

# AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

## Débora Canassa Volpato

---

Farmacêutica; Especialista em Fisiopatologia Humana; Discente do curso de Especialização em Farmacologia Aplicada a Clínica da UniCesumar - Centro Universitário de Maringá, PR, Brasil. E-mail: dehbo-ra\_cv@hotmail.com.

## Rafael Bayouth Padial

---

Farmacêutico; Mestre em Administração pela Universidade Positivo - UP, Curitiba, PR, Brasil; Docente do curso de Farmácia da UniCesumar - Centro Universitário de Maringá, PR, Brasil.

**RESUMO:** O Sistema Único de Saúde está baseado no direito ao acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde, inclusive aos de Assistência Farmacêutica (AF). O objetivo deste estudo foi analisar a estrutura da AF, nos trinta municípios de abrangência da 15<sup>a</sup> Regional de Saúde do Paraná, através dos indicadores de Estrutura, Processo e Resultado. O trabalho consistiu de uma pesquisa de caráter descritivo-quantitativo através da aplicação de um questionário para os farmacêuticos de cada município, com questões dissertativas e de múltipla escolha, que buscavam definir o padrão da AF, no local onde atuam. Os resultados dos Indicadores de Estrutura demonstram a existência de problemas nos recursos humanos, materiais e financeiros da maioria dos municípios. Quanto ao Indicador de Processo, que indica a organização do estoque de medicamentos, 96% dos municípios afirmaram possuir controle de estoque. Os Indicadores de Resultado apontam que 70% dos municípios não possuem uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; sobre a média de itens de medicamentos por prescrição, 60% dos entrevistados disseram que a média é de 3 itens. A ausência do farmacêutico na equipe de saúde dos municípios é um fator importante para a fragmentação da execução das etapas do ciclo da AF. Sendo assim, fazem-se necessárias outras investigações empíricas que permitam aprofundar o conhecimento dessa realidade em âmbito estadual e nacional, no intuito de demonstrar a importância da contribuição do farmacêutico presente em tempo integral nas UBS, em parceria com os demais serviços e profissionais de saúde, para tornar a AF mais eficiente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência Farmacêutica; Sistema Único de Saúde; Indicadores; Medicamentos.

## EVALUATION OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN MUNICIPALITIES OF A HEALTH REGION IN THE STATE OF PARANÁ

**ABSTRACT:** The Brazilian National Health System is based on the right of the population's access to all levels of health services, including Pharmaceutical Assistance (PA). Current essay analyzes the structure of PA in the thirty municipalities of the 15<sup>th</sup> Health Region of the state of Paraná, Brazil, through Structure, Process and Result indicators. The descriptive and quantitative research comprises the application of a questionnaire for pharmacists of each municipality, dealing with questions requiring full answers and multiple choice questions on the PA standard in their local environment. Results for Structure Index show that in most municipalities there are several problems in human, material and financial resources. Process Index on the organization of medicine stocks shows that 96% of the municipalities

report stock control. Result Index demonstrates that 70% of the municipalities do not have a List of Essential Medicines. With regard to mean items of medicine by prescription, 60% of the interviewed reported a mean of three items. The absence of the pharmacist in the health team of the municipalities is a highly relevant factor for the fragmentation of steps in the PA cycle. Further empirical investigations are required to know more on this reality at state and national levels to demonstrate the importance of full-time pharmacist distribution, coupled to other health and pharmaceutical services so that PA would be more efficient.

**KEY WORDS:** Pharmaceutical Assistance; National Health System; Indicators; Medicine.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), em sua atribuição legal, regulamentada pela lei 8080/90, dentre as suas ações deverá proporcionar a integralidade de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica em nível individual e coletivo (BRASIL, 1990). No entanto, essa inclusão da Assistência Farmacêutica (AF) na agenda do Governo Federal no Brasil se deu apenas a partir de 1998 e resultou na publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 2001). Foram estabelecidas as seguintes diretrizes: a adoção de uma lista de medicamentos essenciais, regulamentação sanitária dos medicamentos, reorientação da AF, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (VIEIRA, 2008). Dessa forma, a AF deve ser considerada como uma das atividades prioritárias da assistência à saúde no SUS, por sua importância para a efetividade das demais ações e programas de saúde. Neste sentido, o medicamento desempenha papel fundamental, sendo difícil que outro fator, isoladamente, possua no âmbito do SUS, tamanho impacto sobre a capacidade resolutiva dos problemas relacionados às questões da saúde. (CRF-SP, 2010)

PNM define a AF como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da sua utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 2001)

Para a efetiva implementação da AF é fundamental ter como princípio básico norteador o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações da atenção a saúde. (BRASIL, 2006a)

No entanto, a AF não se restringe apenas às estas etapas de logística, mas constitui um recurso para complementar as ações em saúde, por meio de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva. (SEVERINO; NOBRE, 2011; ARAÚJO et al., 2008)

Em relação à atividade do farmacêutico a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que esse é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da AF (OMS apud ARAÚJO et al., 2008). O farmacêutico, via de regra, é o último profissional de saúde que tem contato direto com o paciente depois da decisão médica pela terapia farmacológica, desta forma, torna-se corresponsável pelo seu bem-estar, para que este não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente de uma terapia farmacológica. Este é um compromisso de extrema relevância, já que os eventos adversos a medicamentos são considerados um problema de saúde emergente e são responsáveis por grandes perdas, sejam estas de ordem financeira ou de vida (VIEIRA, 2008).

Uma pesquisa realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) revelou que, de cada dez farmácias em funcionamento no SUS, apenas três têm como responsável um farmacêutico, as outras sete têm, em sua maioria, como responsável a equipe de enfermagem. Este ato fere a legislação, representa um exercício ilegal da profissão e deixa o usuário do medicamento sem as devidas orientações que lhe são de direito, fazendo com que usuário retorne à unidade de saúde ou mesmo ao hospital gerando mais gastos ao SUS (CFF ALERTA..., 2010). Segundo Johnson e Bootman (1997), se os farmacêuticos estivessem disponíveis no momento da dispensação 60% dos pacientes não apresentariam problemas relacionados a medicamentos e 84% dos pacientes conseguiriam alcançar excelentes resultados no tratamento farmacológico.

Portanto, a reorientação da AF, proposta pela PNM, que deve ser implementado no SUS, está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia das atividades envolvidas na AF (CONSELHO FEDERAL DE FÁRMACIA, 2009). Cabe aos municípios envidar esforços para estruturar a AF, assegurando um atendimento adequado à população, o uso correto de medicamentos, observando a racionalização na aplicação dos recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos, em consonância com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CONSELHO REGIONAL DE FÁRMACIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, 2011).

A qualidade da AF, desenvolvida em nível municipal, pode ser acompanhada e avaliada por meio de itens considerados indicadores, os quais servem de referência no processo de verificação e comparação das condições dos serviços prestados, os quais refletem na saúde dos usuários (DE BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006). Segundo Castro (2000), esses indicadores são definidos como parâmetros que descrevem uma situação e têm por objetivo geral quantificar o comportamento de maneira reprodutível, sendo divididos em três grupos: Indicadores de Estrutura, de Processo e de Resultado.

Os Indicadores de Estrutura relacionam-se às características que influenciam na qualidade da atenção à saúde, como recursos financeiros, materiais e humanos, integrando as avaliações de processo e resultado, nas

quais a existência de pessoal, em qualidade e quantidade suficientes, e as condições físicas de infraestrutura e tecnologias devem ser satisfatórias para proporcionar condições ao desenvolvimento dos serviços. O Indicador de Processo compreende a rentabilidade das atividades desempenhadas que compõe a atenção à saúde, envolvendo também a relação entre os profissionais e a população. Os Indicadores de Resultado abrangem todas as mudanças no estado de saúde da população, decorrentes dos cuidados recebidos, relacionados a fatores de risco, avaliando os efeitos a longo prazo. (RIECK, 2002)

Neste sentido, o objetivo deste estudo é analisar a estrutura da Assistência Farmacêutica Básica, nos trinta municípios de abrangência da 15ª Regional de Saúde do Paraná, localizados na região noroeste do Estado do Paraná, através dos indicadores de Estrutura, Processo e Resultado, permitindo gerar informações necessárias para analisar a prestação dos atendimentos e contribuir para a sua melhoria.

## 2 METODOLOGIA

Este trabalho consistiu em uma pesquisa de caráter descritivo-quantitativo que foi realizado na sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná, localizada na cidade de Maringá, durante as reuniões mensais programadas pelos farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica do Estado do Paraná, que ocorrem com os farmacêuticos representantes de cada município e tem por objetivo atualizar e informar estes profissionais sobre assuntos diversos, bem como a melhoria dos serviços prestados.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Centro Universitário de Maringá, com CAAE 20254813.5.0000.5539 sob Parecer n.º 384.342, foi aplicado um questionário estruturado e pré-codificado com questões dissertativas e de múltipla escolha, que buscavam responder o objetivo proposto no trabalho aos farmacêuticos presentes nas reuniões no mês de setembro de 2013, procurando obter os dados dos 30 municípios que fazem parte da 15ª Regional de Saúde do Paraná, sendo que apenas um profissional de cada município preencheu o formulário, de preferência o farmacêutico responsável técnico (RT).

Para avaliar a AF foram considerados os indicadores estabelecidos a partir do modelo exposto por Rieck (2002) no Estado do Rio Grande do Sul, que refletem a dimensão política, a denominação, a definição, o método de cálculo, as fontes, o padrão e a periodicidade da AF de cada município. O quadro 1 demonstra os indicadores que foram avaliados.

**Quadro 1.** Descrição dos indicadores de avaliação e acompanhamento da Assistência Farmacêutica Básica

Indicadores	Descrição
Estrutura	E1 <u>Número de farmacêuticos que atuam na AF</u> - serão considerados os seguintes itens: número total de unidades com farmácias; número total de farmacêuticos; número de farmácias com farmacêuticos; número de auxiliares de farmácia; quem executa os serviços farmacêuticos em unidades que não contam com este profissional.
	E2 <u>Capacitação e/ ou formação continuada de trabalhadores em AF</u> - espera-se que os profissionais participem anualmente de eventos de capacitação.
	E3 <u>Adequação às Boas Práticas de Armazenagem</u> - será avaliado se o município possui uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), almoxarifado ou farmácia/ estoque; condições das estruturas do local de armazenamento dos medicamentos.
Processo	P1 <u>Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas de armazenamento municipais</u> - será investigado se o controle de estoque é manual ou informatizado; se informatizado, será avaliado se o município utiliza um programa pago ou o Hórus (programa gratuito oferecido pelo Ministério da Saúde).
Resultado	R1 <u>Porcentagem de medicamentos descritos na REMUME disponíveis nas farmácias municipais</u> - o valor preconizado é de pelo menos 80% dos itens devem estar disponíveis aos usuários. Caso o município não possua uma REMUME, serão considerados os medicamentos contemplados pela RENAME.
	R2 Porcentagem de medicamentos com prazo de validade expirado nas Unidades Básicas de saúde (UBS).
	R3 <u>Número médio de itens de medicamentos por prescrição nas UBS</u> - O padrão estabelecido nos cuidados básicos de saúde é de uma média de três medicamentos por prescrição.
	R4 <u>Porcentagem de medicamentos prescritos da REMUME nas UBS</u> - Este indicador avalia a adesão dos prescritores dos serviços de saúde do município à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais Básicos de saúde dos municípios. Numa política de AF efetiva, o indicador deve estar muito próximo de 100%.

Fonte: Adaptado de Rieck (2002)

Todos os farmacêuticos receberam esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, bem como estes profissionais ficaram cientes de que os resultados obtidos poderiam não acarretar benefícios de imediato. Somente após estes esclarecimentos, os farmacêuticos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preencheram os formulários para a coleta das informações, totalizando 23 municípios entrevistados.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dos indicadores de estrutura demonstram a existência de problemas nos recursos humanos, materiais e financeiros da maioria dos municípios. Em relação ao **Indicador E1**, que considera o número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica Básica (AFB), dos vinte e três municípios entrevistados (Tabela 1), todos contam com pelo menos um farmacêutico na AFB, diferente do que foi observado por De Bernadi, Bieberbach e Thomé (2006) na 17ª Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, onde, dos vinte municípios entrevistados, somente cinco possuíam como responsável um farmacêutico. Sugere-se que a maior presença de farmacêutico na região se deve à fiscalização mais efetiva no Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR), bem como à exigência da presença deste profissional por parte das distribuidoras de medicamentos e de consórcios intermunicipais para a compra de medicamentos, que só fornecem medicamentos se a presença do farmacêutico responsável técnico for comprovada, mediante inscrição no conselho de classe profissional.

Tabela 1. Indicador de Estrutura E1

Município	N.º de farmacêutico na AFB	N.º de UBS com farmácia	N.º de farmácia com farmacêutico	N.º de auxiliar de farmácia	N.º de farmácia com auxiliar de farmácia
Ângulo	2	1	1	0	0
Astorga	2	1	1	0	0
Atalaia	2	1	1	0	0
Colorado	2	6	1	2	1
Doutor Camargo	1	1	1	0	0
Floraí	1	1	1	0	0
Floresta	1	1	1	1	1
Flórida	2	1	1	0	0
Iguaraçu	1	1	1	0	0
Ivatuba	1	1	1	0	0
Lobato	1	1	1	0	0
Mandaguaçu	3	4	1	0	0
Marialva	5	12	2* e 4**	0	0
Maringá	10	28	12	21	21
Munhoz de Melo	2	1	1	0	0
Nossa Senhora das Graças	1	1	1	0	0
Nova Esperança	2	7	1	2	1
Paiçandu	1	1	1	0	0
Paranacity	2	1	1	0	0
Santa Fé	2	1	1	1	1
Santa Inês	1	1	1	1	1
Santo Inácio	2	1	1	2	1
São Jorge do Ivaí	2	1	1	0	0

\* Integralmente \*\* Parcialmente.

Dezoito municípios possuem uma farmácia em Unidade Básica de Saúde (UBS), onde o farmacêutico está inserido, sendo que nove municípios destes possuem dois farmacêuticos para a AFB e nove, um farmacêutico. No entanto, por meio destes dados não se pode afirmar que estes dezoito municípios têm cobertura de 100% da AFB, uma vez que apesar de terem uma farmácia em UBS, não significa que se têm também somente uma UBS no município, portanto o serviço da AFB está centralizado.

Sabe-se que o acesso aos medicamentos essenciais é fundamental para a melhoria ou a manutenção do estado de saúde da população. Sendo assim, o aprimoramento de acesso dos usuários aos medicamentos necessários à redução e/ou eliminação das enfermidades é o intuito de uma efetiva assistência farmacêutica no sistema público. (VIEIRA, 2008; SEVERINO; NOBRE, 2011)

Além disso, a simples presença do profissional farmacêutico não garante a qualidade do serviço, uma vez que, em alguns casos, por exemplo, ele acaba assumindo apenas um papel administrativo, distanciando-se da atenção ao paciente e das ações técnicas-gerenciais (NAVES; SILVER, 2005). Isso ocorre devido a diversos fatores, dentre os quais podemos citar o fato de que na farmácia deságuam quase todas as mazelas do sistema de saúde, por estar no elo final do processo de atendimento, tornando o serviço farmacêutico um modelo curativo, centrado na consulta médica e pronto atendimento a essas demandas, que parecem ser infinitamente crescente, o que dificulta a interação do farmacêutico com o usuário. Somando-se a isso, o baixo número de atendentes capacitados nas farmácias públicas para realizarem o atendimento aos usuários sob a supervisão

do farmacêutico faz com que ocorra acúmulo de tarefas a este profissional.

Em nosso estudo observamos que menos da metade dos municípios entrevistados (7) possuem o cargo de auxiliar de farmácia, para auxílio do farmacêutico; os demais contam com a ajuda de auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem ou auxiliar de serviços gerais. E ainda, o farmacêutico tem uma interação limitada com a equipe de saúde, por ter seu tempo preenchido através da resolução de problemas operacionais referentes à gestão dos estoques e atendimento aos usuários (ARAÚJO et al., 2008; VIEIRA, 2008). Estes problemas podem ser agravados, quando há somente um farmacêutico na AF do município.

Cinco municípios possuem mais de uma farmácia em UBS. São eles: Colorado, Mandaguaçu, Marialva, Maringá e Nova Esperança. É possível observar que nos municípios de Marialva e Maringá, um farmacêutico é responsável por mais de uma farmácia, devido ao número de farmácias com farmacêuticos ser superior ao número de farmacêuticos, sugerindo a presença deste profissional em tempo parcial do funcionamento da farmácia. A cobertura da AF nos municípios de Colorado e Nova Esperança é inferior a 18%, em Mandaguaçu a cobertura é de 25%, enquanto Maringá 43% e Marialva 50%, essa cobertura parcial resulta na dificuldade de promoção do uso racional dos medicamentos, que constitui em risco de problemas sérios para a saúde do usuário, podendo levar à redução da qualidade de vida e aumento de custos para o sistema de saúde.

A exigência de farmacêutico como responsável técnico pelas farmácias municipais está prevista na Lei n. 5.991, de 19 de dezembro de 1973, que, em seu artigo 15, exige a obrigatoriedade da assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei, nas farmácias e drogarias (BRASIL, 1973). Porém, a legislação é falha; pois, apesar de ela não especificar o funcionamento de dispensário de medicamento sem um farmacêutico responsável, alguns municípios utilizam-se dessa definição de dispensário de medicamentos, para justificar a não necessidade de contratação de farmacêutico nestas unidades (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009).

Atualmente o Projeto de Lei nº 4.135/12, que segue na Câmara dos deputados, para análise da Comissão de Finanças e Tributação e Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, prevê que as Unidades de Saúde do SUS, que dispõem de farmácias, drogarias ou dispensários de medicamentos, ficam obrigadas a manter em seus quadros, profissional farmacêutico habilitado e inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012). Este será um grande avanço para a assistência farmacêutica no SUS e na melhoria da qualidade de vida da população, uma vez que, na unidade de saúde, os serviços farmacêuticos não se restringem somente à entrega do medicamento ao usuário, mas evidencia-se sua atividade profissional a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, avaliação de sua utilização na perspectiva de resultados concretos e promoção do uso racional, bem como proporcionar ao usuário uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009)

Segundo a OMS, o farmacêutico tem um papel relevante a cumprir no sistema de saúde, devido ao seu conhecimento técnico na área dos medicamentos (OMS, 1997 apud ARAÚJO et al., 2008). Assim como observado por Araújo et al. (2008) e em nosso trabalho, essa realidade não se faz presente, pois o profissional farmacêutico ainda não obteve o reconhecimento merecido perante os gestores e a sociedade. Esse fato pode ser explicado porque o medicamento talvez seja visto como simples mercadoria, porém, um medicamento é um produto químico ou biológico, somado à informação devida. (ALONSO, 1990).

Para tanto, os entes que integram o SUS – União, estados e municípios – precisam perceber-se a si mesmos como unidades de um mesmo sistema e cooperar uns com os outros, para que o esforço de reorientação da assistência farmacêutica e de qualificação dos serviços farmacêuticos se traduza em garantia de acesso a medicamentos essenciais, com uso racional, e para tanto a presença do farmacêutico nas unidades de saúde é indispensável (VIEIRA, 2008).

O **Indicador E2** demonstra a capacitação/reciclagem dos farmacêuticos inseridos na AFB é oferecida pelo próprio município em que atuam, mas só 13% (3)

participam de algum tipo de capacitação ou treinamento de maneira aleatória, sem uma frequência de tempo estabelecida, enquanto os demais buscam capacitação oferecida por outras instituições, como CRF, indústrias e instituições de ensino.

A PNM define como uma de suas diretrizes o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos para atuar junto ao sistema público de saúde (BRASIL, 1998). A falta de capacitação ou treinamento nessa área pode contribuir para a má aplicação dos recursos públicos e para um baixo retorno em efetividade por parte da utilização dos medicamentos.

responderam que armazenam os medicamentos na própria farmácia; sete municípios possuem almoxarifado para armazenamento dos medicamentos, sendo que três deste armazenam medicamentos tanto no almoxarifado como na farmácia; e um município armazena em outro local diferente destes citados, conforme tabela 2.

Sobre o local de armazenamento, mais de 50% (12) dos farmacêuticos informaram que o local possui estrutura/condições adequadas em relação às BPA; no entanto, nove destes, responderam que armazenam os medicamentos na farmácia, portanto, não pode ser considerado como adequado, uma vez que às BPA diz que

**Tabela 2.** Indicador de Estrutura E3

Local de armazenamento dos medicamentos					
Nº. Municípios	CAF	Na própria farmácia	Almoxarifado	Almoxarifado e Farmácia	Outro
	2	13	4	3	1
Local de armazenamento possui estrutura/condições adequadas em relação às BPA?					
Nº. Municípios	Sim		Não		
	12		11		
Principais irregularidades					
Nº. Municípios	Estrutura física inadequada	Ventilação inadequada	Falta de controle de temperatura (ambiente e geladeira)	Ausência de controle de estoque informatizado	Problema de logística
	11	7	2	2	1

Fonte: Dados da pesquisa

É importante que cada município tenha um programa institucional de educação continuada como parte do seu gerenciamento de saúde, esse é um instrumento que promove o uso racional de medicamentos, que incentiva tanto aos prescritores quanto a uma prescrição mais racional, como aos funcionários envolvidos com a dispensação para uma melhor qualidade da orientação farmacêutica (DOS SANTOSA; NITRINIB, 2004).

Ainda em relação aos indicadores de estrutura, o **Indicador E3**, relacionado com a adequação às Boas Práticas de Armazenamento (BPA), observamos que dois municípios possuem uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF); mais de 50% dos entrevistados

a área alocada para estocagem deve destinar-se somente a esse propósito e os produtos devem ser armazenados obedecendo às condições técnicas ideais de temperatura, umidade e luminosidade, visando assegurar a conservação das características físico-químicas, microbiológicas, toxicológicas e terapêuticas dos mesmos (VALERY, 1989).

Dentre as principais irregularidades apresentadas, assim como observado por Severino e Nobre (2011) e De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006), destacam-se a estrutura física inadequada (falta de espaço físico, falta de armários e prateleiras), a ausência de ventilação e controle de temperatura adequados e o controle de estoque

manual e o problema de logística (almoxarifado longe da UBS). O fato sinaliza a falta de investimento na estrutura de centrais de abastecimento farmacêutico e de locais apropriados para o armazenamento de medicamentos, o que pode agravar a perda de medicamentos pelas condições inadequadas de armazenamento. Dessa forma, não é possível falar em uso racional de medicamento se não há garantia de preservação da qualidade dos mesmos quanto ao seu armazenamento.

Quanto ao **Indicador de Processo P1**, que indica a organização do estoque de medicamentos nos municípios, 96% (22) dos municípios afirmaram possuir controle de estoque, conforme figura 1.



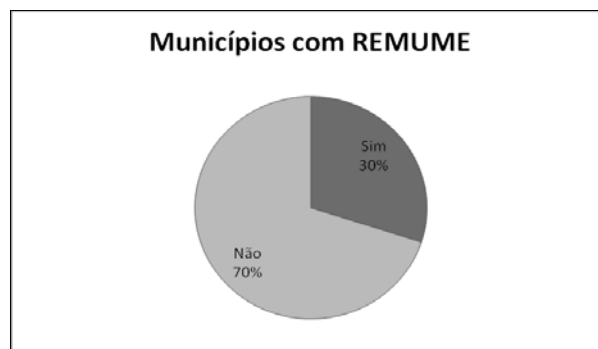
**Figura 1.** Controle de estoque nos municípios  
Fonte: Dados da pesquisa

Sabe-se que é o controle de estoque que subsidia a programação e aquisição de medicamentos, evitando uma superposição de estoque e/ou desabastecimento do sistema, garantindo a sua regularidade e eliminando algumas perdas ou desperdícios de medicamentos e, conseqüentemente, a efetividade do cuidado à saúde. Esse controle pode ser feito manual, através de fichas, ou por sistema informatizado, e nele constar a movimentação de entrada e saída dos medicamentos. Além disso, a ausência ou deficiência no controle de estoque indica que a aquisição de medicamentos é realizada sem a utilização de parâmetros concretos para a mensuração da oferta conforme a demanda, podendo acarretar em má utilização dos recursos públicos (VIEIRA, 2008). O fato de somente um município não possuir controle de estoque denota a crescente importância que se dá ao tema.

Dos vinte e dois municípios que possuem controle de estoque, seis o fazem manualmente; inclusive

o município que, anteriormente informou não possuir controle, respondeu que o faz de forma manual. Talvez por ser um controle deficiente o profissional optou em dizer que não há controle de estoque. Os demais municípios (17) possuem um sistema informatizado para controle de estoque, sendo que três destes utilizam o programa gratuito ofertado pelo Ministério da Saúde denominado de Hórus, cujo objetivo é contribuir para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas da saúde, promovendo melhoria do atendimento nos serviços e da qualidade de vida dos usuários. Os demais utilizam um programa contrato pago com recursos próprios. De qualquer maneira, é importante que os gestores incentivem o cumprimento deste procedimento, pois ele é importante dentro do ciclo da assistência e afetará os outros componentes como aquisição e programação (DE BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006).

Finalmente, os **Indicadores de Resultado** apontam que 70% dos municípios não possuem uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, conforme figura 2. A OMS define medicamentos essenciais os que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, sendo selecionados de acordo com sua pertinência para a saúde pública, com a existência de evidências sobre sua eficácia, segurança e sua eficácia comparada aos custos. Além disso, enfatiza que devem estar disponíveis nos sistemas de saúde, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada (BRASIL, 2006b).



**Figura 2.** Caracterização dos municípios em relação a possuírem REMUME  
Fonte: Dados da pesquisa



A principal dificuldade que os municípios encontram em se elaborar a REMUNE é a ausência da Comissão de Farmácia e Terapêutica, devido ao baixo interesse da classe médica, que ficam nas UBS apenas no horário de atendimento às consultas da população, não tendo um tempo disponível para a discussão e elaboração da REMUNE, principalmente nos municípios menores. Mas, apesar de não possuírem a REMUNE, que deve ser elaborada pela equipe multidisciplinar (médico, dentista, farmacêutico e enfermeiro) e publicada em sites da prefeitura municipal ou diário oficial para acesso público, os municípios possuem uma lista dos medicamentos que são fornecidos à população, porém, esta não é considerada uma REMUNE, pois, na maioria das vezes, é elaborada somente pelo farmacêutico, a fim de organizar o setor onde trabalha e servir de auxílio para a programação dos medicamentos.

Quanto aos municípios que possuem REMUNE, no momento da pesquisa 28% destes afirmaram ter disponível para a população 100% dos medicamentos que constam na REMUNE; os demais tinham disponíveis de 60% a 90% dos medicamentos. Esses dados são compatíveis com os resultados apontados por De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006), de que, nos municípios entrevistados, o valor obtido foi de 78%, e por Cunha, Zorzatto e Castro (2002), cujo valor foi de 87%.

Afirmar que os usuários têm acesso à maioria destes medicamentos significa dizer que alguns componentes do ciclo da AF, como a programação e a aquisição, estão sendo executados com qualidade, mas espera-se que a população tenha disponível 100% dos medicamentos, considerando sua essencialidade como recursos terapêuticos.

Em relação ao **Indicador R2**, que está relacionado à porcentagem de medicamentos com prazo de validade expirado nas farmácias, dez municípios afirmaram não possuir nenhum medicamento que venceria no mês da pesquisa, nove disseram que teriam uma perda de 1% a 5% dos medicamentos e dois municípios uma perda de 10% a 20% dos medicamentos com prazo de validade ultrapassado. Estes dois últimos realizam controle de estoque manual e provavelmente têm um

gerenciamento ineficaz do estoque. Constatase, então, a importância do sistema informatizado para controle de estoque, pois perdas promovem a elevação dos custos para o município. Entretanto, não houve exposição dos usuários aos mesmos, uma vez que os farmacêuticos tinham conhecimento de quais itens iriam ser perdidos, evitando risco de saúde para população.

Este fato chama atenção para se ressaltar a importância da presença do farmacêutico nas farmácias das UBS, pois, mesmo sem um controle de estoque eficaz, este profissional se atenta aos prazos de validade dos medicamentos, garantindo produtos de qualidade aos usuários. O mesmo não se pode afirmar que ocorra nas UBS sem farmacêutico, aumentando a possibilidade de um usuário receber um medicamento nessas condições, expondo-o a um alto risco de saúde. O uso de medicamento fora do prazo de validade pode tornar o tratamento inseguro e inadequado, ou seja, sem eficácia e nocivo à saúde (DE BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006).

No que diz respeito ao **Indicador R3**, sobre a média de itens de medicamentos por prescrição, 60% dos entrevistados disseram que a média é de 3 itens por prescrição, seguida pela média de 4 itens em 26% dos municípios e de 5 ou mais em 14% dos municípios. Na atenção básica à saúde, cujo foco central está voltado para a prevenção e promoção da saúde, uma prescrição contendo poucos medicamentos representa um bom uso dos mesmos. Neste sentido, de acordo com De Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006), o número ideal é de 2 itens por prescrição.

O **Indicador R4** considera a porcentagem de itens de medicamentos da REMUNE por prescrição. Para este indicador consideramos somente os municípios que possuem REMUNE; este indicador demonstra a adesão dos profissionais prescritores à lista de medicamentos essenciais. Os resultados estão descritos na tabela abaixo:

**Tabela 3.** Porcentagem de itens da REMUME nas prescrições

Porcentagem de itens da REMUME nas prescrições	
Porcentagem	Nº de municípios
Menos de 50%	1
50%	1
70%	2
80%	1
90%	2

Onde a AF é efetiva a porcentagem se aproxima a 100%. O resultado encontrado demonstra que dois municípios têm essa efetividade, em relação aos demais. Sugere-se que possa haver um problema tanto de conhecimento como de aceitação dos prescritores aos medicamentos da lista básica. Isso pode estar relacionado a uma padronização incorreta da lista, que não reflete o perfil epidemiológico de doenças do município. Representa também a vulnerabilidade frente ao grande marketing que as indústrias farmacêuticas promovem, visto que o município que possui menos de 50% dos itens da REMUME nas prescrições, os prescritores recebem visitas de laboratórios farmacêuticos. E, além disso, significa que os municípios possam estar gastando recursos próprios para a compra de medicamentos que estão fora da lista básica, desviando recursos que poderiam ser aplicados em outras necessidades de saúde do município.

Ainda no **Indicador R4**, questionou-se os farmacêuticos se os prescritores recebem visitas de representantes das indústrias farmacêuticas e 57% disseram que sim. Portanto, podem receber influências para prescreverem medicamentos não padronizados no SUS, contribuindo para a compra de medicamentos extralista por parte dos municípios, elevando os gastos com medicamentos e gerando uma necessidade irreal ao paciente, que poderia ter seu problema de saúde solucionado com os medicamentos essenciais.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, observa-se que a AF nos municípios estudados é deficitária, exigindo maiores investimentos em recursos humanos, físicos e materiais. Apesar da

finalidade de uma AF efetiva no sistema público seja melhorar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos necessários para promover redução nos efeitos e/ou eliminar sofrimentos causados pelas enfermidades, recursos podem ser desperdiçados, pela ineficiência dos processos de aquisição, prescrição e dispensação, pela inadequada qualidade e pelo armazenamento incorreto dos medicamentos.

Neste sentido, a ausência do farmacêutico na equipe de saúde dos municípios é um fator importante para a fragmentação da execução das etapas do ciclo da AF, mas não o único; o cumprimento efetivo da função social da AF, que é assegurar o acesso universal e equitativo dos usuários do SUS à AF de qualidade, é de responsabilidade dos gestores nos diferentes âmbitos que integram o SUS.

Sendo assim, outras investigações empíricas são necessárias para aprofundar o conhecimento dessa realidade em âmbito estadual. E estendo ao âmbito nacional, no intuito de demonstrar a importância da contribuição do farmacêutico presente em tempo integral nas UBS, em parceria com os demais serviços e profissionais de saúde, para tornar a AF mais eficiente.

#### REFERÊNCIAS

- ALONSO, F. G. Uso racional de los medicamentos. *Revista Medicina Clínica*, Espanha, v. 94, n. 16, p. 628-632, 1990.
- ARAUJO, A. L. A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, p. 611-617, 2008.
- BRASIL. Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 dez.1973.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal 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 da

- outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set.1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, maio de 2001, 40 p. ISBN 85-334-0192-2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2006a, 100 p. ISBN 85-334-1184-7.
- BRASIL. **Medicamentos essenciais: a importância da seleção**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, 20 nov. 2006b.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 4135/12, de 27 de junho de 2012**. Altera a 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, para tomar obrigatória a assistência de técnico responsável na assistência farmacêutica realizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 10 jul. 2012. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=549794>>. Acesso em: 20 de novembro de 2013.
- CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, 92 p. ISBN 85-85676-89-2.
- CFE ALERTA: falta de farmacêuticos, nas farmácias do SUS, representa perigo. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, DF, n. 78, p. 24-25, set./out, 2010. Disponível em: <[http://www.cfe.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/024a025\\_farmacia\\_do\\_sus.pdf](http://www.cfe.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/024a025_farmacia_do_sus.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2009, 66 p. ISBN 978-85-89924-05-4.
- CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **A importância do farmacêutico no SUS: suas competências e atribuições nas ações de saúde pública**. Belo Horizonte: CRF/MG, 2011. 28 p.
- CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Assistência farmacêutica municipal: diretrizes para estruturação e processos de organização**. 2. ed. São Paulo: F&F Impressos Especiais, 2010. 68 p.
- CUNHA, M. C. N.; ZORZATTO, J. R.; CASTRO, L. L. C. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 215-227, 2002.
- DE BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.
- DOS SANTOSA, V.; NITRINIB, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 6, p. 819-26, 2004.
- JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality and the economic of pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 54, n. 5, p. 554-558, 1997.
- NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.
- RIECK, E. B. **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde do estado do Rio Grande do Sul: análise dos indicadores do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica**. 2002. 98f. Monografia (Especialização) – Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Porto Alegre, RS.

SEVERINO, J. M.; NOBRE, A. C. L. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça - CE. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo, v.2 n.1 15-20, jan./abr. 2011.

VALERY, P. P. T. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. Brasília: Central de Medicamentos. Brasília: Central de Medicamentos, 1989. 22 p.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

*Recebido em: 19 de fevereiro de 2014*

*Aceito em: 13 de julho de 2014*