

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

ANA CELIA DA SILVA MOURA

ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NOS MUNICÍPIOS
DO ESTADO DO AMAZONAS

15.03(811.3)

002613

FORTALEZA

2008

FUNDAÇÃO "ALFREDO DA MATTA" - Biblioteca

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ANA CELIA DA SILVA MOURA

**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO AMAZONAS**

FORTALEZA

2008

ANA CELIA DA SILVA MOURA

**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO AMAZONAS**

Monografia submetida à Escola de Saúde Pública do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Assistência Farmacêutica.

Orientador:

Ricardo Carvalho de Azevedo e Sá

FORTALEZA
2008

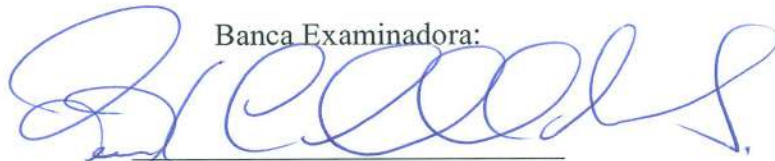
ANA CELIA DA SILVA MOURA

**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO AMAZONAS**

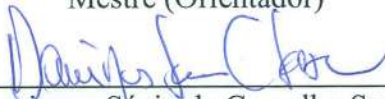
Curso de Especialização em Gestão em Assistência Farmacêutica
Escola de Saúde Pública do Ceará

Aprovada em: 10/03/2009

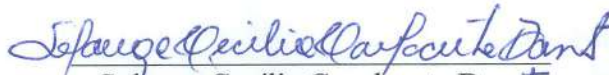
Banca Examinadora:



Ricardo de Carvalho Azevedo Sá
Mestre (Orientador)



Domingos Sávio de Carvalho Souza
Mestre (Membro)



Solange Cecília Cavalcante Dantas
Mestre (Membro)

Depois de pensar a respeito
arbitrio, não se vê nada, por aproximadamente 1 ano, após
largo desabrimto de um dia de tempo. Durante 1 ano, há o
crescimento e a produção de células e não há alteração na
qualidade da vida.

Em memória de meu pai.
Em especial, à minha mãe e meus irmãos
e a todos que ainda
não têm acesso a uma Assistência
Farmacêutica de qualidade.

A Lição do Bambu Chinês

“Depois de plantada a semente deste incrível arbusto, não se vê nada, por aproximadamente 5 anos, exceto o lento desabrochar de um diminuto broto. Durante 5 anos, todo o crescimento é subterrâneo, invisível a olho nu, mas uma maciça e fibrosa estrutura de raiz, que se estende vertical e horizontalmente pela terra está sendo construída. Então, no final do 5º. ano, o bambu cresce até atingir a altura de 25m. Assim, muitas coisas na vida pessoal e profissional são iguais ao bambu chinês: Você trabalha, investe tempo, esforço, faz tudo o que pode para nutrir seu crescimento, e, às vezes não vê nada por semanas, meses, ou anos. Mas, se tiver paciência para continuar trabalhando e persistindo, o seu 5º. ano chegará, e, com ele, virão um crescimento e mudanças que você jamais esperava... O bambu chinês nos ensina que não devemos facilmente desistir de nossos projetos e de nossos sonhos. Em nosso trabalho, especialmente, que envolve mudanças de comportamento e de pensamento, devemos sempre lembrar do bambu chinês diante das dificuldades que surgirão. Tenha sempre dois hábitos: Persistência e Paciência, pois é preciso muita fibra para chegar às alturas e, ao mesmo tempo, muita flexibilidade para se curvar ao chão”.

(Folclore Chinês)

RESUMO

O medicamento é um insumo básico, estratégico e dá suporte às ações de saúde, cuja falta pode significar interrupções constantes no tratamento, o que afeta a qualidade de vida dos usuários e a credibilidade dos serviços farmacêuticos e do sistema de saúde como um todo. (BRASIL, 2006a, pág.7). Sabe-se que a aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica e necessita de pessoal qualificado e estrutura mínima adequada pois pode contribuir decisivamente na melhoria do acesso. O presente estudo propõe analisar a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, buscando, principalmente, apreender o mais fielmente possível a realidade nos municípios pesquisados, tendo como fonte privilegiada a fala dos gestores municipais da Assistência Farmacêutica, que consideramos os atores principais dessa atividade. O estudo foi formatado a partir de uma pesquisa telefônica realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A análise utilizou uma amostra composta por 54 dos 62 municípios do Estado do Amazonas e foi realizada de março a dezembro de 2007, por meio de um questionário semi-estruturado, versando sobre a organização, estruturação e operacionalização do Ciclo da Assistência Farmacêutica. O que motivou a realização desta pesquisa foi a coleta de subsídios para o fortalecimento da gestão municipal da Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas. Os dados foram analisados de forma descritiva e apresentados através de tabelas e gráficos. Os resultados obtidos, nesse primeiro diagnóstico, apontam para a necessidade de investimentos na estrutura física, recursos humanos, recursos materiais e gerenciais, visando contemplar os municípios do Estado do Amazonas de uma Assistência Farmacêutica Integral, capaz de promover o acesso e uso racional de medicamentos.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Percentual de municípios onde existe rotina atualizada das ações da Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas, 2007 48**
- Gráfico 2 - Percentual de municípios em que a Assistência Farmacêutica está contemplada no Plano Municipal de Saúde 49**
- Gráfico 3 - Frequência em relação à forma como é realizada a aquisição do medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007 53**
- Gráfico 4 - Percentual dos municípios onde a Assistência Farmacêutica acompanha o processo de aquisição do medicamento no Estado do Amazonas, 2007 55**
- Gráfico 5 - Percentual em relação à forma como é realizado o controle de estoque dos medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007 57**
- Gráfico 6 - Percentual das condições de armazenamento dos medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007 58**
- Gráfico 7 - Frequência em relação à dispensação do medicamento ser realizada somente por receituário nos municípios do Estado do Amazonas, 2007 62**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência de municípios em relação ao sujeito responsável pelo preenchimento do questionário de avaliação da AF nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	44
Tabela 2 - Frequência de municípios em relação ao profissional responsável pela Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	45
Tabela 3 - Frequência de municípios em relação ao tipo de órgão responsável pela Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	46
Tabela 4 - Frequência de municípios em relação ao número de pessoas envolvidas na Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	47
Tabela 5 - Frequência de municípios em relação a quem realiza a seleção do Medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	50
Tabela 6 - Frequência de municípios quanto à importância dos critérios adotados para a seleção de medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	51
Tabela 7.a - Frequência de municípios que elaboram programação para aquisição de medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	52
Tabela 7.b - Frequência de municípios quanto à importância de critérios utilizados de programação nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	52
Tabela 8 - Frequência em relação à ordem de importância do tipo de fornecedor de medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	54
Tabela 9 - Frequência de municípios em relação ao armazenamento do medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	56
Tabela 10 - Frequência de municípios em relação ao local onde são estocados os medicamentos dentro das Unidades de Saúde dos municípios do Estado do Amazonas, 2007	59
Tabela 11 - Frequência em relação aos problemas encontrados com a distribuição dos medicamentos aos municípios do Estado do Amazonas, 2007	59
Tabela 12 - Frequência em relação ao procedimento adotado em relação aos medicamentos deteriorados ou com validade vencida nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	60
Tabela 13 - Frequência em relação às Unidades de Saúde onde ocorre a dispensação dos medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007	61

Tabela 14 - Frequência em relação ao tipo de orientação que é feito aos usuários no ato da dispensação do medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007 61

Tabela 15 - Frequência em relação ao principal obstáculo para a organização da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS - Agente Comunitário de Saúde
AE - Auxiliar de Enfermagem
AF - Assistência Farmacêutica
BPE - Boas Práticas de Estocagem
BP/MS - Banco de Preços do Ministério da Saúde
CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC - Centro de Controle de Doença
CEMA - Central de Medicamentos do Amazonas
CES - Conselho Estadual de Saúde
CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIM - Centro de Informação de Medicamentos
CIT - Comissão Intergestora Tripartite
CMM - Consumo Médio Mensal
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPD – Centro de Processamento de Dados
CRF/AM-RR - Conselho Regional de Farmácia do Estado do Amazonas e Roraima
DCB - Denominação Comum Brasileira
FTN - Formulário Terapêutico Nacional
FURP - Fundação para o Remédio Popular
IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS - Lei Orgânica de Saúde
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PEAF - Plano Estadual de Assistência Farmacêutica
PMAF - Plano Municipal de Assistência Farmacêutica
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM - Política Nacional de Medicamentos
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa Saúde da Família
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RH - Recursos Humanos
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde
SES - Secretaria do Estado da Saúde
SES/AM - Secretaria do Estado da Saúde do Amazonas
SIFAB - Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
SMS - Secretários Municipais de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSAM - Superintendência de Saúde da Amazonas (Atualmente, SES/AM)
UBS - Unidade Básica de Saúde
UM - Unidade Mista
URM – Uso Racional de Medicamentos
US - Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Reflexões sobre a Assistência Farmacêutica no Brasil	16
3.1.1 Política de Assistência Farmacêutica	19
3.2 Ciclo da Assistência Farmacêutica	24
3.2.1 Etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica	26
3.2.1.1 Seleção de medicamentos	26
3.2.1.2 Programação de medicamentos	27
3.2.1.3 Aquisição de medicamentos	29
3.2.1.4 Armazenamento de medicamentos	30
3.2.1.5 Distribuição de medicamentos	31
3.2.1.6 Dispensação de medicamentos	32
3.3 Contexto da Assistência Farmacêutica no Amazonas	33
3.3.1 Aspectos geopolíticos	33
3.3.2 Histórico da assistência farmacêutica no Estado do Amazonas	35
4 MATERIAIS E MÉTODOS	41
4.1 Tipo de Estudo	41
4.2 Cenário da Pesquisa	41
4.3 Sujeitos do Estudo	42
4.4 Coleta de Dados	42
4.5 Tratamento e Análise dos Dados	42
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 Caracterização da Assistência Farmacêutica	44
5.1.1 Estrutura e Organização	44
5.1.2 Seleção de medicamentos	50

5.1.3 Programação de medicamentos	52
5.1.4 Aquisição de medicamentos	53
5.1.5 Armazenamento de medicamentos	56
5.1.6 Distribuição de medicamentos	59
5.1.7 Dispensação de medicamentos	61
6 CONCLUSÃO	66
7 SUGESTÕES	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	73
ANEXOS	79

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei N.º 8.080/90, em seu artigo sexto, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. (SOLER, 2004). Sendo a reorientação da Assistência Farmacêutica uma diretriz fundamental para o cumprimento desses objetivos.

Experiências nacionais e internacionais têm demonstrado que a garantia da disponibilidade e do uso racional de fármacos nos serviços de saúde depende da execução adequada das ações da Assistência Farmacêutica. O principal papel dessa Assistência é aperfeiçoar a cadeia do medicamento, promovendo, assim, seu uso racional e uma redução do fluxo de pessoas e de gastos com medicamentos e correlatos nos serviços de saúde. Os insumos farmacêuticos são o terceiro fator que contribui para o alto custo do sistema de atenção à saúde, o que está diretamente correlacionado com a sustentabilidade do setor. (SOLER, 2004).

De fato, há de se evidenciar que a Assistência Farmacêutica consiste em um conjunto de atividades realizadas de forma sistêmica, que envolve o medicamento e que visa, principalmente, ao paciente. Não obstante, deve ser o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias que objetiva, também, o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social, de maneira organizada, abrangendo uma complexidade, de acordo com o nível de atividades e da qualidade dos serviços realizados, pois, de acordo com o Ministério da Saúde, “aumentar os recursos para compra de medicamentos sem organizar e estruturar os serviços de Assistência Farmacêutica é aumentar os riscos de desperdício”. (BRASIL, 2006a, p.11).

Marin et al. (2003) nos levam a refletir acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial quando observamos, nos diversos níveis de atenção, a extrema necessidade da Assistência Farmacêutica, que além de ver o medicamento como um insumo básico, considera a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, além de contemplar as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde.

No jargão popular tem sido comum ouvir que para a saúde dar certo é preciso ter medicamento! Entretanto, observa-se que não é suficiente ter medicamento para dispensar se não existe programação adequada para que se tenha a quantidade necessária para todo o tratamento; Não é suficiente tê-lo se não há a informação correta ao paciente quanto ao modo de usá-lo, a fim de serem evitados desperdícios e efeitos adversos. Não é suficiente tê-lo se foram gastos milhões na sua aquisição e o medicamento não apresentou a eficácia necessária. Todo o ciclo da Assistência Farmacêutica precisa ser operacionalizado corretamente para se promover o Uso Racional do Medicamento.

Sabe-se que a complexidade dos serviços de saúde se deve, fundamentalmente, a relação e dependência de fatores econômicos, financeiros, técnicos, políticos, sociais e éticos. Os medicamentos não escapam da influência daqueles fatores. A complexidade está relacionada, entre outros aspectos, por exemplo, à necessidade de racionalizar o uso (prescrição e dispensação adequadas), à capacidade de financiamento, à demanda da população com menos capacidade aquisitiva ao setor e à contenção de custos nos serviços de saúde em geral. (FERRAES, 2002).

É fundamental, pois, entender quando Mendes (2002, p. 25) conclui que:

Independentemente da forma como organizam seus sistemas de saúde, prevalecem, nos países em geral, das crenças fundamentais: a saúde tem um valor intrínseco para as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter a vida e para aliviar o sofrimento. Daí que diferentes sociedades apresentam os mesmos objetivos para seus sistemas de serviço de saúde.

Surge, então, a necessidade de organizar o uso dos recursos (financeiros, humanos, etc.) que se dispõe e, para tanto, o planejamento é fundamental. Planejar envolve a elaboração de um plano que visa à mudança de uma realidade, por meio da definição de prioridades, estratégias e ações.

Em caráter complementar, mas não menos importante, Marin et al. (2003) destacam que, de acordo com dados de 1994, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) revelou que as medidas adotadas pelos governos dos países latino-americanos para ampliar a disponibilidade e acessibilidade aos medicamentos têm seguido duas grandes tendências: a primeira, caracterizada pela pressão financeira, em decorrência do custo dos medicamentos; a segunda visualiza a adoção de medidas dirigidas à promoção do uso racional de medicamentos e à melhora da qualidade da atenção farmacoterapêutica, incluindo, nessa perspectiva, áreas

prioritárias de atenção, disponibilidade de programas para os setores socioeconômicos menos favorecidos, fortalecimento dos serviços farmacêuticos, desenvolvimento da farmácia hospitalar, criação de comissões de farmacoterapia em hospitais e sistemas locais de saúde, atualização da lista básica de medicamentos e a promoção e o desenvolvimento de estudos de utilização de medicamentos.

Por todos esses motivos acima mencionados e por acreditar que a Assistência Farmacêutica (AF) é um dos pilares para o desenvolvimento sustentável das políticas públicas de saúde, que se optou em fazer um diagnóstico situacional da AF municipal no Estado do Amazonas.

É de todo oportuno ressaltar que a principal motivação para a realização da presente pesquisa está na coleta de subsídios para o fortalecimento da descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas e sua necessária integração com o sistema de saúde, de forma a produzir resultados efetivos.

Espera-se que o aprendizado proporcionado pelo processo de aplicação do estudo e os resultados obtidos redundem em contribuição para a melhor organização das ações da Assistência Farmacêutica, não somente nos municípios que participaram, mas em todo o Estado do Amazonas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas.

Avaliar as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Reflexões sobre a Assistência Farmacêutica no Brasil

Um dos componentes fundamentais e críticos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Assistência Farmacêutica, cujas principais funções são: realizar a gestão técnico-administrativa dos serviços farmacêuticos, gerenciar o processo clínico relacionado ao uso dos medicamentos e garantir o acesso da população aos medicamentos, promovendo o uso racional daqueles.

A criação da Central de Medicamentos (Ceme), na década de 70, representou uma iniciativa de ação governamental na produção de medicamentos, buscando intervir no mercado e na distribuição, por meio do incentivo à produção oficial e do apoio ao desenvolvimento de fármacos. (MARIN et al., 2003).

Naquela época, a Assistência Farmacêutica era centralizada na Ceme, e a competência de estruturação e implementação da mesma, mediante critérios epidemiológicos ou quaisquer outros, por parte dos municípios, não foi delegada aos mesmos.

Além disso, os critérios de distribuição dos medicamentos não seguiam parâmetros técnicos, resultando na utilização inadequada e na perda de parcela significativa dos medicamentos, fosse por prazo de validade vencido ou por armazenagem inadequada. Esse processo culminou com a desativação da Ceme em 1997, havendo no bojo do processo de descentralização da saúde, a redefinição da atuação das três esferas de governo, quanto à questão dos medicamentos. (MARIN et al., 2003).

Segundo Araújo; Freitas e Ueta (2005, p. 88):

A primeira vez que um conjunto de forças da Sociedade Civil do Estado se reuniu para discutir o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos foi no Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, ocorrido em Brasília em 1988. Neste evento, definiu-se a Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos, como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde.

Entretanto, apenas em 1990, após a reformulação do sistema de saúde brasileiro, por meio da normatização do Sistema Único de Saúde (SUS), promoveu-se a necessidade de

elaboração de uma política específica para o setor de medicamentos no Brasil, com o propósito de garantir acesso à Assistência Farmacêutica integral. (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), que dispõe sobre a política de saúde no país, remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos, centrada nas ações de Assistência Farmacêutica integral, como uma das condições estratégicas para a efetiva implementação do SUS. (MARIN et al., 2003).

O Ministério da Saúde, em 1998, numa tentativa de coordenar essas ações e principalmente implantar formalmente a Assistência Farmacêutica no SUS, aprovou e homologou a Política Nacional de Medicamentos do Brasil, através da Portaria N. 3.196/1998, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS, objetivando garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, bem como promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais, onde ficou definido legalmente, que:

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar 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. (CONSELHO..., 2007a, p. 16).

Em síntese, e segundo o próprio Conselho Nacional de Secretários de Saúde, pode-se inferir que, ao longo dos últimos anos, o financiamento federal da Assistência Farmacêutica no SUS restringiu-se a medicamentos. Não houve uma política específica prevendo recursos para a estruturação e a organização de serviços farmacêuticos. (CONSELHO..., 2007a).

Entretanto, logo após a definição do SUS e suas políticas de integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática e da definição legal da Assistência Farmacêutica e das Políticas de Medicamentos, no final da década de 80, Araújo e Freitas (2006) observaram que, o farmacêutico, durante esse processo, começa a atuar, mais efetivamente, como profissional de saúde pública, contribuindo para a criação de um espaço diferenciado para o medicamento dentro do modelo assistencial, espaço esse que para nós ainda está para ser mais bem definido.

“É importante assinalar que a Assistência Farmacêutica é multidisciplinar, porém, o farmacêutico, por ser legalmente o profissional responsável pelo medicamento, é imprescindível para o desenvolvimento das atividades relacionadas à área.” (CONSELHO..., 2007a, p. 27).

Reconhece-se que ele é o profissional de saúde com o melhor perfil para a condução de todas as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos. (MARIN et al., 2003). Pois, é o detentor privilegiado do conhecimento sobre o mesmo, capaz de enfatizar a atividade mais importante da tecnologia de uso dos medicamentos, mais especificamente referente ao processo de atendimento, e representado pela relação direta com o usuário do medicamento. (ARAÚJO; FREITAS; UETA, 2005).

Não obstante, o Ministério da Saúde propõe como fundamentos para a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica (AF): a descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; a otimização e eficácia na distribuição no setor público; e estímulo a iniciativas que conduzam à redução nos preços dos produtos. (BRASIL, 1999).

Além disso,

a estratégia de medicamentos essenciais da OMS, para o período 2004-2007, dá continuidade à resposta do desafio em medicamentos do século XXI por meio de quatro objetivos principais: melhorar o acesso aos medicamentos; fortalecer as políticas nacionais de medicamentos; melhorar a qualidade e segurança dos mesmos e promover seu uso racional. (OPAS, 2005, p. 23).

A descentralização dos serviços de saúde no país, uma das diretrizes do SUS, resultou em um amplo processo de municipalização dos mesmos, ampliando a rede de estabelecimentos de saúde sob responsabilidade das administrações locais. Como consequência, compete às Secretarias Municipais a gestão dos serviços com qualidade e compromisso com a saúde de seus cidadãos. (MARIN et al., 2003).

Importante observar que, em alguns momentos, a deficiência da cadeia de distribuição de medicamentos é atribuída à insuficiência da prestação de serviços de atenção primária à saúde e que, “a presença do farmacêutico na equipe pode reduzir problemas relacionados a Medicamentos (PRM) e contribuir para a utilização racional destes, pois ele é o responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação dos pacientes quanto ao uso dos medicamentos.” (ARAÚJO; FREITAS; UETA, 2005, p. 91).

Neste contexto, e segundo a experiência do mesmo grupo de Araújo; Freitas e Ueta (2005, p. 89), observa-se que a presença do “farmacêutico, em serviços públicos gerenciando o

processo de aquisição, programação e acesso e medicamentos, pode ser responsável pelo aprimoramento de modelo tecnológico de gestão de medicamentos”.

3.1.1 Política de Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada, em 2004, dentro da idéia de que é:

Uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, [...] garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do País (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde. Essa política traz definições de Assistência e Atenção Farmacêutica conforme o documento de proposta de Consenso de Atenção Farmacêutica da OPAS/OMS, em 2002. (OPAS, 2005, p. 57).

Apesar de existir, hoje, segundo Marin et al. (2003), certo consenso no Brasil em assumir como definição de Assistência Farmacêutica a que foi estabelecido na Política Nacional de Medicamentos, para a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A **Assistência Farmacêutica** trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao uso racional, conjunto este, que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (OPAS, 2005, p. 57).

[...] envolvem aquelas referentes à **Atenção Farmacêutica**, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, objetivando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida e que envolve ainda as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (OPAS, 2005, p. 58).

Somente em 2006, a partir da publicação da Portaria GM/MS n. 399/2006 e GM/MS n. 699/2006, que divulgam o Pacto pela Saúde e as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, no Termo de Compromisso de Gestão Estadual, respectivamente, é que se estabelece que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis por:

Promover a estruturação da Assistência Farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas do governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas. (CONSELHO..., 2007a).

Nesse contexto, Merola et al (2008) lembra que as Políticas Públicas configuram decisões de caráter geral que apontam as linhas estratégicas de **atuação** de uma determinada gestão e que a Política Nacional de Medicamentos do Brasil observa, primeiramente como propósito, garantir a necessária segurança, eficácia e **qualidade** dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, tendo por base os princípios e diretrizes do Sistema Único de **Saúde brasileiro**.

Muitos países têm desenvolvido e implementado política nacional de medicamentos. Outros têm se direcionado no sentido de melhorias pontuais da **qualidade da Assistência Farmacêutica**. Contudo, ambos os processos requerem uma aproximação sistemática para a avaliação de políticas farmacêuticas. Em virtude disto, surge a necessidade da elaboração de instrumentos e desenvolvimento de metodologias que possibilitem um efetivo monitoramento da implementação da Política Nacional de Medicamentos e seus componentes, permitindo avaliação de desempenho e revisão das prioridades. (MEROLA; TERRA; COSTA, 2008).

Seguindo tendência mundial, o Brasil vive um movimento de intensa reestruturação na área do medicamento, que permeia o sistema de saúde, envolvendo a formação e prática de vários profissionais de saúde, e o bem-estar e qualidade de vida. A implantação e implementação de ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a reestruturação das diretrizes dos cursos da área de saúde, em especial a farmacêutica, a atuação conjunta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), vem fortalecendo as ações voltadas à racionalidade no emprego dos medicamentos. Este cenário favorece mudanças e abre possibilidades para a introdução de novas práticas na atenção primária à saúde. (ARAÚJO; FREITAS; UETA, 2005).

De fato, “a gestão das políticas farmacêuticas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), no âmbito federal, e dos órgãos de Assistência Farmacêutica das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde.” (OPAS, 2005). As Secretarias Estaduais da Saúde (SES) devem definir a estrutura organizacional responsável pela Assistência Farmacêutica, através de uma coordenação/gerência,

ou similar. Para o seu pleno desenvolvimento, o gestor necessita definir sua missão e as atribuições de cada atividade operativa. (CONSELHO..., 2007a).

No caso da Política da Assistência Farmacêutica, é necessário se refletir a respeito da viabilização dessa estrutura organizacional, para que haja a efetivação dos serviços de sua competência, bem como a oferta de medicamentos à população, como questões primordiais para assegurar a efetividade das intervenções em saúde com o uso de medicamentos. A inserção e formalização da estrutura no organograma da SES é imprescindível para a visibilidade e garantia da execução da sua função. Quando informal, dificulta a concretização e dispersa as ações inerentes à mesma.

Soler (2004), nesta mesma direção, relaciona a questão com um Programa de Desenvolvimento Sustentável (PDS), como o que foi implementado no Amapá, em 1995, com vistas a conciliar o desenvolvimento socioeconômico e cultural com a utilização sustentável de seus recursos naturais e humanos.

Como na Amazônia investigações nessa direção são incipientes ou mesmo inexistentes, as experiências do PDSA emergem como uma possibilidade teoricamente interessante para estudo, a partir do olhar antropológico, da implantação de políticas públicas de medicamentos e Assistência Farmacêutica. Nessa perspectiva, o PDSA segue a linha de pensamento da Conferência do Rio de Janeiro a ECO 92: conciliar meio ambiente e desenvolvimento. (SOLER, 2004, p. 98).

Entretanto, Ferraes (2002), evidencia como uma das principais limitações para uma consolidação mais rápida junto a esse mesmo modelo de desenvolvimento e implementação das políticas públicas quando destaca que:

É sabido que o uso desnecessário e inadequado do medicamento também gera aumento na demanda. Portanto, torna-se importante ressaltar que o tipo de atendimento que o paciente recebe acaba influenciando de forma decisiva na utilização ou não do medicamento. Isto nos leva a pensar na dispensação como oportunidade ímpar no processo da AF, colocando profissional e usuário frente a frente, onde um transmite informações ao outro para esclarecer dúvidas sobre uso do medicamento, motivando ou não a adesão e o sucesso do tratamento prescrito.

Em caráter complementar, Soler (2004) alerta para o processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos. Isto requer, necessariamente, a promoção do seu uso racional, mediante a reorientação dessas práticas, ou

seja, do ciclo da Assistência Farmacêutica e o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para as equipes de saúde quanto para os usuários.

Um outro aspecto, conforme Araújo; Freitas e Ueta (2005) demonstra que a Assistência Farmacêutica pode ser considerada como uma grande área das Ciências Farmacêuticas, composta por pelo menos duas sub-áreas, ou seja, a tecnologia de gestão (garantia do acesso) e a de uso do medicamento (utilização correta do mesmo), sendo a Atenção Farmacêutica uma especialidade da tecnologia de uso do medicamento e privativa do profissional farmacêutico. Marin et al. (2003) complementam que, a primeira visa proporcionar ao abastecimento, essencial para garantir o acesso da população ao medicamento. E que, apesar de ser uma atividade previsível e repetitiva, é extremamente necessária ao cumprimento das diretrizes das políticas da saúde, sendo, portanto, fundamental o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de aquisição, armazenamento e logística de distribuição, de modo a garantir a racionalidade administrativa. A segunda envolve desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos medicamentos

Logo, o uso irracional de medicamentos constitui-se em um problema de saúde pública no Brasil e, conseqüentemente, de desenvolvimento econômico. Portanto, contribuir para que a equipe de saúde adquira mais conhecimento de base científica das indicações dos medicamentos e seu uso correto, resultando na melhoria da qualidade e segurança da prescrição na utilização de medicamentos pelos futuros profissionais de saúde, é contribuir diretamente para o acesso, a melhoria da saúde pública e da economia no Brasil.

Uma política de medicamentos precisa estar fundamentada no **acesso**. No entanto, para que isso se torne realidade é preciso que os medicamentos essenciais estejam disponíveis nos serviços, com custo satisfatório e justo, qualidade e eficácia. De todo o modo, o que garantirá a sustentabilidade desse processo há que ser a promoção do uso racional dos medicamentos, para que se assegurem estratégias terapêuticas custo-efetivas. [...] Importa, ainda, numa definição dos objetivos e das metas para o setor farmacêutico, assim como as suas prioridades. E, por fim, a identificação das estratégias necessárias para que se alcancem estes objetivos e se identifique os vários atores responsáveis pela implantação dos principais componentes desta política, assim como, pelo estabelecimento de fóruns para sua discussão e divulgação. (SOLER, 2004, p. 6).

[...] Acesso é a adequação entre os clientes e o serviço levando em conta cinco fatores: (i) a disponibilidade que é a relação entre o tipo e quantidade de serviços ofertados e as necessidades para uma determinada população; (ii) a acessibilidade que está relacionada entre a localização dos serviços e o local de onde o usuário vai se deslocar (acessibilidade geográfica), considerando os custos em relação a transporte e a distância e o tempo despendido na busca da atenção; (iii) a acomodação ou adequação funcional

é a aceitação dos usuários em relação à organização interna dos serviços como agendamento, horário de funcionamento, serviços de telefone, considerando a habilidade destes em compreender e concordar com este processo de trabalho; (iv) a capacidade financeira é a relação entre os preços do serviço, o valor exigido à entrada do cliente, a disponibilidade para pagar, ou possuir seguro-saúde; (v) a aceitabilidade é a relação entre a postura dos usuários aos profissionais e as características e práticas dos prestadores de serviços, bem como a aceitação destes em prestar serviços ao cliente. (GIOVENELLA; FLEURY, 1995 apud QUEIROZ, 2004).

Autores como Mendes (2002, p. 144), afirmam que:

O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde, a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo da oportunidade, menor a severidade da condição, menos efetiva a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, há de dar-se importância à Queiroz (2004, p. 59) quando conclui que “seria simplista a implantação do ciclo da Assistência Farmacêutica que assegurasse apenas sustentabilidade do acesso aos medicamentos, mas sem a qualificação constante do conhecimento apropriado”. Sem uma atualização por parte dos profissionais da área, não haveria como resolver os problemas relacionados em questão. Há de se evidenciar, neste ponto, a necessidade de capacitações contínuas aos profissionais envolvidos nas ações assistenciais.

Mesmo quando se observa, na prática, que os custos da educação nas profissões de saúde são altos e há necessidade de certificação para o exercício profissional e de educação permanente. (MENDES, 2002).

De fato, atualmente, em algumas regiões do país, em especial na Região Amazônica, há de constatar-se a complexidade que abrange a gestão dos que desenvolvem as ações da Assistência Farmacêutica, desde a sua implantação municipal até a organização, estruturação e monitoramento do ciclo da Assistência Farmacêutica.

3.2 Ciclo da Assistência Farmacêutica

Como já amplamente discutido, as políticas farmacêuticas nacionais estão estabelecidas legalmente no país pela Portaria 3.916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos e pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 338/2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A seleção e as demais atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição constituem os pilares para objetivos mais nucleares, quais sejam: o acesso e o uso racional de medicamentos. (MARIN et al., 2003).

As várias etapas que compõem o Ciclo da Assistência Farmacêutica: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação, devem ser planejadas adequadamente para assegurar a qualidade e resolubilidade dos serviços de AF. Este planejamento deve ser realizado, utilizando-se critérios epidemiológicos não apenas para atender as reais necessidades da população, bem como haja medicamentos realmente necessários para uma determinada localidade.

Segundo Manual de Instruções Técnicas para a organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006a), é necessário ter profissionais qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente, para garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar (ou seja, entregar o medicamento ao usuário com orientação do uso); monitorar o surgimento de reações adversas, entre tantas outras ações.

No entender de Marin et al. (2003), apesar da complexidade do serviço, necessidades e finalidades da Assistência Farmacêutica, a utilização de um enfoque sistêmico para o planejamento, gerenciamento e organização das ações daquela, valoriza a articulação entre as diversas partes que compõem um todo (o sistema), estabelecendo fluxos na construção de um conjunto articulado, que influencia e é influenciado por cada um dos seus componentes. Dessa maneira, são grandes as possibilidades de melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos essenciais e, conseqüentemente, boas condições para que a dispensação de medicamentos e a atenção farmacêutica individualizada aconteçam de maneira qualificada.

Entretanto, é importante lembrar que a qualificação dos serviços somente é alcançada através da capacitação permanente dos trabalhadores da Assistência Farmacêutica em curto, médio e longo prazo. (CONSELHO..., 2007a). “Trabalhadores que entendem significado do seu trabalho e a finalidade das tarefas que lhes são delegadas têm a tendência de estar comprometidos e motivados para alcançar melhores resultados.” (CONSELHO..., 2007a, p. 26).

Alguns autores classificam as etapas do ciclo de Assistência Farmacêutica de modo variado, mas concordam que deve haver coesão das atividades, e como suporte, mencionam a organização, o financiamento, a qualidade dos produtos, a gerência de informações e de Recursos Humanos qualificados. (FERRAES, 2002). Soler (2004, p. 157), enfatiza ainda que:

O ciclo da Assistência Farmacêutica compreende mais que o gerenciamento das etapas [...] Há de se produzir informação e gerar conhecimento/tecnologia. Mas, o conhecimento/tecnologia gerado há que ser apropriado para que a sua utilização possa ser difundida e o processo se retroalimentar.

Todos os componentes do ciclo da Assistência Farmacêutica representam as estratégias e o conjunto de ações que visam ao alcance de objetivos definidos. Sua inter-relação sistêmica se procura apresentar na Figura 1. (MARIN et al., 2003).

A Figura 1 mostra um modelo do Ciclo de Assistência Farmacêutica, cujas fases passaremos a avaliar em separado.



Figura 1 - Ciclo da Assistência Farmacêutica
Fonte: Adaptado de Santos (2001) e Marin et al. (2003).

3.2.1 Etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica

Uma **seleção** adequada de medicamentos requer poucos gastos com recursos humanos, materiais e financeiros. Pode, porém, proporcionar muitos ganhos terapêuticos e otimização de recursos. Da mesma maneira, o aprimoramento das atividades de **programação** e **aquisição** requer poucos gastos e proporciona melhorias substanciais na regularidade do suprimento de medicamentos. As atividades de **armazenamento** e **distribuição**, ainda que necessitem de algum investimento adicional, apresentam uma relação custo/benefício e custo/efetividade muito favorável em função da redução de perdas, da garantia da integridade e qualidade dos medicamentos. Em relação à **dispensação**, o investimento e o custeio não são elevados e contribuem sobremaneira para que os pacientes recebam uma **Atenção Farmacêutica** adequada, proporcionando melhoria na resolubilidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a satisfação dos seus usuários. (MARIN et al., 2003).

3.2.1.1 Seleção de medicamentos

Conforme as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), o primeiro passo para a efetiva implementação de uma política de medicamentos essenciais é a seleção dos mesmos. (MARIN et al., 2003). É imprescindível dispor de seleção de medicamentos para a obtenção de ganhos terapêuticos e econômicos. (BRASIL, 2006b).

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica. As demais atividades desse ciclo são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados, tanto na atenção ambulatorial quanto na hospitalar, buscando-se estruturar e organizar sistemas eficientes e efetivos. (MARIN et al., 2003). Em caráter complementar, haveria de se terem os respectivos formulários terapêuticos e protocolos de tratamentos, os quais contribuem para a devida orientação e racionalidade na prescrição e utilização de medicamentos.

O Ministério da Saúde (MS) destaca como estratégias nessa etapa:

Sensibilizar o gestor para a importância da seleção (apresentar argumentos técnicos demonstrando a importância de uma relação municipal de medicamentos), buscar o apoio dos profissionais de saúde (para que a relação municipal de medicamentos seja referendada); e levantar as informações necessárias ao desenvolvimento do trabalho. (BRASIL, 2002a, p. 32-33).

A seleção de medicamentos e, quando for o caso, de produtos para a saúde, deve ser elaborada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica permanente de profissionais da saúde, que deverá existir em cada Município/Unidade de Saúde (US). Essa comissão deverá ter/buscar conhecimentos especializados, por critérios de essencialidade, qualidade e eficácia comprovada.

“Para a condução e execução deste trabalho em cada local/instituição, a OMS recomenda a estruturação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), formada por técnicos competentes nas áreas de medicina, farmacologia e farmácia.” (MARIN et al., 2003, p. 149). Uma Comissão de Farmácia e Terapêutica age assessorando o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos e tem caráter consultivo e deliberativo; como instância colegiada, não possui função gerencial.

3.2.1.2 Programação de medicamentos

No ciclo da Assistência Farmacêutica, a programação representa uma outra atividade-chave, que tem por objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, para atender as necessidades de uma população-alvo, por meio de um serviço ou de uma rede de serviços de saúde, considerando-se um determinado período de tempo. A estimativa dessas necessidades representa um dos pontos cruciais do ciclo, por sua relação direta com o nível de acesso aos medicamentos e com o nível de perdas desses produtos. (MARIN et al., 2003).

Segundo Queiroz (2004), são necessários alguns cuidados para não realizar uma programação deficiente, o que ocasiona falta de alguns produtos e excesso de outros, perdas de medicamentos, prescrições irracionais, necessidade de compras de urgência, podendo levar ao fracionamento das mesmas, o que, de acordo com a legislação vigente, no que se refere a

aquisições no setor público, é ato irregular. Além disso, caracteriza a ineficiência do ciclo da Assistência Farmacêutica.

Programar medicamentos consiste em confirmar quantidades a serem adquiridas para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. (BRASIL, 2006b). A estimativa das necessidades programadas deve avaliar a situação local de saúde.

A estimativa das necessidades programadas deve avaliar a situação local de saúde; o nível de acesso dos usuários aos medicamentos, a complexidade dos procedimentos de cada Unidade de Saúde Municipal e, principalmente, a disponibilidade orçamentária e financeira.

Alguns autores, como Ferraes (2002), num estudo semelhante no Paraná, têm destacado a utilização dos seguintes métodos de programação das necessidades de medicamentos: consumo histórico, perfil epidemiológico e oferta de serviços, onde:

Consumo histórico: é o método baseado na média histórica de consumo. As estimativas de necessidades futuras são feitas a partir dos dados de entradas e saídas dos meses anteriores e do estoque atual e prazo de validade. A sistemática utilizada é denominada média aritmética móvel e considera períodos de consumo dos seis meses anteriores para se fazer a previsão de consumo.

Podem ocorrer variações devidas às alterações de padrão de atendimento, ocorrências sazonais, entre outras e que devem ser observadas nos cálculos. Os períodos de estoque zero de um produto não são considerados no cálculo da média. A compra deve ser feita sempre que o estoque apresenta uma quantidade de produto suficiente para atender às necessidades do período compreendido entre a solicitação e a chegada do produto.

O nível de estoque que indica o momento da compra é denominado “ponto de reposição” ou “ponto de ressurgimento”. Durante o período entre as aquisições, podem ocorrer falhas motivadas por atrasos por parte dos fornecedores na entrega, ou aumento da demanda.

Para evitar falta de produtos e compras emergenciais, utiliza-se o conceito “estoque de reserva”, que é uma quantidade de material estocada para suprir eventuais necessidades.

O “ponto de reposição” é, então, a quantidade de medicamento necessário para atender ao período de abastecimento, mais o estoque de reserva. As aquisições devem ser feitas para um período de 4 a 5 ou 6 meses, levando-se em conta a capacidade de armazenamento da Central de Abastecimento, o orçamento e os prazos de validade dos diversos produtos.

O método do perfil epidemiológico: se baseia, essencialmente, no perfil nosológico e em dados de morbidade e mortalidade. Para utilizar este método, devem ser considerados: os dados populacionais, os esquemas terapêuticos que existem e a frequência com que as diferentes enfermidades se apresentam em uma população determinada.

E a **Oferta de serviços:** é quando se utiliza a consulta ao usuário a respeito da previsão de consumo, principalmente quando se trata de atividades ou serviços novos.

Em caráter complementar, Marin et al. (2003), enumeram algumas deficiências e falta de critérios que podem comprometer a atividade de Programação. A programação deve ser descentralizada, para que possa retratar o mais fielmente possível a necessidade local; o sistema de informação gerencial e epidemiológica deve ser eficiente; A baixa capacitação técnica, a carência de conhecimentos técnicos aliada à falta de atitude pró-ativa e, principalmente, a limitação dos recursos financeiros, comprometem, e muito, o desempenho do processo.

3.2.1.3 Aquisição de medicamentos

A aquisição de medicamentos constitui-se num conjunto de procedimentos articulados que visam a selecionar o licitante com a proposta mais vantajosa para satisfazer uma determinada necessidade e, assim, legitimar a administração a contratar o particular. Ela objetiva contribuir para o abastecimento de medicamentos em quantidade adequada e qualidade assegurada, ao menor custo possível, dentro da realidade do mercado, apoiando e promovendo uma terapêutica racional, em área e tempo determinados. (MARIN et al., 2003).

Em razão da complexidade e diversidade de segmentos envolvidos, é imperativo estabelecer uma política de aquisição, com diretrizes claras, para dar agilidade ao processo e evitar irregularidades no abastecimento. (BRASIL, 2006b, p. 43). Pouco adiantam um elenco de medicamentos definido criteriosamente; boas condições de armazenagem e profissionais capacitados, se houver descontinuidade no suprimento de medicamentos.

A atividade de aquisição de medicamentos não é simples, principalmente no setor público, onde as amarras burocrático-jurídicas são maiores. (SOLER, 2004).

O processo de aquisição para ser bem executado, há que estar adequado a diversos fatores e atender alguns requisitos, tais como: Pessoal qualificado e com conhecimentos específicos na área; Existência de uma seleção e programação de medicamentos; Cadastro de fornecedores; Catálogo ou manual de especificações técnicas dos produtos, com a especificação correta dos produtos a serem adquiridos; Definição de responsabilidades no processo, fluxos e procedimentos operacionais; Normas administrativas e critérios técnicos, previstos em EDITAL, que garantam a qualidade do processo de aquisição; Conhecimento dos dispositivos legais: Lei de Licitação Lei nº 8.666/93 e suas alterações. Registro Nacional de Preços - Decreto nº 2.743 de 21/08/98. Regulamentação de medicamentos sob controle especial Port. SVS nº 344/98. Estabelecimento de requisitos de qualidade na aquisição de medicamentos Port. SVS nº 1.818/98. Procedimentos contra a falsificação de medicamentos Port. SVS nº 2.814/98. Lei dos Medicamentos Genéricos - Lei nº 9.787/99. Sistema de Registro de Preços do Ministério da Saúde - Lei nº 10.191/01; Eficiente sistema de informações e gestão dos estoques, que permita informar em tempo oportuno, histórico da movimentação dos estoques, os níveis de estoques (mínimo, máximo, ponto de reposição, dados de consumo e demanda de cada produto); Definição da periodicidade de compras: mensal, trimestral, semestral ou anual, com entrega programada; Articulação permanente com todos os setores envolvidos no processo (Comissão de Licitação, Setor de Finanças, Material e Patrimônio, Planejamento, Fornecedores etc.); Instrumentos de controle e acompanhamento do processo de compra; Avaliação do processo de aquisição, considerando, também, a área física e condições técnicas adequadas à armazenagem dos medicamentos a serem adquiridos. (SOLER, 2004, p. 164).

Em órgãos públicos, a aquisição segue normas estabelecidas em dispositivos legais, cuja complexidade varia conforme o valor do compromisso financeiro envolvido. Alguns medicamentos de enfermidades específicas dos municípios são objetos de ação programática do Ministério da Saúde. É o caso de programas estratégicos como os de saúde mental, DST/AIDS, Hiperdia, Hanseníase, Tuberculose, Endemias e outros, como o programa penitenciário e o de medicamentos excepcionais.

Cunha (2003, p. 67) comenta, com muita propriedade, em estudo semelhante, realizado no Estado do Ceará que:

Na concepção, esses programas ainda considerarem as diversidades regionais. Contudo, a sua implantação por módulos-padrões em nível nacional não contemplou estas diversidades. Esse fato, historicamente, tem como consequência a falta de muitos medicamentos e o excesso de outros.

3.2.1.4 Armazenamento de medicamentos

O armazenamento vem a ser um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos. (BRASIL, 2006b). Envolve diversas atividades, como: o recebimento, a estocagem, a

segurança, a conservação, o controle de estoque e a entrega. Um armazenamento indevido, bem como uma programação inadequada, também pode ocasionar perda e desperdício de medicamentos.

Há de se evidenciar por Marin et al. (2003), nesse ponto, que os medicamentos são produtos com muitas peculiaridades técnicas, que lhes conferem atributos especiais e os diferenciam, principalmente, quando se pensa em características relacionadas ao trinômio: eficácia, segurança e qualidade. Essas peculiaridades permeiam toda a sua cadeia produtiva, a qual compreende: a pesquisa, a produção, a comercialização, o armazenamento, a distribuição e o consumo pelos usuários. Por isso, precisa-se assegurar um permanente controle da qualidade em toda essa cadeia, sendo que uma das etapas fundamentais para a conservação e manutenção das características intrínsecas desses produtos é a do armazenamento.

3.2.1.5 Distribuição de medicamentos

De acordo com Brasil (2006b, p. 73):

Um sistema de distribuição tem início a partir de uma solicitação de medicamentos (por parte do requisitante) para nível de distribuição envolvido, visando suprir as necessidades desses medicamentos por um determinado período de tempo. A distribuição de medicamentos, de acordo com as necessidades dos solicitantes, deve garantir a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações e controle.

É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos e os prazos para a execução e a periodicidade das entregas. (CONSELHO..., 2007a, p. 33).

Segundo Marin et al. (2003), para proporcionar um suprimento oportuno, pouco adiantaria um sistema eficiente de armazenamento, se os medicamentos não fossem distribuídos com a agilidade necessária e de maneira segura e organizada. Se realizado de modo adequado, manter-se-á uma harmonização em relação à programação e aos procedimentos ligados à interface com as unidades no nível local, onde efetivamente se realiza a dispensação aos usuários.

O armazenamento e a distribuição são as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica que visam como finalidades precípuas, a assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas de armazenamento e de um controle de estoque eficaz, bem como a garantir

a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário. (MARIN et al., 2003).

3.2.1.6 Dispensação de medicamentos

Entende-se a dispensação como o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um usuário, com o objetivo de informar sobre o uso adequado daqueles. É compreendido que são elementos importantes dessa orientação, entre outros pontos: a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto. (BRASIL, 2002a).

Segundo Soler (2004), há de se enfatizar que o objetivo maior de um eficiente ciclo da Assistência Farmacêutica é o adequado atendimento e satisfação das reais necessidades dos usuários. Esse objetivo se realiza, concretamente, quando a utilização, prescrição, dispensação, administração ou consumo dos medicamentos disponibilizados acontece de maneira correta.

Nesta mesma linha de pensamento, Marin et al. (2003, p.241) consideram que:

O procedimento de dispensação deve assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada; que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e que seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto. Trata-se do atendimento de um paciente específico e que, portanto, terá necessidades e características também específicas, as quais devem ser levadas em conta no momento do atendimento. É uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa.

A dispensação é uma oportunidade ímpar e crucial no ciclo da Assistência Farmacêutica, uma vez que profissional e usuário estão frente a frente, onde o primeiro contribui para a compreensão do segundo, sobre o tratamento a ser seguido. As informações transmitidas ao paciente, nesta etapa, são necessárias para esclarecer dúvidas sobre o uso do medicamento e podem motivar ou não a adesão e o sucesso do tratamento prescrito. É o momento em que o serviço de farmácia interage diretamente com o paciente.

Nesse contexto, destaca-se [...] a estratégia da atenção farmacêutica, definida como componente da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente com o propósito de atender às necessidades deste, relacionadas aos medicamentos. (SOLER, 2004, p. 171).

Conforme Araújo; Freitas e Ueta (2005), o referencial Atenção Farmacêutica baseia-se na obtenção de resultados terapêuticos desejados, através da resolução dos Problemas Relacionados com o Medicamento (PRM), procurando-se definir uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o paciente como ponto de partida para a solução dos seus problemas com os medicamentos.

Porém,

orientar o usuário e desenvolver ações educativas sobre medicamentos não são atividades exclusivas do farmacêutico. Entretanto, há de estar intimamente relacionadas às atribuições de todos os profissionais da equipe de saúde. O que se recomenda é que sejam ações supervisionadas e orientadas pelo profissional farmacêutico, as quais poderão se dar em relação a um paciente individualmente, comumente com base em uma receita específica, ou coletiva, direcionada a grupos tais como de autoajuda, de portadores de doenças específicas, turmas de escolares, associação de moradores ou outros. (SOLER, 2004, p. 171).

E, na ausência de profissionais farmacêuticos suficientes para todas essas etapas do ciclo, cabe a ele organizar e comprometer os demais profissionais de saúde para se obter a otimização dos serviços assistenciais nos municípios.

3.3 Contexto da Assistência Farmacêutica no Amazonas

3.3.1 Aspectos geopolíticos

A Floresta Amazônica é a maior floresta tropical úmida do planeta, com cerca de 5,5 milhões de km², dos quais, 3,3 milhões estão em território brasileiro. Os 40% restantes se dividem entre Guiana Francesa, Suriname, Guiana, Venezuela, Colômbia, Equador, Peru e Bolívia. A região amazônica também abriga a maior bacia hidrográfica do mundo, com uma extensão de 7,3 milhões de km².

Em 1966, o governo brasileiro criou a Amazônia Legal, que compreende os Estados do Maranhão, Pará, Tocantins, Amapá, Amazonas, Acre, Roraima, Rondônia e Mato Grosso e

abrange uma área total de 4,9 milhões de km² (60% do território nacional). (ALMANAQUE..., 2008).

O Amazonas é o maior Estado do Brasil, com uma superfície atual de 1.570.746 Km². Grande parte dele é ocupada por reserva florística e a outra é representada pela água. O acesso à região é feito, principalmente, por via fluvial ou aérea. O clima é equatorial úmido, com temperatura média/dia/anual de 26,7 °C, com variações médias entre 23,3 °C e 31,4 °C. A umidade relativa do ar fica em torno de 80% e o Estado possui apenas duas estações bem definidas: chuvosa (inverno) e seca ou menos chuvosa (verão).

Sofrendo influência de vários fatores, como: precipitação, vegetação e altitude, a água forma na região a maior rede hidrográfica do planeta. Os rios amazonenses são, praticamente, navegáveis durante todo o ano. Alguns rios, como o Negro, Alto Madeira, Urubu, Aripuanã, Branco e Uaupés, são obstruídos pelas formações em degraus, o que não impede sempre a navegação ordinária, salvo as corredeiras do Alto Madeira e a famosa cachoeira das Andorinhas, no rio Aripuanã. O rio mais encachoeirado é o Negro.

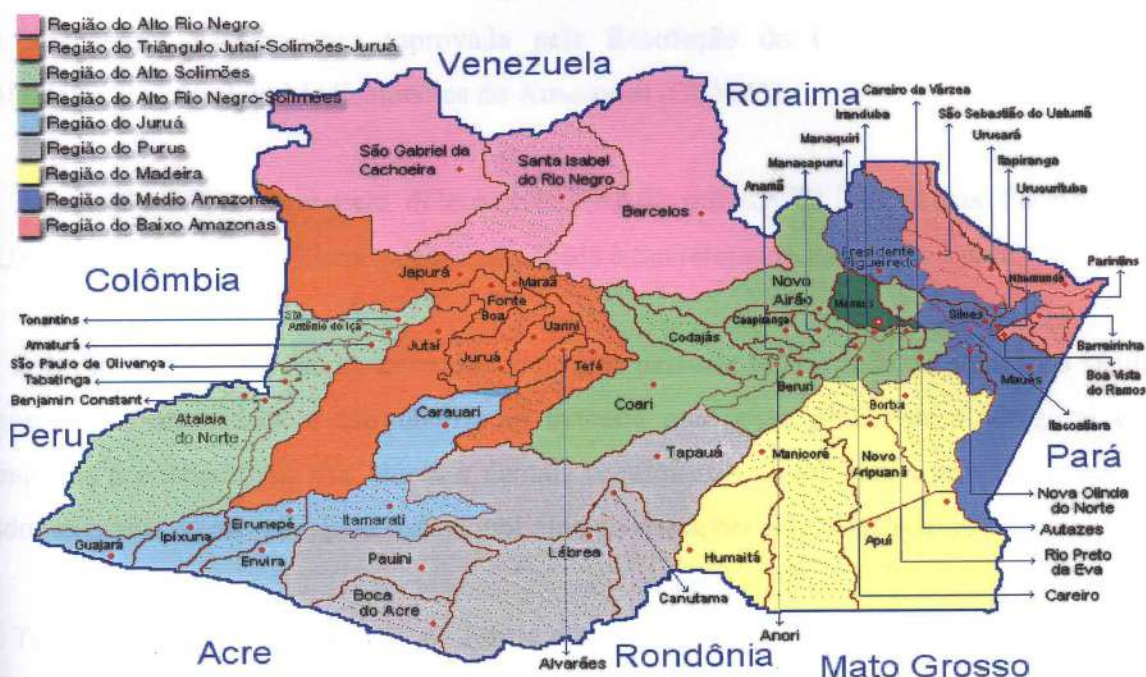
O rio Amazonas é internacionalmente conhecido como o maior do mundo em volume de água e sua descoberta aconteceu em 1500, na embocadura, pelo espanhol Vicente Yanez Pinzon, que o chamou "Mar Dulca", e por Francisco Orelhana, que o percorreu de oeste para leste, em 1541, dando-lhe o nome em homenagem às presumíveis mulheres guerreiras encontradas na foz do rio Nhamundá.

O rio Amazonas tem o curso calculado em 6.300 quilômetros. Seu arco atlântico tem a extensão de 400 quilômetros. Nasce presumivelmente na lagoa Santana (Andes Ocidentais), onde sua bacia de recepção é um rio de geleira. O segundo rio mais importante do Estado é o Negro. Ele também foi descoberto por Francisco Orelhana, em 3 de junho de 1541. Sua nascente fica na Colômbia, aos 2° de latitude norte, na região de Popaiã. Tem 1.551 quilômetros de curso, dos quais cerca de 50 obstruídos por corredeiras e saltos medíocres. Dos rios amazonenses, possui o maior aglomerado de ilhas no curso inferior, o arquipélago de Anavilhanas, verdadeiro labirinto onde se perdem pilotos experimentados. Abaixo fica a imensa baía de Buiaçu, (lenda da Cobra Grande ("búia" cobra; "Açu" grande)).

O Estado do Amazonas possui, na sua divisão política, 10 calhas de rios que subdividem-se em 62 municípios. Dentre esses 62 municípios, sob o ponto de vista administrativo, em especial em relação à organização da Assistência Farmacêutica nos

municípios pela SES/AM, está organizado em dezenove (19) municípios pólos, constituindo instâncias administrativas intermediárias junto aos municípios com um nível de complexidade de procedimentos de saúde acima dos demais, o que os faz abranger a demanda assistencial dos municípios vizinhos. Devido às dificuldades de acesso geográfico, essa forma de organização contribui sensivelmente para o acesso e uso racional de medicamento, naqueles municípios.

De acordo com dados do Conselho... (2007b), a taxa média geométrica de crescimento populacional atual no Amazonas reduziu de 2,66% em 1991, para 2,22% em 2005. Nesse período, a população do estado aumentou de 2.178.262 para 3.168.927 habitantes. A região Norte abriga 8% da população brasileira e 3% dos beneficiários de planos de saúde do Brasil. Cerca de 1% desses beneficiários da Região Norte é do Amazonas.



Mapa 1 - Mapa Geopolítico do Estado do Amazonas
Fonte: CPD/CEMA/SES/AM.

3.3.2 Histórico da Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas

Até 2000 as atividades da Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas eram realizadas na Central de Medicamentos (Ceme), localizada na Fundação de Medicina Tropical

(FMT). A partir de abril de 2001, foi instituída na estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado, a Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA), com a função de armazenar e distribuir os insumos farmacêuticos. Atualmente, esse órgão tem por finalidade:

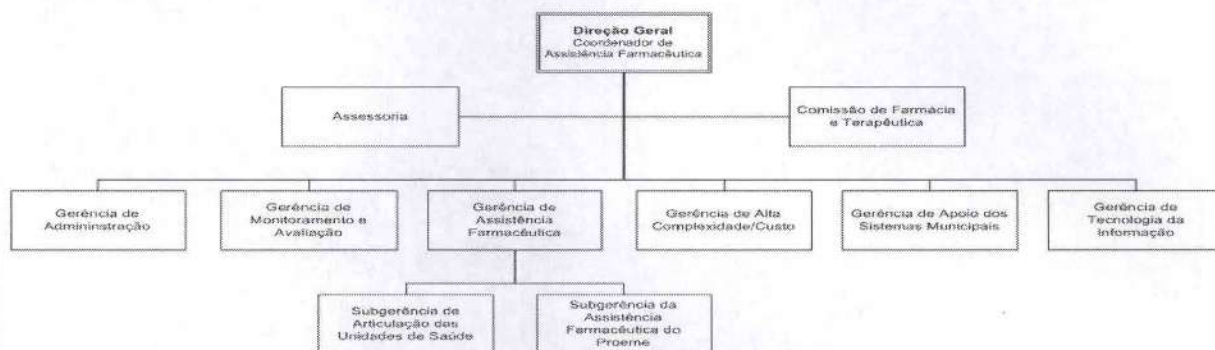
I - Formular, operacionalizar e implementar a Política Estadual de Medicamentos e Produtos para Saúde, por meio do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (Seleção, Programação, Aquisição, Recebimento, Armazenagem e Distribuição) fundamentada na Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde.

Revogando-se todas as disposições anteriores.

Parágrafo Único – Respalhada na Política Nacional de Medicamentos (aprovada pela Portaria 3.916/98 do Ministério da Saúde) e considerando o eixo estratégico da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 338/2004), a Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA):

1. É o órgão responsável pelo desenvolvimento da política da Assistência Farmacêutica no SUS/Amazonas, estando hierarquicamente ligada à Secretaria de Estado da Saúde.
2. É um subsistema de saúde, atividade-meio que permeia toda a rede de atenção à saúde, que deverá estar organizada e estruturada, de maneira que possa promover e assegurar esforços conjuntos e cooperativos dos atores e demais seguimentos envolvidos com essa dimensão, em todos os níveis de atenção, para o desenvolvimento das ações da assistência na saúde do Estado.
3. Tem como missão: “promover, de forma efetiva, o acesso e o uso racional de medicamentos, através de uma Assistência Farmacêutica resolutiva, visando à melhoria contínua da saúde da população estadual”.
4. Tem como visão: “promover o abastecimento de medicamentos e produtos para saúde em conformidade com a demanda de toda a rede de assistência à saúde do estado, primando pela qualidade e eficácia”.

Central de Medicamentos do Amazonas - CEMA



ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

2006

Figura 2 – Organograma da Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA/SES/AM)

Fonte: CEMA/SES/AM.



Foto 1 – Fachada Externa da Central de Medicamentos do Amazonas
Fonte: CPD/CEMA/SES/AM.

As atividades de apoio às ações de saúde e à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e seu uso racional no Estado do Amazonas, no que se refere ao ciclo logístico da Assistência Farmacêutica, estão sendo desenvolvidas na Central de Medicamentos do Amazonas (Coordenação de Assistência Farmacêutica da SES/AM).

A Política de Assistência Farmacêutica no Estado, executada pela CEMA, em conjunto com a SES/AM, visa à descentralização, na tentativa de municipalizar as ações em saúde para os municípios desde que, conforme meta da esfera estadual e federal, “este processo não leve a falta de medicamento para a população”.

Em relação às prioridades, o planejamento contínuo, (Plano de Assistência Farmacêutica do Estado, 2006-2008) tem como objetivo pensar a realidade da Assistência Farmacêutica no Estado e adequar o plano de ação às necessidades.

Segundo o Ministério da Saúde, o financiamento da Assistência Farmacêutica para o SUS é de responsabilidade das três esferas de gestão: União, estados e municípios. Apesar da AF representar, atualmente, um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias de Saúde (estaduais e municipais), devido à crescente demanda por medicamentos, observa-se que a ausência de um gerenciamento efetivo pode trazer como conseqüências, pouco acesso da população municipal aos medicamentos, além de grandes desperdícios. (BRASIL, 2006a).

A CIB/AM pactuou na sua 151ª Reunião, através da Resolução N°. 031, no dia 25 de julho de 2005 “que os repasses dos recursos da Farmácia Básica sejam feitos aos Fundos Municipais de Saúde na medida em que os municípios regularizem suas situações de pendências junto a SES/AM”.

Atualmente, Estado e municípios, na tentativa da descentralização, de planejar a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica municipal, encontram-se regularizando suas pendências municipais (prestação de contas/SIFAB) junto à SES/AM. Pressupõe-se que, através das Políticas Públicas, a implementação, a organização e programação de ações de saúde possam contribuir diretamente para o acesso da população municipal aos medicamentos essenciais, reduzir custos e melhorar a saúde pública e a economia no Estado do Amazonas.

Em virtude da ação descentralizadora ainda não ter sido concluída para alguns municípios, a SES/AM, através da CEMA-Coordenação de Assistência Farmacêutica Estadual, ainda abastece o maior percentual da demanda municipal de insumos farmacêuticos.

No que se refere à seleção de medicamentos, a Assistência Farmacêutica do Estado do Amazonas tem o seu elenco de medicamentos fundamentado na Relação Estadual de medicamentos Essenciais – RESME, elaborado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica Estadual em 2004. O processo de elaboração para a seleção do elenco iniciou no I Simpósio de Assistência Farmacêutica do Estado do Amazonas com a participação de consultores da OPAS, e profissionais afins, coordenado pela CEMA, em conjunto com a SES-AM em Novembro/2003. A seleção e programação dos insumos farmacêuticos para a AF nos municípios do Estado do Amazonas, é elaborada, através da CEMA, que pactua na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), o elenco de medicamentos básicos para os municípios, baseando-se em portarias vigentes do Ministério da Saúde e no Consumo Médio Mensal das Unidades de Saúde do Interior para um período de 12 meses. Esse Consumo Médio mensal (CMM) é padronizado e supervisionado semestralmente, ou quando se faz necessário, nas unidades mistas hospitalares, pelo GTC- Grupo Técnico Científico da CEMA.

A aquisição dos insumos farmacêuticos ainda é mista (Município e Estado). A CEMA, através da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS, elaborada na modalidade de PREGÃO, realiza a programação e encaminha para o grupo gerenciador do registro de preço do Estado. Este, em conjunto com a CGL-Comissão Geral de Licitação Estadual, realiza os certames licitatórios através do sistema “e-compras” com participação de todo o território nacional.

O armazenamento de todos os insumos adquiridos é de responsabilidade da CEMA, até que ocorra a distribuição aos municípios. Os meios de transportes são: fluvial, terrestre e aérea, dependendo da época do ano (influenciado pela “cheia” ou “seca” dos rios da Bacia Amazônica).

A dispensação dos insumos farmacêuticos é de acordo com a Política de Assistência Farmacêutica Municipal, seja nas unidades mistas hospitalares ou unidades de saúde afins.

Ainda conforme o Ministério da Saúde:

Ao repensar o financiamento da Assistência Farmacêutica, é imprescindível inseri-lo na lógica de organização dos serviços, racionalidade na execução e princípio de descentralização do SUS, entendendo a mesma como parte das ações de saúde e que deve ser planejada juntamente com a implementação, organização da rede e programação de ações de saúde. (BRASIL, 2006a).

Observa-se que não existe uma coordenação ou setor específico da Assistência Farmacêutica no organograma da maioria das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Amazonas, o que prejudica as ações em saúde, especialmente no que se refere ao planejamento de necessidades sobre medicamentos vinculados ao quadro epidemiológico local e também no que diz respeito à implementação das ações de AF. Também não existem prioridades para a implantação das Comissões de Farmácia e Terapêutica, e nem da criação/utilização de Protocolos Clínicos Terapêuticos nos municípios.

É fato que a Coordenação de Assistência Farmacêutica, implantada na sede da CEMA têm favorecido a organização e estruturação dos serviços voltados para o mesmo fim em alguns municípios do Estado, coordenando cursos, simpósios e congressos de capacitação na área de assistência farmacêutica, com a criação do grupo técnico científico e o lançamento da RESME, o que otimizou a promoção do uso racional de medicamentos no Estado do Amazonas.

Apesar de constatar-se um leve crescimento na proporção de municípios, tentando responsabilizar-se totalmente pela descentralização e implantação da política de Assistência Farmacêutica local, pode-se afirmar que, em todos os 62 municípios do Estado, o Hospital Municipal de média complexidade - Unidade Mista (UM) ainda é um órgão abastecido totalmente pela Secretaria Estadual de Saúde/AM. Ou seja, a forma predominante de aquisição ainda é mista, envolvendo o Município e o Estado. Existe uma compra centralizada de insumos farmacêuticos realizada anualmente pela SES/AM para distribuição municipal.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com análise predominantemente quantitativa. O instrumento para coleta de dados foi baseado em uma pesquisa telefônica sobre a “Organização da Farmácia Básica nos Municípios Brasileiros”, realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Vale ressaltar que, apesar de se utilizar uma estrutura análoga a da pesquisa referida, neste trabalho optou-se pela formulação de perguntas no instrumento de pesquisa. Os questionamentos estão relacionados à organização e estruturação da Assistência Farmacêutica, sendo abordadas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação). Foram aplicados dois questionários em municípios próximos para validação dos mesmos (teste controle), no município de Santarém e no município de Belém/PA.

4.2 Cenário da Pesquisa

O presente estudo propõe analisar a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, buscando, principalmente, apreender o mais fielmente possível a realidade nos municípios pesquisados.

A pesquisa foi realizada nos municípios do Estado do Amazonas, no período de março a dezembro de 2007. Devido às dificuldades de comunicação (característico da Região Amazônica), estrutura da gestão, mudança de gestor no decorrer da pesquisa e ausência de profissionais responsáveis pela Assistência Farmacêutica nos municípios, o prazo máximo para a devolução dos mesmos foi dezembro de 2007.

4.3 Sujeitos do Estudo

O presente estudo teve como fonte privilegiada a fala dos gestores municipais da Assistência Farmacêutica, que consideramos os atores principais dessa atividade.

O sujeito da pesquisa foi o responsável pela gestão da Assistência Farmacêutica no município, sendo este farmacêutico ou não. Quando necessário, foram solicitadas reavaliações, complementações ou mesmo retificações aos colaboradores envolvidos, pois nesse espaço de tempo, houve várias mudanças de gestores nos municípios.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado, formatado com perguntas abertas e fechadas, (Apêndice A) remetido para os 62 municípios do Estado do Amazonas, no período de março a dezembro de 2007. Foram devolvidos 55 questionários. Apenas um (01) deles estava ilegível e foi excluído da pesquisa. Restando 54 questionários.

4.5 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram analisados de maneira quantitativa, na forma descritiva e apresentados através de tabelas e gráficos, onde foram calculadas as frequências absolutas simples e relativas.

O *software* utilizado na análise foi o programa Epi-Info versão 3.4.3 para *Windows*, que é desenvolvido e distribuído pelo Centro de Controle de Doença dos EUA (CDC).¹

¹ Disponível em: <www.cdc.gov/epiinfo>.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa contou com a anuência da Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde /AM, conforme Apêndice B. Os aspectos éticos da pesquisa foram rigorosamente seguidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da Assistência Farmacêutica

5.1.1 Estrutura e Organização

Tabela 1 - Frequência do sujeito responsável pelo preenchimento do questionário de avaliação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Cargo	f _i	%
Farmacêutico Bioquímico	29	53,7
Farmacêutico	13	24,1
Secretário de Saúde	6	11,1
Secretário de Saúde/Diretor da Unidade Mista	2	3,7
Enfermeiro	1	1,9
Biomédico	1	1,9
Técnico em patologia	1	1,9
Gestor	1	1,9
Total	54	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Percebe-se que o Farmacêutico-Bioquímico foi majoritário no preenchimento da avaliação, demonstrando que ele atua diretamente na Assistência Farmacêutica, sendo responsável pelas ações em alguns municípios. O profissional farmacêutico foi o segundo majoritário. Interessante observar que, quase 15% dos questionários foram respondidos por secretários de saúde.

Um dos profissionais que respondeu o questionário identificou-se como “gestor”, não sendo, portanto, possível o enquadramento daquele em uma das profissões de saúde citada acima. Observou-se, ainda, que em 02 (dois) municípios o secretário de saúde atuava também como diretor da Unidade Mista (hospital municipal de média complexidade).

Nos municípios em que outros profissionais de saúde responderam o questionário, alegaram que não existia farmacêutico no município.

Tabela 2 - Frequência de profissão do responsável pela Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Profissão	f _i	%
Farmacêutico	28	85,0
Administrador	1	3,0
Biomédico	1	3,0
Enfermeira	1	3,0
Médico	1	3,0
Enfermeiro/Diretor da Unidade Mista	1	3,0
Total	33	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Dos 54 municípios do universo analisado, cerca de 61% (33) dos municípios que responderam este item do questionário, afirmaram possuir responsável pela Assistência Farmacêutica. Em todos eles, esse profissional tem nível de escolaridade superior.

Em 85% do universo analisado, (28 municípios), o profissional responsável pela gestão da Assistência Farmacêutica municipal é um farmacêutico ou farmacêutico-bioquímico, verificando-se o predomínio do profissional Farmacêutico.

Interessante observar, em alguns municípios, onde existe escassez de recursos humanos, ocorre aproveitamento do profissional farmacêutico-bioquímico (análises clínicas) para desempenho de mais de uma atividade, bem como de outros profissionais, como: enfermeiro, biomédico e médico assumindo a gestão das ações da Assistência Farmacêutica municipal. Comprovou-se que isso ocorre na maioria das vezes, devido à ausência do farmacêutico no quadro da Secretaria de Saúde Municipal.

No trabalho de Cunha (2003), 100% dos municípios estudados, possuíam farmacêuticos, porém, a alegação de escassez de recursos humanos e o aproveitamento do farmacêutico para o desempenho de mais de uma atividade, também prevaleceram.

Seria importante que os gestores municipais observassem que a presença do farmacêutico poderia resultar em dados coletados de uma população, podendo refletir diretamente no comportamento do perfil epidemiológico, mudando-o para melhorar os indicadores de saúde. Seria aconselhável, também, a reestruturação organizacional dos demais municípios, a fim de obterem maiores e melhores resultados para o seu pleno desenvolvimento.

Tabela 3 - Freqüência de municípios em relação ao tipo de órgão responsável pela Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Órgão	f _i	%
SEMSA	38	70,4
SEMSA/SUSAM	7	13,0
Unidade Mista (hospital de média complexidade) - SES	4	7,4
Núcleo de Assistência Farmacêutica - SEMSA	3	5,5
SUSAM (SES/AM)	2	3,7
Total	54	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

A responsabilidade pela Assistência Farmacêutica Básica é assumida pela Secretaria Municipal de Saúde em 70% do universo analisado.

Observa-se um percentual de 13% dos municípios analisados que consideraram que essa responsabilidade é praticamente dividida entre Prefeitura e Secretaria Estadual de Saúde.

Apesar de verificar o predomínio da Prefeitura Municipal sobre a responsabilidade da gestão da Assistência Farmacêutica, em 7,4% dos municípios, afirmaram ser o Hospital Municipal de Média Complexidade, o órgão específico para essa finalidade, o qual é abastecido, ainda, pela SES/AM. Em 3,7% afirmaram ser a SES/AM a responsável direta pela Assistência Farmacêutica municipal.

Este resultado comprova que não existe uma coordenação ou setor específico da Assistência Farmacêutica no organograma da maioria das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Amazonas, podendo estar prejudicando as ações em saúde, especialmente no que se refere ao planejamento de necessidades sobre medicamentos vinculados ao quadro epidemiológico local e também no que concerne à implementação das demais ações de AF.

No trabalho de Cunha (2003), 15% do universo analisado possuíam setor/departamento ou Núcleo Específico da Assistência Farmacêutica nos municípios, enquanto que os outros 85% eram assumidos pela Secretaria Municipal de Saúde, comparado com o Estado do Amazonas. Somente 5,5% dos municípios possuem o Núcleo Específico de AF.

Tabela 4 - Frequência de municípios em relação ao número de pessoas envolvidas na Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Número de pessoas	f_i	%
1	7	14,0
2	13	26,0
3	9	18,0
4	8	16,0
5	3	6,0
6	3	6,0
8	1	2,0
9	1	2,0
11	1	2,0
14	1	2,0
19	1	2,0
21	1	2,0
225	1	2,0
Total	50	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Mediana = 3; Q1(25%) = 2; Q3(75%) = 5.

A distribuição do número de indivíduos por município que trabalha na Assistência Farmacêutica básica é apresentado na Tabela 4. Somente 50 municípios responderam esse item.

Com grande representatividade, observa-se que, em (26%) dos municípios este número é de somente duas pessoas. Em 14% dos municípios, apenas uma pessoa trabalha na Assistência Farmacêutica. Seguido bem de perto, o percentual de 18% e 16%, onde o número de indivíduos varia entre 3 e 4 pessoas. Apenas 7 municípios responderam possuir um número próximo ou superior a 10 funcionários no setor.

Dentre esses 7 municípios, importante destacar que o município que possui 225 funcionários trabalhando na dispensação dos postos de saúde municipais e no núcleo de Assistência Farmacêutica, é o município de Manaus, atualmente com 1.709.010 habitantes, segundo dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

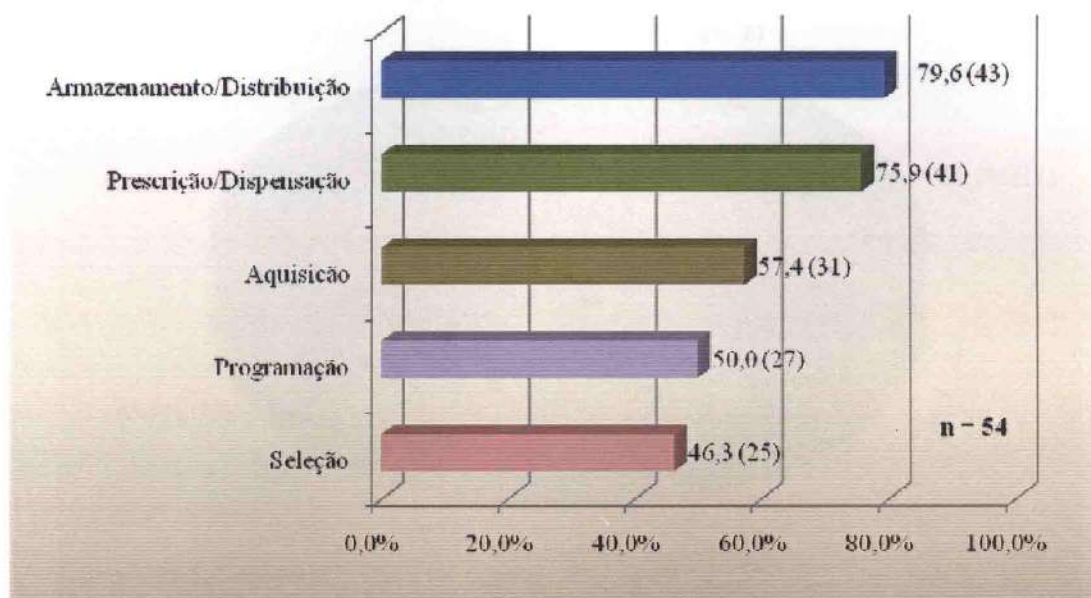


Gráfico 1 - Percentual de municípios onde existe rotina atualizada das ações da Assistência Farmacêutica no Estado do Amazonas, 2007

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verifica-se, dentro do universo analisado, o predomínio da importância de rotinas atualizadas sobre as atividades de Armazenamento e Distribuição (79,6%), seguida das atividades de Prescrição e Dispensação (75,9%). Por último, as atividades de aquisição (57,4%), programação (50%) e seleção (46,3%) dos medicamentos nos municípios.

Como a premissa básica para o MS é a descentralização da AF Básica, a aquisição e distribuição destes medicamentos passam a ser responsabilidade dos municípios e sob a coordenação dos Estados. Contudo, a reorientação proposta pelo MS não se restringirá só à aquisição e distribuição de medicamentos, mas também às demais etapas da Assistência Farmacêutica. (BRASIL, 1999).

Observa-se que a maioria dos municípios possui uma preocupação maior em relação às etapas de armazenagem e distribuição, do que às etapas de seleção e programação. Não levando em consideração que para a consolidação de melhores resultados, e principalmente para o fortalecimento da AF na atenção básica, faz-se necessária a efetiva implementação do ciclo da Assistência Farmacêutica, de maneira sistêmica.

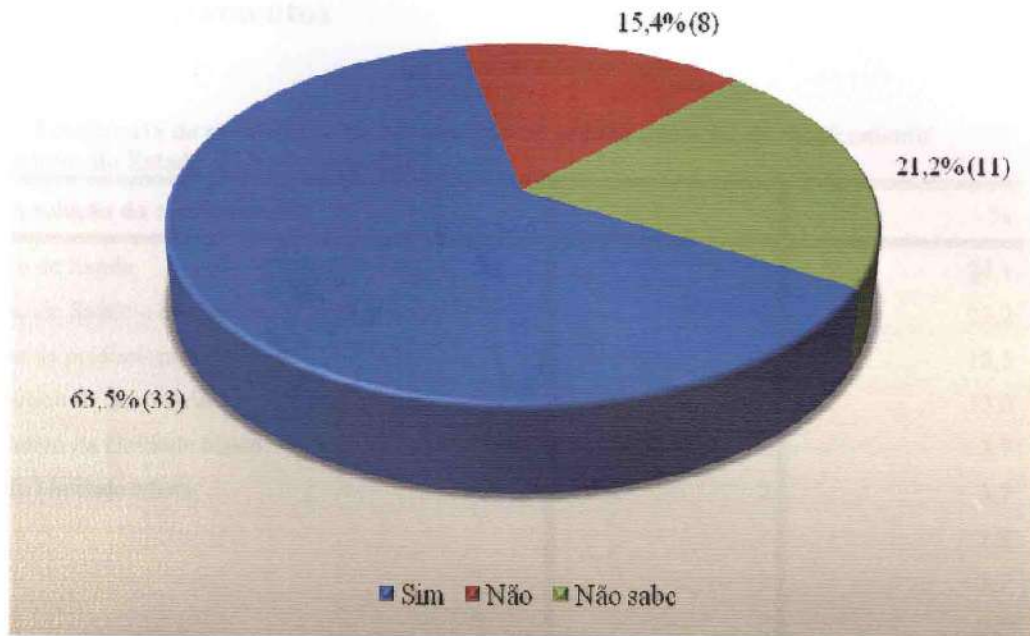


Gráfico 2 - Percentual de municípios em que a Assistência Farmacêutica está contemplada no Plano Municipal de Saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa.
(n = 52)

Neste item, 63,5% (33 municípios) dos 52, responderam ter contemplado a Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde (PMS). 21,2% dos municípios responderam que não sabem se ela é contemplada e 15,4% responderam que não foi contemplada no PMS.

Este resultado ainda demonstra a fragilidade da Assistência Farmacêutica municipal como um setor estratégico para a efetivação das ações e serviços prioritários desenvolvidos pelo setor de saúde em nível local.

Comparado ao trabalho de Cunha (2003), realizado em uma microrregião do Estado do Ceará, em 100% do universo analisado, a Assistência Farmacêutica está contemplada no Plano Municipal de Saúde.

5.1.2 Seleção de medicamentos

Tabela 5 - Freqüência de municípios em relação a quem realiza a seleção do medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Realiza a seleção do medicamento	f _i	%
Secretário de Saúde	13	24,1
Secretário de Saúde e demais profissionais	12	22,2
Comissão de profissionais de saúde	10	18,5
Farmacêutico da Secretaria	7	13,0
Farmacêutico da Unidade Mista	2	3,7
Diretor da Unidade Mista	2	3,7
Médico	1	1,9
Outros	2	3,7
Não sabe	5	9,3
Total	54	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Dos 54 municípios que responderam este quesito, 24% afirmaram ser o secretário de saúde municipal, o responsável pela seleção dos medicamentos. 22% afirmaram que a seleção era feita pelo secretário de saúde, juntamente com alguns profissionais envolvidos na saúde do município e, 18,5% por uma comissão de profissionais de saúde. Importante destacar que em 17% do universo analisado, a seleção de medicamentos é de responsabilidade do Farmacêutico.

Nenhum município respondeu que a seleção de medicamentos era feita por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) estruturada e atuante.

Ao contrário do trabalho de Cunha (2003), realizado em uma microrregião do Estado do Ceará, onde, em 57% do universo analisado, o responsável pela seleção de medicamentos do município era a CFT.

Seria importante que os gestores municipais compreendessem a necessidade fundamental da criação e atuação das CFTs locais. Por outro lado, há que se destacar o papel fundamental da coordenação estadual de Assistência Farmacêutica, no sentido de incentivar e fomentar a criação dessas CFTs municipais, pois, quando questionados os pesquisados, sugeriram que para melhorar a Assistência Farmacêutica municipal, fossem elaborados protocolos terapêuticos, REMUME e se formassem CFT e CCIH.

Nesse caso, é importante lembrar que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), a Comissão de Farmácia e Terapêutica tem a finalidade de assessorar o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos. Essa instância colegiada tem caráter consultivo e deliberativo, mas não possui função gerencial.

Tabela 6 - Frequência de municípios quanto à importância dos critérios adotados para a seleção de medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Critérios	Grau de importância					
	1°	2°	3°	4°	5°	
	n	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	
Eficácia e segurança comprovada 1°.	47	5 (10,6)	3 (6,4)	3 (6,4)	7 (14,9)	29 (61,7)
Perfil Epidemiológico 2°.	47	6 (12,8)	2 (4,3)	7 (14,7)	5 (10,6)	27 (57,4)
Denominação genérico / grupo terapêutico 3°.	46	4 (8,7)	3 (6,5)	7 (15,2)	7 (15,2)	25 (54,3)
Relação risco/benefício 4°.	46	6 (13,0)	3 (6,5)	6 (13,0)	7 (15,2)	24 (52,2)
Maior estabilidade do medicamento 5°.	46	8 (17,4)	2 (4,3)	10 (21,7)	3 (6,5)	23 (50,0)
Maior comodidade/facilidade para o paciente 6°.	47	4 (8,5)	3 (6,4)	7 (14,9)	10 (21,3)	23 (48,9)
Consumo histórico 7°.	47	10 (21,3)	6 (12,8)	9 (19,1)	2 (4,3)	20 (42,6)
Disponibilidade do mercado	46	10 (21,7)	2 (4,3)	8 (17,4)	7 (15,2)	19 (41,3)
Menor custo do tratamento	47	9 (19,1)	2 (4,3)	9 (19,1)	8 (17,0)	19 (40,4)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação aos critérios mais importantes adotados para a seleção de medicamentos, a avaliação da eficácia e segurança comprovada, são citadas em primeiro lugar, por 61,7% dos municípios que responderam. Em seguida, a análise do perfil epidemiológico (57,4%), a denominação genérico/grupo terapêutico (54,3%) e a relação risco/benefício (52,2%). O critério de maior estabilidade do medicamento (50%) e de maior comodidade/facilidade para o paciente (48,9%) e, por fim, o consumo histórico com 42,6%.

Observa-se nesse item, a ausência de conhecimentos específicos sobre a importância do consumo histórico na Assistência Farmacêutica Municipal.

Importante citar que foi explicado no questionário, nesse quesito, que deveria ser considerado 1 para o critério menos importante e 5 para o mais importante.

5.1.3 Programação de medicamentos

Tabela 7.a - Frequência de municípios que elaboram programação para aquisição de medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Critérios (n=44)	Existência da Programação					
	1°	2°	3°	4°	5°	
	n	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	
Elabora programação para aquisição de medicamentos	44	3 (6,8)	5 (11,4)	3 (6,8)	4 (9,1)	29 (65,9)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 7.b - Frequência de municípios quanto à importância de critérios utilizados de programação nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Critérios (n=44)	Grau de importância do método de programação					
	1°	2°	3°	4°	5°	
	n	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	
Programar segundo o consumo histórico	43	5 (11,6)	5 (11,6)	6 (14,0)	5 (11,6)	22 (51,2)
Programar segundo a solicitação das equipes PSF	42	5 (11,9)	3 (7,1)	6 (14,3)	7 (16,7)	21 (50,0)
Programar segundo o perfil epidemiológico	43	-	6 (14,0)	12 (27,9)	6 (14,0)	19 (44,2)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Neste estudo, foi perguntado aos municípios se elaboram programação para aquisição de medicamentos. Dos 54 que responderam à pesquisa, apenas 44 municípios responderam este item. A maioria, 66%, 29 municípios afirmaram elaborar programação.

Em relação ao método de programação mais utilizado, o “consumo histórico” foi citado por 51,2%, dos 43 municípios que responderam esse quesito, seguido pelo método de “Programar segundo a solicitação das equipes das US” (50%) dos 42 municípios que responderam esse quesito. Apenas 44,2% dos 43 municípios afirmaram utilizar o método de “Programação, segundo perfil epidemiológico”.

Vale ressaltar que a Central de Medicamentos da SES/AM ainda abastece algumas Unidades Mistas de Saúde Municipais e, portanto, ainda realiza uma programação no nível

central para manter esse abastecimento, enviando mensalmente para as Unidades Mistas de Saúde dos Municípios.

5.1.4 Aquisição de medicamentos

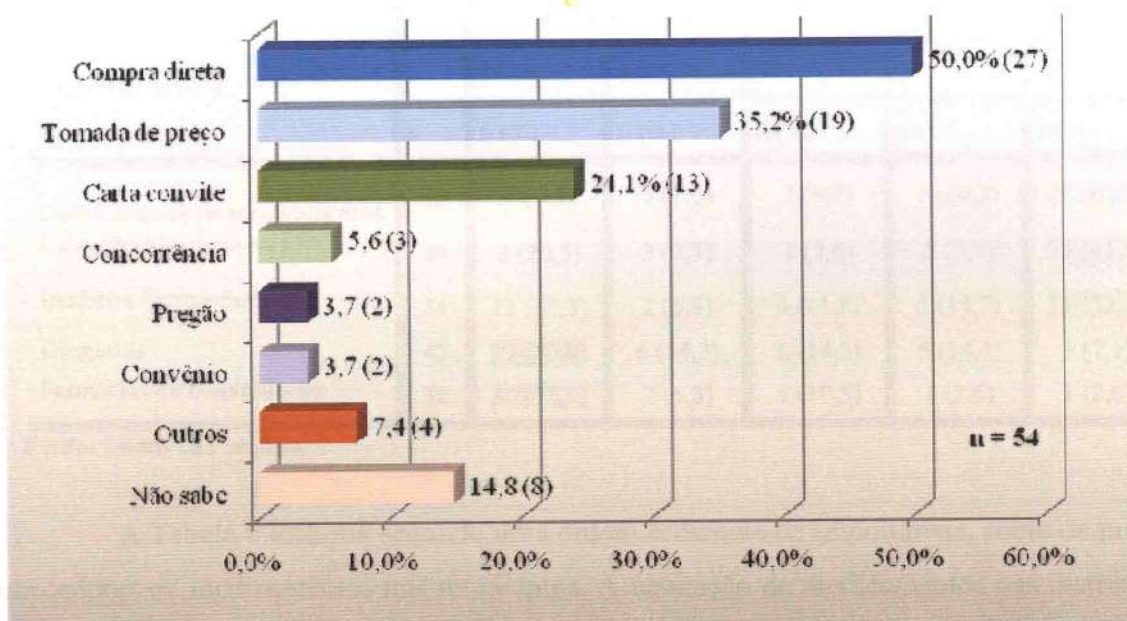


Gráfico 3 - Frequência em relação à forma como é realizada a aquisição do medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Fonte: Dados da Pesquisa.

A forma de aquisição de medicamentos mais utilizada foi a compra direta, sendo citada por 50% dos municípios do universo analisado. A tomada de preço e a carta-convite são as formas citadas em seguida, com 35% e 24%, respectivamente. As formas de concorrência, pregão e convênio existem numa proporção muito pequena entre os municípios do Estado, representando 13% dos municípios amostrados.

Pode-se sugerir que este resultado deve-se às características geográficas, dificuldades pertinentes à própria região e aos costumes dos gestores locais. Talvez, por isso, essa etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica possa ser considerada a mais crítica nos municípios do Estado do Amazonas.

Relevante frisar que a forma predominante de aquisição de medicamentos pelos municípios do Estado do Amazonas ainda é mista, envolvendo o município e o Estado,

simultaneamente. Entretanto, observa-se uma maior proporção de municípios tentando responsabilizar-se pela aquisição total dos medicamentos elencados pelo Ministério da Saúde (MS) e pactuados pela CIB/SES/AM para a atenção básica.

Tabela 8 - Frequência em relação à ordem de importância do tipo de fornecedor de medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Critérios (n=43)	Grau de importância					
		1º	2º	3º	4º	5º
	n	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)	f _i (%)
Distribuidoras de medicamentos	43	4 (9,3)	3 (7,0)	2 (4,7)	7 (16,3)	27 (62,8)
Laboratórios oficiais	39	8 (20,5)	3 (7,7)	1 (2,6)	3 (7,7)	24 (61,5)
Indústria Farmacêutica	34	12 (35,3)	2 (5,9)	4 (11,8)	5 (14,7)	11 (32,4)
Drogarias	42	21 (50,0)	6 (14,3)	6 (14,3)	6 (14,3)	3 (7,1)
Farmácias de manipulação	38	30 (78,9)	2 (5,3)	4 (10,5)	1 (2,6)	1 (2,6)

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 8 informa segundo uma ordem crescente de importância, sobre os principais fornecedores de medicamentos nos municípios. A aquisição de medicamentos nas distribuidoras aparece como a forma mais importante em 62,8% dos municípios analisados, seguida dos laboratórios oficiais, com 61,5% de citações. A indústria farmacêutica é reportada por 32%, em terceiro lugar por ordem de importância.

Observa-se nos municípios, que as aquisições de medicamentos através de drogarias e farmácias de manipulação, assumem os últimos lugares por ordem de importância entre os fornecedores.

Curioso notar, ainda, o critério de importância dado à compra de Indústria Farmacêutica. Dos 34 municípios que responderam, 35% afirmaram ser menos importante comprar da Indústria e, 32% afirmaram ser muito importante comprar da mesma.

Talvez pelo desconhecimento das vantagens de comprar diretamente da indústria ou pelas dificuldades relativas às características geográficas de acesso dos laboratórios/indústrias a alguns municípios na região.

Importante citar que foi explicado no questionário que, nesse quesito, deveria ser considerado 1 para o critério menos importante e 5 para o mais importante.

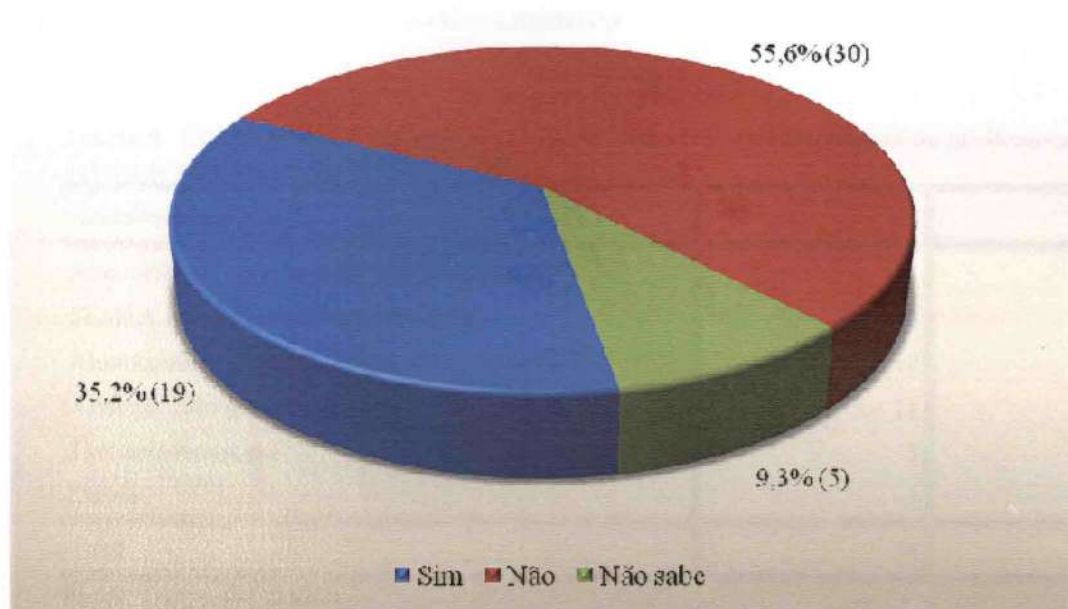


Gráfico 4 - Percentual dos municípios onde a Assistência Farmacêutica Básica acompanha o processo de aquisição do medicamento no Estado do Amazonas, 2007 (n = 54)

Fonte: Dados da Pesquisa.

O acompanhamento do processo de aquisição de medicamentos é feito pelo setor de assistência farmacêutica em 35% da amostra.

Observa-se que o percentual mais significativo de 55,6% é o de municípios onde esse acompanhamento não é realizado pelo setor de Assistência Farmacêutica.

Responderam “não sabe”, 9% da amostra.

5.1.5 Armazenamento de medicamentos

Tabela 9 - Frequência de municípios em relação ao macro armazenamento do medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Armazenamento	f _i	%
Almoxarifado específico de medicamentos (AF)	14	25,9
SEMSA e UM Saúde Hospitalar (SES)	13	24,1
Almoxarifado geral (Secretaria Estadual Saúde)	12	22,2
Almoxarifado geral (Prefeitura)	11	20,4
Farmácia municipal	3	5,6
Outros	1	1,9
Total	54	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Tabela 9, observa-se que em 26% dos municípios analisados, o local mais frequentemente utilizado para armazenamento de medicamentos é um almoxarifado específico (CAF) existente nas próprias secretarias municipais de saúde; 24% responderam que o local era dividido entre a Unidade Mista Hospitalar, de responsabilidade da Secretaria Estadual, e Secretaria Municipal de Saúde.

Alguns municípios citaram o almoxarifado geral da SES/AM para o armazenamento de todos os insumos, inclusive farmacêuticos (22%) e (20%) no almoxarifado geral da Prefeitura Municipal.

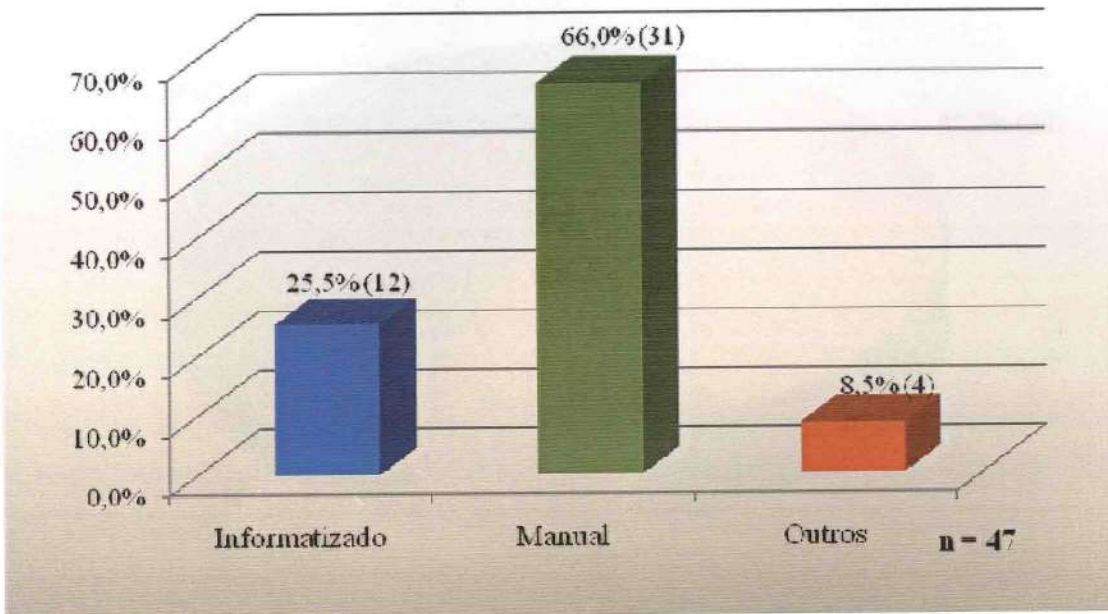


Gráfico 5 - Percentual em relação à forma como é realizado o controle de estoque dos medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Fonte: Dados da Pesquisa.

No Gráfico 5, observa-se que todos os municípios do universo analisado referem adotar medidas de controle de estoque. Desse total, 66% realizam através de método manual e em apenas 25,5% o controle é informatizado.

No trabalho de Cunha (2003), 100% do universo analisado realizam controle de estoque nos almoxarifados municipais. Isso nos leva à conclusão de que há o conhecimento que essa atividade evita perdas e melhora a operacionalidade do estoque, permitindo conhecer o ponto de ressuprimento dos insumos.

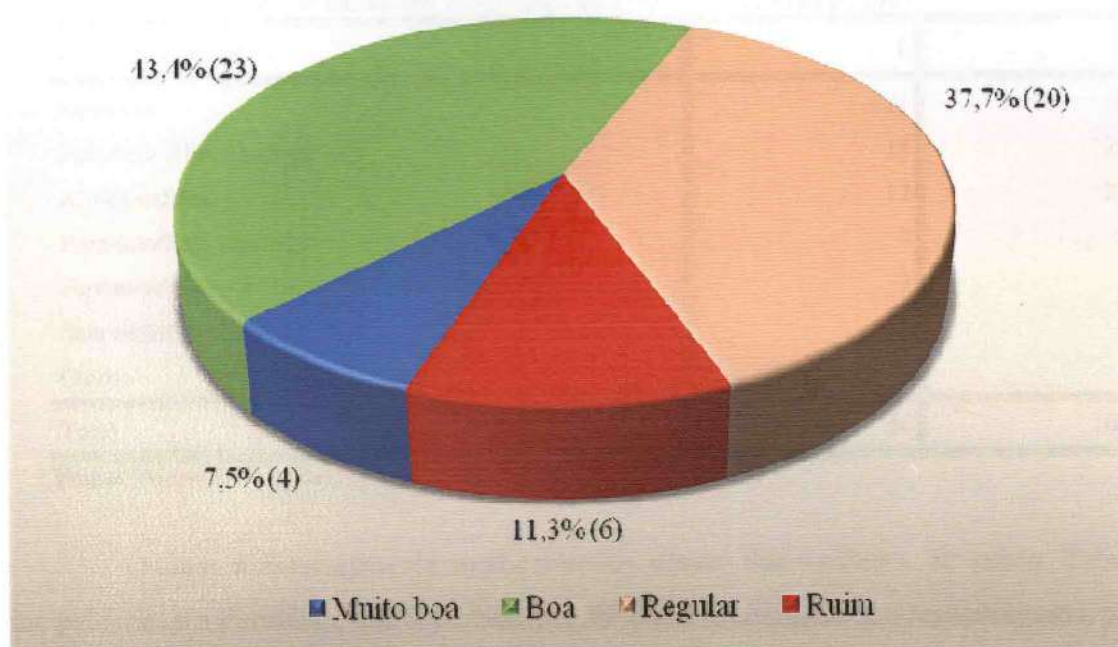


Gráfico 6 - Percentual das condições de armazenamento dos medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007 (n = 54)
Fonte: Dados da Pesquisa.

Ainda nessa perspectiva, no tocante às condições de armazenamento, o Gráfico 6 demonstra que em 43,4% dos municípios pesquisados, considera que são boas as condições em que são armazenados os insumos farmacêuticos. Outros 38% têm as condições apenas regulares, enquanto 7,5% têm condições muito boas de armazenamento. Apenas 11,3% avaliam essa condição como ruim. O critério utilizado foi unicamente a opinião do sujeito da pesquisa.

Tabela 10 - Frequência de municípios em relação ao local onde são estocados os medicamentos dentro das Unidades de Saúde dos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Local de estoque	f _i	%
Farmácia	21	38,9
Farmácia/Almoxarifado	14	25,9
Almoxarifado	12	22,2
Farmácia/Sala específica	3	5,6
Farmácia/Almoxarifado/Sala específica	2	3,7
Sala específica	1	1,9
Outros	1	1,9
Total	54	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto à estocagem de medicamentos dentro das unidades de saúde, Tabela 10, o principal local é a Farmácia, que foi citada por 39% dos municípios que responderam a pesquisa.

Observa-se, no entanto, que 22,2% citam o almoxarifado da Unidade de Saúde como o segundo local mais escolhido como local de estoque. Nota-se que, 26% dos municípios, afirmam possuir o almoxarifado da unidade de saúde em conjunto com a farmácia como local de estoque de medicamentos.

5.1.6 Distribuição de medicamentos

Tabela 11 - Frequência em relação aos problemas relatados encontrados na distribuição dos medicamentos aos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Problemas com a distribuição (n = 54)	f _i	%
Medicamentos com prazo de validade próximo da data do vencimento	23	42,6
Os medicamentos não são distribuídos segundo o cronograma	16	29,6
Os medicamentos não são transportados adequadamente	14	25,9
Não sabe da existência de cronograma de distribuição de medicamentos	9	16,7
Medicamentos chegam sem condições de uso	5	9,3
Outros	9	16,7

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Tabela 11, analisam-se os problemas mais frequentes relacionados com a distribuição de medicamentos. Segundo o resultado da análise, o mais frequente tem sido o

medicamento com prazo de validade próximo da data de vencimento, apontado por (42,6%) do universo analisado, seguido pela de falta de definição de um cronograma de distribuição (30%). Outro problema representativo citado pelos municípios foi de que os medicamentos não são transportados adequadamente (26%). Apenas (9,3%) dos municípios citaram que alguns medicamentos chegam sem condições de uso.

A distribuição dos medicamentos e produtos para o abastecimento das Unidades Mistas nos municípios ainda é realizada pela Central de Medicamentos da SES/AM, pois o Estado encontra-se em processo de descentralização. O critério utilizado no atendimento das Unidades é contingente populacional a partir de uma relação de medicamentos previamente estabelecida.

Tabela 12 - Frequência em relação ao procedimento adotado em relação aos medicamentos deteriorados ou com validade vencida nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Procedimentos (n = 54)	f _i	%
Incinerados	25	46,3
Transferidos para a vigilância sanitária	20	37,0
Devolvidos à capital (Cema)	8	14,8
Armazenados	4	7,4
Distribuídos, embalados e desprezados no lixo	3	5,6
Descartados no lixo	2	3,7
Existe plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	2	3,7
Não sabe	5	9,3

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Tabela 12, analisa-se o principal procedimento realizado pelos municípios do universo pesquisado, quando ocorre deterioração do medicamento ou vencimento de seu prazo de validade. Nota-se que 46,3% adotam como principal procedimento a incineração, apesar de apenas 3,7% afirmarem a existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde no Município. 37% transferem-no para a Vigilância Sanitária Local. E 15% devolvem-no para a Coordenadoria Estadual de Assistência Farmacêutica (Cema/SES/AM).

5.1.7 Dispensação de medicamentos

Tabela 13 - Frequência em relação às Unidades de Saúde onde ocorre a dispensação dos medicamentos nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Unidades onde ocorre a dispensação (n = 54)	f _i	%
Unidade Básica de Saúde (posto de saúde, centro de saúde)	40	74,1
Hospital / Unidade Mista	35	64,8
Unidade Básica de Saúde Rural (unidade volante, posto de saúde)	23	42,6
Farmácia municipal (central / distrital)	17	31,5
Unidade de urgência e emergência	8	14,8
Unidade secundária (policlínica, unidade de referência, etc.)	4	7,4
Outros	2	3,7

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação aos locais onde ocorre dispensação de medicamentos, observa-se, neste estudo, que a Unidade Básica de Saúde urbana foi citada por 74% dos municípios pesquisados. O Hospital Municipal de Média Complexidade por 65%. A Unidade Básica de Saúde Rural, 43% e a Farmácia Municipal 31,5%.

Tabela 14 - Frequência em relação ao tipo de orientação que é feito aos usuários no ato da dispensação do medicamento nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Orientações sobre o medicamento (n = 54)	f _i	%
Dosagem	42	77,8
Período de tratamento	40	74,1
Forma de guardar o medicamento	28	51,9
Ações educativas (uso racional)	20	37,0
Efeitos esperados (ação do medicamento)	14	25,9
Efeitos indesejáveis / interações	13	24,1
Não é feita orientação na entrega do medicamento	7	13,0

Fonte: Dados da Pesquisa.

Na Tabela 14, verifica-se que são feitas orientações aos usuários na entrega do medicamento. Apenas 13% dos serviços municipais de saúde do universo analisado afirmam não fazer nenhum tipo de orientação no momento da entrega do medicamento ao paciente.

As orientações quanto à dosagem e período de tratamento foram prioritárias, com 78% e 74%, respectivamente, seguidas das orientações como forma de guardar o medicamento (52%) e ações educativas de uso racional de medicamentos em geral (37%). Efeitos esperados e os indesejáveis dos medicamentos seguem de perto com 26% e 24%, respectivamente.

Dados obtidos a partir deste estudo levam a sugerir que essa prática da dispensação tem sido negligenciada em sua complexidade técnica e legal, tornando-se um ato meramente burocrático ou comercial. Talvez por falta de conhecimentos técnicos, quanto à prática da atenção farmacêutica propriamente dita.

Conforme Araújo; Freitas e Ueta (2005), nas unidades de saúde, básicas ou distritais, modelos tecnológicos de uso de medicamentos são difíceis de serem implementados, devido, em parte, às condições inerentes ao atendimento. Na maioria delas o fluxo de usuários é alto, sacrificando o tempo de atendimento em benefício da gestão. Por outro lado, nesse modelo, como o serviço farmacêutico é o elo final da cadeia, o usuário, quase sempre cansado pela espera, está mais preocupado com a redução do tempo de espera do que com a orientação propriamente.

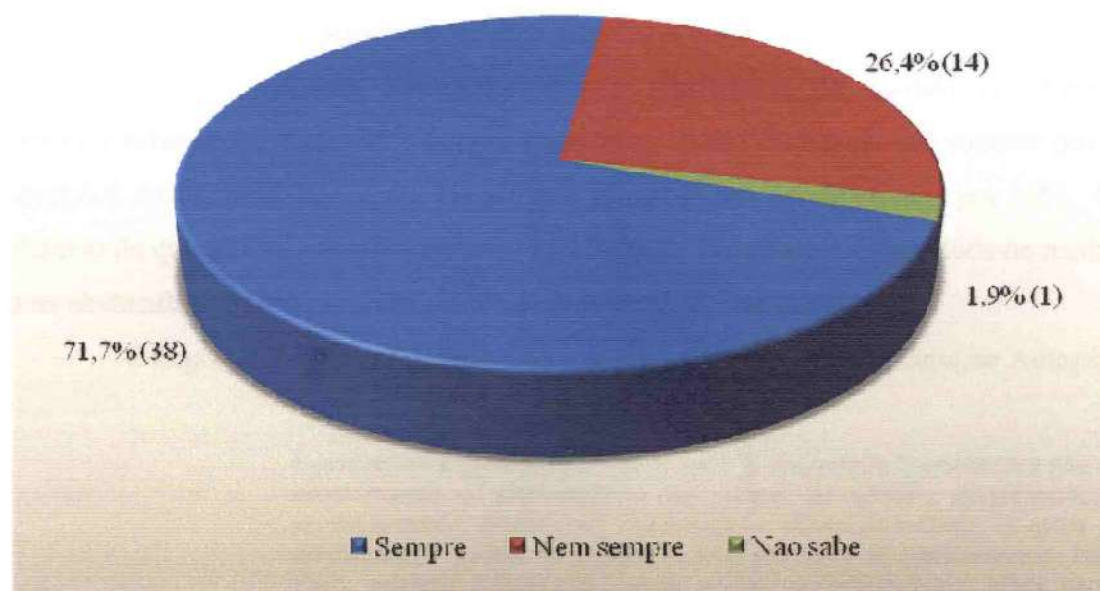


Gráfico 7 - Frequência em relação à dispensação do medicamento ser realizada somente por receituário nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

(n = 53)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em 72% dos municípios analisados, a dispensação de medicamentos é realizada somente mediante receituários. 26,4% afirmam que “nem sempre” a dispensação de medicamentos é realizada através de receituários.

Tabela 15 - Frequência em relação ao principal obstáculo para a organização da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas, 2007

Principal obstáculo (n = 54)	f _i	%
Recursos financeiros (insuficiência, ausência, atraso)	34	63,0
Recursos humanos (insuficiência, falta, capacitação)	34	63,0
Problemas estruturais (transportes, informatização, espaço físico)	32	59,3
Quantidade de medicamentos insuficiente	23	42,6
Repasse de medicamentos	15	27,8
Pequena variedade de medicamentos	12	22,2
Outros	3	5,6
Não tem obstáculos	2	3,7
Não sabe	1	1,9

Fonte: Dados da Pesquisa.

Observa-se empate entre os dois principais obstáculos que foram considerados para a organização da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. A carência/insuficiência, tanto de recursos financeiros como humanos, são citadas por 63% dos municípios do universo analisado. Os problemas estruturais foram citados por 59%. 42% ainda reclamam de quantidade de medicamentos insuficiente. O repasse e a variedade de medicamentos são os obstáculos citados por 28% e 22% dos municípios, respectivamente.

É importante lembrar quando Soler (2004), em estudo semelhante no Amapá,

É preciso ter a percepção de que o ciclo da Assistência Farmacêutica não compreende simplesmente o gerenciamento das etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e utilização racional, as quais por sua vez determinam o padrão de prescrição e da produção de medicamentos. Importa, além disso, produzir informação e gerar conhecimento/tecnologia. Nesta perspectiva, os produtos gerados não devem ser apropriados para que a utilização da tecnologia possa ser difundida e, assim, o processo se retroalimentar. Não há de ser simplesmente a implantação do ciclo da assistência farmacêutica *per se*, que assegurará a sustentabilidade do acesso aos medicamentos, mas sim a **qualificação constante do conhecimento apropriado**.

Neste sentido, é importante ressaltar que os recursos humanos são fundamentais na implantação de uma Assistência Farmacêutica que, contemple todas as atividades com a finalidade de atender anseios da sociedade, no tocante ao acesso e uso racional de medicamentos.

Por fim, após serem estimulados a darem sugestões para a organização da Assistência Farmacêutica Básica (AFB), para a melhoria do acesso e do uso racional de medicamentos em seus municípios, selecionaram-se alguns pontos de vistas na concepção dos (42) farmacêuticos dos municípios, de (06) secretários de saúde e de (06) outros profissionais de saúde, os quais gostariam de obter como resultado da pesquisa:

1. 55% dos profissionais sugerem mais capacitação dos recursos humanos que atuam na Assistência Farmacêutica Básica.
2. 12% sugeriram contratação de mais farmacêuticos para a Assistência Farmacêutica Básica municipal. Mais educação continuada, especificamente sobre Uso Racional de Medicamentos e implantação de Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para melhor organização da AFB.
3. 7% sugeriram implantação do programa de AFB e aumento dos recursos financeiros.
4. 5% sugeriram sensibilização do gestor para maior apoio na AFB; melhoria da estrutura e do repasse de medicamentos, além de solicitarem direcionar o farmacêutico para a AFB.
5. 2,5% sugeriram elaboração de protocolos; formação de CFT e CCIH; consenso entre o setor de compras de medicamentos e o farmacêutico; informatização do serviço; elaboração da REMUME; ampliação do número de recursos humanos na AFB; planejamento; conscientização dos médicos sobre o padrão municipal de medicamentos.

Em relação à percepção dos secretários de saúde que participaram da pesquisa, é interessante frisar as sugestões daqueles para a melhoria da Assistência Farmacêutica no seu município:

1. “Que os medicamentos fossem comprados diretamente das indústrias farmacêuticas.”
2. “Que a distribuição dos medicamentos fosse conforme patologias e relação de medicamentos feitas pelo município.”

3. "Que o repasse mensal fosse direto para a Secretaria de Saúde, para não haver transtornos com prestação de contas com SIFAB."
4. "Que melhorasse a organização na distribuição de medicamentos aos municípios, de preferência por aeronaves, pois via fluvial leva de 30-40 dias e depende do período de secas (principalmente os municípios das calhas mais distantes)."
5. Que houvesse "mais humanidade, no sentido de olhar para os municípios do interior do Estado. Abastecimento correto. Capacitação de médicos e farmacêuticos."

6 CONCLUSÃO

Observa-se que a problemática do acesso e uso racional de medicamentos, bem como a implantação da Política de Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas emergem como questões centrais, pois a existência de estruturas físicas inadequadas e sem informatização, a carência de recursos humanos, inclusive de farmacêuticos, a baixa capacitação técnica, (carência de conhecimentos técnicos aliada à falta de atitude pró-ativa) e, principalmente, a fragmentação das atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica, acompanhada ao fator “limitação dos recursos financeiros”, comprometem, e muito, o desempenho do processo.

A forma predominante de algumas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas ainda é mista, envolvendo o município e o estado, simultaneamente, percebendo-se que ainda se faz necessária uma série de discussões mais amplas sobre o papel e as atribuições da esfera estadual, enquanto instância de coordenação e de regulação, pois no nível municipal, para muitos gestores, o conceito da Assistência Farmacêutica ainda permanece centrado no binômio aquisição e distribuição de medicamentos, apesar de constatar-se um leve crescimento na proporção de municípios, tentando responsabilizar-se totalmente pela descentralização e implantação da política de Assistência Farmacêutica local.

Faz-se necessária uma mudança dos parâmetros técnicos atuais, no que se refere à implantação e implementação da Assistência Farmacêutica Municipal, em todas as suas vertentes, especialmente a relacionada à tecnologia do acesso e uso do medicamento, pois com falta de estruturas adequadas, carência de recursos financeiros e humanos e de tecnologias apropriadas, resultam na utilização inadequada e na perda de parcela significativa dos medicamentos, seja por prazo de validade vencido ou por armazenagem inadequada.

E, por fim, faz-se, também, necessário sensibilizar os gestores para as necessidades que priorizem o desenvolvimento, a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica municipal, contemplando alguns aspectos que otimizem a estratégia da descentralização e/ou municipalização da Política de Medicamentos, visando a contribuir diretamente para o acesso da população municipal aos medicamentos essenciais, a redução de custos para o gestor e, conseqüentemente, a melhoria da saúde pública e da economia no Estado do Amazonas.

7 SUGESTÕES

É necessário sensibilizar os gestores para as necessidades que priorizem a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica municipal, contemplando alguns aspectos:

1. -Carências de recursos humanos, inclusive de farmacêuticos; baixa profissionalização da equipe de apoio ao farmacêutico; deficiência na capacitação dos recursos humanos existentes (nível médio e nível superior).

Sugestão: Contratação de recursos humanos em nível municipal, especialmente de farmacêuticos. Ofertar cursos regulares de formação e de atualização dos conhecimentos na área aos profissionais envolvidos nas ações da Assistência Farmacêutica Municipal ou investir no profissional responsável por essas atividades, de maneira que ele adquira os conhecimentos necessários para o desenvolvimento do processo.

2. -Necessidade de estabelecimentos de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de compras e de logística de distribuição municipal (dentro do município e de fora para dentro) de modo a proporcionar maior racionalidade administrativa na Assistência Farmacêutica municipal.

Sugestão: Visando à devida implantação do Ciclo de Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas e o desenvolvimento das atividades desse ciclo, de forma sistêmica, fazendo-se necessários investimentos diretos no profissional responsável pelo processo, para que aquele adquira conhecimentos técnicos específicos à área para o desenvolvimento adequado de todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, otimizando e tornando mais eficazes as atividades envolvidas na Assistência Farmacêutica municipal.

3. -Estabelecimento de limites para a seleção de medicamentos baseada em critérios epidemiológicos, de segurança, eficácia (evidências clínicas) e farmacoeconômicos, evitando as pressões mercadológicas, através das CFTs.

Sugestão: Visando à **seleção** racional dos medicamentos e, conseqüentemente, a programação, aquisição e dispensação racionais, fazendo-se necessária a implantação das Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) municipais.

4. -Melhoria das instalações/estrutura física e informatização dos serviços da rede de saúde.

Sugestão: Visando à devida implantação do Ciclo de Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas e o desenvolvimento das atividades desse ciclo, de forma sistêmica, fazendo-se necessários investimentos diretos na adequação ou criação das Centrais de Abastecimentos Farmacêuticos (CAF) municipais, isso evita a perda de parcela significativa dos medicamentos, seja por prazo de validade vencido ou por armazenagem inadequada na Assistência Farmacêutica municipal.

REFERÊNCIAS

ALMANAQUE Abril 2008. São Paulo: Abril, 2008.

ARAÚJO, A. L. A. et al. O perfil da assistência farmacêutica na atenção básica do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 407-419, 2008.

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

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O.; UETA, J. M. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas**. Brasília, DF, 2006a. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, DF, 2006b. 100 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Incentivo a assistência farmacêutica básica: o que é e como funciona**. Brasília, DF, 2001a. 25 p.

_____. **Lei nº. 8.142 de 1990: regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS): serviços complementares**. Brasília, DF, 1990. 58 p.

_____. **Organização da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros: disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS: pesquisa telefônica**. Brasília, DF, 2002a. 153 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Portaria GM nº. 3916:** política nacional de medicamentos. Brasília, DF, 1998b. 40 p.

_____. **Portaria GM nº. 176:** regulamentação do incentivo a assistência farmacêutica básica. Brasília, DF, 1999. 29 p.

_____. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, DF, 1998a.

_____. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, DF, 2002b.

_____. **Sistema de Acompanhamento do Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica: SIFAB:** manual de utilização. Brasília, DF, 2001b. 37 p.

BRASIL. Portaria nº 2.084/GM, de 26 de outubro de 2005. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/portaria_2084_01.pdf>. Acesso em: 2008.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 2008.

BRASIL. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Resolução nº 357/2001, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/legis.html>>. Acesso em: 2008.

CAVALCANTI, I. C.; SIQUEIRA, R. L. **Sistema integral de assistência farmacêutica: o modelo do Ceará.** Fortaleza: Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde, 2003.

CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS. **Epi-info:** versão 3.4.3 para windows. Califórnia, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, DF, 2007a. 186 p. (Coleção Progestores - Para Entender a Gestão do SUS).

_____. **Informações para a gestão estadual do SUS**. Brasília, DF, 2007b. 78 p.

CUNHA, L. P. **Avaliação da assistência farmacêutica segundo a visão dos farmacêuticos dos municípios da regional de saúde de Acaraú**. 2003. 96 f. Monografia (Especialização) - Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2003.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. **Medicamento, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas**. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/doc/farmacia.htm>>. Acesso em: 2008.

FERRAES, A. M. B. **Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná**. 2002. 264 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: quadriênio 2006-2008**. Florianópolis, 2006.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 153 p.

GOMES, C. A. Os desafios para a assistência farmacêutica integral. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA INTEGRAL, 2002, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/seminario/alberto/alberto.ppt>>. Acesso em: 2008.

MARIN, N. et al. (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS, 2003.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MERCUCCI, V. L. (Org.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997. 381 p.

MEROLA, Y. L.; TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. Incentivo a assistência farmacêutica na atenção básica: um projeto em discussão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 5, n. 1, p. 95-100, 2008.

OPAS. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Brasília, DF, 2005. 260 p.

_____. **Os desafios para uma assistência farmacêutica integral: experiências em assistência farmacêutica estaduais e municipais**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/seminar/desafios/seminar2.htm>>. Acesso em: 5 jan. 2008.

QUEIROZ, L. M. **Política de medicamentos e assistência farmacêutica em Belém nos anos de 2000 a 2003**. 2004. 95 f. Monografia (Graduação em Farmácia Generalista) - Centro Universitário do Pará, Belém, 2004.

REIS, A. M. **Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos**. [S.l.], 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.vel.br/espacoparasaude/v4n2/doc/atencãofarmauso.doc.html>>. Acesso em: 2008.

SANTOS, S. C. M. dos. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço**. 2001. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

SILVA, L. **Manual do Departamento de Assistência Farmacêutica**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 1999.

SOLER, O. **Assistência farmacêutica básica no Amapá: descentralização e acesso**. 2004. 186 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2004.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: A VISÃO DOS GESTORES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO AMAZONAS – 2007

Apresentação: Instituição de trabalho: () SEMSA Prefeitura () SUSAM-UM Estado

Município: _____

Farmacêutico: _____ CRF-AM/RR: _____

Cargo/Função: _____ Contratado desde: _____

1) Que órgão é responsável pela Assistência Farmacêutica no município?

- () Secretaria Municipal de Saúde
 () Secretaria Estadual de Saúde(SUSAM)
 () Núcleo de Assistência Farmacêutica
 () Unidade Mista Hospitalar (UM)
 () outros: _____

2) Existe um Diretor/Chefe/Coordenador/Gerente responsável pelas ações de Assistência Farmacêutica?

- () Sim () Não () Não sabe

Se sim, indentifique: Nome: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

3) Com relação à Assistência Farmacêutica no município, pode-se afirmar: Marque com (Sim/Não)

3.1) Existe rotina atualizada das ações da Assistência Farmacêutica, em relação a?

- () Seleção
 () Programação
 () Aquisição
 () Armazenamento / Distribuição
 () Prescrição / Dispensação.

3.2) A Assistência Farmacêutica está contemplada no Plano Municipal de Saúde?

- () Sim () Não () Não sabe

4) Quantas pessoas trabalham na Assistência Farmacêutica municipal?

Total do N° de pessoas: _____

5) O município realiza seleção de medicamentos?

- Sim Não Não sabe

6) Quem realiza a seleção de medicamentos no município?

- uma comissão de profissionais de Saúde
 farmacêutico da Secretaria
 farmacêutico da Unidade Mista
 médico
 Diretor da Unidade Mista
 Secretário de Saúde
 Não sabe
 outros

7) Dê uma nota de 1 a 5, quanto à importância dos seguintes critérios adotados para a seleção de medicamentos no seu município: (1 para o menos importante e 5 para o mais importante)

- Consumo Histórico
 Perfil Epidemiológico (segundo doenças mais prevalentes)
 Eficácia e segurança comprovada
 Relação risco / benefício
 menor custo do tratamento
 maior comodidade / facilidade para o paciente
 maior estabilidade do medicamento
 disponibilidade do mercado
 denominação genérico / grupo terapêutico
 não sabe

8) Dê uma nota de 1 a 5, quanto à importância dos seguintes critérios adotados, em relação à programação, para aquisição de medicamentos (1 para o menos importante e 5 para o mais importante):

- O seu município...?

- elabora uma programação para aquisição de medicamentos
 programa segundo o consumo histórico
 programa segundo o perfil epidemiológico (patologias prevalentes/prioritárias)
 programa segundo a solicitação das equipes PSF
 programa segundo os medicamentos disponibilizados pela PPI de medicamentos
 não sabe
 outros:

- 14) Identifique alguns dos problemas em relação ao controle de medicamentos:
- Não há conferência sistemática dos medicamentos recebidos com as quantidades programadas
 - Há medicamentos que não estão sendo utilizados
 - Há divergências freqüentes entre os medicamentos programados e os recebidos
 - Há medicamentos em quantidade excessiva
 - Há medicamentos com prazo de validade vencida
 - outros: _____
- 15) São problemas encontrados relacionados à distribuição de medicamentos:
- os medicamentos não são distribuídos, segundo o cronograma
 - não sabe da existência de cronograma de distribuição de medicamentos
 - os medicamentos não são transportados adequadamente
 - medicamentos que não chegam em condições de uso
 - medicamentos com prazo de validade próximo da data do vencimento
 - outros: _____
- 16) Em qual das Unidades de Saúde do município ocorre dispensação de medicamentos?
- Unidade Básica de Saúde (posto de saúde, centro de saúde)
 - Unidade básica de saúde rural (unidade volante, posto de saúde)
 - Unidade secundária (policlínica, unidade de referência, etc.)
 - Unidade de urgência e emergência
 - Hospital / UM
 - Farmácia municipal (central / distrital)
 - outros: _____
- 17) Qual o procedimento adotado em relação aos medicamentos deteriorados ou com validade vencida?
- são dispensados no lixo
 - são transferidos para a vigilância sanitária
 - são armazenados
 - são distribuídos, embalados e desprezados no lixão
 - são incinerados
 - são devolvidos à capital (Cema)
 - não sabe
 - existe Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)
 - outros: _____
- 18) Em que local são (estocados) os medicamentos dentro da unidade de Saúde?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Farmácia | <input type="checkbox"/> Sala específica |
| <input type="checkbox"/> Consultório | <input type="checkbox"/> Almoxarifado |
| <input type="checkbox"/> Copa / cozinha | <input type="checkbox"/> outros: _____ |
- 19) A dispensação de medicamentos é realizada somente mediante receituários?
- Sempre Nem sempre Nunca Não sabe

20) São feitas as seguintes orientações aos usuários na entrega de medicamento:

- dosagem
- período de tratamento
- forma de guardar o medicamento
- efeitos esperados (ação do medicamento)
- efeitos indesejáveis / interações
- ações educativas (uso racional)
- não é feita orientação na entrega do medicamento

21) Qual o principal obstáculo para a organização da Assistência Farmacêutica no seu município?

- recursos financeiros (insuficiência, ausência, atraso)
- recursos humanos (insuficiência, falta, capacitação)
- quantidade de medicamentos insuficiente
- pequena variedade de medicamentos
- problemas estruturais (transportes, informatização, espaço físico)
- repasse de medicamentos
- não tem obstáculos
- não sabe
- outros: _____

22) Você teria alguma sugestão para melhorar o uso racional e o acesso aos medicamentos essenciais no seu município?

Obrigada!

APÊNDICE B



ANEXO
C E M A

Central de Medicamentos do Amazonas



ANEXO

Autorização para realizar pesquisa científica

Eu, Ana Célia da Silva Moura, farmacêutica, Gerente de assistência Farmacêutica da Central de Medicamentos do Estado do Amazonas, venho através deste solicitar a permissão para realizar um trabalho científico sobre o perfil da Assistência Farmacêutica nos Municípios do Estado do Amazonas, no ano de 2007.

Todos os dados coletados serão utilizados com respeito e sigilo ético, resguardando a integridade dos fatores sociais e instituições envolvidos nas diversas etapas da pesquisa.

Este trabalho será elaborado e apreciado como requisito básico para a conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Assistência Farmacêutica, promovido pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará/ESP-CE.

Manaus, 05, de fevereiro de 2007.

 Dr^a. Maria Rita Miranda Leite
 Diretora Geral da Central de medicamentos/CEMA/SES/AM
 (Órgão que coordena, controla e planeja as ações da assistência
 farmacêutica no Estado.)

ANEXO A

RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO AMAZONAS COM ESTIMATIVA POPULAÇÃO/2008



FUNDAÇÃO "ALFREDO DA MATTA"

Diretoria Técnica

Departamento de Controle de Doenças e Epidemiologia

Gerência de Epidemiologia

População residente - Amazonas - 2008

Código do IBGE	MUNICÍPIOS (62)	POPULAÇÃO 2008
1300029	ALVARÃES	13445
1300060	AMATURÁ	8694
1300086	ANAMÃ	8483
1300102	ANORI	14386
1300144	APUÍ	18170
1300201	ATALAIA DO NORTE	14292
1300300	AUTAZES	31107
1300409	BARCELOS	25318
1300508	BARREIRINHA	27664
1300607	BENJAMIN CONSTANT	30476
1300631	BERURI	14374
1300680	BOA VISTA DO RAMOS	13677
1300706	BOCA DO ACRE	30858
1300805	BORBA	32160
1300839	CAAPIRANGA	10958
1300904	CANUTAMA	11844
1301001	CARAUARI	25950
1301100	CASTANHO	32190
1301159	CAREIRO DA VÁRZEA	24030
1301209	COARI	67055
1301308	CODAJÁS	16418
1301407	EIRUNEPÉ	30473
1301506	ENVIRA	17148
1301605	FONTE BOA	19783
1301654	GUAJARÁ	14684
1301704	HUMAITÁ	40027
1301803	IPIXUNA	17850
1301852	IRANDUBA	33834
1301902	ITACOATIARA	87896
1301951	ITAMARATI	8300
1302009	ITAPIRANGA	9515
1302108	JAPURÁ	5025
1302207	JURUÁ	9032
1302306	JUTAÍ	17337
1302405	LÁBREA	38451
1302504	MANACAPURU	85279
1302553	MANAQUIRI	20095

1302603	MANAUS	1709010
1302702	MANICORÉ	45996
1302801	MARAÃ	18051
1302900	MAUÉS	48808
1303007	NHAMUNDA	18198
1303106	NOVA OLINDA DO NORTE	30357
1303205	NOVO AIRÃO	15343
1303304	NOVO ARIPUANA	18796
1303403	PARINTINS	105742
1303502	PAUINI	18938
1303536	PRESIDENTE FIGUEIREDO	25474
1303569	RIO PRETO DA EVA	26004
1303601	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	17780
1303700	SANTO ANTONIO DO IÇA	30176
1303809	SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA	40806
1303908	SAO PAULO DE OLIVENCA	32067
1303957	SÃO SEBASTIÃO DO UATUMÃ	9079
1304005	SILVES	8479
1304062	TABATINGA	47051
1304104	TAPAUÁ	19966
1304203	TEFÉ	64703
1304237	TONANTINS	19858
1304260	UARINI	10130
1304302	URUCARÁ	16035
1304401	URUCURITUBA	17971

FONTE: DATASUS/IBGE
SITE: DATASUS.GOV.BR