:

- apenas 63% da classe médica sabia da existência da RENAME. Destes, a maior parte desconhecia os itens que a compunham;
- não havia articulação entre os diversos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), que não se integravam no sentido de aperfeiçoar e adequar a RENAME ao uso no cotidiano;
- a infra-estrutura de armazenamento e dispensação de medicamentos era precária, agravada pela escassez de recursos humanos qualificados nas unidades de saúde. Isto conduzia a perdas de medicamentos devido ao controle inadequado dos prazos de validade e das condições de acondicionamento dos produtos;
- a programação das necessidades de medicamentos era inadequada, pois não eram observados parâmetros de morbidade da região;
- não havia preocupação governamental em atualizar a RENAME, o que dificultou ainda mais sua credibilidade junto aos órgãos produtores e distribuidores de medicamentos;
- era escassa a influência no consumo e na produção de medicamentos.

Além disso, o seu fornecimento por parte do Governo para as unidades de saúde foi insuficiente durante um grande período da existência da CEME. “Ainda assim, a RENAME simboliza um esforço na direção de uma Assistência Farmacêutica mais eficaz e de melhor qualidade” (Pepe & Veras, 1995, p:19).

Em 1987, entrou em operacionalização o programa *Farmácia Básica*, que foi uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde (Bermudez, 1992). Foi idealizada como um módulo-padrão de suprimento

de medicamentos selecionados da RENAME e que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial. A Farmácia Básica foi elaborada utilizando-se dados de morbidade e esquemas de tratamento padronizados para as distintas regiões do país.

Embora tenham sido consideradas as diversidades regionais, a existência de um módulo-padrão em nível nacional, não contemplou as diversidades. O mesmo módulo-padrão era fornecido para todas as regiões do Brasil que apresentavam perfil epidemiológico totalmente diferenciado. Esse fato teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa, fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento o que promovia grandes perdas de medicamentos, pois todas as unidades encontravam-se simultaneamente abarrotadas dos mesmos lotes dos produtos, impossibilitando inclusive seu remanejamento.

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a Assistência Farmacêutica (Brasil, 1988). Apesar disso, no período compreendido entre 1991 e 1992, a CEME reduziu a 20% seus níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o SUS (Bermudez, 1995).

A partir de 1990, com o advento do Governo Collor, os problemas de indefinição dos objetivos da CEME se agravaram. A CEME passou por uma fase de agitação e mudanças caóticas. Sua estrutura administrativa foi desmontada usando-se como pretexto a modernização, denotando uma típica ação de sabotagem, que por sorte, veio à tona com os escândalos do Governo Collor (Pereira, 1995).

Em 1993, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Farmacêutica que integrou todas as ações destinadas a estabilizar o mercado de medicamentos mediante

intervenções nas estruturas de programação, produção, distribuição, infra-estrutura, vigilância sanitária, investigação e ações educativas.

Com essa finalidade foram tomadas as seguintes medidas: efetuaram-se acordos de produção com todos os laboratórios públicos; medicamentos hepatoprotetores, antidiarréicos e que apresentavam associações de princípios ativos em doses fixas foram retirados do mercado; foi nomeada uma comissão assessora do Ministério da Saúde e se iniciaram campanhas para divulgar as ações do Governo (Bermudez & Possas, 1995).

Um dos pilares desse Programa foi a promulgação do Decreto n ° 793 em abril de 1993, que determinava a obrigatoriedade da denominação genérica em destaque na embalagem de todos os medicamentos e a obrigatoriedade do profissional farmacêutico em todas as farmácias. Também tratava da autorização de fracionamento de medicamentos, desde que fossem garantidas a qualidade e a eficácia terapêutica originais dos produtos (Bermudez & Possas, 1995). Este Decreto, porém, nunca foi implementado, propiciando o fracasso de boa parte do Programa .

Em agosto de 1997, a série de escândalos ocorridos, culminou com a desativação da CEME e o realinhamento estratégico das competências, planos, programas e projetos a cargo da mesma (Bermudez et al., 1997). Desta forma, suas atividades foram pulverizadas em diferentes órgãos do Ministério da Saúde como Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, esta última posteriormente extinta.

Na Constituição Federal (Brasil, 1988), a saúde é definida como um direito social. Esse princípio constitucional, consolidado nas leis 8.080/90 e 8.142/90, estabelece as diretrizes básicas de acordo com as quais o Estado deve prover as condições necessárias ao efetivo funcionamento do modelo de saúde proposto para a sociedade brasileira. Esses preceitos fundamentais concretizam-se no Sistema Único de Saúde (SUS), tornando o Estado responsável por instituir um sistema de saúde descentralizando, universal e equitativo. No que

concerne à Assistência Farmacêutica a função de cada esfera de Governo no SUS está assim definida:

1 – Nível federal – torna-se responsável por “assegurar a disponibilidade e a equidade no acesso de toda a população a medicamentos eficazes, de qualidade, ao menor custo, com uso correto mediante a implementação de uma política nacional de medicamentos que contemple os aspectos de formulação, implementação, monitoria e avaliação; que legisle e regulamente a prescrição e distribuição de medicamentos nos distintos níveis de atenção mediante a autorização de registro e a padronização de uso; que promova o acesso aos medicamentos essenciais; que fomente o uso racional dos medicamentos, adequando ao máximo tanto a prescrição como a dispensação por meio de informações que deverão ser providas por organismos isentos de interesses econômicos” (CONASS, 1998a, p:37).

Cabe, então, à esfera federal, coordenar, no âmbito do SUS, a **política nacional de assistência farmacêutica** e, em particular, definir os programas estratégicos ou prioritários para o Ministério da Saúde, bem como os medicamentos essenciais à sua execução e estabelecer critérios e cronogramas para a efetiva descentralização das atividades de assistência farmacêutica e do seu financiamento, entre outras.

2- Nível estadual - é responsabilidade dessa esfera do governo, conforme a lei 8.080/90, em caráter suplementar “formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, mediante a implementação de uma política de assistência farmacêutica estadual que contemple as necessidades de: definir um elenco de medicamentos de sua responsabilidade e, portanto, o orçamento destinado à aquisição desse elenco prioritariamente por meio de laboratórios oficiais; receber, armazenar, distribuir e dispensar adequadamente os medicamentos fornecidos pelo Governo Federal e os adquiridos pelo Estado e, especialmente, investir na infra-estrutura do almoxarifado e das farmácias das

suas unidades de saúde; assessorar e avaliar as atividades e ações dos serviços de assistência farmacêutica nos municípios; definir a relação estadual de medicamentos, baseada na RENAME, adequada à realidade do estado, bem como o anuário terapêutico nacional; investir no desenvolvimento de recursos humanos especializados em **política e gestão da assistência farmacêutica** e implementar as ações de vigilância sanitária de sua competência”(CONASS, 1998a, p:37).

3-Nível municipal - as responsabilidades dessa esfera são basicamente as mesmas da esfera estadual, porém adaptadas ao seu nível de ação.

O contexto onde se inseria essa discussão política era caracterizado, como ainda hoje o é, por um mercado farmacêutico onde existiam lançamentos de produtos supérfluos e propaganda enganosa sem qualquer padrão ético, promovida pela indústria farmacêutica. Isso ocorreu devido à falta de regulação, permitindo que o medicamento seja ainda tratado como um bem de consumo e não como um insumo essencial às ações de saúde. De outro lado, a dependência tecnológica e econômica fazem do Brasil, um dos maiores mercados mundiais, ao mesmo tempo que um dos mais dependentes e claramente concentrador, com uma grande parcela de excluídos.

Inicia-se então, na II Oficina de Trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (1998a), um debate considerando-se a interdependência das questões da Política de Medicamentos, em um caráter mais global .

Na III Oficina de Trabalho do CONASS, realizada em Mato Grosso do Sul em agosto de 1997, é criada a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica, é fortalecida a concepção de que a Assistência Farmacêutica seja articulada entre as três esferas de governo e exige-se do Ministério da Saúde a convocação imediata da **Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica** (CONASS, 1998b).

Nesse mesmo ano, o processo de elaboração da Política Nacional de Medicamentos (PNM) encontrava-se em curso, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Então, após ampla discussão e aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Ministério da Saúde definiu, através da Portaria n.º 3916/GM (Brasil, 1998a), a Política Nacional de Medicamentos que tem como propósito fundamental “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

A Política Nacional de Medicamentos do Brasil define um conjunto de diretrizes e prioridades para orientar ações com o objetivo de garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade ao menor custo possível.

As diretrizes são:

Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais

Regulamentação Sanitária de Medicamentos

Reorientação da Assistência Farmacêutica

Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Promoção de Produção de Medicamentos

Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos

Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos

As prioridades podem ser listadas como sendo:

Revisão permanente da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

Assistência Farmacêutica

Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Organização das atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos

Outro marco importante para a Política de Medicamentos é a regulamentação da lei n ° 9787 / 99 (Brasil, 1999c), mais conhecida como a “lei dos genéricos”, através da Resolução n ° 391 / 99 (Brasil, 1999b). Essa Resolução dá prioridade à implantação do medicamento genérico³ no Brasil, dentro da Política de Medicamentos do Ministério da Saúde. Com a lei dos genéricos, o Governo pretende assegurar a qualidade, segurança e eficácia do medicamento genérico e garantir sua intercambialidade com o respectivo produto de referência⁴ através da realização de testes de bioequivalência (Brasil, 1999c), oferecendo medicamentos seguros e a um custo mais baixo para a população.

Observa-se ainda, um modelo distorcido de atendimento, onde pacientes são tratados como números e estatísticas e o hospital é a porta de entrada para o sistema, devido à inexistência de hierarquização da rede assistencial. Faltam insumos necessários às ações de saúde, em especial, produtos farmacêuticos para a atenção básica, assistência especializada, programas prioritários, doenças endêmicas emergentes e reemergentes (Bermudez & Bonfim, 1999).

Uma questão de fundo que permeia todo esse processo são as reformas por que passam diversos países no mundo, entre eles o Brasil, que são pautadas na perspectiva neoliberal. Desta forma, a necessidade de criar condições macroeconômicas mais sustentáveis tem se concentrado nos esforços para reduzir o tamanho do setor público, restringindo a

³ Medicamento genérico é o “medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência pela DCI” (Brasil, 1999c).

⁴ Medicamento de referência é o “produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro” (Brasil, 1999c).

atuação do Estado àquelas ações que lhe são “próprias”, alegando-se que, por esta via, tornar-se-ia mais eficiente (Almeida, 1999). Segundo esta autora, o movimento de reforma do estado tem provocado uma mudança substancial na arena política setorial com questionamentos acerca da organização e do desempenho dos sistemas de serviços de saúde. Para Almeida (*op.cit.*) as perspectivas reformistas setoriais são pautadas em dois eixos centrais: a contenção de custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência e a reestruturação da combinação público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades, permitindo uma maior participação dos níveis regionais e locais na solução de problemas e do aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados). Para Isaza (1999), o contexto no qual ocorrem essas reformas no setor de saúde pode ser caracterizado pelos seguintes elementos: reorganização econômica e seu impacto nas políticas de gasto público; modernização do estado; revalorização da esfera local; busca da eficiência, efetividade e sustentabilidade; e resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e culturais.

Os debates e medidas para efetivação e implementação da política nacional de medicamentos passam a apresentar qualidade distinta nos fins de 1998, sentida pelas mudanças na legislação concernente a medicamentos, atualização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), da notável expansão de centros e grupos de pesquisa e informação, de prestação de serviços de saúde no campo biomédico e farmacêutico, de entidades de defesa do consumidor e de conexão com entidades internacionais de informação sobre medicamentos (SOBRAVIME/AIS-LAC, 2001).

5. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Pacheco et al. (1998) alerta para a falta de consenso em relação à definição de Assistência Farmacêutica em nosso país, ponderando sobre a utilização do termo para designar atividades e linhas distintas de ação. Esses autores delimitam as muitas definições utilizadas em duas linhas principais: uma centrada no medicamento e outra, no paciente e na organização dos serviços.

A linha de ações centrada no medicamento se expressa pela definição assumida pela CEME “conjunto de procedimentos necessários para a promoção e prevenção da saúde a nível individual e coletivo, centrado no medicamento” (Pacheco et al., 1998 : 3).

No projeto de lei n ° 2640, de 1992, encontra-se outra definição preconizada pela OPAS (1992) que apresenta a assistência farmacêutica como:

“Conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, proteção e recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção ou fabricação, obtenção, conservação, dispensação, distribuição, garantia de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos” (Pacheco et al., 1998 : 3).

A Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, obedecendo ao artigo 6 ° da Lei nº 8.080/90, trata da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, e traz a definição de Assistência Farmacêutica que será adotada neste trabalho:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em

todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (Brasil, 2001).

Nessas concepções, a Assistência Farmacêutica expande-se para além da avaliação, diagnóstico, e indicação do tratamento ao paciente através da prescrição médica. Continua com a interpretação dessa prescrição, concluindo-se com o assessoramento simultâneo à dispensação ao paciente em relação às doses, frequência, modo de utilização, efeitos do uso incorreto, interpretação do tratamento, recomendações relacionadas ao estilo de vida e finalmente, avaliação de impacto do uso do medicamento (Pacheco et al, 1998). Esse autor situa a Assistência Farmacêutica como um subsistema do Sistema de Saúde e o denomina de **Sistema Integral de Assistência Farmacêutica**.

Para Carlos (1997), O **Sistema Integral de Assistência Farmacêutica** é o resultado de decisões tomadas a partir de análises e estratégias bem definidas que levam à organização competente e oportuna de serviços inter-relacionados, cuja finalidade é elevar o nível de saúde e qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade. Com uma visão globalizada e integrada, que considera os determinantes e condicionantes de natureza política, econômica e social, propõe um desenho composto por quatro componentes e quatorze elementos que estão interligados, constituindo assim, as suas estratégias operacionais. Os componentes estão listados na tabela n ° 1:

Tabela n °1. Sistema Integral de Assistência Farmacêutica

COMPONENTES	ELEMENTOS
TÉCNICO-CIENTÍFICO	seleção qualidade uso educação
CICLO OPERATIVO	programação aquisição armazenamento distribuição
INFORMAÇÃO	técnico-científica operativo-administrativo
QUALIDADE	produto estrutura processo resultado

Fonte: Carlos (1997)

São objetivos desses componentes:

Componente técnico-científico - uso racional de medicamentos, constituindo fundamento técnico para o desenvolvimento das ações dos demais componentes, favorecendo a multidisciplinaridade e a intersectorialidade.

Componente operativo (ciclos logísticos) - obtenção da quantidade, qualidade e menor custo possível para medicamentos, com base em procedimentos científicos de

administração, assegurando o abastecimento corretamente dimensionado desses insumos às unidades assistenciais, aumentando a eficiência dos gastos e a qualidade da atenção.

Componente Informação – geração e divulgação de informações técnico-científicas e operativas do sistema, transformando-as em informações coerentes e válidas para a tomada de decisões, gerenciamento e execução das ações.

Componente Qualidade – satisfação do cliente interno (profissionais de saúde e afins) do cliente externo (pacientes e comunidade), incluindo a qualidade do produto, da estrutura, do processo e dos resultados.

5.1 O CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O ciclo da Assistência Farmacêutica envolve cinco funções básicas: seleção , aquisição,armazenamento, distribuição e uso do medicamento.

Todas essas etapas se refletem nas UBS, afetando diretamente a qualidade dos serviços de saúde. Se os medicamentos estão freqüentemente em falta, os pacientes sofrem e a equipe perde a motivação. Todos deixam de sentir confiança no sistema de saúde e o atendimento ao paciente perde o seu sentido.

O suprimento contínuo das UBS com medicamentos de qualidade promove tratamentos efetivos, inspira confiança no posto de saúde e contribui para a satisfação no trabalho e auto-estima entre a equipe (MSH / WHO, 1997). Chiavenato (1999), chama a essa situação de clima organizacional e é gerada pela necessidade do ser humano de pertencer a um grupo social de estima e de auto-realização.

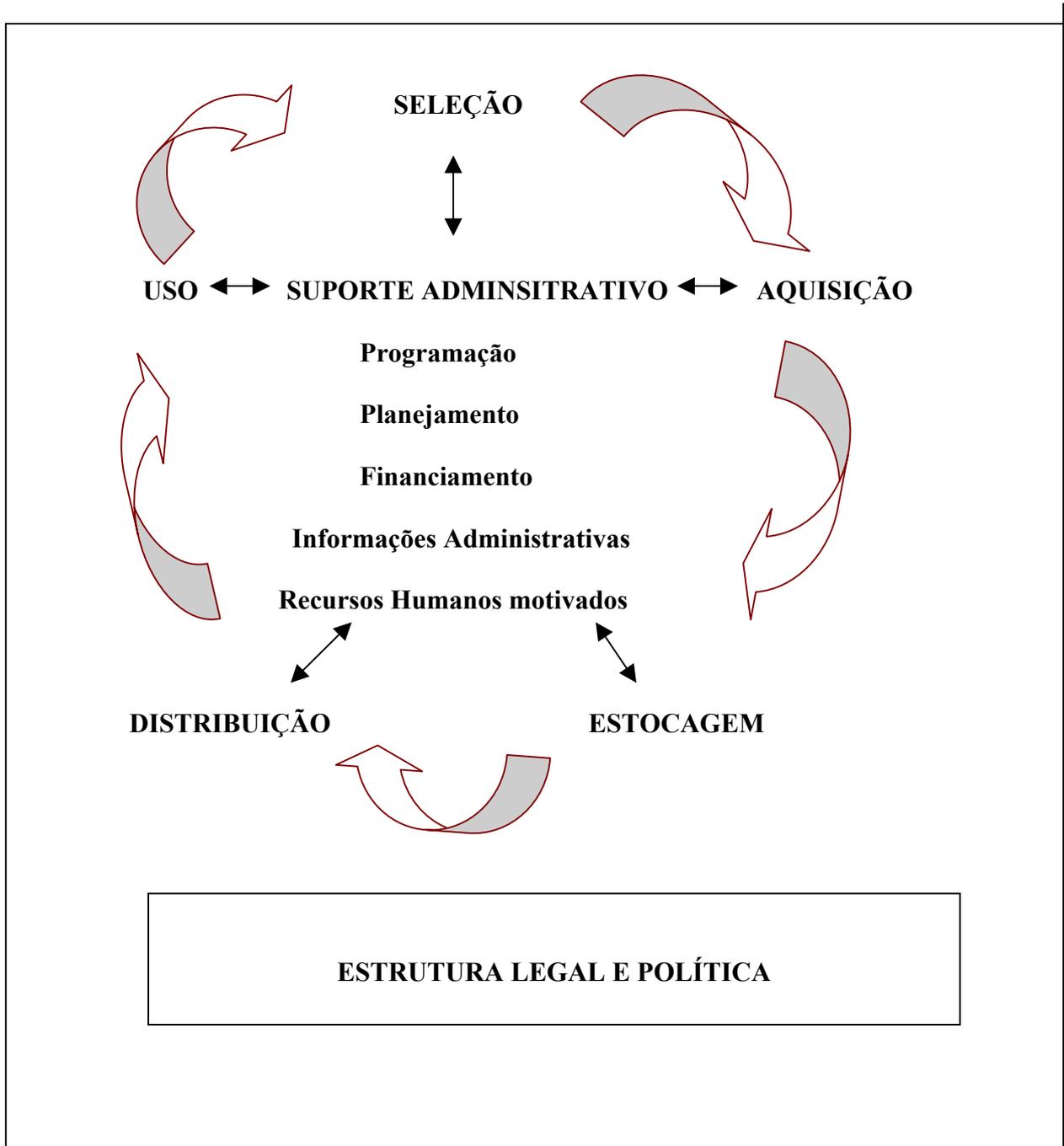
No ciclo do processo administrativo do medicamento, cada atividade é construída sobre sua precedente e, logicamente, conduz à próxima atividade.

Assim, a seleção baseia-se na experiência de problemas de saúde e uso de medicamentos, as necessidades de aquisição seguem às decisões de seleção e assim por diante.

No centro desse sistema encontram-se subsistemas de suporte administrativo: programação, planejamento, financiamento, coordenação, informação, motivação de recursos humanos, entre outros.

Embora algumas das funções básicas possam funcionar independentes umas das outras por um curto espaço de tempo, o prolongamento desse levaria o sistema como um todo ao colapso, fazendo com que a finalidade básica, que é “atender às necessidades do paciente”, sofresse principalmente pela falta de uma estrutura organizacional-funcional a qual deve ser geradora de dados confiáveis e necessários para a retroalimentação do sistema, com informações eficazes e efetivas, e de profissionais motivados.

O sistema por inteiro repousa sobre uma macroestrutura legal e política que estabelece e mantém o compromisso público de continuidade para o fornecimento de medicamentos essenciais conforme ilustrado pela figura nº 1 (MSH/WHO, 1997).

Figura nº 1: O ciclo da Assistência Farmacêutica

Fonte: MSH / WHO, 1997.

SELEÇÃO

A seleção é definida como um processo contínuo, interativo, multidisciplinar e participativo, que determina e assegura os níveis de acesso aos medicamentos necessários ao sistema de saúde (MS/CEME, 1996).

Envolve a revisão de problemas prevalentes de saúde, identificando tratamentos de escolha, selecionando os medicamentos e suas apresentações e decidindo que medicamento deve estar disponível em cada nível de atenção (MSH/WHO, 1997). A seleção é um elemento básico do sistema de abastecimento, é um passo importante na racionalização do uso e do manuseio operativo, facilitando os trabalhos de planejamento, distribuição e armazenagem (MS/CEME, 1996).

Racionalizar as escolhas e selecionar um número limitado de medicamentos essenciais proporciona melhor suprimento, uso racional e diminuição de custos. Por ter considerável impacto na qualidade dos cuidados e custos de tratamento, a seleção de medicamentos é considerada uma das áreas de intervenção mais custo-efetiva. O processo de escolha dos medicamentos começa com a definição das doenças prevalentes - perfil epidemiológico - no meio considerado. O tratamento de primeira escolha para cada problema de saúde constitui a base para a seleção dos medicamentos.

Os medicamentos essenciais devem ser selecionados com base em:

- 1) relevância para as doenças prevalentes;
- 2) eficácia e segurança;
- 3) dados científicos de estudos bem conduzidos e registrados em publicações idôneas;
- 4) qualidade garantida;
- 5) razão custo-benefício favorável;
- 6) qualidades farmacocinéticas;
- 7) resguardada a qualidade, preferência por fabricantes locais;

- 8) medicamentos sem associações;
- 9) utilização permanente da denominação genérica.

Manter a aceitação e a autoridade da lista de medicamentos essenciais é crucial e os pré-requisitos indispensáveis para isso são a ampla consulta aos médicos e especialistas e um sistema de atualização bom, transparente e regular (MSH / WHO, 1997).

Um fator que dificulta tais avaliações levando à irracionalidade da prescrição, é o costume - muito usual e estimulado pela indústria - de prescrever pelo nome comercial, pois existe um número imenso de marcas comerciais, incluindo similares e associações inadequadas de princípios ativos (Lugones, 1997; Lexchin, 1997).

AQUISIÇÃO

Há divergências sobre o conceito e a inter-relação entre a aquisição e a programação, conforme a literatura consultada.

Na concepção nacional, a aquisição concentra-se nos procedimentos compra propriamente ditos, delegando à programação, as questões de planejamento de quantidade, escolha de métodos de compra, etc. Sendo assim, Carlos (1997) escreve que aquisição é o processo de obter produtos selecionados constantes da lista oficial de medicamentos essenciais, segundo especificações de qualidade, menor custo, rápida entrega e máximo prazo de validade.

Essa autora dispõe na tabela nº 1 - Componentes do Sistema Integrado de Assistência Farmacêutica - a aquisição e a programação como dois momentos distintos, apesar de estreitamente interligados. Esse é o direcionamento também adotado pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, observando-se a figura nº 1 - O ciclo da Assistência Farmacêutica - nota-se que a programação está incluída nas ações de suporte administrativo.

Conceitualmente, a OMS insere os desempenhos da programação como parte da aquisição. Portanto, por definição, a aquisição inclui a programação, a escolha do método de aquisição, o estabelecimento dos termos de contrato, a qualidade do medicamento e a garantia o cumprimento dos termos do contrato. As suas etapas são as seguintes (MSH/WHO, 1997):

- Revisão da seleção de medicamentos
- Determinação das quantidades necessárias
- Conciliação entre as necessidades e a disponibilidade de recursos
- Escolha do(s) método(s) de aquisição
- Localização e escolha dos fornecedores
- Especificação dos termos de contrato
- Recebimento e conferência dos medicamentos
- Controle de qualidade – físico, químico e microbiológico
- Efetuação dos pagamentos
- Distribuição dos medicamentos
- Coleta dos dados de consumo

Adotaremos neste trabalho os conceitos nacionais, onde figuram separadamente a aquisição da programação.

São requisitos necessários para proceder a uma boa aquisição:

- pessoal qualificado e com conhecimentos específicos na área
- existência de uma seleção e programação de medicamentos
- cadastro de fornecedores
- catálogo com especificações técnicas dos produtos
- definições das responsabilidades no processo todo

- normas administrativas e critérios técnicos, previstos em edital, que garantam a qualidade dos medicamentos a serem adquiridos
- conhecimento dos dispositivos legais
- eficiente sistema de informações e gestão de estoques
- definição do cronograma de compras
- articulação permanente com todos os setores envolvidos no processo
- instrumentos de controle e acompanhamento do processo de compra
- avaliação do processo de aquisição – considerar a área física e condições de armazenamento para os medicamentos a serem adquiridos (MS, 2002).

PROGRAMAÇÃO

A programação deve ser entendida como um conjunto de atividades que têm por objetivo determinar as necessidades de medicamentos dentro dos recursos disponíveis e garantir o acesso da população em quantidade e qualidade (MS/CEME, 1996).

Para proceder a uma programação efetiva, é imprescindível dispor de dados consistentes e fidedignos sobre o consumo dos medicamentos, o perfil epidemiológico, a oferta e demanda de serviços na área da saúde. Igualmente importante é a capacitação dos recursos humanos e disponibilidade financeira para a execução da programação (MS, 2002).

No entanto, o que na maioria das vezes acontece é a quantificação dos medicamentos feita com base em estimativas de pedidos e consumos anteriores, que freqüentemente não refletem a realidade. Sendo realizada dessa maneira tão burocrática, a programação não considera: a demanda não atendida (medicamentos prescritos, mas não dispensados) e os estoques disponíveis. Em conseqüência, existem simultaneamente falta e excesso de medicamentos nos serviços de saúde (Dupim, 1999). Essa situação acarreta perdas financeiras diretas e indiretas para o governo e para a sociedade, decréscimo da qualidade de serviço e descrédito do sistema de saúde (MSH/WHO, 1997).

Existem diversos métodos para programar medicamentos, sendo que, os mais comuns e utilizados são: perfil epidemiológico, consumo histórico e oferta de serviços. Recomenda-se utilizar a combinação de diversos métodos, para que se consiga uma programação com melhores resultados (MSH / WHO, 1997; MS, 2002).

Perfil epidemiológico

Baseia-se no perfil nosológico e nos dados de morbi-mortalidade, considerando: dados populacionais, esquemas terapêuticos existentes e frequência com que se apresentam as diferentes enfermidades em uma determinada população (MSH/WHO, 1997; MS, 2002).

Deve-se iniciar este processo com um diagnóstico situacional da saúde da população. Nele são analisadas as enfermidades prevalentes, as quais devem passar por ações de intervenção sanitária, que possam gerar impacto no quadro de morbimortalidade. Devem ser levadas em conta a capacidade de cobertura e a captação dos serviços de saúde (MS, 2002).

Consumo histórico

Consiste na análise do comportamento de consumo do medicamento numa série histórica no tempo, possibilitando estimar as suas necessidades. Para isso, utilizam-se os registros de movimentação de estoques, dados de demanda (atendida e não atendida), inventários com informações de pelo menos 12 meses, incluídas as variações sazonais (que são alterações na incidência das doenças, decorrentes das estações climáticas). Com esses dados, identificam-se as necessidades, desde que não ocorram faltas prolongadas de medicamentos e que as informações fornecidas sejam confiáveis. Esse tipo de programação, por ser baseada exclusivamente em dados de consumo, pode refletir equívocos decorrentes da má utilização de medicamentos, nem sempre adequados à terapêutica (MSH/WHO, 1997; MS, 2002).

Oferta de serviços

É utilizado quando se trabalha em função da disponibilidade de serviços ofertados à população-alvo. É estabelecido pelo percentual de cobertura, não sendo consideradas as reais necessidades existentes (MS, 2002).

Um processo efetivo de aquisição e programação assegura a disponibilidade dos medicamentos certos, nas quantidades certas, a custos razoáveis e com qualidade garantida (MSH/WHO, 1997).

ARMAZENAMENTO

O armazenamento inclui controle de estoques e gerenciamento dos depósitos.

Esses processos devem garantir a manutenção da estabilidade química, física, microbiológica, terapêutica e toxicológica dos medicamentos, tendo em vista que os fatores intrínsecos e extrínsecos são determinantes na qualidade dos fármacos (MS, 1998).

A estrutura física do armazenamento deve se enquadrar nas condições necessárias para garantir a qualidade dos medicamentos. Isso exige adaptações ambientais cujas características devem atender tanto às peculiaridades físico-químicas de grupos de medicamentos, como a procedimentos específicos de rotinas de trabalho (MSH/WHO, 1997; MS, 1998).

Para alcançar esses objetivos, deve haver espaço e ventilação adequados, segurança, todas as instalações devem ser propícias à facilidade de limpeza e conservação. A circulação deve ser coerente com a racionalização dos trabalhos, os fluxos de serviços, os tempos e movimentos de funcionários e materiais (um só plano, indicações, divisões e portas adequadas). Deve haver zonas fisicamente separadas adaptadas ao tipo de serviço desenvolvido (recepção, conferência, quarentena, registros, despacho) e às características do medicamento (medicamentos termolábeis, controlados, imunobiológicos, e os que não se encaixam nessas especificações – estocagem geral).

A estrutura operacional deve proteger os medicamentos de perda, dano, apropriações indevidas (roubo) ou desperdício. Para isso, além de apetrechos adequados, deve haver capacitação da equipe para manuseio, controle e registro dos medicamentos (inventários, relatórios, estantes, estrados, fichas de prateleiras, desumidificadores, aparelhos de ar condicionado, termômetros, etc) (MSH/WHO, 1997; Dupim & Righi, 1997).

Ao lado da capacitação, motivação e supervisão dos recursos humanos, sistemas de informações reais e atualizados de movimentações de estoques (relatórios, mapas) são as principais ferramentas para conseguir esses propósitos (MSH/WHO, 1997). A informação é essencial para o gerenciamento e pode ser manual ou informatizada. Esta, por sua vez, é subsidiada pela coleta, processamento e disseminação dos dados, o que gera custos. A análise de custo/benefício de um bem projetado sistema de informação deve ser contraposta ao custo gerado por um inefetivo controle de estoques (*op.cit.*).

DISTRIBUIÇÃO

Trata-se da distribuição dos medicamentos às unidades de saúde.

Do ponto de vista técnico, a garantia de qualidade do medicamento deve ocorrer também durante o transporte desse aos diferentes locais, destacando-se o controle da exposição ao calor e à luz de produtos a eles sensíveis (OPS/OMS, 1990).

Do ponto de vista administrativo, incorpora a movimentação do medicamento desde a fonte até o usuário (paciente) que deve ser realizada da maneira mais barata e segura possível, sem danificações, apropriações indevidas ou desperdícios significativos (MSH/WHO, 1997).

O planejamento dos roteiros, o cumprimento dos cronogramas com a pontualidade das entregas, afetará diretamente a disponibilização do medicamento na unidade básica de saúde. Se isso não for alcançado, acarretará conseqüências com gastos diretos e indiretos tais como: rompimento de tratamentos, internações, falta de confiança no sistema, baixa auto-

estima dos funcionários e fragmentação da noção de comprometimento da equipe (MSH / WHO, 1997). No entanto, os gestores geralmente envolvem-se com outros segmentos mais visíveis da Assistência Farmacêutica, subestimando essa questão.

No planejamento dos transportes de medicamentos é essencial:

- conhecer completa e detalhadamente o sistema de transporte existente (roteiros, frequência de entregas, veículos, custos, motoristas, densidade demográfica, fatores geográficos, políticos e climáticos que afetam o desempenho, condições das estradas, etc);
 - selecionar veículos apropriados, providos com as características técnicas exigidas para a função;
 - assegurar-se de que os veículos são usados para esse propósito;
 - prover manutenção dos veículos e reposição dos mesmos antes do seu desgaste;
 - planejar fundos para a manutenção, reposição e deslocamento dos veículos;
 - planejar racionalmente as entregas de medicamentos (fazer carregamentos maiores ou menores, evitar viagens desnecessárias, preferir caminhos em melhores condições, não menosprezar a experiência dos funcionários do transporte, etc) ;
 - registrar custos de operacionalização em relatórios periódicos e confiáveis;
 - dispor de equipe confiável e disciplinada;
 - analisar custo/benefício de alternativas como terceirização dos transportes
- (MSH/WHO, 1997).

Como todos os outros segmentos da Assistência Farmacêutica, a OMS preconiza monitoramento e avaliação do desempenho e custos de transporte dos medicamentos. A administração correta do armazenamento e da distribuição deve ter como efeito os medicamentos certos, com qualidade e quantidade corretas, no local certo e nos tempos adequados (MSH/WHO, 1997).

UTILIZAÇÃO - USO

O uso está inserido no conceito de utilização de medicamentos. Osório-de-Castro et. al (2000) escreve que a definição de utilização de medicamentos estabelecida pela OMS é “a comercialização, distribuição e uso de medicamentos em uma sociedade, com especial ênfase sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes”.

“O uso envolve o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e o consumo correto do medicamento pelo paciente” (MSH/WHO, 1997 : 14).

Para buscar o uso racional do medicamento é necessário conhecer suas manifestações, causas e efeitos. As seguintes manifestações são inerentes ao uso incorreto do medicamento:

Polifarmácia, eleição inadequada do medicamento, qualidade precária dos medicamentos, uso de medicamentos efetivos, porém em doses ou posologia incorretas. Isso levará à falência terapêutica e/ou causará reações adversas, aumentará custos diretos e indiretos e provocará impacto psicossocial negativo (MSH/WHO, 1997).

Entre os fatores subjacentes ao uso irracional do medicamento estão: lacunas de conhecimento técnico do prescritor, falta de experiência do mesmo, deficiências no processo de dispensação, deficiências nas outras etapas da Assistência Farmacêutica, características do paciente ou da comunidade e em outras instâncias do sistema de saúde (MSH/WHO, 1997).

As estratégias endereçadas à correção do uso do medicamento podem ser classificadas em educacionais, gerenciais ou regulamentadoras. As educacionais, como o nome indica, referem-se a procedimentos variados de educação aos diversos atores do sistema de saúde; as gerenciais, dizem respeito a atitudes administrativas coerentes com a organização dos segmentos da Assistência Farmacêutica que proporcionem o uso racional dos medicamentos; as estratégias reguladoras envolvem normativas disciplinadoras das condutas de trabalho, tais como restrições de prescrição, restrições de dispensação, ordens de serviço,

etc. Observa-se, portanto, que para se alcançar o uso racional dos medicamentos devem ser adotadas medidas que, apesar de pontuais, devem, a um só tempo, estar em consonância entre si e com a integralidade do sistema, o que evidencia a complexidade desta tarefa.

Quaisquer que sejam os métodos adotados, as intervenções só trarão resultados se, anteriormente, forem identificados elementos-chaves aos quais deverão ser concentradas as ações (MSH/WHO, 1997).

Dois procedimentos são especialmente valorizados pelo MSH (1997):

- diagnóstico prévio da situação com a identificação e a priorização dos estabelecimentos de saúde ou dos componentes em que se verifiquem as piores práticas;
- adoção de estratégias especializadas e efetivas de comunicação.

Para estabelecer essas estratégias, os passos a serem seguidos são:

- identificar o problema;
- entender as causas subjacentes;
- listar as possíveis intervenções;
- verificar os recursos disponíveis;
- escolher uma linha de intervenção;
- monitorar os resultados e reestruturar as atividades, se necessário (MSH, 1997).

É imprescindível que as intervenções sejam baseadas na compreensão pormenorizada das causas subjacentes a cada ponto problemático e em ações específicas para mudança de comportamento (MSH/WHO, 1997). Dado que são processos complexos para os quais os profissionais atuantes em saúde ainda não têm formação, há a necessidade do envolvimento de especialistas em planejamento de trabalho e relações humanas da área de Administração e

Comunicação. Esse envolvimento com peritos das ciências sociais é considerada de **extrema importância** para o cumprimento destas tarefas (MSH/WHO, 1997).

As intervenções podem ser feitas de diferentes formas, dependendo do perfil dos indivíduos para os quais são dirigidas – médicos, pacientes, funcionários, líderes, etc. São exemplos de estratégias para promover mudança de comportamento: contatos pessoais face a face, grupos de leitura, reuniões eventuais, impressos (literatura clínica, protocolos de tratamento, diretrizes de tratamento), mensagens rápidas (cartazes, folhetos, etc). Esses artifícios de comunicação podem algumas vezes ser usados para transmitir um número limitado de mensagens de impacto que devem ser repetidas e aprofundadas, usando-se diferentes meios de comunicação, ou podem prover uma educação mais sistemática e continuada (MSH/WHO, 1997). A experiência mostra que as intervenções mais efetivas são aquelas que:

- identificam os fatores de influência;
- são dirigidas a pessoas ou grupos com práticas erradas;
- usam fontes de informação confiáveis;
- usam canais de comunicação apropriados;
- usam contatos pessoais sempre que possível;
- limitam o número de mensagens;
- repetem as mensagens chaves usando diferentes métodos;
- provêm melhores alternativas de uso de medicamentos.

(MSH, 1997)

As intervenções devem ser cuidadosamente escolhidas considerando aspectos como eficácia, exequibilidade, possibilidade de implementação constante no sistema e custo. Programas para assegurar o uso racional de medicamentos devem ser entendidos pelas pessoas - formuladores de políticas, gestores, clínicos, funcionários, pacientes - como parte integrante e inalienável do sistema de saúde (MSH/WHO, 1997).

Conforme insistentemente exposto, a identificação dos pontos-problema é crucial para o sucesso das estratégias de racionalização do uso de medicamentos e é viabilizada pelos estudos de utilização dos mesmos, além de estudos de comportamento e administração do trabalho.

As investigações sobre uso de medicamentos são consideradas indicadores sócio-sanitários, cuja utilização está bem documentada, podendo dar uma idéia do tipo de interação existente entre determinada população e os serviços sanitários a ela prestados, incluindo o sistema de valores tanto sanitários quanto culturais em geral que intervêm nesta inter-relação.

As metodologias empregadas para realização dos EUM, tendem a classificá-los em quantitativos e qualitativos. Outra taxonomia é a que envolve a linha de tempo, portanto classificando-os em prospectivos ou retrospectivos. De qualquer modo, há exemplos clássicos para os tipos mais comuns. A maioria dos estudos, no entanto, concentram-se nos aspectos qualitativos e quantitativos. Os estudos de Utilização de Medicamentos mais freqüentes são: revisão de Uso de Medicamentos, estudos de adesão, estudos de prescrição, estudos de Farmacoeconomia ou avaliação econômica dos medicamentos, estudos de oferta de medicamentos, estudos de consumo.

Entre os métodos de pesquisa quantitativos, encontra-se um conjunto de indicadores básicos de uso de medicamentos proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela *International Network for Rational Use of Drugs (INRUD)*, os quais foram adotados nesse trabalho e que estão descritos na metodologia e anexo nº. 1.

6 LOCAL DE ESTUDO

Ponta Grossa, município do Estado do Paraná, conta com 282.540 habitantes (DATASUS, 2002) e está habilitado em gestão Plena de Atendimento Básico.

O município está dividido em seis distritos sanitários, sendo que a zona rural está englobada em um deles.

Segundo declaração do diretor de Saúde Comunitária da Prefeitura Municipal, nos critérios de demarcação dos limites dos distritos sanitários de Ponta Grossa prevaleceu a divisão equitativa do número de habitantes a serem atendidos e a facilidade de comunicação entre as unidades, em detrimento do estabelecimento do perfil epidemiológico de doenças e indicadores socioeconômicos. Todos os distritos atendem por volta de 50 a 60 mil pessoas.

Nesse atendimento, a facilidade de comunicação entre as unidades teve que ser forçosamente considerada, porque a cidade tem um relevo bastante acidentado e também áreas urbanas entremeadas de campo, havendo algumas vezes dificuldade de trânsito mesmo entre áreas vizinhas. Os distritos são demarcados com cinco linhas imaginárias que são unidas no centro do município e partem para a periferia como raios de uma circunferência. Olhando no mapa da cidade (anexo nº 5), isso se configura como se houvesse um grande asterisco de cinco braços sobre a cidade.

Os referidos distritos apresentam características socioeconômicas mais ou menos homogêneas. Apesar de haver grau de pobreza diferenciado entre as regiões, o mesmo não é suficiente para causar desequilíbrio entre um distrito e outro. As doenças têm prevalência também homogênea, não havendo nenhum foco que estabeleça diferença significativa entre um distrito e outro.

A rede pública de saúde realiza, em média, 70.378 consultas médicas mensais (Secretaria Municipal de Saúde, 2002), para o que conta com uma rede básica de saúde composta por 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 40 situadas na zona urbana e 8 na

zona rural. Existe uma Unidade Central de Atendimento para os casos clínicos que não tenham sido atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que funciona das 7:00 às 24:00 horas.

As UBS oferecem consulta médica nas três especialidades básicas: Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia.

O número de consultas ofertadas por dia corresponde, em média, a 2978 nas UBS que atendem a zona urbana e 225 nas que dão atendimento à zona rural, totalizando 3199 atendimentos, considerado o período de janeiro a maio de 2002.

O número de mulheres em idade fértil - 10 a 39 anos - é de 74.854 e a população de idosos - 50 anos e mais - é de 45.446 (DATASUS, 2002).

Das 48 unidades, 12 contam com Programa de Saúde da Família (PSF), iniciado em 2000. Nove farmacêuticos estão presentes como colaboradores no PSF desde agosto de 2001. Em três dessas unidades, implantadas há mais tempo, o farmacêutico tem atuação clínica mais importante.

A oferta de medicamentos à população de Ponta Grossa é realizada pelo setor público e pelo privado.

A rede privada conta com 102 estabelecimentos farmacêuticos de dispensação de medicamentos alopáticos, homeopáticos e magistrais, numa proporção de um estabelecimento para cada 2.513 habitantes.

A rede pública conta com duas farmácias principais sendo a primeira localizada no terminal rodoviário central, para distribuição dos medicamentos básicos e dos controlados pela Portaria 344 de 12 de maio de 1998. Desse último grupo de medicamentos, são dispensados 18 medicamentos em 33 apresentações. Essa farmácia conta com a presença e supervisão constante de uma farmacêutica.

Consta nos registros desta unidade, o cadastramento de 14.152 pacientes em neurologia e saúde mental, sendo que o atendimento mensal é em média de 3.906 pacientes, conforme demonstrado na tabela n° 2.

Tabela nº2. Número de pacientes cadastrados em neurologia e saúde mental, por faixa etária e atendimentos.

FAIXA ETÁRIA	CADASTRADOS ABRIL A NOVEMBRO/2002	ATENDIDOS EM NOVEMBRO/2002
0 a 14 anos	735	190
15 a 49 anos	8.996	2.468
50 e + anos	4.421	1.248
Total	14.152	3.906

Fonte: registros da Farmácia do Terminal Central – P.G.

A outra farmácia é voltada para o atendimento aos programas de tisiologia, DST/AIDS e dermatologia sanitária e está localizada na unidade de saúde chamada Centro Municipal de Especialidades – CME, que oferece atendimento nestes programas e nas especialidades clínicas. Nessa farmácia, que também conta com uma farmacêutica permanentemente, é centralizado o controle administrativo e armazenamento dos medicamentos para tuberculose, hanseníase e AIDS, incluindo os antibióticos e antifúngicos para os microorganismos oportunistas. A dispensação é feita nesse local e nos ambulatórios dos respectivos programas, que são todos próximos (no mesmo corredor). São cadastrados 66 pacientes com tuberculose, 924 com hanseníase e 578 com AIDS. Os médicos que dão assistência a esses programas são em número de quatro para DST/AIDS, um para tuberculose e um para hanseníase.

Próximo a essa farmácia é feita a dispensação da insulina que também conta com a supervisão constante de duas farmacêuticas que se revezam nos horários. A população de adultos susceptíveis a diabetes – 30 anos e mais - é de 122.209 habitantes (DATASUS, 2000), gerando uma estimativa de 21.584 diabéticos e 28.850 de hipertensos. Tais estimativas foram calculadas pelos parâmetros do III Consenso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia (MS,2002)⁵. Estão cadastrados, recebendo medicamento e acompanhamento farmacêutico na rede básica de saúde, 5.500 diabéticos e 11.700 hipertensos, perfazendo respectivamente, 26,04% e 41,27% da estimativa calculada.

Os medicamentos para hipertensão e diabetes são dispensados somente mediante cadastramento do paciente no posto da região de seu domicílio, razão pela qual não há medicamentos para hipertensão e diabetes na Unidade Central de Atendimento.

Os medicamentos excepcionais – Portaria 318/GM de 16 de março de 2001 - são armazenados e dispensados em almoxarifado localizado na 3^a Regional de Saúde, da qual Ponta Grossa é sede. Nesse local, dispensa-se para nossa cidade e para os outros onze municípios que compõem essa regional. São atendidas por volta de 500 pessoas por mês. O local de dispensação é contíguo ao almoxarifado, porém com entrada independente, ampla e agradável e dispõe de duas geladeiras para os medicamentos mais sensíveis a temperaturas altas. Uma vez que esse almoxarifado faz a guarda dos medicamentos de Assistência Básica desses doze municípios, existe a supervisão permanente de uma farmacêutica.

Há um hospital municipal para atendimento infantil com capacidade para 80 leitos, mas com 50 em atividade, sem centro cirúrgico. Atua nele um farmacêutico.

Finalmente, existe uma Unidade Central de Pronto Atendimento, conhecida como Pronto-Socorro Municipal, em funcionamento por 24 horas. Esta unidade conta com

⁵ Cálculo para a estimativa dos diabéticos: n° de habitantes X 7,6% = diabéticos tipo 2.

Cálculo para a estimativa dos hipertensos: 20% da população > 20anos = 51%da população geral do município → população X 20% X 51% = n° de hipertensos.

atendimento ambulatorial e também 36 leitos para internamentos. Possui farmácia central e satélite e nelas atua uma farmacêutica.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral

Caracterizar aspectos relativos ao uso de medicamentos na Atenção Básica de Saúde, na zona urbana do Município de Ponta Grossa, Paraná.

7.2 Objetivos Específicos

- Descrever a estrutura e a organização da Assistência Farmacêutica Básica no Município de Ponta Grossa.
- Analisar aspectos ligados a prescrição médica na Clínica Geral de Unidades Básicas de Saúde selecionadas.
- Caracterizar o atendimento prestado aos pacientes no que tange à orientação para o Uso Racional de Medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde.
- Descrever a organização das Unidades de Saúde sob aspectos de ações dirigidas ao Uso Racional de Medicamentos.

8. PRESSUPOSTO

Os efeitos observados no uso de medicamentos na zona urbana de Ponta Grossa são influenciados pelo contexto organizacional da Assistência Farmacêutica Municipal.

9. METODOLOGIA

A metodologia realizada é, basicamente, a de um trabalho descritivo, com coleta de dados “in loco”, utilizando-se o estudo de caso único.

Pretende-se, então, a descrição de algumas experiências relacionadas ao uso de medicamentos em unidades básicas de saúde (UBS) de Ponta Grossa e sua inter-relação com a Assistência Farmacêutica desenvolvida neste município.

Esta descrição será subsidiada pelos indicadores básicos de uso de medicamentos propostos pela OMS, relacionados adiante.

Além dos dados que respondem a esses indicadores, foram investigados aspectos sobre as condições socioeconômicas dos pacientes e sobre o gerenciamento da Assistência Farmacêutica.

Como instrumento norteador para a descrição da estruturação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica em Ponta Grossa utilizamos a planilha de indicadores para avaliação da Assistência Farmacêutica do Estado do Rio de Janeiro (anexo nº 6) e as orientações da OMS instrumentalizadas pelo *Management Sciences for Health* (MSH).

9.1 INDICADORES BÁSICOS DE USO DE MEDICAMENTO

Desde 1985, quando a OMS subsidiou em Nairobi a maior conferência sobre uso racional de medicamentos, empreendem-se esforços para elaborar instrumentos de medida de uso de medicamentos que sejam objetivos e cujos resultados possibilitem aos planejadores, administradores e pesquisadores de saúde comparações em diferentes lugares, tempos e situações. Esses indicadores podem ser usados também para medir impactos de intervenções e como instrumento de supervisão para detectar problemas de desempenho individuais ou de estabelecimentos (WHO, 1993).

As técnicas são bastante simples, rápidas e eficientes. Podem ser executadas de maneira padrão, sem grandes treinamentos e gastos para rastrear problemas potenciais de uso de medicamentos, identificar e priorizar medidas a serem adotadas para sua correção. Entretanto, elas não possibilitam avaliações qualitativas do processo de tratamento e diagnóstico farmacêuticos pela complexidade dos mesmos; ainda não existem técnicas padronizadas e objetivas para tais avaliações (WHO, 1993).

Os indicadores usados não medem todas as dimensões da efetividade do cuidado farmacêutico, pois não existem ainda “padrões ouro” para essa avaliação. Portanto, são considerados indicadores de primeira linha, cuja intenção principal é detectar pontos que devem ser questionados e reavaliados para desencadear ações corretoras subsequentes. Esses indicadores começaram a ser elaborados em países da África e da Ásia e, depois de anos de constantes reajustes, em 1992, foram selecionados e consolidados em um conjunto, aqueles considerados estratégicos, ou seja, capazes de colher o máximo de informações com o mínimo de esforço e serem aplicados em qualquer sistema de saúde. São eles descritos a seguir:

A. Indicadores de prescrição

1. Número médio de medicamentos por consulta de clínica médica
2. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico
3. Porcentagem de receitas com prescrição de antibiótico
4. Porcentagem de receitas com prescrição de injeção
5. Porcentagem de medicamentos prescritos de acordo com a relação municipal de medicamentos essenciais.

B. Indicadores de atenção aos pacientes

1. Tempo médio de consulta médica
2. Tempo médio de dispensação
3. Porcentagem de medicamentos realmente dispensados

4. Porcentagem de pacientes com conhecimento do nome e da dose correta do medicamento.

C. Indicadores sobre o estabelecimento

1. Disponibilidade de exemplares da lista de medicamentos essenciais da Relação Municipal de Medicamentos

2. Disponibilidade de medicamentos traçadores⁶ (WHO, 1993)

3. Existência de profissional farmacêutico lotado na assistência farmacêutica no Município (Pacheco, 1998).

O significado de cada indicador está inserido nos resultados e discussão, para facilitar ao leitor a comparação com os achados da pesquisa.

A descrição e formas de cálculos desses indicadores estão no anexo n° 1.

9.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A possibilidade de que a medição das variáveis seja distorcida pela simples presença do observador constitui uma das maiores dificuldades enfrentadas por um pesquisador. Esse fenômeno é chamado de “reatividade” de uma variável, manifestando-se de várias formas: certas pessoas se recusam a responder, outras selecionam a informação que vão dar, ou, ainda,

⁶ Medicamentos traçadores ou indicadores (*tracer or index drugs*) - com o objetivo de reduzir custos e tempo de pesquisa, recomenda-se a utilização de um número limitado de medicamentos, que constituirão uma lista padrão para a mensuração de indicadores, tais como: aquisição, controle de estoque e disponibilidade de medicamentos. Uma analogia pode ser estabelecida com o procedimento adotado pelos economistas que, para medir a inflação, elegem uma cesta básica de bens comuns e acompanham seus preços. Os medicamentos selecionados como indicadores devem constar na lista nacional de medicamentos, estar entre os mais importantes do ponto de vista terapêutico, ser largamente utilizados e preferentemente disponíveis internacionalmente para possibilitar comparações. Em geral, não devem ser eleitos medicamentos com custo unitário muito alto. O número de medicamentos eleitos pode estar entre 10 e 50 –

OMS:10; MSH/WHO: 10 a 20; RPM: 25 a 50 medicamentos (WHO, 1994; MSH/WHO, 1997; RPM, 1995).

fornece informações distorcidas. No caso da observação ligada à entrevista, o entrevistador utiliza simultaneamente dois métodos de coleta de dados: a primeira informação é aquela que o indivíduo fornece na entrevista ou questionário; a segunda decorre da observação de suas reações frente a diferentes estímulos provocados pelo pesquisador. Esta segunda informação freqüentemente é mais importante que a primeira (Contandriopoulos et al., 1999).

Apesar de as perguntas serem poucas e formuladas de maneira simples, com poucas palavras, os pacientes podem não ter entendido alguma pergunta ou os entrevistadores podem não ter entendido alguma resposta. A forma de perguntar, de repetir a pergunta, de receber a resposta, foi treinada no teste piloto, mas não se pode descartar essa possibilidade.

Os entrevistadores podem não ter entendido a letra dos médicos. Este viés tentou-se minimizar, pedindo auxílio ao pessoal da farmácia, mais acostumado com as caligrafias e fomos prontamente atendidos.

Apesar de se ter deixado claro o direito de recusa, o paciente pode ter aceitado participar para ser solícito, porém, desanimado diante da perspectiva de ter que entender a letra do médico, pode nem haver tentado responder, partindo direto para a resposta “não sei”, quando na realidade poderia ter conseguido entender com um pouco de esforço.

O período de realização da pesquisa (02 a 08 de junho) coincidiu com a época mais fria do ano na cidade. Isso provavelmente alterou alguns comportamentos de prescrição, da clientela que compareceu ao posto e do perfil epidemiológico das doenças.

9.3 AMOSTRA

Das 40 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes na zona urbana do município de Ponta Grossa, foram selecionadas as quatro UBS de maior atendimento em consulta médica na Clínica Geral em cada um dos cinco distritos sanitários, na época da realização da pesquisa, totalizando 20 UBS.

A distribuição espacial das UBS selecionadas está demonstrada no mapa da cidade, no anexo 3.

A eleição da Clínica Geral para coleta dos dados deveu-se ao fato dessa clínica ser oferecida em todos os postos e apresentar maiores facilidades operacionais para a coleta de dados, como por exemplo, o fato de o atendimento gerar prescrição médica e o paciente dirigir-se à farmácia logo em seguida à consulta médica, poupando assim o tempo do entrevistador. O mesmo não ocorre com a Pediatria, onde as crianças necessitam com maior frequência de inalação nesta época do ano - inverno - justamente quando se realizou esta pesquisa. A inalação é realizada pelas mães ou responsáveis, geralmente antes da ida à farmácia, o que dificultaria a coleta dos dados. Além disso, muitas vezes não há, no momento da entrevista, cadeiras disponíveis para acomodar a mãe, que pode estar com a criança impaciente e/ou chorando e no colo. A Ginecologia e a Obstetrícia não foram selecionadas devido às peculiaridades das rotinas e ao menor número de consultas, o que inviabilizaria operacionalmente a pesquisa.

As UBS foram observadas por um período de 5 dias úteis. Em cada unidade observaram-se vinte pacientes que realizaram consulta médica, sendo entrevistados os que passaram pela farmácia, tendo ou não recebido os medicamentos.

Foram excluídos deste trabalho os postos da zona rural pelas dificuldades metodológicas que apresentam, uma vez que, além da distância, o atendimento não é feito todos os dias, mas em datas pré-determinadas e com horário limitado, o que inviabilizaria o fechamento do número de entrevistas necessárias.

9.4 COLETA DE DADOS

Foram utilizados quatro instrumentos (anexo 2 e 6) para a coleta de dados a fim de subsidiar entrevistas semi-estruturadas com gerentes de assistência farmacêutica no município de Ponta Grossa, atores e usuários das UBS selecionadas.

O pré-teste do instrumento destinado ao paciente foi realizado na Unidade Central de Pronto Atendimento, gerando três mudanças de formulário e direcionando várias normas de procedimento que foram adotadas no transcorrer da pesquisa. Essas mudanças foram testadas em um estudo piloto, realizado no mesmo local.

Os entrevistadores foram em número de treze, sendo farmacêuticos e formandos de Farmácia previamente treinados, conforme metodologia proposta pela OMS (WHO, 1993), cujos passos estão descritos no anexo 4.

9.5 TRABALHO DE CAMPO

Previamente à coleta de dados em cada unidade de saúde houve a explanação dos objetivos do trabalho e a informação referente aos dados que seriam coletados à autoridade responsável por essa unidade, bem como a garantia de manter o sigilo e o anonimato das informações recebidas. Também foi feita a apresentação do entrevistador designado para cada UBS e da autorização do Secretário Municipal de Saúde para a realização da pesquisa.

No primeiro dia da pesquisa, foram coletados os dados referentes à organização do estabelecimento (indicadores C1, C2 e C3), que deveriam ser anotados em formulário próprio. Porém, utilizamos as listas de medicamentos de cada UBS visitada, uma vez que todas elas dispunham da mesma e nos cederam um exemplar.

Para a abordagem aos pacientes, os entrevistadores colocaram-se, externamente, à porta do consultório de clínica geral. A consulta médica foi cronometrada. Na sua saída do consultório, o paciente foi abordado pelo entrevistador para verificar se recebeu uma receita médica e se concordava em participar do estudo. Em caso positivo, pediu-se permissão ao mesmo para acompanhá-lo até a farmácia, sendo ele avisado de que, à sua saída, algumas perguntas ser-lhe-iam aplicadas.

O paciente foi acompanhado (à distância) pelo entrevistador até a farmácia, onde novamente foi marcado o tempo de atendimento, considerando-se como início e fim o

momento da apresentação da prescrição ao atendente da farmácia e o momento em que o paciente acabou de ser atendido respectivamente. Ao sair da farmácia, foram-lhe aplicadas dez perguntas fechadas.

Ato contínuo, o entrevistador pediu ao paciente receita médica para copiar os nomes dos medicamentos em campos próprios no formulário de entrevista, que responderam, mediante análise posterior, aos indicadores A1, A2, A3, A4 e A5. Em seguida, foi-lhe devolvida a receita, explicado a maneira correta de tomar os medicamentos quando ele não havia acertado e agradecido a sua colaboração.

A marcação dos tempos de atendimento no consultório médico e na farmácia contou com espaço próprio no mesmo formulário da entrevista ao paciente, e respondeu aos indicadores B1 e B2.

Conseguiu-se a aplicação simultânea de vinte questionários por dia, nas unidades de saúde escolhidas de cada distrito, durante cinco dias, totalizando 400 entrevistas.

Os pacientes foram entrevistados por seqüência das consultas, sendo perdidos aqueles que entraram no consultório, enquanto se estava entrevistando o paciente anterior. Como o tempo das entrevistas, incluindo a espera do atendimento na farmácia, é aproximadamente o mesmo, houve um intervalo regular de eleição, sendo por volta de um a cada três pacientes.

O horário de atendimento das UBS em Clínica Geral é predominantemente efetivado pela manhã, havendo alguns postos que iniciam mais tarde, fato que nos obrigou a trabalhar em cascata de horários. Ou seja, terminado o atendimento do clínico em um posto, houve deslocamento dos entrevistadores para o posto que atendia no horário seguinte, mesmo quando o número de entrevistas no posto anterior não havia sido fechado. Nesses casos, retornamos no dia seguinte, à mesma hora, para complementação dos trabalhos. Daí a necessidade prevista de no mínimo quatro postos de atendimento por distrito sanitário. Essa dificuldade se transformou em conveniência, pois conforme já mencionado, a metodologia

preconizada pela OMS recomenda que se aumente o número de unidades estudadas em vez do número de prescrições de um mesmo posto, pois os padrões de utilização variam de uma UBS para outra. “Por esta razão é melhor incluir os mais diferentes postos possíveis.” (WHO, 1993 : 29). “Aumentar o número de postos na amostra é a melhor maneira de obter estimativas acuradas e seguras de todas as práticas de prescrição” (WHO, 1993 : 30). Esse fato, que foi constatado pelos entrevistadores, possibilitou riqueza de conhecimentos em hábitos de prescrição e dinâmicas de trabalho das equipes de saúde, o que foi bastante gratificante em termos de aprendizado para os mesmos.

A codificação das respostas para a análise não foi feita durante a coleta de dados, mas posteriormente, para facilitar e agilizar a mesma.

Cada entrevistador recebeu seu manual de instruções, cujo modelo está no anexo 5. A supervisão foi feita por três pessoas: dois professores da Faculdade de Farmácia e a pesquisadora. Para a comunicação com os entrevistadores utilizaram-se oito celulares e sete carros para agilizar as comunicações e o transporte de um posto a outro.

Houve algumas mudanças de itinerário, em função de imprevistos acontecidos. Em um posto o médico não compareceu por problemas de emergências e troca de plantão em hospital; em outros dois os médicos estavam em licença para campanha política, fato que nos passou despercebido na programação dos itinerários - em um desses dois últimos postos, retornamos três vezes antes de desistir do mesmo, e, ao abandoná-lo, tivemos que anular as oito entrevistas conseguidas no primeiro dia de tentativa; em três outros postos não compareceram todos os pacientes marcados, por estar muito frio. Novamente, tivemos que perder entrevistas feitas, desta vez cinco, por não conseguir fechar as vinte entrevistas necessárias por posto. Por esses motivos, anulamos treze entrevistas. Outras quinze foram anuladas por imprecisão dos dados. Assim, efetivamente foram utilizadas 372 entrevistas.

A metodologia da OMS (WHO, 1993) recomenda que os entrevistadores trabalhem aos pares. Não foi possível seguir essa recomendação, pois nos postos de PSF, pela demora

da consulta, um entrevistador foi mais que suficiente, enquanto que nos postos com atendimento tradicional necessitava-se de pelo menos três trabalhando ao mesmo tempo, para conseguir abordar o número necessário de pacientes.

10. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se uma análise descritiva das informações obtidas e os resultados foram apresentados em termos de percentuais simples, tendo como suporte metodologia empregada em pesquisas conduzidas pela OMS, sendo esse o referencial também das discussões (WHO, 1993).

10.1 OBSERVAÇÃO DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO MUNICÍPIO DE PONTAGROSSA

A Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa possui um organograma com 30 departamentos e serviços, do qual consta a Gerência de Farmácia, subordinada à Diretoria de Saúde Comunitária e dividida em Seção Administrativa e de Compras e Seção de Atenção Farmacêutica.

Vinculados à Gerência de Farmácia trabalham 11 farmacêuticos. Mais quatro são lotados em serviços que não se referem à atenção básica ambulatorial, quais sejam: programas (TB, MH, AIDS), medicamentos excepcionais e hospital infantil municipal.

A seguir será descrito o funcionamento do ciclo da Assistência Farmacêutica em Ponta Grossa.

10.1.1 SELEÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ponta Grossa existe um Colegiado multidisciplinar composto por três médicos, três enfermeiros, três dentistas e quatro farmacêuticos. Inicialmente propôs-se que a revisão da lista de medicamentos essenciais acontecesse a cada quatro meses. Porém, essa meta não foi alcançada, e um dos entraves

relatados foi a dificuldade de reunir os seus componentes. No momento da publicação deste trabalho está acontecendo uma revisão da lista básica, porém há um ano não se procedia a uma.

As adequações da lista – mudanças de formas farmacêuticas, concentrações, aquisição ou exclusão algum medicamento, etc - são feitas com mais frequência (quatro em quatro ou seis em seis meses), ou quando solicitado por um certo número de médicos. Procuramos, mas não encontramos recomendações sobre o período ideal entre uma revisão e outra. A OMS (MSH/WHO, 1997) refere dois anos, mas para revisão de listas nacionais.

Os critérios de mudança são embasados principalmente na análise da demanda atendida e não atendida, e na avaliação benefício/custo. Sabe-se que a demanda pode refletir e dar continuidade a hábitos distorcidos de prescrição, porém, a equipe ainda não encontrou tempo e infra-estrutura suficiente para corrigir esse aspecto.

As proposições são feitas para a diretoria, para ponderações sobre a capacidade de investimento da Prefeitura. Portanto, o colegiado não pode por si só alterar a lista, porque depende de uma análise financeira.

A Relação de Medicamentos Municipal (REMUME) para Atenção Básica contém cinquenta e cinco fármacos em oitenta e cinco apresentações. Dentro destas especialidades farmacêuticas existem quatro associações em sete apresentações. Destes cinquenta e cinco medicamentos, onze itens (20%) não constam da RENAME (MS, 2002): ambroxol, cinarizina, diclofenaco, fenoterol, hioscina, pasta d'água, polivitamínico+sais minerais, sulfato ferroso, tinidazol e associação de vitamina A+D. Além dos medicamentos da REMUME, são oferecidos quatro anticoncepcionais que podem ser obtidos com as Assistentes Sociais do Programa de Planejamento Familiar.

Foram elaborados protocolos de tratamento para hipertensão e diabetes, os quais já estão em fase de homologação. Encontra-se em fase de consulta pública a todos os médicos do Sistema o protocolo de tratamento para asma.

10.1.2 PROGRAMAÇÃO

Na prefeitura municipal de Ponta Grossa a programação é feita dentro dos procedimentos de consumo histórico. Desde junho/2002 conta-se com o apoio da informática para processamento dos dados, que indica o consumo médio mensal de cada produto para cada UBS. O lançamento desses dados no sistema informatizado é feito na gerência central e os mesmos são oriundos de mapa mensal manuscrito enviado de cada UBS. O farmacêutico deste setor pretende desenvolver procedimentos de rotina visando comparar o montante de medicamentos saído nas prescrições (mediante vistoria direta das mesmas) com o montante registrado nos mapas, para rastrear registros desvirtuados.

Segundo declaração do farmacêutico responsável pelas compras, na maioria das vezes em que faltam medicamentos na UBS, os mesmos não estão faltando no Almoxarifado Central. Para ele, há negligência e/ou desobediência por parte dos funcionários da unidade à instrução de pedir o medicamento sempre que faltar. De fato, verificamos que existe o costume de deixar as caixinhas dos medicamentos em falta viradas para baixo nas prateleiras, como uma forma de organização do trabalho. Portanto, realmente ocorre a ruptura dos estoques da UBS.

Este padrão de comportamento indica a necessidade de se reestruturar o sistema de provisionamento das UBS e prover melhor solução para esta questão, capacitando os seus recursos humanos para pensar em termos de giro de estoque, considerando o tempo de espera e o consumo ocorrido durante esse tempo, coordenando com os custos de transporte que são gerados cada vez que o medicamento é levado ao posto. Isto também pode sugerir uma lacuna de comunicação efetiva e/ou coordenação de programação entre o gerenciamento central e os funcionários das UBS. É válido considerar também que o sistema de contratação no serviço público dificulta a demissão do funcionário, o que gera indefinidamente situações de tolerância forçada com as indisciplinas e as negligências.

Esses comportamentos que o farmacêutico apontou provavelmente são efeitos de falhas na política de Recursos Humanos em relação a salários, capacitação e estratégias de motivação pessoal, conforme pode ser verificado nas conclusões do relatório final da 11^a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em dezembro de 2000. Na página 41, por exemplo, lê-se: “...a relação dos profissionais com os serviços é marcada pela falta de compromisso, embora existam profissionais comprometidos.”

Este relatório cita a falta de espírito de equipe evidenciada pela falta de coesão entre as equipes. Este relatório destaca, entre outras causas, as disparidades salariais entre trabalhadores dos três níveis de governo que ocupam o mesmo cargo, a cultura de culpabilização do gestor e do médico pelos problemas do sistema, e a falta de política adequada de formação de profissionais de nível médio, perpetuando lacunas de qualidade no serviço.

Percebemos esse tipo de ocorrência entre os funcionários do mesmo nível e entre níveis diferentes, alterando a qualidade do trabalho em vários segmentos da Assistência Farmacêutica. Buscamos a interpretação desse fenômeno à luz dos estudos de Administração de Empresas e o encontramos considerado sob o tema denominado “clima organizacional” (Luz, 1996). Uma das definições de Clima Organizacional é “...a Qualidade ou propriedade do ambiente organizacional que é percebida ou experimentada pelos membros da organização e influencia o seu comportamento” (op.cit., p:5).

Consultando alguns escritores das ciências em Administração de Empresas que teorizam sobre qualidade de trabalho e estratégias de estímulo ao comprometimento funcional (Bastos, 1993; Castelar et al, 1995; Luz, e 1996; Drucker, 1997), estes afirmam que pedir sugestões aos funcionários na resolução de problemas, além de valorizá-los, promove o envolvimento/comprometimento dos mesmos. Quando há participação ativa da construção do próprio espaço e processo de trabalho, acontece maior zelo pelo cumprimento de suas funções com qualidade (Bastos, 1993). “...a participação dos atores na elaboração do projeto

institucional é uma garantia de sua adesão, aumentando as chances de realização do projeto (lógica interna)” (Castelar et al, 1995: 104). Também encontramos referência a esse fenômeno no relatório das Conferências Estaduais de Saúde do Paraná (2001). Veja-se à página 84: “Hoje nota-se que as pessoas querem participar desse processo cada vez mais, recusando o papel de expectadores passivos. É a chamada era da interatividade.” O mesmo fundamento está implícito nas recomendação que a OMS faz para garantir o sucesso das listas de medicamentos essenciais, quando preconiza que a elaboração destas deve incluir a consulta aos médicos, tornando-os parte do processo de escolha (MSH/WHO, 1997).

A OMS também referencia que o descaso para com a experiência das pessoas que efetivamente executam os serviços leva a resultados administrativos menos proveitosos. Assim, o Gerenciamento Participativo é um dos sistemas de administração sugerido no MSH/WHO (1997).

Pelo exposto, infere-se que como ferramenta para aumentar o empenho pessoal há a necessidade de mostrar a conexão de todas as etapas do processo de gerenciamento do medicamento desde as questões macro-econômicas externas ao país até o ato último da dispensação e acompanhamento do paciente e suas conseqüências. Isto daria a real dimensão dos acontecimentos e contribuiria para conscientizar os trabalhadores sobre a importância da sua atuação neste segmento da saúde. Provavelmente isso faz perceber que o cumprimento adequado das funções não é submissão a ordens pretensamente superiores, mas parte importante de uma macro-arquitetura de Assistência Farmacêutica. Em tese, isso seria uma das contribuições para o aumento da auto-estima. A falta de valorização pelo funcionário das suas funções e a falta de conhecimento dos efeitos que isso traz são apontados pela OMS (1993) como alguns dos motivos de não funcionamento dos serviços de saúde dentro dos padrões desejados (MSH/WHO, 1997).

Como estímulo à melhoria de qualidade de serviços, a OMS também valoriza fortemente o retorno dos dados de investigação à equipe, o que pressupõe a necessidade de

avaliações rotineiras. “O retorno dos resultados às unidades ou aos membros das equipes, mostra-lhes as melhorias conseguidas e a utilidade da informação (...). Isto representa uma das mais poderosas ferramentas de motivação das equipes...” (MSH/WHO, 1997 : 564).

Encontramos, também, como é comum no setor público, comportamentos que sofrem influência das mudanças de administração e/ou das suas ideologias. Portanto, há resquícios em mudanças de administrações conseqüentes, como por exemplo, de perdas de cargos de confiança, mudanças de locais de trabalho em função de novos programas, mudanças de objetivos da administração, etc, que descontentam o trabalhador sem que lhe seja dada qualquer atenção ou satisfação. Esse processo divide as pessoas entre sua disposição de colaborar e a maximização dos desempenhos (Luz, 1996). Tanto no relatório da 11^a. CNS como no das Conferências Estaduais do Paraná, encontra-se alusão a essas situações. Essa é mais uma questão que talvez possa ser amenizada com as técnicas de motivação de pessoal.

Não é por acaso que o maior campo de pesquisa da ciência da Administração de Empresas seja justamente a área de administração de pessoal e relacionamentos humanos. Criaram-se várias disciplinas envolvendo psicologia, sociologia e antropologia aplicadas à qualidade do trabalho (Drucker, 1997). Não há de ser a área da saúde, que é bastante complexa, pois envolve o trabalho conjunto de muitas pessoas de diferentes níveis culturais e sociais, associado a diferentes expectativas de rendimentos e melhorias de todas as naturezas, que escapará da necessidade percebida pelos outros conjuntos de produção.

O gerenciamento do setor público está evoluindo em função de pressões financeiras e dificuldades de ordem geral, pelo reconhecimento da necessidade de sofisticções em gerenciamentos e pela adoção de protocolos e avaliações sistemáticas. Da mesma maneira, esses efeitos devem ser sentidos na área relativa ao desempenho pessoal (Castelar et al., 1995).

Diante de todo o exposto, impõe-se a constatação de que não só os estudos de adesão ao tratamento necessitam de transdisciplinaridade mas, também, as áreas contíguas, como o desempenho no trabalho. Isto se deve ao fato de que para buscar soluções, são necessários diagnósticos de situação pontuais e ao mesmo tempo integrados, para cada nível, provavelmente com pesquisas qualitativas para problemas específicos de organização de trabalho (MSH/WHO, 1997; Castelar et al., 1995),

Há dificuldade para concretizar tais investimentos, que dependem de diagnósticos realizados por profissionais especializados. Isso representa custo numa área com recursos constantemente escassos, um certo tempo para retorno dos resultados, e necessidade de reedição constante (MSH/WHO, 1997; Castelar, 1995). No entanto, é um investimento imprescindível, pois como descrito no relatório das Conferências Estaduais do Paraná, os recursos humanos são a “chave mestra de qualquer processo produtivo, e fundamentais para a proposta de melhoria de qualidade dos serviços” (p: 529).

A literatura especializada afirma que, em razão do comportamento humano ser complexo, não se consegue uma resolutividade de 100% do problema, porém os resultados obtidos são compensadores (Druker, 1997; Castelar et al., 1995; Chiavenato, 1999; Bastos, 1993; Luz, 1996).

10.1.3 AQUISIÇÃO

O farmacêutico responsável pela seção de compras do Gerenciamento de Farmácia obedece ao estabelecido na lista básica de medicamentos e determina as quantidades necessárias de cada medicamento pelo consumo médio mensal.

Inclui-se ainda, o fornecimento mensal da cesta básica de medicamentos para o Programa de Saúde da Família (PSF) e espera-se o fornecimento dos medicamentos para os programas de hipertensos e diabéticos. A disponibilidade de recursos está relacionada na tabela n° 3.

Tabela nº 3: Procedência de recursos para aquisição de medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Gross em 2002.

PROCEDÊNCIA DO RECURSO	VALOR EM REAIS
Contrapartida federal AFB(FMS)	R\$23.750,00/mês (1real/hab./ano)
Aquisições com recurso municipal	R\$11.875,00/mês (R\$ 0,50/hab./ano)
Contrapartida estadual AFB	R\$0,50/hab./ano (Não está sendo repassado)
Fornecimento de medicamento- Secretaria Estadual de Saúde-SES (Saúde mental)	R\$ 9.000,00/trimestre
Outros (Empréstimos, doações)	Não registrado
Recursos próprios do Município	Por volta de R\$75.000,00 / mês
Itens fora da relação básica	R\$ 4.000,00 a 6.000,00 / mês (incluídos no valor imediatamente acima).

Fonte: Prefeitura Municipal de Ponta Grossa.

Segundo declaração desse farmacêutico, o município ainda necessita comprar cinco vezes mais medicamentos para saúde mental, do que o montante que o Estado fornece.

Compram-se mensalmente entre cinquenta e setenta itens que não constam da relação básica municipal de medicamentos, o que responde por um gasto médio mensal de R\$ 4.000,00 a 6.000,00. São registrados todos esses pedidos, bem como a UBS de procedência e o médico requerente. Estes registros são usados para análise de demanda e para detectar hábitos de prescrição que precisem ser ajustados à política municipal de medicamentos. Em geral, a necessidade desses ajustes acontece quando de médicos recentemente admitidos.

Da lista de compras dos meses de junho e julho/2002, constam oitenta e seis itens. Destes, os seis medicamentos mais comprados foram (em ordem decrescente de volume de compra): tegretol CR 400[®] – usado para crianças (na REMUME, consta apenas a carbamazepina 200 mg), amiodarona, clonazepam, espiamicina, sulfadiazina, pirimetamina

(estes três últimos para o tratamento de toxoplasmose), brometo de ipatrópio aerossol, valsartan, verapamil, diltiazem. Com exceção do tegretol CR 400[®], do diltiazem e do valsartan, os outros medicamentos constam da RENAME e não da REMUME. Os menos comprados somam trinta e cinco itens (40,69%) e destes, comprou-se somente uma embalagem. Isso sugere não haver necessidade de incorpora-los na REMUME.

Por outro lado, dos oitenta e seis itens das compras extras, vinte e dois (25,58%) constavam na RENAME, e oito (9,30%) constavam na RENAME e na REMUME. Este resultado pode significar a necessidade de revisão dos medicamentos adotados para a lista de medicamentos essenciais.

Não encontramos dados nem padrões para comparação entre estes dados, o que demonstra falta de pesquisa e de troca de experiências.

Os métodos de aquisição relatados são: compra direta, carta convite e tomada de preços. Não se compra de laboratórios oficiais por dispensa de licitação pois é mais caro. No período de dois anos, uma vez o setor de compras comparou os preços da FURP, da LAFEPE e LAFESC. Estando os preços destes mais altos que os dos outros concorrentes, não se procuraram mais esses laboratórios. A sugestão dos farmacêuticos é de que a lista atualizada dos preços dos laboratórios oficiais poderia ser disponibilizada na INTERNET.

O valor total programado para aquisição de medicamentos perfaz R\$ 1.000.000,00/ano e o valor liberado, R\$ 900.000,00.

Observa-se que a demanda, os custos e a implementação com medicamentos vêm aumentando, conforme demonstram os registros da Prefeitura Municipal na tabela nº 4:

**Tabela n ° 4: Evolução de gastos e quantidades de medicamentos
em Ponta Grossa.**

ANO	GASTO COM MEDICAMENTOS	UNIDADES ENTREGUES
2000	R\$ 448.00,00	2.558.800
2001	R\$ 578.00,00	3.647.450
2002	R\$ 1.000.000,00 (previsão)	7.746.360

Fonte : Prefeitura Municipal de Ponta Grossa

10.1.4 ARMAZENAMENTO

Em relação às Boas Práticas de Estocagem (BPE), o almoxarifado central atende positivamente a 50% dos itens investigados. Observou-se que vários itens com avaliação negativa estão relacionados à estrutura física do almoxarifado, que foi construído quando a população da cidade era menor e o volume de compras, também. Em entrevista, tanto a Diretoria de Saúde Comunitária como a Gerência de Farmácia, declararam que já está em processo de licitação a construção e expansão do mesmo.

O acesso ao almoxarifado é inadequado para carga e descarga de materiais, pois tem seis degraus, é distante sessenta metros do espaço em que é possível chegar o veículo condutor, não tem cobertura para proteção de chuva/sol nem plataforma com altura adequada para descarga.

Não existe área especial para recepção, conferência, quarentena, descarte e expedição. Tendo em vista que na época da construção desse almoxarifado não havia divulgação suficiente de documentos orientadores das Boas Práticas de Estocagem, a situação encontrada ilustra a importância da ampla divulgação de informações específicas e qualificação de recursos humanos.

Na área de estocagem geral a ordem alfabética não é rigorosamente obedecida; isto é consequência da falta de espaço e de funcionários em número e treinamento suficientes para

organização dos estoques por prazo de validade. Desta maneira, na chegada de um novo lote ainda existe o antigo. Para não obstruí-lo, acomoda-se aquele em lugar diferente até que haja possibilidade de remoção e reorganização adequada dos mesmos. Quando os volumes são pesados esta reorganização não chega a ser feita.

Não existem artifícios (etiqueta vermelha ou amarela, separação em local próprio, etc) para sinalizar os estoques com prazos de validade mais próximos de expiração. A estratégia usada é responsabilizar uma funcionária – sempre a mesma – para expedir os lotes mais antigos. Se acontecer de haver um medicamento com prazo mais curto, direciona-se o mesmo para a Unidade Central de Atendimento, onde o volume de atendimento e dispensação é maior. Não se usam fichas de prateleira para controle de estoques. Os lançamentos de entradas e saídas são feitos em mapas de movimentação.

Não existem estantes nem estrados em número suficiente para todos os medicamentos e o arranjo da área física não permite movimentação adequada. O empilhamento é feito com amarração⁷, em módulos com extensão de mais ou menos 1,20m de cada lado, o que é considerado dentro bom das boas práticas de estocagem.

Alguns medicamentos estão em contato com o piso; alguns estão em contato com as paredes; quase todos estão empilhados atingindo alturas que ultrapassam a indicada pelo fabricante. Existe um mezanino, cujo chão é vazado na maior parte da sua extensão, permitindo circulação de ar, em cima do qual também se estocam medicamentos.

Há um termômetro para verificação da temperatura ambiente, mas não registro escrito periódico da mesma. O almoxarifado possui janelas em toda sua extensão e na parte superior, o que possibilita boa ventilação, porém torna-se insuficiente devido ao acúmulo de estoques, mesmo havendo espaço entre as pilhas e entre os medicamentos e a parede (este

⁷ Amarração: sistema de empilhamento onde se dispõem as caixas em posições alternadas de modo a dar firmeza ao bloco todo, evitando que, com o ganho de altura e aumento da inclinação da pilha, as caixas caiam para os lados.

espaço é de mais ou menos meio metro, contrariando as boas práticas de armazenamento que preconizam 1 m de distância). Conforme já foi mencionado, a temperatura máxima média de Ponta Grossa é 24°C (IAPAR, 1994), porém o clima é úmido. O que ameniza essa umidade é que a cidade, por ter uma localização topográfica alta, é constantemente varrida por deslocamentos de massa de ar (ventos). Não foram instalados desumidificadores de ar, nem qualquer outro artifício contra umidade, mas não há sinal de bolor nas paredes, e a pintura está em perfeito estado.

Não há registros sistemáticos das perdas de medicamentos. Existem eventualmente perdas por danificação decorrentes de acidentes de serviço, mas não ocorrem por vencimento pois a rotatividade de estoques é alta, programada dentro dos parâmetros da administração científica, ou seja, considerando consumos médios mensais, tempos de espera, variações sazonais. Na aquisição atenta-se para que o intervalo da validade seja compatível com o tempo de estocagem, o que não é difícil, pois as condições físicas do almoxarifado não permitem estoques grandes. Está sendo instalado um programa de informática para ordenar os produtos por ordem de vencimento, pois quando o almoxarifado novo estiver pronto, a meta é ter estoques para seis meses.

Mesmo que atualmente haja pouco espaço para estocagem, as normas de contrato de compra determinam que o prazo de validade deve ter no mínimo 80% do tempo a partir do momento da entrega e no máximo dois lotes diferentes por medicamento. O mesmo não acontecia anteriormente, quando as compras eram feitas empiricamente por uma pessoa leiga, sem formação em farmácia ou administração, e sem orientação para dimensionamento de estoques e direitos de exigência na compra, o que acarretava volumes consideráveis de medicamentos perdidos. Nas UBS também não há espaço que permita acomodação de volumes para mais de um mês.

Os extintores de incêndio estão todos dentro do prazo de validade e o acesso aos mesmos está livre. Não encontramos sujidades, o chão é lavável, porém a altura dos estrados e das estantes dificulta consideravelmente a limpeza. Existe material de escritório e limpeza armazenados no mesmo ambiente, o que se constitui numa incorreção técnica de armazenagem.

Os itens que necessitam refrigeração estão guardados no Centro Municipal de Especialidades (CME). Em visita a este local, verificamos que existem duas geladeiras para a guarda de insulina. As embalagens estão distribuídas de modo a permitir a circulação do ar dentro da geladeira e manter a temperatura homogênea. Existe termômetro no interior da geladeira, mas não há registro por escrito de verificação periódica da temperatura. No momento da visita verificou-se a temperatura de 5° C.

Os produtos controlados pela Portaria 344/98, estão centralizados na farmácia situada no terminal central de ônibus, que conta com a presença constante de farmacêutico. Estes medicamentos estão fechados em armário de aço com chave, a qual fica com a farmacêutica responsável ou com um funcionário de confiança. Existe uma só porta de acesso à farmácia, com duas fechaduras e cadeado. Adicionalmente, conta-se com a segurança do terminal, porque a farmácia está em um mezanino, num saguão que é fechado fora dos horários comerciais e é vigiado por guardas, pois tem lojas e lanchonetes. As pessoas são atendidas num sistema de guichês de forma que não precisam adentrar o estabelecimento. Os itens fora das especificações legais são: a parede externa - a que limita com o saguão do terminal - não é construída em alvenaria, mas em lambril; as janelas externas, apesar de estarem a uma altura de mais ou menos cinco metros da rua, não são protegidas por grades de metal; não há condicionador de ar - sendo o teto de zinco, a temperatura aumenta e certamente passa de 25 graus, conforme a hora e o dia.

Os Procedimentos Operacionais Padronizados estão sendo elaborados com base nos procedimentos de um município de Minas Gerais. Isto demonstra que, se há publicações do

Ministério da Saúde com orientações sobre a elaboração de tais normas, não é do conhecimento do farmacêutico.

Isto sugere três considerações : a primeira é deficiência de informações, outra é a falta de preparo trazida da universidade. E finalmente, o retorno à questão de que, a despeito do mérito do esforço pessoal e da troca de experiências, o profissional perde tempo e energia para encontrar os subsídios de que precisa. Talvez isso pudesse ser evitado com uma política de qualificação de recursos humanos e/ou melhor distribuição das informações técnicas de administração. A alusão à insuficiência de informações técnico-administrativas e ao despreparo da Universidade, encontramos na nossa revisão bibliográfica expressas pelos autores Lugones (1999), Fefer (1997) e Dupim (1999).

10.1.5 DISTRIBUIÇÃO

A remessa calculada para o consumo mensal de cada item de medicamentos é feita uma vez por mês entre o dia 25 de cada mês e o dia 5 do mês seguinte para cada uma das vinte UBS. Em cada um desses dias de entrega são atendidas em torno de seis UBS, de uma só vez. Desse modo, os últimos medicamentos a serem entregues permanecem entre três e quatro horas no veículo condutor. Além dos dias de entrega programada, acontecem as entregas eventuais dos medicamentos que possam vir a faltar. Porém, não há registros escritos específicos de quantas vezes ou para que postos isso acontece. Esses dados podem ser resgatados pela consulta aos mapas de despacho do almoxarifado central. No entanto, isso não é feito com intenção de análises rotineiras para correção/otimização dos serviços.

O veículo condutor é uma caminhonete e tem cobertura na carroceria mas não sistema de refrigeração, nem controle de temperatura em seu interior. O medicamento vai acondicionado em caixas de papelão. Quebras e apropriações indevidas ocorrem esporadicamente, sendo considerado pouco pelo farmacêutico responsável. Não há registros

escritos dessas ocorrências, portanto, só conseguimos colher as impressões subjetivas do farmacêutico responsável.

Conforme verificamos na literatura consultada (MSH/WHO, 1997), a falta de registros dos pormenores acessórios aos eventos administrativos maiores é comumente negligenciada pelos gerentes induzidos pela idéia errônea de que os custos acarretados por aqueles são irrelevantes. Também os custos indiretos dos eventos em geral, sejam eles grandes ou pequenos, freqüentemente escapam à percepção dos gestores. Isso em grande parte é acarretado pela falta de registros e análise das ocorrências. Isso tudo faz parte do sistema de informações, que a OMS situa entre as ações de suporte administrativo, conforme ilustrado na figura nº 1, e que é fortemente valorizado e colocado como imprescindível para o funcionamento do sistema de saúde. Ainda segundo a literatura, essa falha de registros de eventos administrativos menores se deve ao fato de que, via de regra, o gerente de seção é completamente absorvido pelos problemas maiores, e que por sua natureza, são mais visíveis. Assim sendo, suas soluções exigem elaboração mais demorada e, paradoxalmente, se impõe com mais urgência. Detecta-se então, falta de cultura administrativa de forma geral, e, por conseqüência, deficiência de estrutura para suprir essas questões. Infere-se, portanto, que a qualidade no sistema de saúde só será atingida quando os problemas forem detectados e analisados de maneira holística.

A entrega dos medicamentos às UBS se faz com documentação emitida em três vias, das quais uma fica na UBS, uma fica na gerência de farmácia e outra se destina a registrar a conferência e o recebimento do medicamento, com assinatura do responsável pela UBS. Esta última deve retornar para a gerência da Farmácia. Esse processo sempre consegue ser atendido. A conferência nem sempre é efetivada, geralmente sob alegação de falta de tempo por parte do pessoal da UBS. O farmacêutico entrevistado ressentia-se da falta de instrumentos de cobrança. Portanto, é mais uma questão a ser diagnosticada, analisada e resolvida no serviço público.

10.2 INDICADORES BÁSICOS DO USO DE MEDICAMENTOS

A. INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

A. 1. Média de medicamentos por consulta.

Nessa pesquisa, o valor encontrado foi de 2,6 medicamentos por consulta, sendo que a recomendação da OMS é de 2 medicamentos ou menos.

Entre os fatores que a OMS sugere que podem estar influenciando nesse aumento estão a falta de eficiência e eficácia dos medicamentos colocados à disposição dos médicos e a pouca confiança que estes profissionais depositam nos mesmos.

Em relação a esse item, a Secretaria de Saúde de Ponta Grossa dispõe de um colegiado multidisciplinar de profissionais que elege os medicamentos da lista básica municipal utilizando os critérios técnicos preconizados pela OMS e faz revisões periódicas da mesma, na intenção de selecionar os melhores medicamentos. Faz parte desse processo a consulta de opinião aos demais profissionais que atuam na rede pública. Portanto, são empreendidas ações organizadas no sentido de garantir a eficiência e eficácia dos medicamentos oferecidos à população. Para analisar com mais precisão se tais procedimentos estão rendendo o seu potencial máximo, seria necessário uma pesquisa específica e com metodologia apropriada. Porém, o fato de ser detectada essa necessidade cumpriu com uma das funções dos indicadores usados nessa pesquisa que é justamente rastrear quais são os pontos que necessitam de uma avaliação mais detalhada.

A cultura popular cuja crença de que a rapidez da cura é proporcional ao número de medicamentos prescritos pode pressionar o profissional a prescrever maior número de medicamentos (WHO, 1993; MHS/WHO, 1997, Carlos, 1997). É provável que exista em nosso meio essa influência. O clima de Ponta Grossa é subtropical e na época em que foi realizada a pesquisa as temperaturas variaram entre 3 e 15 graus, o que propicia uma maior

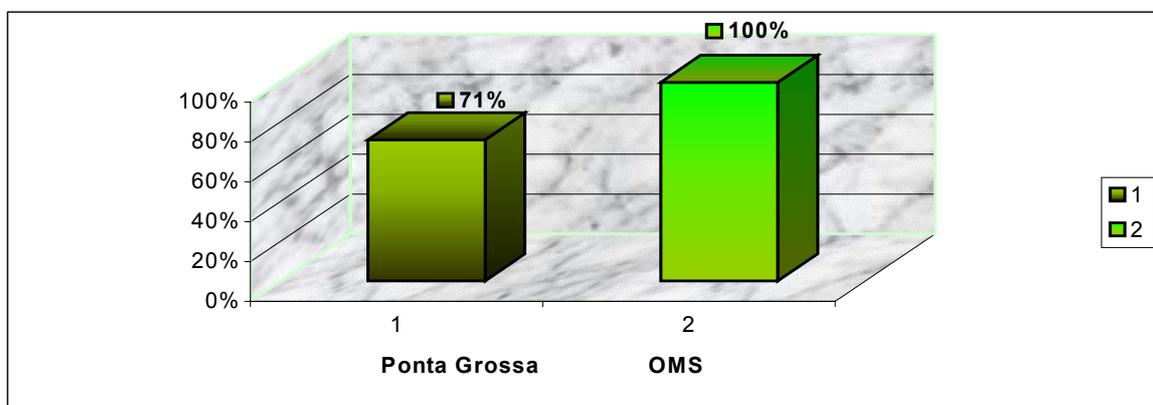
prevalência de afecções do trato respiratório superior e conseqüente aumento do uso de medicação específica.

Outros aspectos considerados relevantes pela OMS são a formação dos médicos, a existência de aparelhos apropriados para diagnóstico e incentivos financeiros que possam encorajar a polifarmácia. Tal avaliação está fora do alcance da metodologia utilizada e dos objetivos propostos.

A.2. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico

Os valores encontrados em Ponta Grossa foram de 71% , enquanto a meta preconizada pela OMS é de 100%, conforme pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1: Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico em comparação com o padrão preconizado pela OMS.



Segundo a OMS (WHO, 1993), os resultados desse indicador referem-se à organização do serviço na unidade de saúde, onde as caixas em que são estocados os medicamentos devem ser rotuladas com os nomes genéricos, o que foi satisfatório em todos os postos pesquisados.

Refletem também a importância que a formação médica dá ao conhecimento e uso do nome genérico, à visitação dos representantes de laboratório e ao tipo de material promocional deixado por estes.

A relativamente baixa prescrição pelo nome genérico (71%) foi encontrada a despeito da disponibilidade para os médicos da lista com os nomes genéricos em 100% das UBS visitadas e da não ocorrência de visitas de representantes da indústria farmacêutica nas UBS.

Deve-se proceder a uma análise mais detalhada para que se possa esclarecer o motivo de não se atingir a adesão ao nome genérico preconizada como tecnicamente ideal.

Ainda atendendo às orientações da OMS (WHO, 1993), procuramos mas não detectamos nenhuma classe de medicamento ou problema de saúde que se sobressaísse nas indicações por nome comercial.

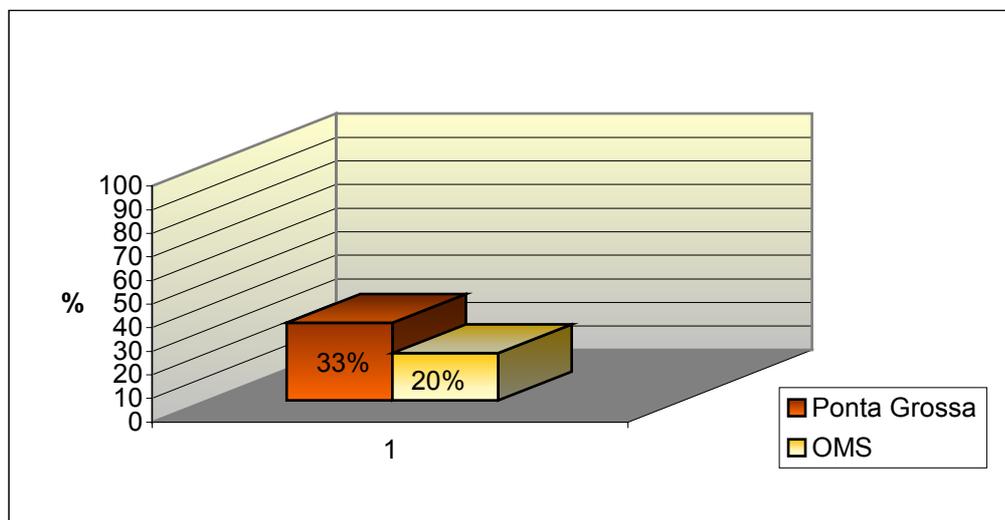
No contexto administrativo, o hábito de prescrever pelo nome genérico tem grande impacto na racionalização das ações da assistência farmacêutica baixando os custos de aquisição dos medicamentos e facilitando a adoção de protocolos ou padronização de esquemas terapêuticos.

A. 3. Porcentagem de consultas com antibióticos prescritos

Observamos que em 33% das consultas ocorre prescrição de antibióticos, enquanto a estimativa da OMS (1993) é a de não ultrapassar 20%.

É um percentual bastante elevado, porém talvez possa ser atribuído ao clima do município, que propicia as infecções respiratórias.

Gráfico 2 : Porcentagem de consultas com antibióticos prescritos em comparação com o padrão preconizado pela OMS.



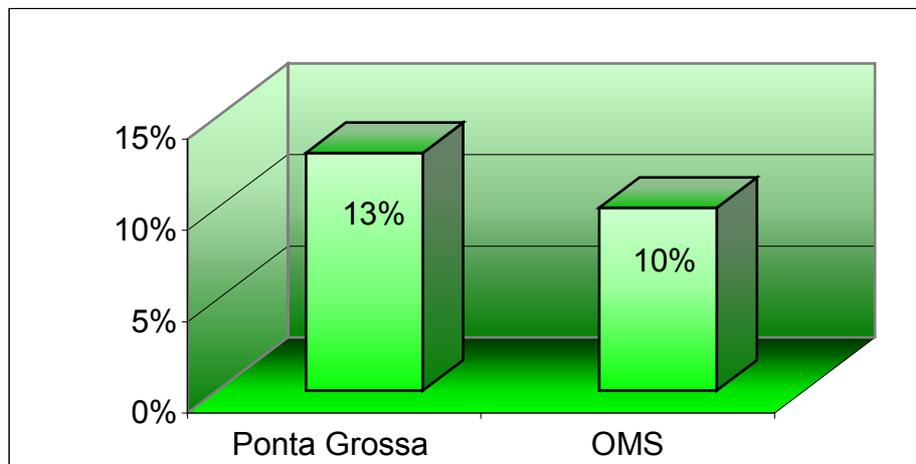
Entretanto, consideramos importante averiguar essa situação por meio de outras pesquisas para análise de outros determinantes como a capacidade de diagnóstico e eleição da terapia pelos prescritores, crenças e expectativas dos pacientes em relação ao antibiótico e adequação da escolha dos antibióticos pelo colegiado que elabora a relação municipal de medicamentos. Há que se analisar também a confiabilidade e acesso aos laboratórios de diagnóstico diferencial e exames de RX.

A. 4. Porcentagem de injetáveis prescritos.

Encontramos cerca de 13 % de prescrições de injetáveis, ligeiramente superior aos 10% que a OMS (WHO, 1993) recomenda.

O principal problema do abuso no uso de injetáveis apontados pela OMS (*op.cit.*) é o aumento da prevalência de Hepatite B e HIV por falhas técnicas de esterilização de seringas e agulhas. Este não é o caso do município de Ponta Grossa, pois todo o material utilizado na aplicação de injeções nas UBS é descartável.

Gráfico 3: Porcentagem de injetáveis prescritos em comparação com o padrão preconizado pela OMS.

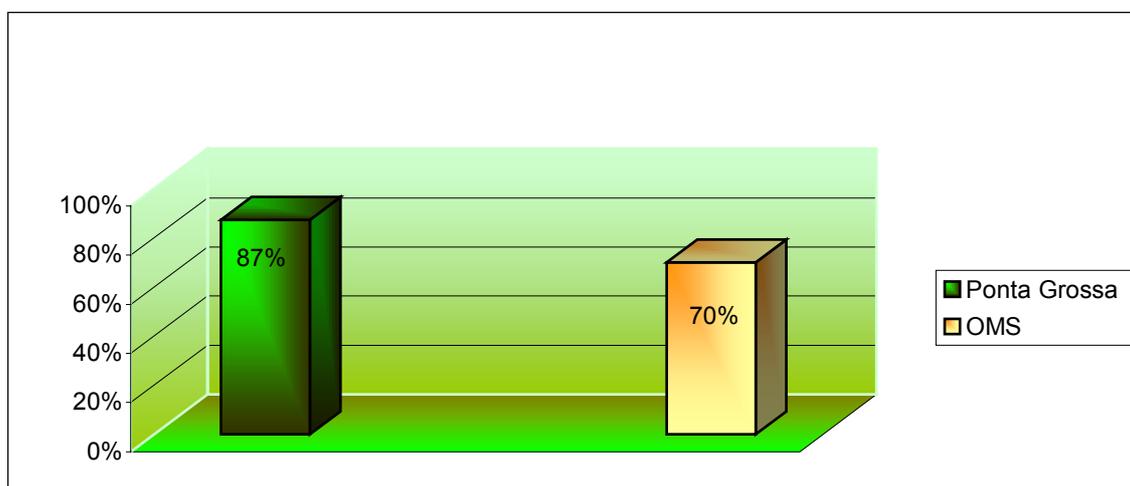


Conforme já citado, o clima da cidade contribui para o aumento dos casos de pneumonia e outras infecções respiratórias, aumentando também o uso de antibióticos e antiinflamatórios; porém, no momento da pesquisa havia opções de tratamentos orais em estoque nas UBS, com exceção de amoxicilina suspensão. Portanto, pensa-se em outros possíveis fatores de influência nesse padrão de prescrição: a crença popular que atribui maior efetividade às injeções (WHO, 1993), o juízo do médico na avaliação risco/benefício do medicamento e o relato de alguns clínicos que utilizam medicamentos injetáveis para garantir que a medicação seja administrada ao paciente.

A.5. Medicamentos prescritos de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

Observamos que 87 % dos medicamentos prescritos pertencem à Relação Municipal de Medicamentos essenciais, superando a expectativa proposta pela OMS (WHO, 1993) que é de 70% de adesão.

Gráfico 4: Porcentagem de medicamentos prescritos de acordo com a Relação Municipal de Medicamentos essenciais em comparação com o padrão preconizado pela OMS.



A princípio, as razões desta adesão poderiam estar ancoradas no fato de que aparentemente, muitas das recomendações da OMS estão sendo seguidas no município, quais sejam: existe uma concordância entre a maioria dos problemas que precisam ser tratados, os medicamentos oferecidos e as preferências de prescrição, a busca criteriosa pelo colegiado multidisciplinar de medicamentos eficazes, a presença da lista ao alcance do médico e a organização, clareza e boa apresentação da mesma. Porém, essa hipótese só poderá ser confirmada mediante uma pesquisa dirigida. Por outro lado, deve-se considerar a possibilidade de que esse comportamento médico pode ser devido ao fato do mesmo saber que se não prescrever dentro da relação municipal, a maioria dos pacientes não terá como cumprir o tratamento, em função do seu baixo poder aquisitivo.

Finalizando esse conjunto de indicadores, listamos nossos achados com dois outros trabalhos nacionais: um descritivo sobre diagnóstico da Assistência Farmacêutica elaborado em quarenta e quatro municípios da Bahia por Pacheco (1998) e um estudo multicêntrico

realizado em cinco estados brasileiros(AC, AM, GO, PE e RJ) para avaliar o grau de implantação do Programa Farmácia Básica conduzido por Cosendey (2000).

A intenção não é fazer comparações, pois apesar da metodologia ser comum aos três trabalhos, os universos pesquisados apresentam diferenças substanciais: vinte unidades básicas de saúde de uma única cidade do sul do país (2002), quarenta e quatro municípios de um Estado do nordeste (1998) e cinco Estados de regiões variadas (2000), respectivamente. Para conclusões absolutamente exatas, seria necessário analisar detalhadamente as peculiaridades das diversas situações envolvidas em cada uma das pesquisas, o que não é possível neste momento, nem é objetivo deste trabalho.

No entanto, uma das garantias resultantes dos inúmeros testes da OMS para essa metodologia é a comparabilidade em tempos e espaços diferentes.

Portanto, consideramos que Ponta Grossa está numa situação de transição, pois não alcançou todos os padrões considerados ideais pela OMS, porém apresentou alguns resultados melhores do que os de algumas outras realidades. De maneira geral, os valores encontrados no panorama nacional expressam a propriedade da colocação da reorientação Assistência Farmacêutica como prioridade na Política Nacional de medicamentos e a urgência da sua implementação. Esses resultados podem ser apreciados a seguir, na tabela n ° 5.

Tabela n °5. Resultados dos indicadores de prescrição de três trabalhos nacionais

	Ponta Grossa (2002)	Cosendey(2000) Média dos cinco Estados pesquisados	Pacheco (1998) Salvador e municípios	OMS Padrão preconizado
Nº médio de medicamentos por prescrição	2,6	2,11	2,0	2
Prescrições com injeção	13%	11,60%	4,22%	10%
Prescrições com antimicrobianos	33%	39,21%	34,10%	20%
Medicamentos prescritos pelo nome genérico	71%	69,42%	44,9%	100%
Medicamentos prescritos em acordo com a lista de medicamentos essenciais de cada caso	REMUME 87%	PFB 68,02%	* 65,1%	OMS 70%
Medicamentos dispensados	73%	83,46%	39,72%	95%

* lista dos medicamentos em estoque no local pesquisado.

B. INDICADORES DE ATENÇÃO AO PACIENTE

B. 1 Média do tempo de consulta

Constatamos que as consultas transcorrem numa média de 6,8 minutos, enquanto que o tempo preconizado pelo SUS, na Portaria n ° 1101/GM de 12/06/02, é de 15 minutos. conforme demonstrado na tabela no.6.

O volume de atendimentos varia conforme o dia, a hora, o clima e a temperatura, permanecendo em torno de 16 a 20 consultas por médico.

Tabela n ° 6 : Média dos tempos de consulta em Ponta Grossa e o preconizado pelo SUS.

MÉDIA DO TEMPO DE CONSULTA	
P.G.	SUS
6,8 minutos	15 minutos

Pode ter influído neste resultado o fato de que em alguns postos a maioria dos pacientes era constituída por idosos e crônicos, portanto só comparecendo para renovação da receita. Mesmo assim, questiona-se como está o acompanhamento e controle clínico destas pessoas.

O fato de o paciente se sentir pouco examinado, contribui para a perda de confiança no médico, nos medicamentos e no sistema de saúde (WHO, 1993; Becker, 1985; Kessler 1991; Marwick, 1997; Nyazema et al., 1991). A perda de confiança, por sua vez, leva à não adesão ao tratamento, cujas conseqüências variam em sua gravidade. Encontramos alguns pacientes que ao serem questionados sobre a dose e horários de ingestão do medicamento responderam que não iam tomar e/ou comprar a medicação - estavam indignados porque a

finalidade do medicamento prescrito não correspondia às suas queixas e outros porque o médico “nem o havia olhado direito”.

Seria esse tempo de consulta suficiente para elaborar um diagnóstico? Quais resultados encontraríamos se realizássemos uma pesquisa rastreando retornos a consultas e/ou internamentos motivados por falência de tratamento por erro de diagnóstico? Os dados levantados nessas pesquisas seriam úteis se retornados aos profissionais, exortando a eles e a todo o sistema em busca da qualidade?

Analisando o contexto de trabalho da rede básica da assistência de saúde, observamos que por um lado temos uma portaria nacional preconizando quatro consultas por hora. Em contrapartida, há uma previsão de vinte a vinte e duas consultas por dia, para cada médico de cada UBS para atender à demanda da cidade. Para atender cada um desses pacientes em quinze minutos, seria necessário por volta de cinco a cinco horas e meia de trabalho diário. Como harmonizar os interesses do médico que tem outros lugares para atender, a qualidade de atendimento, as condições de trabalho, o tempo de atendimento e a demanda que às vezes ultrapassa o número de consultas? Alguns médicos não vão para outros locais de maior renda, mas saem de uma UBS e vão direto para outra. Há falta de profissionais, para que isso aconteça? Seria o caso de atrair e envolver a exclusividade desse profissional para o sistema público? Seria o caso de desenvolver mecanismos que regulassem a compatibilidade do perfil psicológico do profissional com as características de trabalho desde o ingresso na faculdade até o ingresso no serviço público? O Programa de Saúde da Família contempla esses aspectos?

Para diminuir a demanda, que tende a ser crescente, seria parte importante da solução reorganizar o atual modelo de saúde que é centrado no médico e na cura, com ações para promoção e educação em saúde? São questões importantes que merecem consideração especial, embasada em diagnósticos específicos de situação e cuja complexidade não pode ser atendida neste trabalho.

Em relação ao efeito que o tempo de consulta exerce sobre a qualidade de atendimento e à adesão ao tratamento, achamos interessante citar os achados de Becker (1985). Este autor realizou uma metanálise na literatura de avaliação da eficácia das estratégias para promover adesão. Uma das categorias mais importantes encontradas foi “influenciar o relacionamento médico-paciente”. Os autores por ele revisados entendem que a comunicação entre o médico e o paciente é crucial para que este desenvolva uma compreensão da doença e de seu tratamento. Tanto Becker (1985) como a OMS (WHO, 1993) relatam que aspectos da interação médico-paciente afetam negativamente o comportamento do paciente como, por exemplo, a impessoalidade e brevidade do encontro, a falta de comunicação, particularmente a de natureza emocional, a distância social entre o profissional e o paciente deitado. Grupos experimentais de médicos gastando maior tempo em fornecer instruções a seus pacientes e estabelecendo melhor contato emocional demonstraram conseguir maior aderência e resultado terapêutico (Becker, 1985).

Segundo a OMS (WHO, 1993), o espaço físico deve ser adequado e ordenado de forma a permitir privacidade nas consultas. As diferenças socioeconômicas, étnicas e de status, influem fortemente na qualidade da comunicação e interação entre médico e paciente.

Tanto a OMS como a literatura consultada, enfatizam a necessidade de inclusão de educação em comunicação efetiva, valorização e treinamento de expressões verbais e não verbais como instrumento de estabelecimento de empatia para com o paciente, para todos os níveis de trabalhadores da saúde. A conscientização dos profissionais de saúde sobre esse aspecto é decisiva no processo de explanação das doenças e uso dos medicamentos para os pacientes para promover a adesão aos tratamentos (WHO, 1993).

Em nosso meio, somente a adequação e a ordenação do espaço onde ocorrem as consultas podem ser consideradas satisfatórias em todas as UBS.

Quanto ao restante dos fatores acima mencionados, com exceção de algumas unidades, todas as outras deixam a desejar sendo necessária pesquisa com metodologia

específica para elaboração das soluções não só para as questões técnicas como também para os problemas administrativos subjacentes a essa realidade.

B.2 Tempo médio de dispensação

De todos os indicadores, este foi o mais difícil de ser mensurado com precisão, pois além da mudança de comportamento em toda pessoa que está sendo observada, nos postos pesquisados, os funcionários que dispensam o medicamento são os mesmos que desempenham outras funções na UBS. Em conseqüência, a rotina de trabalho da UBS assume características em que a dispensação é entremeada com várias outras atividades, tais como: aplicação de injeções, inalações, preparo de outros pacientes para suas consultas, baixas de estoque, atendimento de telefonemas, etc. Além disso, por várias vezes a dispensação foi efetuada a vários pacientes ao mesmo tempo.

Em três das vinte UBS pesquisadas, essa situação, aliada a uma estrutura física incompatível como a metodologia da pesquisa, fez com que tivéssemos que anular os dados obtidos nesses locais. Como resultado das UBS restantes, encontramos um tempo de dispensação de 87,64 segundos ou 1,46 minuto. Não encontramos um padrão do tempo ideal. Entretanto, o tempo observado é superior ao verificado por Pacheco et al.(1998), que encontraram 90,9% das dispensações sendo feitas em mais de 20 segundos, com um tempo médio mínimo de 44 segundos e máximo de 110 segundos.

Nas questões que a OMS (WHO, 1993) levanta sobre esse indicador, estão justamente estas que acabamos de relatar como problemáticas para nossa tomada de dados, ou seja, a concentração no mesmo horário do volume de trabalho que o atendimento clínico acarreta, acompanhado de uma variedade de funções de naturezas diferentes - ainda que todas relacionadas ao atendimento do paciente. Esse é um problema que afeta a qualidade da dispensação que, por sua vez, gera custos sociais indiretos através das falências de tratamentos, desperdícios de medicamentos, internamentos, mudanças de esquemas

terapêuticos com consumo de outros medicamentos, afastamentos de pacientes ou parentes (principalmente mães) do trabalho, etc (MSH/WHO, 1997; Marwick, 1995, Lugones, 1999). Sua solução é mais complexa do que parece e demanda estudos e planejamentos multidisciplinares envolvendo profissionais da área de administração, saúde e comunicação.

Segundo a OMS (WHO, 1993), a média do tempo de dispensação dá indicativos do planejamento do trabalho, tais como o desenho físico dos dispensários – que devem garantir tranquilidade e privacidade ao paciente, dos acessórios disponíveis para a dispensação, do impacto do suprimento dos medicamentos, da disposição do armazenamento e reflete o sistema de tomada de decisões sobre a rotatividade e o planejamento dos estoques.

Em relação ao desenho dos dispensários, nem todas as UBS pesquisadas preencheram os requisitos apontados, pois foram construídas em uma época em que não se percebia a importância da dispensação, portanto, não houve planejamento arquitetônico direcionado.

Os acessórios para dispensação não estão adequados, salvo algumas exceções onde se dispensa em pacotes com desenhos que ilustram as situações em que o medicamento deve ser tomado. Esses dispositivos, pelo seu custo, são reservados aos pacientes com deficiências acentuadas, tais como: surdez, pouca visão, entendimento precário; também recebem essa embalagem pedagógica, os pacientes analfabetos, os que moram sozinhos, etc.

Quanto à disposição do medicamento em estoque de alta rotatividade, existe coerência com economia de tempos e movimentos do dispensador, resultando em agilização do serviço.

Quanto à tomada de decisões sobre pedidos de reposição de estoques, parece razoável, pois foram observadas poucas faltas de medicamentos – uma média de 10 especialidades para uma lista de 80 itens por UBS.

B.3 Porcentagem de medicamentos dispensados

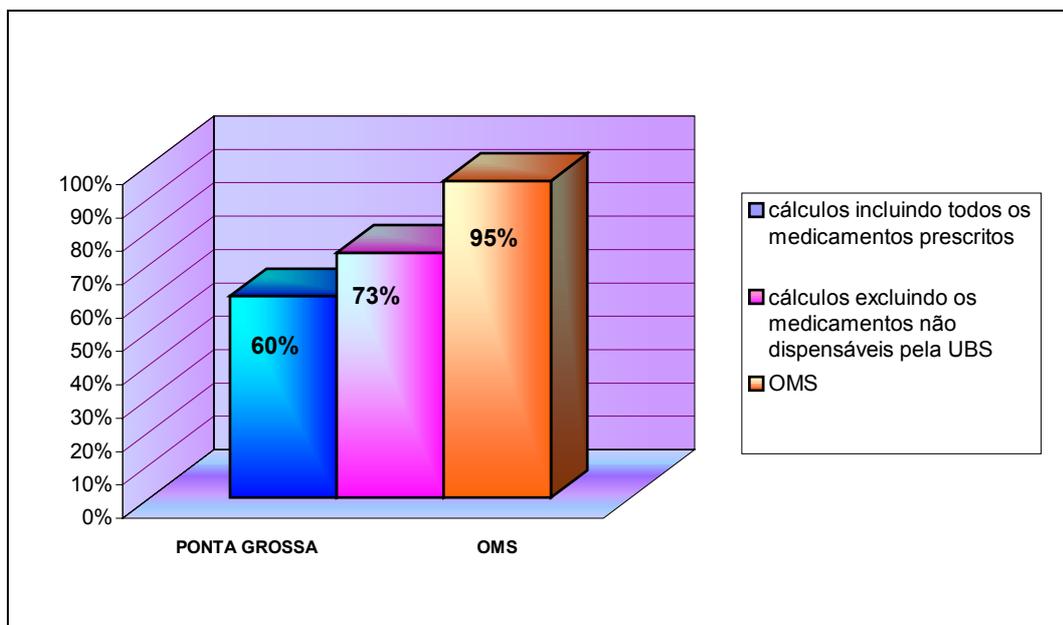
Na quantificação deste item, propusemos a elaboração de dois tipos diferentes de cálculos, pois temos que levar em consideração duas situações:

1) Em Ponta Grossa, os medicamentos controlados pela Portaria 344/98 não são dispensados nas UBS, mas centralizados em uma farmácia que está localizada no terminal central de ônibus da cidade;

2) Os médicos dispõem da Relação Municipal de Medicamentos essenciais, de maneira que estão informados sobre quais medicamentos o município se propõe a fornecer.

Portanto, fizemos dois cálculos: o primeiro considerando com todos os medicamentos prescritos, e o segundo - que consideramos mais real - eliminando os medicamentos prescritos que são controlados e os que não são padronizados, porque fogem à previsão de dispensação na UBS.

Gráfico 5: Porcentagem de medicamentos dispensados em comparação com o padrão preconizado pela OMS.



No primeiro cálculo, o resultado encontrado foi de 60% de medicamentos dispensados, ou seja, computando-se também as indicações de medicamentos controlados e de medicamentos não padronizados.

O resultado foi de 73%, para o segundo critério, isto é, para os cálculos em que foram eliminados os medicamentos que não têm previsão de serem encontrados nas UBS (controlados e não padronizados).

Esses níveis estão abaixo da meta estabelecida pela OMS, que é de 95% e acima do que outros trabalhos encontraram, como 30,4% por Costa et. al. (1992), e 39,72% por Pacheco et al.(1998), ambos realizados na Bahia. Este autor atribui essa situação à ausência de padronização de medicamentos e protocolos terapêuticos naquele Estado. Ainda que essa diferença de resultados talvez confirme as palavras desse autor, temos que ter sempre presente a necessidade de contemplar o maior número de aspectos que compõem a Assistência Farmacêutica. Embasamos essas reflexões nos achados de Passos Neto (2000), que verificou que em Ponta Grossa apenas 34,4% dos medicamentos eram oriundos do sistema público e, nessa época, já havia aqui, uma lista municipal de medicamentos essenciais, embora contasse de apenas 70 itens (Secretaria Municipal de Saúde, 2002).

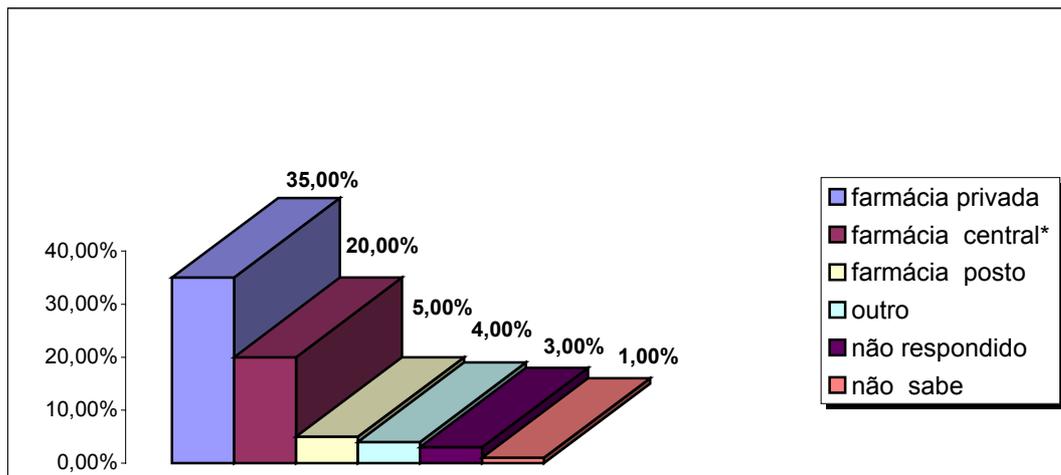
Achamos que a melhoria encontrada pode ser atribuída a progressos em vários aspectos da política de medicamentos, isso nos três níveis (federal, estadual e municipal), entre eles o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, a liberação de mais verbas para a aquisição de medicamentos, programas, publicações e orientação sobre como desenvolver gerenciamentos nos ciclos da Assistência Farmacêutica, etc. No município ocorreu implantação gradativa da prática da dispensação orientada, modificações no controle de estoque, formação de colegiado multidisciplinar para seleção dos medicamentos da relação básica municipal.

Seguindo orientação da OMS (WHO, 1993), pesquisamos a intenção de conduta do paciente em relação ao medicamento faltante perguntando onde ele iria consegui-lo e os

resultados obtidos foram os seguintes: 3% não responderam, 1% não sabiam onde conseguir, 5% procurariam em outro posto, 4% em outra instituição, 20% procurariam na farmácia do terminal central de ônibus e 35% tinham intenção de comprar. Os resultados estão dispostos no gráfico nº 6.

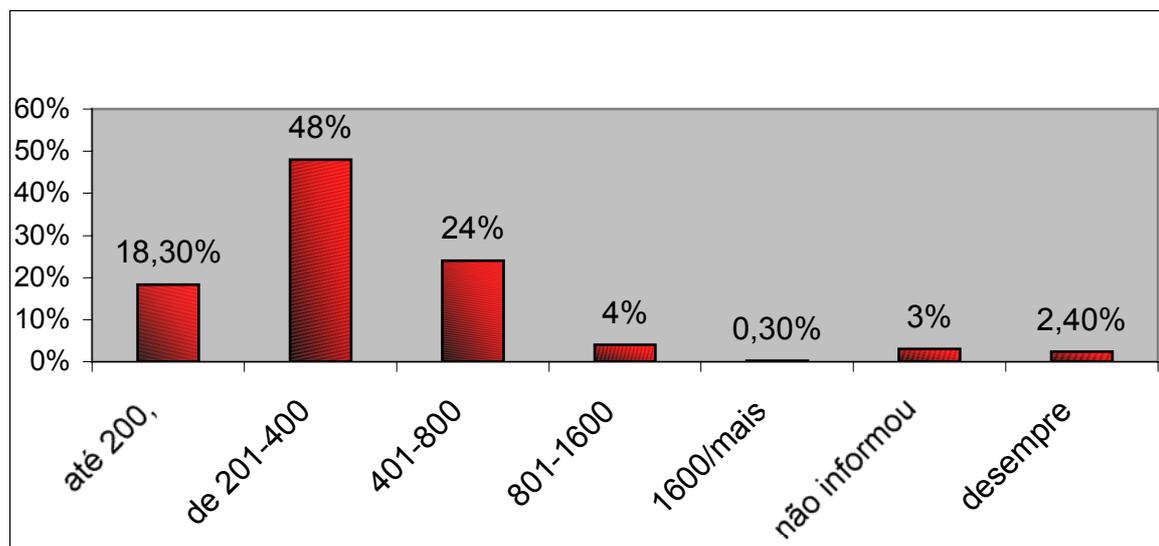
Também faz parte dos dados complementares, pesquisar se o estabelecimento de saúde informa ao paciente sobre as prioridades de compra, ou seja, quais são os medicamentos mais importantes a serem comprados(WHO, 1993). Foi verificado que não ocorre essa orientação formal e/ou sistemática nas dispensações feitas nas UBS.

Gráfico 6: Locais onde os pacientes pensam conseguir o medicamento faltante.



A falta do medicamento torna-se ainda mais importante quando observamos que 48% dos entrevistados possuem renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos; 24%, de 2 a 4 salários-mínimos e 18%, até 1 salário mínimo, como pode ser observado no gráfico nº 7.

Não informaram sobre os ganhos 3% das pessoas entrevistadas; 4% ganham entre R\$ 801 e 1.600,00. Nos extremos de situação encontram-se 2,4% que estão desempregados, 0,3% que ganham mais que R\$1.600,00

Gráfico 7: Renda familiar dos pacientes pesquisados

B.4 Conhecimento do paciente sobre o nome e dosagens dos medicamentos

Para esse indicador, após observar as peculiaridades dos movimentos que compõem a dispensação dos medicamentos na UBS e, constatando que quando o paciente não recebe o medicamento também não recebe instruções sobre o mesmo, achamos mais coerente propor duas formas de cálculos:

Primeiro: Considerar todos os pacientes entrevistados que passaram na farmácia, tenham ou não recebido o medicamento.

Segundo: Excluir os pacientes que não sabiam, mas que também não foram à farmácia, ou foram e não receberam o medicamento, pois esses não tiveram oportunidade de receber instruções sobre o mesmo porque a dispensação não ocorreu. Portanto, não poderiam ser avaliados junto com o grupo que recebeu o medicamento e as respectivas instruções. Tendo em vista esse raciocínio, achamos ainda que a quantificação do conhecimento do paciente seria mais aproximada do real se o cálculo fosse feito considerando cada medicamento recebido por paciente, pois o mesmo paciente apresenta flutuação no

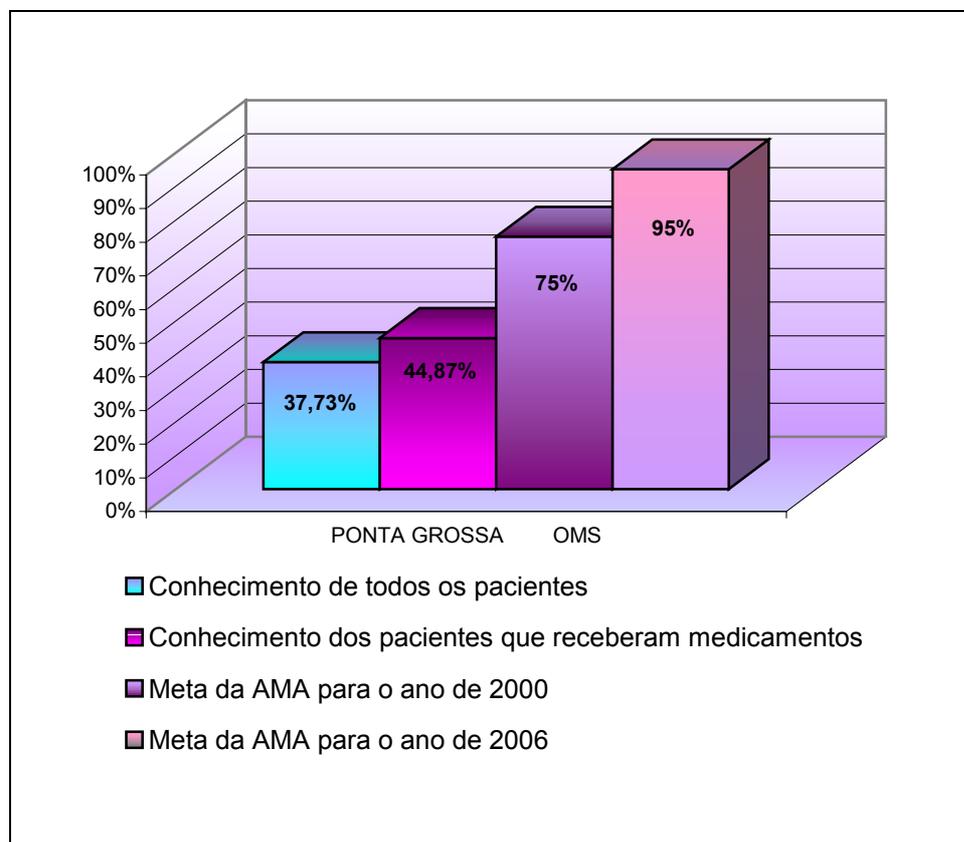
conhecimento em função da variação que ocorre na disponibilização dos medicamentos e respectivas instruções. Exemplificando: ocorreram casos em que o paciente tinha na sua prescrição de três a cinco medicamentos e só não recebeu um deles; respondeu certo sobre todos os medicamentos recebidos. Sobre o medicamento faltante, ele não recebeu instruções - só ouviu da farmácia que não tinha, e, no máximo, talvez, onde poderia tentar encontrá-lo ou quando iria chegar para o estoque. Portanto, não respondeu certo sobre o mesmo. No entanto, no cômputo dos dados, o paciente foi enquadrado como completamente não conhecedor, mesmo tendo respondido certo sobre quase todos os medicamentos. Em função disso, achamos necessária uma estratificação, separando os pacientes por número de medicamentos respondidos corretamente ou não, para uma avaliação verdadeira do conhecimento do paciente. Ascione e colaboradores (1986) fazem observações severas sobre a necessidade de desmembrar os vários aspectos do conhecimento do paciente, pois entendem que há níveis diferentes de dificuldade para cada item que é ensinado ao mesmo. Estes autores criticam a falta de escores para avaliar cada um desses segmentos em separado, e afirmam que não há possibilidade de comparações precisas entre os resultados obtidos nas pesquisas que tratam desse assunto, justamente pela maneira simplificada como os pesquisadores em geral emitem os dados. Apesar da propriedade dessas reflexões, entendemos que os resultados obtidos com esse rigor teriam um valor importante, mas teórico, para estudos, provavelmente muito útil para planejar ações corretivas. Portanto, adotamos o critério de que, na prática, o fato de não entender uma única instrução de um único medicamento pode trazer problemas de saúde ao paciente; além disso é o que preconiza a OMS para esta metodologia.

Assim, simplificamos a avaliação e a embasamos no conhecimento rigorosamente correto de todos os nomes e todas as posologias. Para o nome, não foi admitido sequer o erro de uma letra, tendo em vista que muitos medicamentos têm nomes parecidos, diferindo em poucas letras, o que pode induzir ao erro na aquisição ou ingestão.

Para a primeira proposta, ou seja, avaliar todos os pacientes, até mesmo os que não receberam o medicamento, achamos 38% que conheciam todos os nomes e posologia dos medicamentos com rigoroso acerto.

Para a segunda situação - considerando somente os pacientes que receberam o medicamento, logo, tiveram a oportunidade de receber instruções - o percentual subiu para 45%.

Gráfico 8: Conhecimento do paciente acerca do uso do medicamento em comparação com as metas da Associação Médica Americana – AMA (EUA) .



Os padrões para comparação que conseguimos encontrar foram as metas das campanhas educacionais que a Associação Médica Americana (AMA) estabeleceu, as quais pretendem que, até o ano 2000, 75% dos pacientes nos EUA tenham conhecimento sobre o medicamento que usam (Kessler, 1991; Marwick, 1997) e que esse percentual atinja 95% dos pacientes até o ano 2006. (Marwick, 1997).

Pode ter interferido nos nossos resultados o rigor que foi usado para estabelecer o acerto das respostas. Também foi observado, a partir de declaração espontânea de vários pacientes, que estes não se importam em tentar saber a forma de tomar, diante da expectativa de receber as instruções por escrito na farmácia “comercial”. Dois pesquisadores em Ponta Grossa confirmam essa percepção: Passos Neto (2000), encontrou na sua pesquisa sobre farmácia domiciliar que em 81% dos medicamentos havia a posologia escrita na embalagem. Madalozzo (1999), em pesquisa qualitativa sobre Atenção Farmacêutica, registrou em depoimentos de farmacêuticos donos de farmácia privada a procura do paciente por informações sobre a posologia em seus estabelecimentos

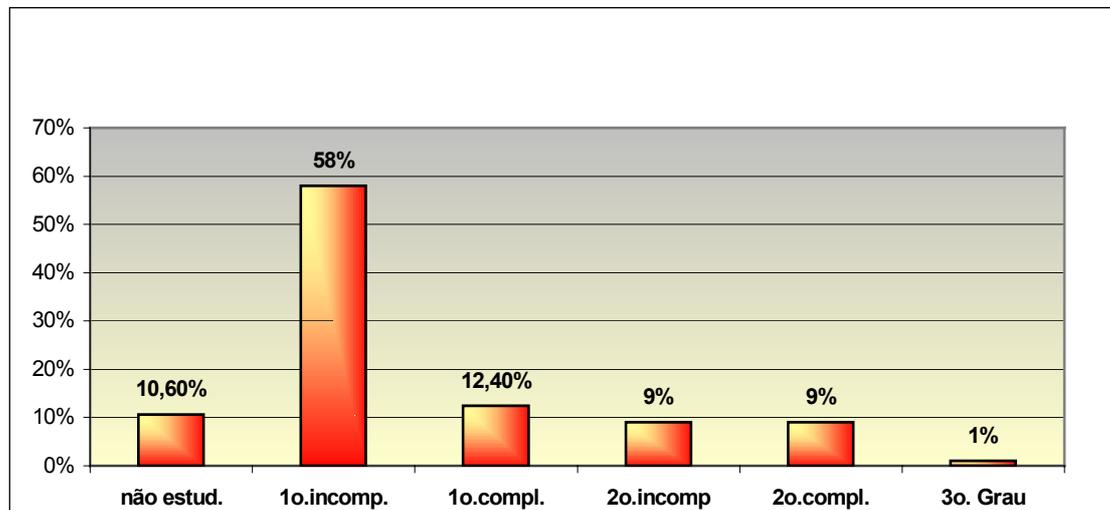
Em Ponta Grossa, na farmácia dita “comercial” (privada), há uma maior atenção quanto ao esclarecimento da posologia, sendo que, na maioria delas, já é protocolo de trabalho imprescindível a responsabilidade de transcrever a posologia na embalagem do medicamento com detalhes bem precisos para o paciente. Muitas farmácias até adotam uma etiqueta auto-colante com campos demarcados para as instruções. Supomos, então, que as empresas com fins comerciais não só detectaram essa carência, mas também tomaram providências para resolver a questão bem antes e com mais eficácia do que as instituições e profissionais com a incumbência única e direta de cuidar da saúde.

Ao questionarmos o paciente frente às embalagens dos medicamentos, encontramos como fator importante de confusão a semelhança das cores e formas de medicamentos diferentes. Por outro lado, um mesmo medicamento muda de aparência em função do processo de compra do sistema público, que muda de fornecedor conforme a concorrência de preços. Os próprios funcionários das unidades de saúde nos mostraram e alertaram para essa variação e a dificuldade que isso traz para a ingestão correta do medicamento. Relataram que muitas vezes o paciente tem em sua casa medicamentos diferentes com a mesma aparência e/ou iguais com aparência diferente. Este fato já foi apontado por Cosendey (2000) como problema no momento da dispensação.

Pesquisamos o grau de instrução dos entrevistados e registramos que 58% têm o primeiro grau incompleto, 12,4% fizeram o primeiro grau incompleto; 10,6% não estudaram; 9% fizeram o segundo grau incompleto; 9% o segundo grau completo; e 1%, o terceiro grau. Além da constatação de que a grande maioria das pessoas estudou pouquíssimo tempo, evidenciou-se que, no caso de muitas delas, esse estudo ocorreu há muito tempo, conforme declarações espontâneas das mesmas. Isto demonstra ainda mais a necessidade da dispensação qualificada e o incentivo à educação em saúde.

Somando-se as pessoas com o primeiro grau, constatou-se que 70,4%, ou seja, mais da metade das pessoas frequentadoras das UBS não chegaram ao 2º grau de estudo, o que aumenta a vulnerabilidade dessas pessoas à necessidade de medicamentos e ao risco de tomá-los de maneira incorreta.

Gráfico 9: Nível de escolaridade dos pacientes pesquisados



Os autores brasileiros encontrados afirmam que uso em desacordo com a prescrição médica ocorre em 30 a 50% dos pacientes comprometendo a adesão ao tratamento. A falta de informação é um dos principais fatores responsáveis por isto (Silva et al., 2000; Mansur et al., 2001; Vilela & Costa, 1998).

Mansur et al.(2001), em um estudo sobre estatinas para doença coronariana e hipercolesterolemia, indica a falha de orientação como segunda causa (31%) de não adesão às prescrições e falência de tratamento com todas as conseqüências inerentes. Embora a sua conclusão priorize o preço do medicamento como principal problema de não adesão, em vários segmentos de seu estudo deixa clara a imprescindibilidade da orientação qualificada ao paciente, e adverte para despreparo dos profissionais de saúde que, mesmo conscientizados, não conseguem transmitir a mensagem com a efetividade necessária - “Um desses fatores de não aderência é a comunicação inadequada entre os profissionais de saúde e o paciente, fazendo com que ele seja incapaz de seguir as recomendações médicas, fato mais evidente em pacientes idosos ou pouco alfabetizados...” (p.113).

Becker (1985) diz que os revisores internacionais de literatura de adesão estimam que, na média, somente um terço dos pacientes segue a prescrição médica, que as horas marcadas são perdidas em 20-50% dos casos e que aproximadamente 50% dos pacientes não tomam a medicação prescrita de acordo com as instruções. Nossos resultados estão dentro destas faixas de valores.

Os motivos de não adesão e conseqüente falência de tratamento com todas as implicações diretas e indiretas para o indivíduo, sua família e a sociedade, variam desde atitudes psicológicas do médico e do paciente (Perini et al., 1999; Costa, 2001; Vilela & Costa, 1998; WHO, 1993), exibição de poder dos profissionais da saúde (Costa et al., 1992), não entendimento propriamente dito (Mathews, 2000; Kessler, 1991; Vilela & Costa, 1998), falta de empenho e/ou percepção em comunicação dos profissionais de saúde (Kessler, 1991; Mansur et al., 2001), inibição do paciente (Marwick, 1997; Costa et al., 1992; Nyazema et al, 1991; Tempier, 1996), falta de cooperação deliberada do paciente, falta de confiança no médico, falta de confiança no medicamento (Perini et al., 1999; Vilela & Costa, 1998), complexidade do tratamento (Mathews, 2000; Vilela & Costa, 1998), pobreza e baixa escolaridade (Mansur et al., 2001; Vilela & Costa, 1998; Mathews, 2000; Tempier, 1996),

falta de crença na necessidade real do medicamento do ponto de vista do paciente, erros de diagnóstico, falta de informação generalizada sobre o medicamento e a doença, falta de tempo do médico e do farmacêutico (Vilela & Costa, 1998; Kessler, 1991; Nyazema et al., 1991). Porém, na maioria dos trabalhos sobre este aspecto da Assistência Farmacêutica, a capacidade pessoal de entendimento e a afetividade na comunicação médico-paciente são apontados como os principais determinantes da efetividade ou não do tratamento, fazendo deste um fenômeno universal, mesmo nos países com nível de escolaridade maior. Alguns trabalhos dos Estados Unidos da América fazem estimativas de quanto isso representa em prejuízos para a nação (Marwick, 1995; Marwick, 1997).

A informação ao paciente sobre os riscos do uso dos medicamentos é mais preocupante e controvertida; porém, a compreensão adequada da posologia está freqüentemente relacionada como a primeira ou segunda maior causa de não adesão ao tratamento e a qualidade da receita e da orientação farmacêutica são estratégicas para o êxito do tratamento (Cunha, 1999; Roizblatt, 1989).

Silva et al. (2000) cita que diversas organizações internacionais, tais como a *World Health Organization*, *Health Action International* e a *Food and Drug Administration*, vêm alertando para a necessidade crescente de melhorar os aspectos educacionais relacionados ao paciente e aos medicamentos prescritos e que isto deve ser tratado pela Bioética como direito do ser humano.

Vários dos autores já citados (Perini et al., 1999; Hepler & Strand, 1999; Mansur et al., 2001; Nyazema et al., 1991; MSH/WHO, 1997) indicam a necessidade da “construção de um suporte teórico amplo”, buscando referências de cognição e comportamento na Psicologia e na Antropologia. Estes autores e também a OMS (WHO, 1993) aludem ao exercício da ditadura do saber e ao status que isso confere e cujos mecanismos de preservação incluem o distanciamento imposto ao paciente e a conseqüente inibição que lhe bloqueia o entendimento e a noção do direito de perguntar para esclarecer dúvidas. Na nossa vivência profissional

observamos esse fato, pois muitos funcionários de diversos níveis hierárquicos e culturais (desde médicos até atendentes de enfermagem e de balcão – de farmácia ou não), agem deixando às vezes claro e às vezes implícito que, explicar detalhes ao paciente, além de desnecessário por ser óbvio, não é sua função, e que alguém mais subalterno deverá fazer isso (o problema é que esse raciocínio ocorre em todos os níveis de funcionários). Isso quando se percebe a necessidade de maiores explicações.

Constatamos que em várias UBS as instruções de dispensação são apenas verbais, o que entra em conflito com a recomendação de refinamento e adequação das técnicas de comunicação para com o paciente, que é fortemente exortada pela OMS (WHO, 1993; MSH/WHO,1997) e pela literatura dirigida para adesão ao tratamento, a qual documenta fartamente a necessidade dos profissionais de saúde adquirirem habilidades em comunicação. Aqui se encontra o impasse de conciliar o suprimento dessa necessidade, a adequação do treinamento e número de funcionários, volume de trabalho e a postura do paciente.

Ainda que as instruções sejam efetivadas na forma verbal e escrita, com o cuidado de fazer o paciente repeti-las, deve-se ter especial atenção com as expressões “de oito em oito horas” , “de seis em seis”, pois mesmo com o sincero e obstinado empenho do trabalhador de saúde, ocorrem erros de decodificação entre um interlocutor e outro, por diferenças culturais e estados emocionais, que levam a interpretações erradas que passam despercebidas por ambas as partes.

Sendo assim encontramos vários pacientes que entendem que 8 em 8 e 6 em 6 horas querem dizer duas vezes ao dia – logicamente, às 8 ou 6 da manhã e 8 ou 6 da noite.

No caso da expressão “de 12 em 12 horas”, alguns pacientes responderam que significa uma vez ao dia referindo-se ao almoço; portanto, tomam a medicação todo meio dia, ou seja, “às doze horas” conforme seu entendimento.

Para demonstrarmos isso, pinçamos as instruções expressadas pelo médico com a forma “8/8 h.” ou “8/8 horas”, e registramos as interpretações feitas pelos pacientes.

Pela exigüidade do tempo, não consideramos as instruções registradas com a expressão “8 em 8 h.”, “8 em 8 horas”, “ 6 em 6 horas” , “6/6 h.”, “12 em 12 horas” e “12/12 h”.

De todas as receitas emitidas, houve 136 instruções feitas na forma considerada e os resultados obtidos foram os seguintes:

Tabela n ° 7. Interpretações do paciente da instrução médica “8/8h.”e/ou” “8/8horas”

RESPOSTAS	NÚMERO DE INSTRUÇÕES	PORCENTAGEM
Corretas	66	48,52%
“não sei”	36	26,47%
Interpretadas erradas	26	19,11%
“se necessário”	08	5,90 %
Total:	136	100%

As instruções nas quais considerou-se que o paciente sabia - aquelas respondidas como “três vezes por dia” ou em que foram mencionados os intervalos corretos de horários - perfizeram 66 (48,52%); as instruções em que os pacientes responderam que não sabiam totalizaram 36 (26,47%); as instruções em que os pacientes interpretaram errado foram 26 (19,11%); as respostas “se necessário” somaram 8 (5,9%).

As 26 instruções em que o paciente interpretou errado apresentaram a seguinte distribuição: 12 instruções (46,15%) foram interpretadas como “2 vezes ao dia”; 7 instruções (26,92%) foram interpretadas como “uma vez ao dia”; 4 instruções (15,40%) foram interpretadas com sendo de “12 em 12 horas”; finalmente, 3 instruções (11,53%) distribuíram-se em : “a cada 3 horas”, “4 vezes” e “de seis em seis horas”.

**Tabela nº 8. Distribuição das interpretações erradas das instruções “8/8h.”
e “8/8 horas”**

INTERPRETAÇÕES ERRADAS	NÚMERO	PORCENTAGEM
“duas vezes”	12	46,15%
“uma vez”	07	26,92%
“12/12 horas”	04	15,40%
“a cada 3 horas”,	01	11,53%
“quatro vezes”	01	
“de 6 em 6 horas”	01	
Total:	26	100,0%

Se olharmos o documento que rege os princípios legais da prescrição, a Lei nº 5.991, 17/12/73, constatamos que a redação da mesma não faz detalhamentos sobre as formas de expressão. Diz apenas que a mesma deve “Estar escrita à tinta, de modo legível, observadas a nomenclatura e o sistema de peso e medidas oficial, indicando-se a posologia e a duração total do tratamento”. Portanto, talvez este item devesse ser reescrito com maiores detalhes para que todas as formas de expressão médica se adaptem ao entendimento do paciente.

A literatura especializada deixa claro que além de comunicar instruções ao paciente com qualidade é necessário lançar mão de mais estratégias para efetivar o tratamento clínico correto. Becker (1985) relata as oito maiores categorias de achados das pesquisas de avaliação da eficácia das estratégias para conseguir melhor adesão do paciente. Entre elas, as quatro mais imediatamente relacionadas com o presente trabalho são: aumentar o conhecimento do paciente, influenciar o relacionamento médico-paciente, melhorar maneiras de fornecer cuidados e modificação das características do regime terapêutico.

Na primeira categoria, “aumentar o conhecimento do paciente”, está descrito que o conhecimento dos detalhes das terapias prescritas é essencial para a adesão correta e que os pacientes frequentemente não possuem todas as informações que precisam para seguir o regime terapêutico. A seguir, Becker (1985) cita um estudo feito em um bairro de baixa renda em uma cidade norte-americana, onde aproximadamente 25% dos pacientes não sabiam a dose prescrita, 15% não podiam relatar a frequência na qual eles deveriam tomar a medicação e 15% pensavam que os remédios marcados com “tomar se necessário” eram para serem tomados regularmente. Também enfatiza que, sem distinção de poder aquisitivo ou escolaridade, a metade das orientações do médico são esquecidas pelo paciente quase que imediatamente.

Este item é concluído com o relato de que estudos controlados de grupos de pacientes que fizeram reunião com farmacêuticos contra grupos que não fizeram, obtiveram como resultado a adesão e melhora terapêutica bem maiores os pacientes que tiveram a assistência farmacêutica (Becker, 1985).

A segunda categoria, “Influenciar o relacionamento médico-paciente”, foi discutida no indicador relativo à média do tempo de consulta.

Na categoria “melhorar maneiras de fornecer cuidado”, além de outras providências, é recomendada a adoção de fichas de instrução nas quais o paciente encontre de maneira correta e organizada as quantidades e horários dos medicamentos a serem tomados (Becker, 1985).

Em “modificação das características do regime terapêutico”, o enfoque é o de que quanto maior a sua complexidade, maiores os erros na ingestão da medicação. Becker (1985), cita um estudo com diabéticos portadores de falha congestiva do coração, em que os erros na tomada dos medicamentos foram menos de 15% quando somente um medicamento foi prescrito; aumentou para 25% quando dois ou três medicamentos foram receitados e excedeu

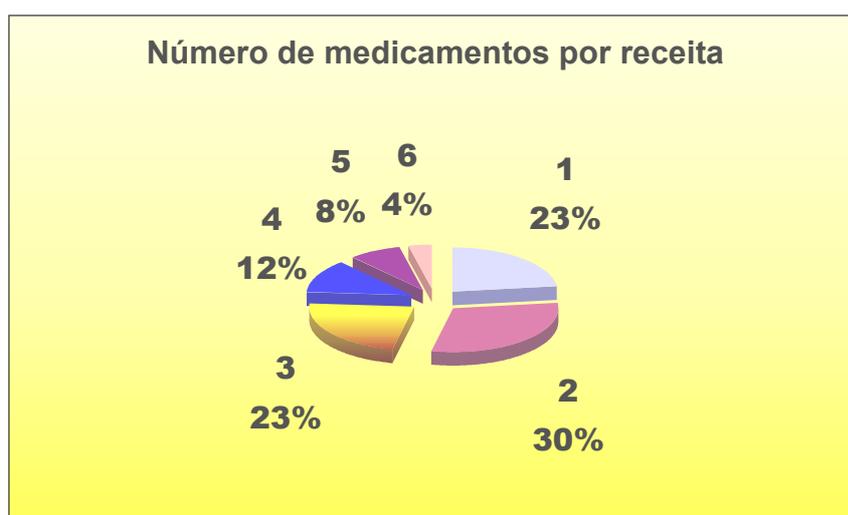
35% quando cinco ou mais medicamentos foram tomados. Para melhor visualização, dispusemos esses resultados na tabela n ° 9:

Tabela n ° 9. Relação entre os erros de ingestão dos medicamentos e a complexidade do regime terapêutico

NÚMERO DE MEDICAMENTOS	ERROS DE INGESTÃO
1	15%
2 ou 3	25%
5 ou mais	Mais de 35%

Por isso, pesquisamos quantos medicamentos predominam por prescrição em nosso meio e encontramos os valores de 1 (23,18%), 2 (30,19%), 3 (22,64%), 4 (12,40%) medicamentos, sendo que mais de 4 medicamentos correspondeu a 11,58%. Estes resultados estão demonstrados no gráfico n ° 10:

Gráfico 10: Número de medicamentos prescritos por receita médica.



Somando-se as porcentagens de prescrições com 2 e 3 medicamentos, encontramos 52,83%. Portanto, teoricamente, mais da metade das receitas emitidas têm, cada uma, um potencial de indução ao erro de ingestão de medicamentos na faixa de 25%.

Somando-se as receitas com quatro e mais medicamentos temos 23,98%, ou seja, quase um quarto do total de prescrições podem ter um potencial de erro de mais de 35%. Isso demonstra ainda mais a importância de esforços integrados para a dispensação qualificada e acompanhamento do paciente.

C. INDICADORES SOBRE O ESTABELECIMENTO

C.1 Disponibilidade de exemplares da Relação Municipal de Medicamentos

A lista de medicamentos básicos estava disponível em todas as unidades, inclusive no consultório, ao alcance do médico.

Este indicador deve influenciar o nível de prescrição em concordância com a REMUME, uma vez que é o instrumento de orientação aos médicos sobre os medicamentos disponíveis (WHO, 1993).

Seguindo as orientações da OMS (WHO, 1993), observamos que a clareza, limpeza e organização da mesma correspondiam ao preconizado; porém, não havia orientações objetivas sobre o uso dos medicamentos, conforme mandam os padrões (WHO, 1993).

Isto pode significar desvalorização desta prática por sub-notificação de ocorrências de uso inadequado com os medicamentos, falta de preparo do farmacêutico e/ou superestimação do conhecimento médico.

As listas eram constituídas pelo nome genérico, dosagens e apresentação dos medicamentos, em ordem alfabética mas não separada por grupos farmacológicos. Provavelmente por ser um elenco pequeno, por economia de papel e tempo, ou por não ser considerado necessário tal procedimento.

Alguns medicamentos tinham o nome comercial anotado a lápis ou caneta ao lado do nome genérico, o que pode indicar insegurança no conhecimento da correspondência dos nomes.

Por volta de 50% das listas traziam anotações de atualização de estoque, isto é, os medicamentos faltantes riscados. Não encontramos recomendação da OMS para analisar esse aspecto nem padrões para comparação. Porém, levando em consideração os comentários dos próprios médicos a este respeito, consideramos a possibilidade de que a informação atualizada sobre os medicamentos que efetivamente se encontram na unidade de saúde pode ser fator importante para predispor o clínico a consultar a lista. Além disso é uma atividade fácil de ser levada a cabo e provavelmente reflete o empenho dos funcionários para o bom andamento dos trabalhos.

C.2 Disponibilidade medicamentos traçadores

Para avaliação completa com esse indicador deve-se registrar por quanto tempo o medicamento continua faltando e com que frequência isso acontece. Isto não foi possível realizar por ser uma pesquisa de corte transversal. Ainda assim, algumas conclusões foram colhidas, conforme descrito a seguir.

Foram eleitos como medicamentos traçadores aqueles usados no tratamento de hipertensão, diabetes, antibióticos para uso infantil, antiinflamatórios e mucolíticos, totalizando vinte e três medicamentos. Destes, dezenove (82,6%), estavam presentes nas UBS, conforme exposto a seguir.

Dos medicamentos para hipertensão e diabetes, nenhum faltou durante todo o corrente ano. Nas entrevistas, isso foi atribuído fortemente ao cadastramento dos diabéticos e hipertensos, pois disciplinou a demanda, e ao programa de fornecimento efetuado pelo governo. Esse resultado revela um efeito positivo alcançado.

Em relação aos antibióticos, só estava faltando amoxicilina em todas as dosagens e formas de apresentação; isso aconteceu em todas as UBS pesquisadas, pois o seu fornecimento estava interrompido porque o fabricante já há algum tempo não dispunha do sal para produzi-lo.

A presença dos antibióticos nas unidades, a despeito da amoxicilina, cuja falta foi determinada por causas externas, é um bom indicativo, demonstrando que o planejamento dos estoques conseguiu suprir o aumento da demanda causado pelo frio.

Em 100% das UBS faltava diclofenaco injetável e na maioria delas (80%) faltava diclofenaco em drágeas e gotas; em alguns postos faltou ambroxol e salbutamol xarope. Esse resultado pode ter sido influenciado pelo frio ocorrido na semana da pesquisa o que teria aumentado a demanda de medicamentos para infecções e afecções respiratórias agudas. Porém, de maneira mais significativa, isto pode apontar falha na programação de estoques, que deveria ter previsto essa variação sazonal. No entanto, não se dispõe de registros e/ou sistemas de averiguação que confirmem essa hipótese ou indiquem outros fatores intervenientes, como por exemplo, a contribuição que as apropriações indevidas podem dar para esse quadro de acontecimentos.

Para este indicador, deve ser explorada a possibilidade do prescritor dispor de alternativas terapêuticas (WHO, 1993). Em relação aos antibióticos, havia substitutos para a amoxicilina, o mesmo não acontecendo para o antiinflamatório e mucolítico,

Essa constatação evidencia ainda mais a importância da programação de estoques, principalmente das especialidades únicas na lista.

C.3 Existência de profissional Farmacêutico lotado na UBS

A proposta inicial da OMS para esse indicador é a mensuração em termos de exclusividade de lotação do profissional. Se aplicarmos esse critério, o resultado achado foi de 0%, pois não há um profissional farmacêutico para cada UBS. Isso é compatível com o modelo atual de assistência à saúde que é centrado no médico. Porém, se pensarmos num modelo de promoção à saúde, esse resultado é altamente negativo.

Se adaptarmos essa proposta à realidade de Ponta Grossa, o resultado muda, pois há um esquema de trabalho em que nove farmacêuticos visitam as UBS em três períodos de meio dia na semana, cabendo três unidades para cada farmacêutico. Portanto, teríamos que, das quarenta e oito UBS, vinte e sete (56%) têm um dia e meio de atendimento do farmacêutico na semana. Em doze UBS (25% de total de UBS da cidade e 44% das que contam com a presença dos farmacêuticos), são desenvolvidas atividades de promoção da saúde, conforme descrito adiante. Na ocasião da publicação deste trabalho, o número de UBS com tais atividades é treze.

O único local de atendimento básico que dispõe de farmacêutico em tempo integral é na farmácia do terminal central de ônibus, devido ao seu volume de atendimento e ao armazenamento dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98. Entretanto, como não ocorre atendimento médico naquele local, não pode ser considerado UBS.

Considerando o volume de pacientes atendidos na rede pública desta e de qualquer outra cidade, independente de seu porte, aliado à complexidade do uso do medicamento, à diversidade de situações clínicas, sociais, culturais, econômicas, e às peculiaridades do serviço público, é imprescindível a presença do farmacêutico na Assistência Farmacêutica, atuando em ações estrategicamente programadas e avaliadas. Algumas destas atuações já estão sendo desenvolvidas neste município, tais como:

- a educação para promoção da saúde executada em doze postos da nossa cidade: essa educação envolve informação sobre alimentação apropriada, fitoterápicos e uso dos medicamentos. Os pacientes hipertensos e diabéticos são estimulados a fazer caminhadas coletivas e participar de atividades lúdicas numa programação elaborada por farmacêuticos, médicos e professores de educação física. São feitas visitas aos domicílios para acompanhamento do cumprimento de tratamento e dos hábitos de vida dos pacientes.

Essas atividades estão sendo avaliadas pelo controle da evolução clínica de cada paciente, em uma pesquisa em que o número de atendimentos e/ou internamentos ocorridos por crise de hipertensão e hiperglicemia serve como indicador concreto da efetividade desses programas. Espera-se uma baixa dessas ocorrências como demonstrativo da melhoria da qualidade de vida do paciente. Está em projeto outro trabalho que avaliará o custo/benefício desses resultados para os cofres públicos.

- Controle de medicamentos:

Nestes mesmos postos, em função da presença do farmacêutico e maior entrosamento com o médico e equipes de trabalho, foi disponibilizada a cefalexina. Nos postos onde não há a presença do farmacêutico, o mesmo não ocorre. Se houver prescrição médica deste antibiótico em outro posto, o paciente deve procurá-lo na prefeitura com um farmacêutico destinado para essa função. Se houver alguma incoerência detectável na prescrição, ou aumento do número de receitas desse medicamento, o farmacêutico procura o profissional de autoridade do posto, que entra em entendimento com o médico transmitindo-lhe as solicitações feitas pelo farmacêutico. Com isso, tenta-se preservar esse medicamento como reserva terapêutica, em função da sensibilidade/resistência bacteriana.

- Com a entrada dos farmacêuticos no sistema de saúde municipal, foram drasticamente instaladas boas práticas de armazenagem do medicamento corrigindo erros de acondicionamento e uso em todos os postos de saúde.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Uma borboleta que, hoje agita o ar em Pequim, pode causar, daqui a um mês, uma tempestade em Nova York.”

Edward Lorenz (Capra, p.115)

Existe uma rede indissolúvel de inter-relacionamentos entre os vários níveis e âmbitos de atuação, desde as cúpulas de comando dos diversos países até o mais isolado e carente paciente do interior de qualquer vila considerada, cujos efeitos se fazem sentir em todas as direções. Assim, as decisões tomadas em tempos e espaços diferentes vão repercutir em vários outros tempos e espaços gerando vítimas e/ou beneficiados. Essas decisões, por sua vez, foram modeladas e são obrigadas a remodelagens benéficas ou maléficas, pelo retorno dos resultados obtidos, eternizando os ciclos e fechando a interdependência.

→ Inter-relação entre macro e micro esferas

Em relação à influência do contexto global sobre os efeitos observados no local estudado, percebe-se que os rumos tomados pela saúde e economia mundial levaram à realização de importantes movimentos internacionais cujas conseqüências se fazem sentir nas mudanças de estratégias de trabalho (ainda em transição) que começam a permear o ensino e o sistema de saúde.

No Brasil, o papel do farmacêutico que havia sido deslocado da Assistência Farmacêutica por influência de interesses econômicos e políticos está sendo resgatado e implementado. Isso está acontecendo como conseqüência de empenhos integrados das várias esferas de atuação, movimento que se percebe pelo aumento de divulgação das publicações dos órgãos mundiais de saúde, pela formação de associações com expansões internacionais,

pelos movimentos dos governos federal, estadual e municipal, pela mudança gradativa nos conteúdos das disciplinas das faculdades de farmácia, pela criação do mestrado em Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde, pela presença e discussão do assunto em publicações de órgãos de classe, em congressos, etc.

→ Circulação em todos os sentidos da informação adequada

Infere-se de toda a revisão bibliográfica, em especial da OMS (WHO, 1993; MSH/WHO,1997) e das realidades constatadas no decorrer da pesquisa, que parece ser imprescindível a existência de empenhos coordenados, sincronizados e constantemente avaliados, tanto entre os mesmos níveis de atuação como entre as diferentes hierarquias. Nesta linha de raciocínio, os vários níveis hierárquicos devem receber as informações técnicas, os relatórios, os relatos, as percepções e carências dos trabalhadores dos níveis subseqüentes e dos pacientes, para efetivar ajustes e refinamentos necessários às determinações e estratégias dos trabalhos a serem desenvolvidos. Por outro lado, o pessoal que conduz os trabalhos de ponta do sistema de saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, para-médicos, funcionários administrativos, etc) deve receber aprimoramento em instruções técnicas, conhecimento do inter-relacionamento das ações, resultados de avaliações, etc, porque se o indivíduo não sabe dos motivos pelos quais exige-se dele determinadas atitudes e quais as conseqüências e repercussões das mesmas, ele provavelmente não se motivará a procurar dar qualidade ao seu serviço. Strozzi (1997) afirma que as populações de todo mundo deram provas de que gostam de colaborar com o poder executivo, desde que lhes seja dado poder também. Para este autor a promoção da saúde está vinculada ao desenvolvimento pessoal e social através da divulgação da informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.

→ Capacitação e motivação de recursos humanos em todos os níveis e ênfase à educação para promoção da saúde.

A motivação e capacitação dos recursos humanos em todos os níveis de atuação é uma das áreas mais estratégicas para investimento e é uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos. O relatório final da 11^a. Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 2000) afirma que o SUS é o grande empregador dos trabalhadores de saúde, tanto no setor público como no privado credenciado. Em conseqüência, a política de Recursos Humanos é, hoje, o maior problema para a gestão do SUS no município. Sugere, portanto, que seja assegurado no mínimo 1% do orçamento da Saúde para qualificação e capacitação de Recursos Humanos em cada esfera de governo. Entretanto, recomenda que se contemple não apenas aspectos técnicos, mas também éticos, legais e de comunicação interpessoal relacionados à atuação profissional, inclusive implantando e implementando cursos de capacitação a distância para os trabalhadores de saúde. Em consonância, o relatório das Conferências Estaduais de Saúde e Conferências Temáticas do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (2001) traz as mesmas conclusões e recomendações, colocando o RH como a base para a concretização dos projetos e dos serviços de ações de Saúde disponíveis à população: "Os participantes da Conferência Estadual de Saúde reconhecem a necessidade urgente do equacionamento dos problemas relativos aos recursos humanos que atuam na área da saúde, na medida em que estes são a chave mestra de qualquer processo produtivo, e fundamentais para a proposta de melhoria de qualidade de serviços." (p.529).

Cosendey (2000), Pacheco (1998), Carlos (1997), MSH / WHO(1997) também consideram de fundamental importância a ampliação das ações voltadas para a capacitação dos recursos humanos e educação em saúde.

➔ Adequação do currículo dos cursos de Farmácia para as necessidades em Saúde Pública e reestruturação do serviço público

O relatório da 11^a CNS exorta freqüentemente ao Ministério da Educação sobre a necessidade de adequação do currículo das escolas de profissionais de saúde, cuja orientação deve passar a ser feita pela leitura das necessidades sociais em saúde. Essa Conferência

embasada na Lei n ° 8.080/90, exige o cumprimento da resolução da 10ª. CNS que recomenda: “revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos do nível superior com a participação dos gestores SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas qualitativas e quantitativas do SUS” (p. 168).

Essas referências são dirigidas às diversas linhas de formação em saúde, e entendemos que o curso de Farmácia não foge à regra. Aparentemente, os resultados da nossa pesquisa refletem essa realidade dos cursos de saúde, o que transparece na discussão, quando, utilizando as diretrizes da OMS, questionou-se várias vezes a formação acadêmica dos profissionais de saúde. Em relação aos farmacêuticos do gerenciamento da Assistência Farmacêutica municipal, observamos que são profissionais empenhados, porém somente a dedicação pessoal e a atual formação acadêmica não dão suporte suficiente para resolver as questões do setor público de saúde que é bastante complexo pela sua natureza intersetorial e multidisciplinar. A necessidade de redobrado empenho pessoal num contexto em que não existe suporte e ações nas áreas de interface com a Assistência Farmacêutica, determina gastos de tempo, recursos e energia que poderiam trazer resultados melhores e mais rápidos se houvesse políticas intersetoriais integradas. Um dos relatos colhidos dos farmacêuticos entrevistados é que se perde mais ou menos um ano para aprender o que e como fazer, e mais um ano para os ajustes finos do aprendido. Entretanto, nesse segundo ano, as expectativas das próximas eleições começam a permear toda a estrutura pública, moldando os desempenhos e perpetuando a cultura de “apagamento incêndios” por descontinuidade de planejamentos e falhas diversas da estrutura.

É o que se constatou também na 11ª. CNS conforme descrito no seu relatório final:

“Essa falta de qualificação profissional desmotiva e desgasta física e emocionalmente, acarreta dificuldades de relacionamento e impede a coesão das equipes de

saúde, resultando na execução das tarefas sem planejamento e exigindo uma política de Educação continuada aos profissionais” (p.43).

Quanto aos currículos dos cursos de Farmácia, os resultados encontrados sugerem a necessidade de disciplinas que tratem de gerenciamento de recursos humanos, administração do trabalho, técnicas de comunicação, estudos de farmacoeconomia aplicada. Este último item pode ter sua importância e necessidade demonstrada se olharmos para experiência do Estado do Ceará, que, para fazer avaliações em armazenamento, depende de consultoria especializada através de cooperação técnica britânica (Carlos, 1997).

Em relação à questão de comunicação, vale lembrar que na Europa o currículo do curso de Farmácia conta em média com 1% do tempo de ensino dedicado a “Técnicas de comunicação e comportamento”. (Zubioli, 1992). Novamente encontramos respaldo para essas observações nas propostas do relatório final da 11^a Conferência Nacional de Saúde, que registra como necessidade e desafio: “Garantir, nos currículos dos cursos de formação de recursos humanos para saúde, conteúdos de comunicação interpessoal, com o objetivo de melhorar as relações dos profissionais de saúde entre si e com os usuários” (p.189).

Porém, mesmo com maior direcionamento dos cursos de Farmácia, é imprescindível o acesso a cursos específicos de pós-graduação e disponibilização eficiente de fontes qualificadas de informação, tendo em vista que o tempo de formação acadêmica provavelmente não permite a inserção da totalidade de carga horária necessária para o aprofundamento e adequada capacitação do farmacêutico ao gerenciamento da Assistência Farmacêutica no serviço público. Além disso, há que se considerar que nem todos os profissionais farmacêuticos têm interesse e/ou perfil psicológico para esta área de atuação, não devendo, portanto, sobrecarregar o curso com esses conteúdos, em detrimento de outros.

A 11^a CNS faz o mesmo diagnóstico e enfatiza fortemente a necessidade de processos permanentes de Educação Continuada. Tal é o valor atribuído a esses processos que

a sua garantia é preconizada através “de pontuação como critério para renovação dos registros dos respectivos Conselhos...” (p.171).

Do contato com nossos acadêmicos em geral, tiramos a impressão de que o engajamento precoce dos mesmos no serviço público, através de estágios, trabalhos de pesquisa prestados às prefeituras, etc., parece ser de grande valia para a formação de profissionais mais realistas e de atuação mais efetiva, além de oferecer ao sistema de saúde mão de obra barata e razoavelmente qualificada.

Essas impressões encontram respaldo na 11^a CNS que recomenda firmemente a viabilização de campos de estágios de graduação e pós-graduação com extensão das residências acadêmicas às equipes multidisciplinares. Para isso defende a regulamentação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva junto ao MEC.

Essa Conferência também pede a garantia “de uma escola que produza conhecimento (pesquisa) para o Sistema de Saúde” (p. 169).

→ Políticas de administração do setor público

*** Perfil psicológico**

No que diz respeito aos achados da pesquisa, pareceu-nos relevante o relato de que nos concursos de admissão é imprescindível a adequação do perfil psicológico do candidato como um dos critérios de escolha, privilegiando os candidatos que tenham identidade profissional e habilidade pessoal compatíveis com as funções que serão exercidas no serviço público.

*** Continuidade da filosofia de trabalho**

Uma das angústias explicitadas pelos farmacêuticos foi a incerteza da continuidade da linha de trabalhos desenvolvidas por eles. Como preservar a filosofia e qualidade da Assistência Farmacêutica das mudanças de governo e de partidos? Isso poderia ser exercido por mecanismos legais e avaliações periódicas previstas pelas políticas de saúde e

medicamentos? A exigência da 11^a CNS de Educação Continuada nas três esferas de governo e investimento em profissionais de carreira poderia ter influência nesse processo?

→ Conhecimento do paciente

Em relação ao conhecimento do paciente, parece-nos que é um segmento difícil de ser completamente resolvido, pois além do envolvimento de uma infinidade de situações particulares, exige, além de outras estratégias, perfil psicológico compatível dos funcionários de saúde e esforço contínuo pelas características da população e pela sua constante migração.

→ Avaliações como tradição e premiação

Infelizmente, não podemos comparar todas as questões analisadas medindo sua evolução ou involução nessa cidade, pois havia poucos dados de pesquisas anteriores, o que demonstra a imprescindibilidade de cultivar essa prática, introjetando essa mentalidade nos profissionais de saúde desde a sua formação universitária. Encontramos essas recomendações também nos relatórios da 11^a. CNS e das Conferências de Saúde do Estado do Paraná.

No decorrer da pesquisa em vários momentos nossa ação foi vista um ato de policiamento, apesar dos esclarecimentos prestados aos pesquisados. Entre outros fatores, isso pode ser decorrente da nossa falta de cultura e tradição em pesquisa. Portanto, é necessária a divulgação e promoção da pesquisa como hábito e como instrumento de diagnóstico para a correção, implementação e ajuste fino dos processos de trabalho, e não como busca de defeitos e seus culpados. No entanto, é imprescindível a ponderação sobre os custos necessários para a realização de pesquisas e o retorno do investimento (MSH/WHO,1997).

Por outro lado, paralelamente aos processos de diagnósticos de situação, à informação, capacitação e motivação de Recursos Humanos, parece ser indispensável que haja algum tipo de fiscalização sistemática mais com premiação do que com punição, devido à heterogeneidade complexidade da interação de contextos e seres humanos. O controle social preconizado atualmente pelas políticas de saúde, é uma das expressões dessa realidade.

12. CONCLUSÃO

Em Ponta Grossa, alguns segmentados da Assistência Farmacêutica estão além dos padrões técnicos preconizados, outros estão dentro dos parâmetros bons e outros ainda não estão resolvidos.

CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Gerenciamento central

Onze farmacêuticos trabalham para o atendimento básico, os quais estavam com um ano e meio de trabalho na época da realização da pesquisa. Tendo em conta que essas contratações foram de iniciativa da prefeitura, acredita-se que esse seja um aspecto bastante positivo.

Sendo uma experiência pioneira, parece não haver parâmetros para avaliar a adequação desse número de profissionais ao volume de trabalho que exige uma cidade do porte de Ponta Grossa. Provavelmente, somente depois de algum tempo de atuação, outras experiências desse tipo e mudanças na infraestrutura do sistema de saúde é que serão gerados subsídios para essa avaliação.

Seleção

A seleção de medicamentos apresenta como aspectos positivos uma equipe multidisciplinar e a edição de uma Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME) com boa aceitação pelos médicos - 87% das prescrições são emitidas de acordo com a mesma, enquanto que o preconizado pela OMS é 70%.

Ainda assim, há aspectos que aparentemente precisam ser reorganizados, tais como:

- As bases de revisão, pois não consideram o perfil epidemiológico local.
- A revisão da REMUME em relação aos medicamentos constantes da RENAME, pois vários dos medicamentos mais requisitados para as compras extras fazem parte desta e não daquela.
- Período de revisão da REMUME.

Programação

Na programação obedece-se à REMUME, o que é positivo. Porém, optou-se pelo consumo histórico, enquanto o desejável seria que também se agregasse o perfil epidemiológico local aos planejamentos.

As formas de cálculo não obedecem à risca o preconizado pelo MS (2002). Apesar disso, constatou-se que os medicamentos faltantes eram relativamente poucos, principalmente se consideradas outras realidades nacionais. Isso pode significar que a programação tem um desempenho suficiente para a maioria dos medicamentos. Porém o indicador composto pelos medicamentos traçadores colocou a descoberto que a programação ainda não conseguiu prever e prover as variações de sazonalidade.

Ocorre ainda o fato de haver falta de interação entre as equipe de trabalho, o que contribui para a ruptura dos estoques de alta rotatividade, conforme extensamente discutido no corpo do trabalho. Esse problema de desagregação de equipes é complexo e provavelmente demanda soluções baseadas em diagnósticos que envolvem profissionais da área das ciências sociais. A OMS faz essa recomendação e a classifica como extremamente importante e imprescindível (MSH/WHO, 1997).

Aquisição

A aquisição é feita de acordo com a lista básica, o que é tecnicamente correto. Porém, tendo em vista que a REMUME precisa ser revista, e isso se reflete na aquisição, fato que é constatado pelas aquisições extras de medicamentos além dos já adquiridos nos processos rotineiros de compra. Isso demonstra a interdependência entre os segmentos da Assistência Farmacêutica, pois os desajustes cometidos em uma atividade irão repercutir nas subsequentes. Portanto, parece que há necessidade de ajustes na seleção de medicamentos.

Os métodos de aquisição encaixam-se regularmente naqueles previstos na Lei n ° 8.666/93. A ressalva é que não se compra dos laboratórios oficiais porque uma vez os preços estavam mais altos do que os dos concorrentes. O fato de não mais se consultarem os preços dos laboratórios oficiais pode indicar uma falha de conduta a ser revista.

Foram feitas duas constatações que, aparentemente, são efeitos de algum tipo de desarticulação intra ou interesferas de governo, seja organizacional ou política:

- o repasse de verbas que deve ser feito pelo Estado não está acontecendo;
- o gasto feito pela prefeitura com os medicamentos para o programa de saúde mental representa cinco vezes mais do que o montante que é remetido pelo Estado.

Para identificação precisa das causas desses fatos seriam necessárias investigações mais detalhadas, o que foge aos objetivos dessa pesquisa.

Alguns aspectos positivos encontrados são:

As condições de contrato estão sendo cumpridas de maneira a contemplar prazos de validade com amplitude mais que suficiente para ultrapassar o tempo de uso.

Os prazos de entrega estão sendo mais respeitados, por força de cobrança de multa do fornecedor no caso de descumprimento dessa cláusula.

Aparentemente, consegue-se uma melhora de atitude dos laboratórios quanto ao cumprimento das condições contratuais, o que pode indicar que a presença de uma pessoa

qualificada -neste caso um farmacêutico - no processo de compras tende a mudar as atitudes dos fornecedores.

Na época da realização da pesquisa não existiam rotinas escritas – Procedimentos Operacionais Técnicos. Na publicação deste trabalho os mesmos estão prontos para todos os segmentos da gerência central.

Verificou-se que o gerenciamento central, com essas características atuais, está suprimindo 73% da demanda de medicamentos nas UBS. Este último achado é de classificação relativa, pois se por um lado não atingiu a meta da OMS (95%), por outro está além do que as pesquisas nacionais consultadas acharam.

Armazenamento

As boas práticas de estocagem no almoxarifado central são atendidas em 50%, sendo que a maior parte dessa cifra está condicionada à estrutura física antiga do almoxarifado. Na ocasião da publicação desse trabalho, já aconteceram mudanças nesse aspecto com a guarda dos medicamentos em outro local, enquanto não se conclui a construção das novas instalações para abrigo dos medicamentos.

Os outros locais de guarda dos medicamentos que necessitam condições especiais (imunobiológicos, controlados) estavam em condições melhores, quase ideais.

A postura dos Recursos Humanos não é a desejável, o que pode indicar dificuldades de gerenciamento nessa área.

Distribuição

Não houve condição de sondar o planejamento das entregas de medicamentos às UBS porque não há registros do número de vezes que os medicamentos são enviados além da entrega mensal rotineira. Também não há registros de perdas por danos ou desvios ocorridos durante as entregas.

Essas são falhas administrativas que, segundo a OMS são muito comuns entre os gerentes de saúde. Os seus custos indiretos são representativos e repercutem nos gastos em geral, podendo se refletir na capacidade de compra de medicamentos (MSH/WHO, 1997). A sua solução provavelmente depende de reestruturação administrativa.

Não se consegue fazer com que a medicação seja metodicamente conferida na UBS. Em conseqüência, não é possível detectar se as faltas posteriores devem-se a falhas de programação ou a apropriações indevidas. Aqui caberia uma pesquisa qualitativa para elucidar se a melhora depende de ações referentes a motivação de recursos humanos e/ou organização do trabalho.

O veículo de transporte da medicação não está completamente adequado para a conservação do medicamento. Apesar de o medicamento permanecer no máximo por quatro horas no veículo, não se faz controle se isso chega a alterar sua qualidade ou não.

De imediato, não há como emitir um juízo de valor para conceituar o quanto está bom ou o quanto está ruim este ou aquele segmento da Assistência Farmacêutica, pois cada um deles é complexo em si mesmo e composto de vários procedimentos que, apesar de repercutirem uns sobre os outros, podem ainda, cada um deles, apresentar um certo grau independente de variação de qualidade. Acredita-se que o efeito final será influenciado por essa flutuação de desempenhos. Porém, a localização e mensuração de cada um desses nós críticos demandam estudos e construção de escores para comparação, correção e divulgação. Há ainda a possibilidade de haver diferentes pesos, diferentes poderes de determinação sobre os resultados finais para cada procedimento ou segmento. As medidas de comparação terão valor se forem usadas como ferramenta para auto-avaliação e estabelecimento de processos e de metas a serem atingidas.

De maneira geral, parece haver quase um equilíbrio entre as partes positivas e negativas encontradas. Porém, não há qualquer dúvida de que, em vários pontos, não se

conseguiu atingir a qualidade de serviços desejada, tanto por falta de preparo específico dos farmacêuticos, quanto por falhas do sistema como um todo.

INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Cinco indicadores de prescrição foram pesquisados e, destes, quatro estão aquém dos padrões técnicos que recomenda a OMS. São eles: a média de medicamentos por consulta, a percentagem de medicamentos escritos pelo nome genérico, a percentagem de consultas com antibióticos prescritos e percentagem de injetáveis prescritos. O uso de injetáveis foi o indicador que mais se distanciou do padrão. Certamente esses achados repercutem na qualidade de vida do paciente e devem ser pesquisados adequadamente para as devidas providências.

O aspecto positivo encontrado é que o indicador restante - percentagem dos medicamentos prescritos de acordo com a REMUME - não só atingiu o nível técnico ideal, mas está além do que a OMS preconiza como um bom resultado.

INDICADORES DE ATENÇÃO AO PACIENTE

A média do tempo de consulta

O tempo médio de consulta médica está por volta de um terço do tempo determinado pela Portaria GM 1101/02 para o atendimento no SUS. Esse resultado pode ter exercido algum grau de influência nos valores encontrados para os outros indicadores.

Acredita-se que o tempo encontrado não é compatível com a qualidade de atendimento médico necessária para a efetivação de uma boa terapia. Arriscamo-nos a dizer que tal resultado é alarmante.

Tempo médio de dispensação

Foi o indicador mais complicado para ser construído em função de ser o mais perceptível e fácil de ser adulterado pelas pessoas que foram alvo de observação. Também influíram as dinâmicas de trabalho e desenho arquitetônicos das UBS. Não encontramos um padrão ouro para nortear uma conclusão, mas certamente o resultado encontrado é visivelmente incompatível com uma boa dispensação, o que foi confirmado pelo grau de conhecimento que o paciente apresentou sobre a medicação.

Porcentagem de medicamentos dispensados

Está aquém do que recomenda a OMS. Considerando que é um dos últimos segmentos da Assistência Farmacêutica, sofre a influência de vários, se não de todos os fatores descritos anteriormente.

Conhecimento do paciente acerca do uso do medicamento.

Não encontramos padrão para comparação, mas o resultado por si só se impõe como insatisfatório. Isso pode ser decorrente do pouco tempo de consulta, do pouco tempo de dispensação, do baixo nível de escolaridade dos pacientes e da falta da demonstração dessa realidade de forma sistematizada para os profissionais e gestores.

Dos nove indicadores relacionados até agora, um está acima do padrão de qualidade. Os outros demandam investigação e providências. Pode ser uma boa sugestão investigar as razões do resultado positivo.

INDICADORES SOBRE O ESTABELECIMENTO

Disponibilidade de exemplares da Relação Municipal de Medicamentos nos consultórios do médico nas UBS.

Esse resultado foi o melhor que se poderia atingir: 100%. Encontramos 50% dessas listas com sinais de atualização diária pelos funcionários da UBS em relação ao estoque existente no local.

Disponibilidade de medicamentos traçadores.

A maior parte dos medicamentos traçadores (87%) estavam à disposição dos pacientes. Não encontramos padrões de comparação, mas provavelmente esse foi um resultado positivo. O inconveniente foi que para dois dos medicamentos faltantes - antiinflamatório e mucolítico - não havia substituto terapêutico.

Existência de profissional farmacêutico nas UBS.

Se medirmos em termos de exclusividade de lotação do profissional, o resultado achado foi de 0%, pois não há um profissional farmacêutico para cada UBS.

Em Ponta Grossa há um esquema de trabalho em que uma equipe de nove farmacêuticos atende vinte e sete UBS, dedicando três períodos de meio-dia na semana para cada uma delas, temos que, das quarenta e oito UBS, 25% têm um dia e meio de atendimento na semana.

Toda a literatura sobre uso racional de medicamentos e os resultados encontrados nesse trabalho testemunham a necessidade da orientação farmacêutica, especialmente num sistema como o de saúde, onde existe uma confluência considerável de fatores predisponentes ao uso irracional. Há, todavia, a necessidade de pesquisas para otimizar aspectos de trabalho desse profissional, ou seja, o que fazer, como fazer, número de profissionais necessários por

habitante, qual o custo/benefício, formas de avaliação e auto-avaliação, controle social da sua atuação, etc.

Desses três últimos indicadores, um pode ser conceituado como bom. Os outros dois parecem estar numa situação intermediária.

Do total de treze indicadores, aparentemente, dois estão bons, dois estão neutros e nove necessitam de análise e providências.

Finalizando, acreditamos que há graus de dificuldades variáveis e peculiaridades para a resolução dos problemas que demandam estudos especializados.

Há necessidade de retorno destes dados aos gerentes e funcionários, bem como a discussão dos mesmos em equipes e a continuidade das avaliações. Segundo a OMS (MSH / WHO (1997), esse processo é uma poderosa ferramenta de estímulo à melhoria de qualidade de trabalhos. Portanto, pretende-se a divulgação e discussão dos mesmos entre as pessoas envolvidas.

Consideramos que este trabalho cumpriu com os objetivos propostos, pois descreveu e quantificou variáveis consideradas estratégicas para o diagnóstico da Assistência Farmacêutica. Esperamos ter contribuído com algum subsídio para a racionalização do uso do medicamento e melhoria da qualidade de vida do paciente.

13. REFERÊNCIAS

ASCIONE, F.; KIRSCH, J. & SHIMP, L., 1986. An Assessment of Different Components of Patient Medication Knowledge. *Medical Care* 24, 11:1018-1028.

 ALMEIDA C.M., 1999. As reformas do Estado e a reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4, 2: 263-286.

BECKER, M., 1985. Patient Adherence to Prescribed Therapies. *Medical Care* 23, 5: 539-555.

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

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

BERMUDEZ, J.A. & POSSAS, C.A., 1995. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. *Boletín. Oficina Sanitaria Panamericana.*, 119, 3:270-7.

BERMUDEZ, J.A.; ROZENFELD, S. & PORTELA, M.C., 1997. *Avaliação do programa Farmácia Básica – Brasil, 1997/1998*. (Projeto submetido ao Ministério da Saúde). ENSP/FIOCRUZ. Mimeo.

BERMUDEZ, J.A. & BONFIM, J.R.A. (org.), 1999. *Medicamentos e a Reforma do Setor de Saúde*. São Paulo : HUCITEC/SOBRAVIME.

BONFIM, J.R.A., 1997. Os dédalos da política brasileira de medicamentos. In: : *A construção da política de medicamentos* (J.R.A. Bonfim & V.L.Mercucci, org.), pp.269-289. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME

BONFIM, J.R.A., 1999. A mercadização de produtos farmacêuticos e a inação governamental no Brasil. In: *Medicamentos e a reforma da saúde*. (J.A.Z Bermudez & J.R.A. Bonfim (org.), pp.223-236, São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

BRASIL, 1988. Constituição (1988) *Constituição Federal [da] República Federativa do Brasil*. Rio de Janeiro: Gráfica Auriverde.

BRASIL, 1998 a. Portaria n ° 3.916/GM de 30 de outubro de 1998, dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa da Brasil*, no. 215, seção I, pág: 18, de 10 de novembro de 1998.

BRASIL, 1998. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde: FIOCRUZ.

BRASIL,1999a. Lei n ° 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, altera a Lei n ° 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999/Lei_9787-99-Medicamentos_Genericos.doc.

BRASIL, 1999b. Resolução n ° 391 de 9 de agosto de 1999, estabelece as bases legais para a instituição do medicamento genérico no País. <<http://www.saude.gov.Br./doc/Portarias/1999/Resoluçã0391-99-RegulamentaçãodaLeiDeMedicamentosGenéricos.doc>>

BRASIL, 1999c. Lei n ° 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, altera a Lei n ° 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível na INTERNET: www.saúde.gov.br./doc/Portarias/1999/lei9787-99-MedicamentosGenéricos.doc.

BRASIL, 2002. Portaria n ° 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS <<http://www.saude.gov./sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>

CAPRA, F., 1996. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix.

CARLOS, I.C.C., 1997. O sistema integral de Assistência Farmacêutica no Ceará. In: *A construção da Política de Medicamentos* (J.R.A. Bonfim & V.L. Mercucci,, org.). São Paulo:HUCITEC/SOBRAVIME.

CASTELAR, R.M.; MORDELET, P. & GRABOIS, V., 1995. *Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes : ENPS - Éditions École Nationale de la Santé Publique (Cooperação Brasil-França).

CHIAVENATO, I., 1999. *Administração de Recursos Humanos – Fundamentos básicos*. São Paulo : Atlas.

CONASS (Conselho Nacional de Secretaria de Saúde), 1998a. II Oficina de Trabalho – 1997. *Cadernos Conass*, 1(3): 9-67.

CONASS (Conselho Nacional de Secretaria de Saúde), 1998b. III Oficina de Trabalho – 1997. *Cadernos Conass*, 1(3): 70-114.

CONTADRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS J.L. & BOYLE P., 1999. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo-Rio de Janeiro. HUCITEC ABRASCO.

COSENDEY, M.A.E., 2000. *Análise da implantação do Programa de Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. Tese de doutorado em Saúde Pública apresentada à Fundação Osvaldo Cruz Rio de Janeiro.

COSTA, M.C; MACEDO, J.N. & HERMÓGENES, J., 1992. Prescrição, dispensação e uso de medicamentos em dois centros de Salvador , Bahia *Revista Baiana de Saúde Pública*, 19, 1:19-28.

CUNHA, G.W., 1999. Qualidade da Prescrição: uma questão de receita. *Revista Racime* 52, Setembro/outubro.

DATASUS (Departamento de Informática do Sistema único de Saúde), 2002. Informações de Saúde. Informações demográficas e Sócio-econômicas. Disponível na INTERNET: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>.

DEF 2000/01 - *Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, 2000-01*. Rio de Janeiro : EPUC (Editora de Publicações Científicas Ltda.)

DND – Drugs for Neglected Diseases working group, 2001. *Desequilíbrio fatal : a crise em Pesquisa e Desenvolvimento de drogas para doenças negligenciadas*. Campanha de acesso a medicamentos essenciais. Genebra : Médicos Sem Fronteiras(Médecins Sans Frontières – MSF)

DRUCKER, P, 1997. *Fator humano e desempenho: o melhor de Peter Drucker sobre Administração*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora.

DUPIM, J.A.A., 1999. *Assistência Farmacêutica : um modelo de organização*. Belo Horizonte : SEGRAC.

DUPIM, J.A.A. & RIGHI, R.E., 1997. Assistência Farmacêutica nos locais de saúde. In: *A construção da política de medicamentos* (J.R.A. Bonfim & V.L.Mercucci, org.), pp.269-289. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

FAUS, M.J. & MARTÍNEZ F., 1999. ¿ Que es la Atención Farmacéutica? L Atención Farmacêutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta em marcha. *Pharmaceutical Care* España; 1: 52-61.

FEFER, E., 1999. Uso racional de medicamentos. In: *Medicamentos e a reforma do setor de saúde*. (J.A.Z. Bermudez & J.R.A.Bomfin, org.). São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

FUNDACIÓN ISALUD, 1999. *Estudios de la economía real : El mercado de medicamentos en la Argentina*. Buenos Aires : Centro de Estudios para la Producción.

HAAIJER-RUSKAMP, F.M. & HEMMINK E. , 1993. The social aspects of drug use. In: *Drug utilization studies Methods and uses*. (M.N.G. Dukes, org.), pp.97-123. WHO Regional Publications, European Series, 45. Copenhagen:WHO (World Health Organization).

HEPLER, CD & STRAND LM, 1999. Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. *Pharmaceutical Care Especial*, 1: 35-47.

IAPAR (Instituto Agronômico do Paraná), 1994. *Cartas Climáticas do Estado do Paraná*, Londrina.

ISAZA, P, 1999. Medicamentos en la reforma del setor salud. In: *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. (J.A.Z. Bermudez & J.R.A.Bonfim, org.), pp.57-77 . São Paulo : HUCITEC/SOBRAVIME.

JONCHEERE, K, 1997. A necessidade e os elementos de uma política de medicamentos. In: *A construção da política de medicamentos* (J.R.A. Bonfim & V.L Mercucci, org.), pp.49-71. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

KESSLER, DA, 1991. Sounding Board Communicating with patients about their medications. *The New England Journal of Medicine* , 5: 1650-1652.

LEXCHIN, J, 1997. Uma fraude planejada: a publicidade farmacêutica no Terceiro Mundo. In: *A construção da política de medicamentos* (J.R.A. Bonfim & V.L.Mercucci, org.), pp.269-289. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

LUGONES, R., 1999. Marketing y promoción de medicamentos: ¿Qué limites pueden ser implementados? In: *Medicamentos e a reforma do setor de saúde.* (J.A.Z. Bermudez & J.R.A. Bonfim, org.), pp. 211-221. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

LUGONES, R., 1999. Análisis comparado de política de medicamentos. In: *Medicamentos e a reforma do setor de saúde.*(J.A.Z. Bermudez & J.R.A. Bonfim, org.), pp. 79-91. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

LUZ, R., 1996. *Clima Organizacional.* Rio de Janeiro : Qualitymark.

MADALOZZO, J.C.B., 1999. *O curso de Farmácia na Universidade Estadual de Ponta Grossa e o paradigma de Atenção Farmacêutica.* Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Estadual de Ponta Grossa- PR.

MANSUR, AP; MATTAR, APL; TSUBO CE; SIMÃO DT; YOSHI FR; DACI K., 2001. Prescrição e aderência das estatinas em *pacientes* com doença arterial coronariana e hipercolesterolemia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 76, 2: 111-114.

MARWICK, C., 1995. FDA pushes for prescription drug information. *Medical News & Perspectives - JAMA* , v. 273, 23:1815-1816.

MARWICK, C., 1997. Medguide: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription drugs. *Medical News & Perspectives - JAMA*, vol. 277, 12: 949-950.

MATTHEWS, H., 2000. Why don't patients do as they are told? *Practice Nurse*, 3, v.20 i8: 472.

MEDICI, AC; OLIVEIRA, F & BELTRÃO, KI, 1991. *A política de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, outubro.

MS/CEME (Ministério da Saúde / Central de Medicamentos), 1996. *Manual de Procedimentos para Programação de Medicamentos – 1997*. Brasília : CEME.

MS (Ministério da Saúde), 1999. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília.

MS (Ministério da Saúde), 1999a. *Relatório de Avaliação do Programa Farmácia Básica*. Brasília . Mimeo.

MS (Ministério da Saúde), 2001. *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*. Relatório final da 11^a Conferência Nacional de Saúde. Série histórica do CNS, no. 1. Brasília-DF.

MS (Ministério da Saúde), 2001a. *Política Nacional de Medicamentos*. Série C. Projetos, Programas, Relatórios, n^o 25. Brasília.

MS (Ministério da Saúde), 2001b. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – Instruções Técnicas para sua organização*. Brasília : Gráfica Brasil.

MS (Ministério da Saúde), 2002. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. Série B. Textos básicos de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília- DF.

MS (Ministério da Saúde), 2002. *Manual de apoio aos gestores do SUS*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília-DF.

MSH/WHO (Management Sciences for Health / World Health Organization), 1997. *Manging drug supply: the selection, procurement, distribution and use of pharmaceuticals*. USA: Kumarian Press.

NYAZEMA, N Z & CHAVUNDUKA D; et al 1991. Drug information for the community: type and source. *Central África Journal of Medicine*, 1 37, 7:203-206.

OSÓRIO-de-CASTRO, C.G.S. (org.); MOSEQUI G.B.G.; PEIXOTO M.A.P.; CASTILHO S.R. & LUIZA V.L., 2000. *Estudos de utilização de medicamentos : noções básicas*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

PACHECO, F.; AGUIAR, M.G.G. & QUEIROZ, A.M., 1998. *Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia*. Universidade da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Mimeo.

PASSOS NETO, J., 2000. *A farmácia domiciliar da região urbana de Ponta Grossa-Paraná*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Universidade Estadual de Ponta Grossa-PR.

PEPE, V.L.E & VERAS, C.M.T, 1995. *A prescrição médica*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. (Série Estudos em Saúde Coletiva; 111)

PÉCOUL, B.; CHIRAC, P.; TROUILLER, P. & PINEL, J., 1999. Access to essential drugs in poor countries. A lost battle? *JAMA*, 27, vol.281, 4 : 361.

PEREIRA, AA, 1995. *Produção descentralizada de medicamentos essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico estratégico de sua implementação*. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas/EBAP. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Mimeo.

PERINI, E.; MÓDENA, C.; RODRIGUES, R.N.; MACHADO, A.M.L.S.. & PAIXÃO, H.H.; 1999. Consumo de medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema da epidemiologia. *Revista Ciências Farmacêuticas*, v. 20, 2 : 471-488.

PONTA GROSSA, 2002. *Plano de Saúde-2003*. Relatório técnico. Secretaria Municipal de Saúde, Ponta Grossa-PR.

ROIZBLATT, A.S.; CUETO, G. & ALVAREZ, P., 1984. Diagnóstico y tratamiento. ¿Que saben los pacientes? *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 97, 6 : 491-96.

RPM (Rational Pharmaceutical Management Project), 1995. *Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach*. USA: Kumarian Press.

SANTI, V , 1999. *Medicamentos: verso e reverso da propaganda* . Ponta Grossa: UEPG.

SES (Secretaria Estadual de Saúde), 2001. *Relatório das Conferências Estaduais de Saúde e Conferências Temáticas do Conselho Estadual de Saúde do Paraná 1995 `a 2000*. Curitiba : Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Paraná.

SILVA, T; SCHENKEL, EP & MENGUE, SS, 2000. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 2. 20 de julho de 2001, <[http:// www. scielo.br](http://www.scielo.br) .

SOBRAVIME/AIS-LAC (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/ Acción Internacional para la Salud – América Latina y El Caribe), 2001. *O que é uso racional de medicamentos*. São Paulo.

STROZZI, J.B., 1997. *SUS pense: uma reflexão epidemiológica sobre o SUS e outras aplicações acadêmicas*. Londrina : CEBES.

TEMPIER, R., 1996. Long term psychiatric patient's knowledge about their medication *Psychiatric Services*, 47 , 12 : 1385-1387.

VELÁSQUEZ, G. , 1999a. Farmacoeconomia: evaluación científica o estratégia comercial? In : *Medicamentos e a reforma do setor de saúde*. (J.A.Z. Bermudez & J.R.A. Bonfim org.). São Paulo: HUCITEC/SOBRVIME.

VELÁSQUEZ, G., 1999b. Impacto económico del uso racional de medicamentos. In: *Medicamentos e a reforma do setor de saúde*. (J.A.Z. Bermudez & J.R.A. Bonfim org.). São Paulo: HUCITEC/SOBRVIME.

VILELA, J.E.M. & COSTA, D.A. 1998. “Compliance”: Fatores necessários ao cumprimento de um programa terapêutico. *Associação Brasileira de Psiquiatria Biológica* 6, 3:127-132.

WHO/APED (World Health Organization/Action Program on Essential Drugs), 1993. *How to investigate drug use in health facilities: select drug use indicators*. Geneva : WHO/DAP/93.1.

WHO (World Health Organization), 1994. *Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual*. Geneva: WHO.

ZUBIOLI, A, 1992. *Profissão: Farmacêutico. E agora?* Curitiba: Lovise.

14. ANEXOS

ANEXO 1. QUADRO DESCRITIVO DOS INDICADORES BÁSICOS DE USO DE MEDICAMENTOS

Dimensão	Descrição do Indicador	Objetivos	Cuidados na coleta	Cálculo	Padrão
Prescrição	A1. Número médio de medicamentos por prescrição	Medir o grau de polifarmácia	Medicamentos combinados são contados como um. É necessário estabelecer normas para a contagem do medicamento em certas práticas ambíguas de prescrição (ex algumas terapias seqüenciais padronizadas)	Média calculada dividindo o número total de medicamentos prescritos pelo número de consultas avaliadas. Não é relevante se o paciente recebe o medicamento.	2 ou menos (OMS)
	A2. Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico	Medir a tendência da prescrição pelo nome genérico	Os investigadores devem estar habilitados a entender e classificar os nomes utilizados na prescrição. A lista municipal de medicamentos básicos deve estar disponível para consulta do investigador	Média calculada dividindo o número de medicamentos prescritos com o nome genérico pelo número total de medicamentos prescritos	100% (OMS)
	A3. Porcentagem de receitas com prescrição de um antibiótico	Medir o uso global de antibióticos, (terapia medicamentosa importante, geralmente cara e usada em excesso).	Uma lista completa de todos os produtos classificados como antibióticos deve estar disponível.	Porcentagem - Dividir o número de receitas com antibióticos pelo número total de receitas analisadas, multiplicar por 100.	20% (OMS)
	A4. Porcentagem de receitas com prescrição de uma injeção	Medir o uso global de medicamento injetável, (via de administração importante, geralmente cara, crítica e usada em excesso).	Os investigadores devem ser instruídos que imunizações não contam como injeções.	Porcentagem - Dividir o número de receitas com injetáveis pelo número total de receitas analisadas, multiplicar por 100.	10% ou menos (OMS)
	A5. Porcentagem de medicamentos prescritos da relação municipal de medicamentos essenciais	Medir o grau de conformidade das prescrições médicas à lista de medicamentos essenciais do município.	Devem ser providenciadas cópias da lista municipal de medicamentos essenciais, com a qual as prescrições podem ser comparadas. São necessários procedimentos para determinar se os medicamentos prescritos com nome de marca são equivalentes aos genéricos constantes na listas	Porcentagem – dividir o número de produtos prescritos que constam da lista de medicamentos essenciais pelo número total de produtos prescritos, multiplicar 100.	70% (OMS)
Atenção ao paciente	B1. Tempo médio de consulta médica	Medir o tempo que o médico dedica ao paciente no processo de exame clínico e elaboração da prescrição	Procedimentos e dispositivos para medir com exatidão o tempo gasto durante a consulta. Considerar o somente o tempo decorrido entre a entrada e a saída do consultório médico. Não deve ser contado o tempo de espera.	Média, calculada pela divisão do tempo somado de todas as consultas analisadas pelo número total de consultas observadas.	15 minutos (Portaria 1101 GM-SUS)
	B2. Tempo médio de dispensação	Medir o tempo que o profissional da farmácia dedica ao paciente.	Procedimentos e dispositivos para medir com exatidão o tempo gasto durante a dispensação. Considerar apenas o tempo decorrido entre a chegada ao dispensador e a término da dispensação. Não deve ser contado o tempo de espera ou conversas diversas.	Média, calculada pela divisão do tempo somado de todas as dispensações pelo número total de dispensações observadas.	**

	B3. Porcentagem de medicamentos realmente dispensados	Medir a capacidade dos postos para prover os medicamentos prescritos	Verificar se os medicamentos prescritos foram realmente dispensados.	Porcentagem calculada pela divisão do número total de medicamentos dispensados no posto pelo número total de medicamentos prescritos, multiplicado por 100.	95% (OMS)
	B4. Percentual de pacientes com conhecimento sobre nome e a posologia do medicamento	Medir a efetividade da informação dada aos pacientes sobre o nome e a posologia dos medicamentos prescritos	Acesso às prescrições para verificar o conhecimento dos pacientes sobre o nome e a posologia. Os entrevistadores devem registrar as respostas dos pacientes, para análise posterior.	Porcentagem calculada dividindo o número de pacientes que responderam corretamente todos os nomes e posologias dos medicamentos prescritos, pelo número de pacientes entrevistados, multiplicado por 100.	75% (AMA)
Do estabelecimento	C1. Disponibilidade de exemplares da lista de medicamentos essenciais ou de formulário terapêutico	Verificar a disponibilidade da lista de medicamentos essenciais do município nos 7 postos de saúde.	Listas de medicamentos essenciais devem existir em todos os postos de saúde. As verificações devem ser registradas com Sim ou Não/consultório. Está disponível para consulta do médico ou não.	Porcentagem calculada dividindo o número de consultórios que dispõe de listas de medicamentos essenciais pelo número total de consultórios observados, multiplicado por 100.	100% (OMS)
	C2. Disponibilidade dos medicamentos traçadores (WHO, 1993).	Medir a disponibilidade de medicamentos para doenças de alta prevalência no município.	Uma lista de 10 a 15 medicamentos utilizados para as doenças de alta prevalência no município deve estar disponível.	Porcentagem calculada dividindo o número de medicamentos traçadores em estoque pelo número total de medicamentos da lista, multiplicado por 100.	--
	C3. Existência de profissional farmacêutico lotado na assistência farmacêutica. (Pacheco, 1998)	Verificar a presença de farmacêutico nas farmácias dos postos.		Porcentagem calculada pela divisão do número de farmácias que dispõem de farmacêutico sobre o número total de estabelecimentos analisados, multiplicado por 100.	--

Fonte: WHO, 1993. Padrões: OMS –WHO,1993; Cosendey, 2000; Portaria 1101GM; Marwik, 1997

**ANEXO 2. ENTREVISTA AO PACIENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE DE
PONTA GROSSA**

Local da entrevista: _____ Data: ___/___/___

Paciente nº _____

Hora de entrada no consultório _____ hora de saída _____

Entrevistador _____

Aborde o paciente e se apresente:

Com licença, sou acadêmico de farmácia e estou fazendo um estudo sobre como as pessoas usam o medicamento, em quanto tempo são atendidas na consulta e na farmácia, quantos e quais remédios o médico manda tomar, e quantos medicamentos as pessoas conseguem receber no posto de saúde. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre isso. Se o(a) senhor(a) não quiser responder, não é obrigado(a). É seu direito recusar.

O (a) senhor(a) concorda em participar desse estudo? () sim () não

O médico lhe deu uma receita com medicamentos? () Sim () Não

Se a resposta for positiva para as duas perguntas, acompanhar o paciente até a farmácia e avisá-lo de que as perguntas lhe serão feitas à sua saída; marcar o tempo de dispensação e prosseguir com a coleta de dados; se pelo menos uma delas for negativa, agradecer e iniciar o acompanhamento de outro paciente.

Primeiro anote a resposta do paciente a todas as perguntas. Só depois copie a receita.

Tempo de dispensação na farmácia: Entrada _____ Saída _____ Segundos _____

(Esta tabela preencha com as declarações do **paciente**)

Qual o nome do remédio?	A cada vez, quantos deve tomar?	Quantas vezes deve tomar?
M1	M1	M1
M2	M2	M2
M3	M3	M3
M4	M4	M4
M5	M5	M5

Escreva “ ÑS ” de Não Sabe, quando o paciente não souber informar, no campo onde deveria escrever tal informação.

5. Você recebeu os remédios? () Sim, tudo. () Não.

() Sim, parte quantos? ___ Quais?(marque na próxima tabela)

(preencha **copiando fielmente** a receita, na mesma ordem que as respostas do paciente)

Nome do remédio	Unidades a tomar	Escala de horário	FF sóInjet.
M1	M1	M1	
M2	M2	M2	
M3	M3	M3	
M4	M4	M4	
M5	M5	M5	

Peça a receita, copie os remédios . Nessa tabela, faça a seguinte marcação:

“ R ” ao lado dos remédios recebidos e “ F ” ao lado dos faltantes.

“ I ” de Ilegível se você não conseguir ler.

“ NR ” de Não Registrado, se algum dado não estiver registrado na receita.

6. Onde pensa conseguir os remédios?

Farmácia do Terminal Farmácia do posto de saúde

Farmácia Privada Outro

7. O (a) senhor(a) se importaria de me dizer quanto que dá juntando tudo o que todos ganham na sua casa?

até R\$ 200,00 de R\$201,00 a R\$400,00

de R\$401,00 a 800,00

de R\$ 801,00 a R\$ 1.600,00 mais de R\$ 1.601,00

não informou

8. Quantos anos o(a) senhor(a) estudou?

não estudou Lê não Lê 1º. grau incompleto

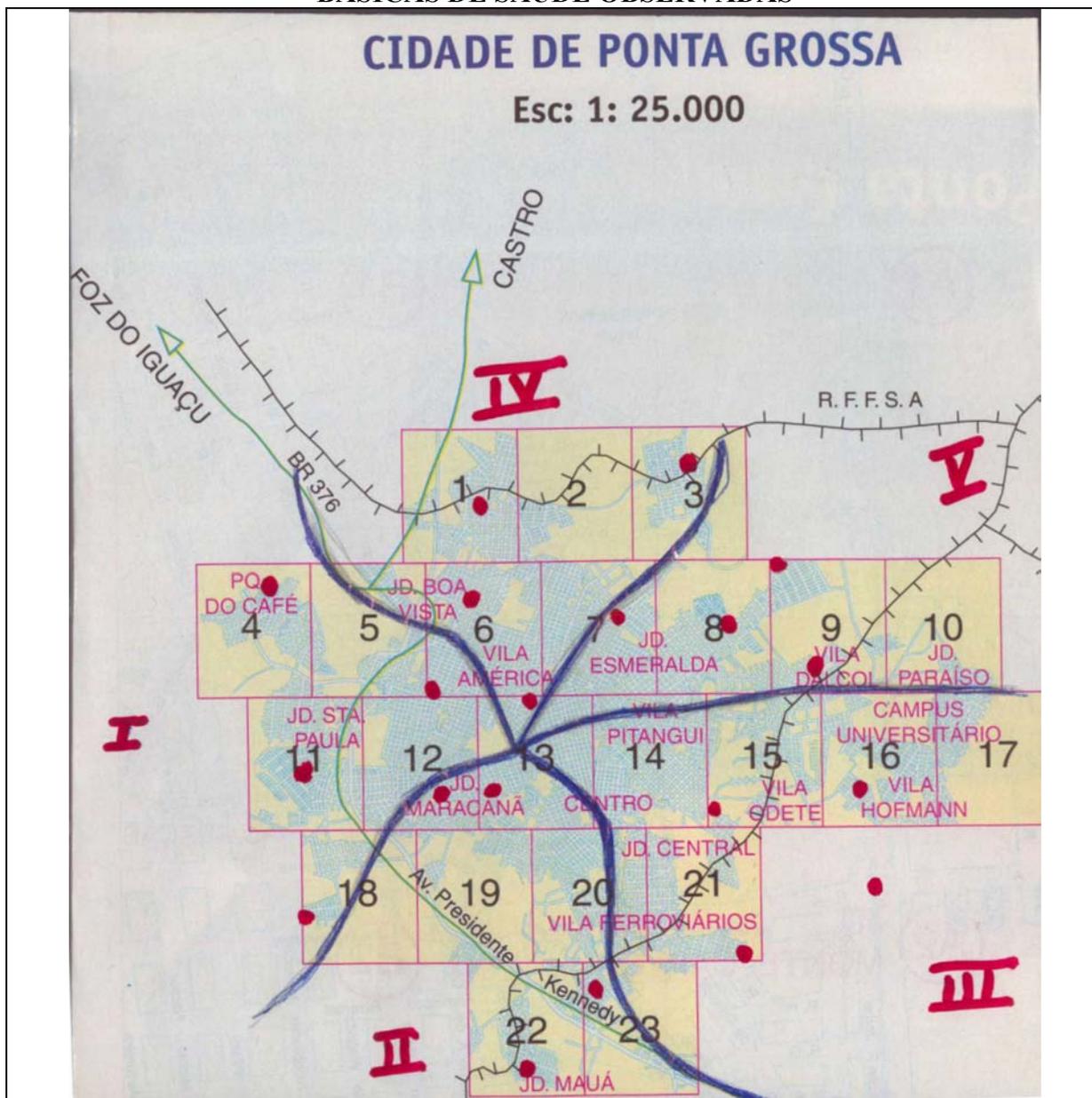
1º. completo 2º. grau incompleto 2º. grau completo

3º. grau (universitário)

Se o paciente disse algum dado errado, ensine-o a usar remédio corretamente. Agradeça a colaboração e despeça-se.

ANEXO 3

MAPA DE PONTA GROSSA COM A LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE OBSERVADAS



CURITIBA - 120 Km.

LEGENDA

- UBS observadas
- Algarismos Romanos = Distritos Sanitários



ANEXO 4 : TÓPICOS DE TREINAMENTO DOS PESQUISADORES

TÓPICOS	INSTRUMENTO	TEMPO
<p>1. Panorama da pesquisa</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que é um estudo de indicadores - Qual o interesse/utilidade do mesmo para o Ministério da Saúde, para a Saúde Pública, para a profissão do Farmacêutico; <p>Papel dos entrevistadores</p> <p>Qual o trabalho que deve ser efetivado; data de início e fim;</p> <p>Dias de trabalho e compensação</p> <p>Número e localização dos lugares a serem visitados e designação das respectivas pessoas que farão as visitas.</p>	<p>Pacote resumido do estudo</p> <p>Mapa da cidade com a localização das UBS a serem visitadas</p>	60 minutos
<p>2. Procedimentos para a coleta dos dados</p> <p>Mostra dos formulários dos indicadores, da entrevista, material de orientação (manual de procedimentos, mapas, trabalhos anteriores, etc)</p> <p>Indicar os campos de preenchimento e as características de registro para cada tipo de dado.</p>	<p>Instrumentos de coleta de dados (formulários)</p>	15 minutos
<p>3. Codificação das informações – fase de tabulação</p> <p>Os dados devem ser organizados de maneira padronizada;</p> <p>Os formulários devem ter espaços bem definidos para cada dado, para os nomes dos medicamentos e os códigos para os indicadores (Neste caso, não haverá codificação durante a coleta de dados).</p> <p>A exposição deste tópico visará informação, esclarecimento e motivação para os entrevistadores procederem à coleta e registro dos dados com maior rigor metodológico.</p>	<p>Campos de indicadores de prescrição (formulários)</p> <p>REMUME</p>	15 minutos
<p>4. Códigos dos medicamentos - conforme o nível de detalhamento explorado.</p> <p>(neste caso, a codificação não será feita pelos pesquisadores)</p> <p>Os medicamentos podem estar prescritos pelos nomes de similares, e há necessidade de conhecimento específico.</p> <p>Todos os medicamentos devem ser registrados, sejam dispensados ou não.</p>	<p>REMUME</p>	15 minutos
<p>5. Demonstração prática de registro dos dados nos formulários</p> <p>10 exemplos de casos normais (sem problemas), e ilustração de como transcrever os dados da receita e as respostas dos pacientes para os formulários</p> <p>10 exemplos de casos problemáticos que podem ser encontrados (ilegibilidade, respostas que não se encaixam nos campos previstos, pacientes sem receita, maneira de falar, satisfações para curiosos e/ou preocupados, esclarecimento aos acompanhantes ansiosos por ajudar).</p>	<p>Formulários</p>	60 minutos
<p>6. Treinamento em campo com supervisão direta – teste piloto</p>	<p>Receitas, Formulários, manual de instruções, mapas, REMUME.</p>	2 dias

Fonte: WHO, 1993.

ANEXO 5: MANUAL DE INSTRUÇÃO DO ENTREVISTADOR

Você faz parte da fração da população brasileira que consegue chegar a um nível privilegiado de estudo; agora, está participando de um pequeno mas importante passo para a saúde pública no Brasil.

Esta é uma pesquisa qualitativa com base em dados quantitativos para caracterização de serviços e que pode gerar subsídios para diagnósticos de situação em Assistência Farmacêutica. Tendo presente que a Assistência Farmacêutica envolve a produção, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos, você estará colhendo dados que subsidiarão análises relacionadas a esses aspectos.

Servirá de modelo para outros trabalhos, se os seus resultados forem confiáveis.

- O seu empenho com certeza vai fazer diferença nos resultados, e estes poderão fazer diferença no processo de tomada de decisões de diferentes grupos que trabalham com a saúde.

Essas decisões atingirão a população, da qual fazemos parte. Logo, nos atingirá também, de maneira direta e indireta. E, já que um dia decidimos ser profissionais de saúde e ainda persistimos nessa decisão, é melhor que o nosso viver realmente contribua para isso, na medida do possível. Uma maneira bem produtiva de efetivar nosso objetivo é colher dados e fornecer subsídios para que não haja desperdício de trabalhos, de empenhos, de profissões, de vidas inteiras – inclusive as nossas.

Um povo doente é um povo que não produz economicamente. Não produzindo economicamente, além de a pobreza aumentar, há aumento da marginalidade e dos crimes, fechando um triste círculo vicioso. Isso certamente nos atingirá também. Portanto, façamos a nossa parte - nós que fomos colocados numa posição privilegiada, nós que estamos à procura do conhecimento. Se esse conhecimento foi colocado em nosso caminho, certamente não foi à toa; em algum tempo, de alguma maneira, isso nos será cobrado. E provavelmente será na

forma das condições de vida em que estaremos inseridos. Com certeza, sozinhos não conseguiremos resolver o problema; mas trabalhando em equipe, demarcando, reconhecendo e procurando soluções para as limitações encontradas (inclusive as nossas), certamente contribuiremos para gerar um outro círculo de retroalimentação, que expandirá em todas as direções os resultados dos seus bons frutos.

Convenções dos diferentes tipos de letras usados neste manual:

Arial: destaque para a mensagem inicial.

Times new roman: fala da pesquisadora dando instruções aos entrevistadores.

Times new roman em itálico: fala que deverá ser do entrevistador ao paciente.

Times new roman em negrito ou sublinhado: destaque para os momentos mais passíveis de esquecimento, desentendimento ou erro.

ROTINA:

1. Paciente é atendido no consultório.

Quando o paciente entrar no consultório, registre esse horário no campo próprio do questionário.

Quando o paciente sair, marque esse horário no campo próprio.

2. Abordagem e questionamento do paciente.

- Chame-o de senhor/senhora.

Apresente-se e diga:

Com licença, sou acadêmico de farmácia e estou fazendo um estudo sobre como as pessoas usam o medicamento, em quanto tempo são atendidas na consulta e na farmácia, quantos e quais remédios o médico manda tomar, e quantos medicamentos as pessoas

conseguem receber no posto de saúde. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre isso. Se o(a) senhor(a) não quiser responder, não é obrigado(a) - é seu direito recusar. Não aparecerá em momento algum e em nenhum lugar, o seu nome, nem o do médico, nem o do posto de saúde que lhe atenderam.

Se o paciente não entender sobre o que é o trabalho, diga com palavras mais simples que é sobre a maneira como as pessoas tomam o remédio, como ele está sendo atendido no posto e que tanto de remédios ela está conseguindo.

Nunca expresse opinião sobre a qualidade dos serviços.

Em qualquer ocasião em que o paciente começar a reclamar, limite-se a escuta-lo com simpatia. (porém não se demore com isso). Diga apenas “... é ...a gente sabe como é que é...” Não diga mais nada além disso. Inicie logo as perguntas.

O(a) senhor(a) concorda em participar desse estudo? ()sim ()não

Esse é um protocolo de consentimento, e é obrigatório por exigência de comissões de ética.

O médico lhe deu receita? ()sim ()não

Se as duas respostas forem positivas, informe o paciente de que precisará fazer-lhe algumas perguntas quando ele sair da farmácia.

3. Acompanhe (à distância) o paciente até a farmácia.

Marque o tempo de dispensação disparando o cronômetro quando o paciente chegar à frente do dispensador, e bloqueie-o quando ele terminar de receber a medicação e, eventualmente, as instruções.

Não compute tempo de espera nem conversas que não digam respeito ao medicamento.

* Coloque-se em um lugar onde você possa observar o paciente sem ficar sendo visto continuamente pelo dispensador.

4. Depois que o paciente sair da farmácia, reinicie as perguntas.

Seja claro, fale calmamente e num tom de voz que a pessoa consiga ouvir bem.

Se o paciente não entender, repita exatamente a pergunta, com as mesmas palavras.

Não mude a ordem das perguntas, nem das palavras.

Seus colegas terão que falar igual a você e você igual a eles.

Não fique repetindo a pergunta - a não ser que o paciente não tenha entendido ou escutado. Pergunte uma só vez, no máximo duas vezes.

Aponte na receita com a caneta para cada item perguntado, mas não fique apontando o tempo todo.

Conte mentalmente até 15 segundos e, se o paciente não responder ou disser que vai perguntar na farmácia ou para a enfermeira, etc, registre ÑS, de não sabe.

Nunca pergunte se “ele entende a receita”, mas “qual é o nome desse medicamento...ou...quantas vezes deve tomar...etc” (no lugar onde você aponta.)

Os entrevistadores têm que agir da maneira mais padronizada possível, pois atitudes ou palavras diferentes em pontos diferentes de pesquisa induzirão a respostas diferentes que depois, ao serem somadas, darão um resultado diferente do real.

Se isso acontecer, todos sairemos perdendo: a pesquisadora coordenadora, os pesquisadores entrevistadores, as autoridades sanitárias que fariam uso dos resultados para redirecionar ações e o povo (e, em última análise, a sociedade, da qual fazemos parte. Portanto, perdemos duas vezes.)

Atenção: Evite que o paciente dê as informações dos remédios fora de ordem.

Em todas as questões, trabalhe junto com o paciente, no sentido de manter a mesma ordem das respostas com as perguntas. Para isso, acostume-se a apontar cada remédio com a caneta e obter todas as respostas referentes a ele. Só depois passe para o remédio seguinte, para começar a perguntar.

Primeiro anote todas as respostas até a pergunta cinco – só depois peça para copiar a receita .

Não se apresse. (mas também não se demore)

Faça tudo com tranquilidade, pois a sua atitude mental contagiara o paciente.

Se você não conseguir fechar os dez questionários por período, nós voltaremos ao posto.

É mais importante a qualidade do trabalho do que o volume de dados.

Muita atenção na pergunta:

Quantas vezes toma por dia?

Geralmente o paciente olha na receita e responde o horário como está escrito (se ele entender). Isso gera respostas do tipo “ de oito em oito horas...de 12 em 12 horas...”.

Repita a pergunta enfatizando que você quer saber **quantas vezes** toma o comprimido no dia e só considere-a respondida quando o paciente lhe disser o número de vezes por dia.

Só depois de registrar todas as respostas para cada medicamento passe ao medicamento subsequente.

Esse procedimento tem que ser adotado para **evitar um desentendimento** muito comum de acontecer, principalmente com as receitas que têm só dois remédios.

Nesse o caso, o paciente depois de somar mentalmente os comprimidos desses dois remédios diferentes dá uma **resposta ambígua**, parecendo que toma dois comprimidos do mesmo remédio.

Por ex.: Se ele tem que tomar digoxina e furosemida, ele responde “dois comprimidos por vez”; mas, na verdade toma um de cada.

Cuide para que a ordem do foi copiado seja a mesma do que foi respondido.

Procure não mostrar expressões no seu rosto ou na sua voz, que não sejam de empatia.

Na pergunta sobre o tempo de estudo - “*Até que ano o(a) senhor(a) estudou?*” - procure esclarecer o ciclo de que ele está falando; por exemplo: se ele disser “até o terceiro ano”, pergunte se do antigo primário, ginásio ou colegial/científico (atualmente, ensino fundamental – 1^a a 8^a séries e ensino médio).

Se o paciente responder qualquer questão com alguma expressão que você não encontra no formulário, anote-a como ele falou, no campo mais próximo do que se encaixaria a resposta.

Sempre que encontrar algum disparate, ou detalhe interessante, destaque. Faça anotações na parte inferior em branco da folha de questionário.

Cuidado com o acompanhante.

Na maior parte das vezes, há interferência explícita ou implícita do mesmo, que pode alterar significativa as respostas.

Observe se ele vem em socorro do respondente, ou se ele fica em volta .

Se vem em socorro, ele começa a responder pela pessoa questionada. Então, diga-lhe educadamente :

“Se não for a resposta do paciente, a pesquisa perderá o valor. Não há motivo para preocupação, não é preciso acertar tudo. Estamos trabalhando para avaliar a qualidade dos serviços prestados à população, inclusive a qualidade da receita. A maioria das pessoas não consegue entender a receita e ninguém é obrigado – nem o farmacêutico – a entender da maneira como o médico escreve. O paciente não é obrigado e nem deve voltar no médico porque a farmácia não entendeu o escrito, como acontece muitas vezes.”

Diga com essas palavras. Não as mude, pois todos os entrevistadores têm que falar de maneira padronizada com os pacientes.

Anote, na parte que sobra em branco da folha do seu questionário, os casos referentes a:

a) paciente que sabe tudo - observe se ele é crônico, tanto pelo tipo de medicação, como perguntando se faz tempo que ele usa aqueles remédios, do que é que ele se trata;

b) paciente que recebeu medicamentos com posologia escrita pela farmácia. Se quiser olhar neles para responder, diga-lhe:

“Nós estamos avaliando a receita, então temos que primeiro olhar nela.”

Faça as perguntas, anote as respostas nos campos normais.

Depois verifique se o paciente entendeu a **posologia** escrita na etiqueta da farmácia.

Pergunte **QUANTAS VEZES** ele tem que tomar cada um dos medicamentos, e **QUANTO DE CADA VEZ**.

Marque com destaque essa entrevista, tenha o paciente acertado ou errado suas.

Registre a forma como o paciente respondeu.

Copie fielmente o que o atendente da farmácia escreveu, ao lado do seu registro do que o paciente falou.

Indique por escrito onde e em que material a farmácia anotou a informação para o paciente.

Depois de tudo respondido, instrua o paciente sobre a maneira correta de tomar a medicação, se ele tiver errado alguma resposta. Ensino-o a tomar os medicamentos para febre se necessário.

Não demonstre impaciência, cansaço, afobação, surpresa, ou qualquer outro sentimento negativo - lembre-se de que esse paciente já esperou bastante para ser atendido.

Agradeça, despeça-se, peça-lhe desculpas pelo incômodo.

Anote suas dificuldades e dúvidas para discutirmos e solucionarmos depois.

ANEXO 6

FORMULÁRIOS E PLANILHA DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO INTERNA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.


GOVERNO DO ESTADO
RJ
 Rio de Janeiro

Avaliação Interna da Assistência Farmacêutica Municipal
Enfoque no atendimento ambulatorial

Período de referência: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Município: _____

Responsável pela Assistência Farmacêutica: _____

Fone: () _____; mail: _____

Função na Secretaria Municipal de Saúde: _____

Data de preenchimento do questionário: ____ / ____ / ____

Questionário preenchido por: _____

Função na Secretaria Municipal de Saúde: _____

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO MUNICÍPIO

1.1. População total estimada: _____ (Fonte: DATASUS, ano ____)

1.2. Mulheres em idade fértil: _____ 1.3. População de idosos: _____

1.4. População adulta de maior suscetibilidade a HTA e diabetes mellitus (30 anos e mais): _____

1.5. Nº Estimado de indivíduos diabéticos com indicação de tratamento farmacológico:
 $1.5 = (1.4) \times 0,0635 =$ _____

1.6. Nº Estimado de indivíduos hipertensos com indicação de tratamento farmacológico
 $1.6 = (1.4) \times 0,0975 =$ _____

2. ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

2.1. A Secretaria Municipal de Saúde possui organograma formalmente definido?
 Sim
 Não (*vá para questão 2.3*)

2.2. A Secretaria Municipal de Saúde possui em seu organograma algum órgão, divisão, departamento, serviço, setor ou seção responsável pela Assistência Farmacêutica?
 Sim
 Não

2.3. Nº farmacêuticos com carga horária total ou parcialmente dedicada à atividades de assistência farmacêutica pública: _____

D:\Documentos Gerais\Projetos\Assistencia Farmaceutica no Rio de Janeiro\SES 2001\Controle do evento\Quest Sit info AF.doc

1

2.4. Nº inscritos no Programa de Diabetes para recebimento de medicamento: _____

2.5. Nº inscritos no Programa de Hipertensão para recebimento de medicamento: _____

3. ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

3.1. Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica na Secretaria Municipal de Saúde?

- Sim
 Não

3.2. Existe uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (além do elenco pactuado) ?

- Sim Qual o ano da última atualização? _____
 Não (vá para a questão)

3.3. Quantos fármacos diferentes compõem a REMUME? _____

3.4. Quantas apresentações diferentes (itens) compõem a REMUME? _____

3.5. Quantas diferentes apresentações com associações existem na REMUME? _____

3.6. Quantos itens da REMUME são destinados ao atendimento ambulatorial? _____

3.7. Quantos itens fora na REMUME foram adquiridos no último exercício? _____

3.8. Qual o valor total de aquisições fora da REMUME no período de referência? R\$ _____

3.9. Total financeiro de entradas de medicamentos no município por fonte de financiamento:

Tipo de fornecimento	Total em reais
Contrapartida federal AFB (FMS)	
Aquisições com recurso municipal (FMS e outros)	
Subtotal	
Contrapartida estadual AFB	
Fornecimento em medicamentos da SES	
Fornecimento em medicamentos do MS (programas)	
Outro (empréstimos, doações, etc)	
Total	

3.10. Recursos financeiros gastos por modalidade de aquisição

Tipo de fornecimento	Valor total em reais
Compra direta	
Carta convite	
Tomada de preços	
Compra de Laboratórios oficiais por dispensa de licitação	
Total (o valor deve ser Igual ao da Tabela 3.9)	

3.11. Valor total programado para aquisição de medicamentos no período de referência

R\$ _____

3.12. Valor total liberado para aquisição de medicamentos

R\$ _____

3.13. Valor total executado para aquisição de medicamentos no período de referência:

R\$ _____

3.14. Nº médio dias zerados para medicamentos traçadores:

Total dias zerados _____ x 0,0139 = _____

3.15. Total de perda (danificação, vencimento, outras perdas) de medicamentos em reais: R\$ _____

3.16. Percentual médio do registro do estoque que corresponde à contagem física:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ itens cuja contagem confere com o registro}}{\text{N}^\circ \text{ itens verificados}} * 100 = \text{_____} \%$

Estudo de Prescrições Médicas

(Aplicar na unidade pública de maior volume de dispensação de medicamentos básicos.
 Sortear aleatoriamente 30 receitas por trimestre) *

Nome da unidade		Período: ___ a ___ de ___						
Pesquisador		Total de receitas no trimestre:					Data:	
Nº	Data receita	Nº medic	Nº nome genérico	Nº medic RME	Atb (0/1)	Injetáveis (0/1)	Nº medic RME	Nº medic RME não atendido
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								
26								
27								
28								
29								
30								
Total								
Média								
%8								

0 = Não; 1 = Sim

* Nesta pesquisa não foram utilizados esses cálculos e essas quantidades.

Avaliação Interna da Assistência Farmacêutica Municipal

Valores de aquisições/medicamentos recebidos por fonte de financiamento

Valor em reais (R\$)

Tipo de fornecimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Total
Contrapartida federal AFB (FMS)													
Aquisições com recurso municipal (FMS e outros)													
Subtotal													
Contrapartida estadual AFB													
Fornecimento em medicamentos da SES													
Fornecimento em medicamentos do MS (programas)													
Outro (empréstimos, doações, etc)													
Total													

Recursos financeiros gastos por modalidade de aquisição. Registrar somente quando houver a entrega do medicamento.

Valor em reais (R\$)

Tipo de fornecimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Total
Compra direta													
Carta convite													
Tomada de preços													
Compra de Laboratórios oficiais por dispensa de licitação.													
Total													



Avaliação Interna da Assistência Farmacêutica Municipal
Almoxarifado Municipal de Medicamentos

Nº dias com estoque zerado para medicamentos traçadores

Medicamentos traçadores	Valor em reais (R\$)												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Amoxicilina 500 mg comp													
Captopril 25 mg comp													
Digoxina 0,25 mg comp													
Eritromicina susp. Oral *25 mg/5ml													
Gilbenclamida 5 mg comp													
Hidroclorotiazida 25 mg comp													
Total													

Indique os problemas quanto a entrega no período de referência:

Problema	Fornecedores)												Providência	Desfecho	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não			
Medicamentos não solicitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Quantidade incorreta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Produto de qualidade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Produto vencido ou próximo ao vencimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Alteração preço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Medicamento danificado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Especificação incorreta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Atraso na entrega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Outro. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

Avaliação da Assistência Farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde

(Avaliar pelo menos 10 unidades de saúde)

Nome da Unidade:	Nº Formul.
Responsável do relatório:	Data: / /

1. Existe cópia da Relação de Medicamentos Essenciais disponível para acesso dos médicos (Se a UBS tiver Farmácia, verificar lá)?
- Sim(1) Nº cópias _____
- Não

Boas práticas de estocagem e de dispensação

(considerar todas as áreas onde haja guarda de medicamentos – almoxarifado da unidade e áreas de dispensação, incluindo os programas de saúde)

2. A Unidade Básica de Saúde dispensa medicamentos?
- Sim (aplicar perguntas seguintes)
- Não (encerrar o questionário)
3. Caso haja medicamentos impróprios para o consumo estes estão perfeitamente identificados de forma a impedir o manuseio inadvertido?
- Sim(1) Não
4. Existem estantes ou estrados em número suficiente para todos os medicamentos?
- Sim(1) Não
5. Existem medicamentos em contato direto com piso ou parede?
- Sim Não(1)
6. Existem sujidades (poeira, insetos ou seus dejetos e outros)?
- Sim Não(1)
7. Existem sinais de umidade (pintura danificada, mofo, sinais de infiltração) em parede ou teto nas áreas de guarda de medicamentos?
- Sim Não(1)
8. O almoxarifado estoca itens que necessitam de refrigeração?
- Sim Não (vá para a pergunta 9)
- 8.1. Existe geladeira?
- Sim(1) Não (vá para a pergunta 9)
- 8.2. A organização dos produtos dentro da geladeira permite a circulação de ar?
- Sim(1) Não
- 8.3. Existe gerador para suprimento alternativo em caso de falha de energia elétrica?
- Sim(1) Não
- 8.4. Existe termômetro para verificação da temperatura da geladeira
- Sim(1) Não (vá para a pergunta 9)

- 8.5. Qual a temperatura no momento na verificação? _____oC
(1 ponto se estiver entre 2 a 8°C)
9. Nas áreas de dispensação os medicamentos estão organizados de uma forma lógica, facilmente identificada, de forma a facilitar sua localização e identificação minimizando os riscos de trocas na dispensação?
Sim(1) Não
10. Os medicamentos que vão vencer primeiro estão em posição de serem dispensados primeiro?
Sim(1) Não
11. Todas as apresentações, na forma como são entregues ao usuário, permitem a clara identificação do medicamento (minimamente nome genérico e concentração) e data de validade?
Sim(1) Não

Total de pontos obtidos: _____ **Total de pontos possíveis:** _____

Planilha de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica no
 Estado do Rio de Janeiro – Período: ___/___/___ a ___/___/___

RESULTADOS OBTIDOS

INDICADOR	METODO DE CALCULO	RESULTADO	PADRAO	PERIODICIDADE DE COLETA
A - ESTRUTURA				
1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO MUNICÍPIO				
A1.1. População	Não se aplica		-	Anual
A1.2. Mulheres em idade fértil	Não se aplica		-	Anual
A1.3. População de Idosos	Não se aplica		-	Anual
A1.4. População adulta de maior suscetibilidade a HTA e diabetes mellitus	Não se aplica		-	Anual
A1.5. Nº Estimado de indivíduos diabéticos com indicação de tratamento farmacológico ¹	Pop. Acima de 30 anos X 0,0635		-	Anual
A1.6. Nº Estimado de indivíduos hipertensos com indicação de tratamento farmacológico ²	Pop. Acima de 30 anos X 0,0975		-	Anual
2. ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE				
A2.1. Existência de estrutura para Assistência Farmacêutica no organograma da SMS	Não se aplica		Sim	Anual
A2.2. Total de consultas ambulatoriais realizadas	Total de consultas médicas realizadas no ano		-	Anual
A2.3. Número de farmacêuticos que trabalham com assistência farmacêutica (AF)	Σ de farmacêuticos que com carga horária contrata total ou parcialmente dedicada a atividades de AF		-	Anual
A2.4. Percentual Diabéticos com indicação de tratamento farmacológico inscritos no programa de fornecimento de medicamentos	Σ pacientes inscritos no programa de diabetes para recebimento de medicamento / Σ pacientes diabéticos estimados * 100		I*	Anual
A2.5. Percentual hipertensos com indicação de tratamento farmacológico inscritos no programa de fornecimento de medicamentos	Σ pacientes inscritos no programa de hipertensão para recebimento de medicamento / Σ pacientes hipertensos estimados * 100		I*	
3. ORGANIZAÇÃO DA AF NAS UBS				
A3.1. Razão de UBS que possuem Relação de Medicamentos Essenciais disponível	Σ UBS com RME / Σ visitadas.		1	Anual
SELEÇÃO				
A3.2. Existência de REMUME atualizada nos últimos 3 anos	Não se aplica		SIM ³	Anual
A3.3. Nº de fármacos na REMUME	Σ dos diferentes fármacos de REMUME			
A3.4. Nº de apresentações na REMUME	Σ das diferentes apresentações da REMUME			
A14. Percentual de associações na REMUME	Σ das diferentes apresentações associadas da REMUME / Σ das diferentes apresentações da REMUME		-	Anual

¹ A Prevalência estimada da Diabetes mellitus para o RJ (capital) para 1998 é de 7,47% da população adulta (30 anos e mais), Fonte DATASUS, 2001 (<http://www.datasus.gov.br/cgi/IDB2000/d111.htm>, acessada em 18/09/2001) – O MS tem trabalhado com 4,1%

² A Prevalência estimada da Hipertensão em adultos (acima de 20 anos) é de 11 a 20% (MS, 2001. - <http://www.saude.gov.br/programas/cardio/cardio.htm#cardio3> acessada em 18/09/2001). Para efeitos de cálculo dos medicamentos, propõe-se aquele utilizado pelo GTAF/SPS/MS: 15% da população com 30 anos e mais, onde, destes, 70% com HTA leve, 20% com HTA moderada e 10% com HTA grave. Fonte: GTAF/SPS/MS, agosto de 2000.

³ Sim, para municípios acima de 50.000 habitantes ou com municípios com qualquer população com unidade hospitalar sob gestão municipal

Avaliação Interna da Assistência Farmacêutica Municipal
Resultados. Período:

INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	RESULTADO	PADRÃO	PERIODICIDADE DE COLETA
A15. N° de apresentações REMUME destinadas a dispensação ambulatorial de rotina	Σ das diferentes apresentações da REMUME dispensadas no nível ambulatorial		-	Anual
AQUISIÇÃO				
A16. Total gasto pelo município para aquisição de medicamentos por fonte de financiamento	Σ dos valores de todas as entradas de medicamentos no período de referência, por tipo de financiamento		-	
A17. Recursos financeiros gastos por modalidade de aquisição	Σ dos valores de todas as entradas de medicamentos no período de referência, por modalidade de aquisição			
A18. Percentual de recursos municipais liberados para aquisição de medicamentos em relação ao programado	Σ valores liberados (município + federal) ao fim do exercício Σ valores programados e aprovados (município + federal)			Anual
ARMAZENAMENTO				
A19. Percentual BPE atendidas na área de armazenagem no Almoxarifado Municipal de guarda de medicamentos	N° de itens de BPE observados na área de armazenagem de medicamentos / n° total de BPE avaliados		80%I	Anual
A20. Percentual BPE atendidas na área de armazenagem no Almoxarifado Municipal de guarda de medicamentos	N° de itens de BPE observados na área de armazenagem de medicamentos / n° total de BPE avaliados		80%	Anual
PROCESSO				
PROGRAMAÇÃO				
B1. Média mensal de dias de estoque zerado para um conjunto de medicamentos traçadores	Σ dias zerados / 12 / Σ itens de estoque		5%	Anual
AQUISIÇÃO				
B2. Percentual execução orçamentária em relação ao liberado	Σ valores executados ao fim do exercício / Σ valores liberados (município + federal)		95%	Anual
B3. N° de itens fora da REMUME adquiridos no exercício				
B4. % financeiro de aquisições fora da REMUME	Σ valores de medicamentos não padronizados adquiridos no exercício com recursos do Fundo Municipal de Saúde / Σ valor total das aquisições de medicamentos com recursos do Fundo Municipal de Saúde		-	
ARMAZENAMENTO				
B3. Percentual Perdas de medicamentos (em reais)	Σ de medicamentos perdidos, em valores financeiros ao fim do exercício / Σ de medicamentos adquiridos (considerando todas as fontes de financiamento e todas as modalidades de aquisição)		1%	Anual
B5. Percentual médio do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos em estoque no nível local	1) dividir o n° de itens de estoque que correspondem exatamente à contagem física pelo n° total de registros examinados e multiplicar este resultado por 100		5%	Anual
RESULTADOS				
B6. Média de medicamentos por receita	Σ itens prescritos / Σ receitas verificadas		3	Trimestral
B7. Média de receitas atendidas por mês	Σ n° receitas atendidas em cada mês / 12		-	Anual

Avaliação Interna da Assistência Farmacêutica Municipal
 Resultados. Período:

INDICADOR	METODO DE CALCULO	RESULTADO	RAÇÃO	PERIODICIDADE DE COLETA
B7. Média de receitas com antibiótico	Σ receitas com antibióticos / Σ receitas verificadas		30%	Trimestral
B8. Média de medicamentos com Injetáveis	Σ receitas com Injetáveis / Σ receitas verificadas		10%	Trimestral
B9. Percentual de medicamentos prescritos pelo nome genérico	Σ itens prescritos pelo nome genérico / Σ itens prescritos		90%	Trimestral
B10. Percentual de medicamentos prescritos que pertencem a RME autorizada para atendimento ambulatorial	Σ itens padronizados prescritos / Σ itens prescritos		90%	Trimestral
Percentual de itens padronizados prescritos não atendidos	Σ itens padronizados prescritos e não atendidos / Σ itens padronizados prescritos		90%	Trimestral