



MAURÍCIO MASSAYUKI NAMBU

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM UMA COMISSÃO
INTERGESTORES REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO SOB O
OLHAR DA INVESTIGAÇÃO, DA AÇÃO E DA PESQUISA**

Piracicaba

2014

i



UNICAMP

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

MAURÍCIO MASSAYUKI NAMBU

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM UMA COMISSÃO
INTERGESTORES REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO SOB O
OLHAR DA INVESTIGAÇÃO, DA AÇÃO E DA PESQUISA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROFISSIONALIZANTE APRESENTADA À
FACULDADE DE PIRACICABA DA
UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE MESTRE EM ODONTOLOGIA EM
SAÚDE COLETIVA.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação
defendida pelo aluno Maurício Massayuki Nambu e
orientada pela Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra

Assinatura da Orientadora

Piracicaba

2014

iii

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

N15a Nambu, Maurício Massayuki, 1971-
A assistência farmacêutica básica em uma comissão intergestores regional do estado de São Paulo sob o olhar da investigação, da ação e da pesquisa / Maurício Massayuki Nambu. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Luciane Miranda Guerra.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Assistência farmacêutica. 2. Indicadores básicos de saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Controle de medicamentos e entorpecentes. I. Guerra, Luciane Miranda, 1970-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The basic pharmaceutical assistance on a intermanagerial regional health commission of the state of São Paulo from the perspective of investigation, action and research

Palavras-chave em inglês:

Pharmaceutical services

Health status indicators

Health evaluation

Drug and narcotic control

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Luciane Miranda Guerra [Orientador]

Luciane Zanin de Sousa

Rosana de Fátima Possobon

Data de defesa: 24-07-2014

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 24 de Julho de 2014, considerou o candidato MAURICIO MASSAYUKI NAMBU aprovado.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luciane Miranda Guerra".

Profa. Dra. LUCIANE MIRANDA GUERRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luciane Zanin de Souza".

Profa. Dra. LUCIANE ZANIN DE SOUZA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rosana de Fátima Possobon".

Profa. Dra. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

RESUMO

A proposição do presente estudo foi avaliar as Assistências Farmacêuticas Básicas municipais das cidades que compõem a Comissão Intergestores Regional de Saúde (CIR) de Ourinhos-São Paulo, através de indicadores de estrutura, processo e resultado, e propor, de forma compartilhada e participativa, ações na perspectiva de impactar mudanças positivas nos indicadores verificados e na prática dos serviços. Trata-se de um estudo transversal descritivo, baseado em indicadores do manual prático de acompanhamento de políticas nacionais de medicamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), perfazendo neste estudo, um total de treze indicadores, caracterizados pela utilidade, descrição, padrão, fonte, metodologia de coleta, cálculo e limitações. Foram realizadas observações diretas em medicamentos, cadastros, relatórios e/ou documentos, entrevistas com os responsáveis pelas Assistências Farmacêuticas Municipais e visitas às unidades de saúde que dispensavam medicamentos para a atenção básica, perfazendo um número total censitário de doze municípios, 41 unidades de saúde e três Centrais de Abastecimento Farmacêutico, não anexas às unidades dispensadoras de medicamentos (farmácias). Em uma segunda etapa, foi realizada uma oficina temática direcionada a todos os municípios participantes do estudo. Verificou-se que 63,89% das unidades de saúde e 75% das centrais de abastecimento farmacêutico possuíam controle de estoque e 68,33% e 70%, cumpriam as boas práticas de armazenamento, respectivamente. Nas unidades de saúde foram encontrados, em média, 0,85 farmacêuticos por unidade; 14,79% de trabalhadores capacitados, 2,44% de listas de padronização afixadas nas farmácias, presença de 88,91% de medicamentos marcadores, 3,77% de medicamentos fora do prazo de validade, 1,99 medicamentos por prescrição, 63,98% de medicamentos prescritos, pertencentes à Atenção Básica, 80,21% de medicamentos prescritos pela denominação genérica, 74,94% de medicamentos prescritos e atendidos, sendo 73,57% na íntegra e 79,59% de medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica dispensados. Na oficina temática, das doze cidades estudadas, sete responsáveis pelas Assistências Farmacêuticas municipais compareceram. Nesta, foram analisados os dados situacionais e elaboradas propostas para melhoria dos indicadores apurados, sendo as mesmas encaminhadas aos

gestores e farmacêuticos responsáveis pelas respectivas Assistências Farmacêuticas dos doze municípios da CIR Ourinhos-São Paulo. Apesar dos índices não serem totalmente insatisfatórios, em sua maioria, os valores dos indicadores ficaram abaixo dos padrões estabelecidos pela literatura, demonstrando a necessidade de adequações na infraestrutura e da realização de capacitações para as Assistências Farmacêuticas municipais, visando maior qualidade de atenção aos usuários do sistema de saúde.

Palavras-chaves: Assistência farmacêutica. Indicadores básicos de saúde. Avaliação em saúde. Política farmacêutica.

ABSTRACT

The proposition of this study was to evaluate the Municipal Basic Pharmaceutical Assistance of towns compounding the Intermanagerial Regional Health Commission (IRC) of Ourinhos-Sao Paulo, through indicators of structure, process and result, and propose, in a shared and participatory manner, actions to cause positive changes in the verified indicators and practice of services. It is a cross-sectional descriptive study, based on the attendance of Practical Manual Indicators of National Medicine Policies of the World Health Organization (WHO), totalizing thirteen indicators, characterized by utility, description, standard, source, collection methodology, calculation and limitations. Direct observations were made on medications, records, reports and/or documents, interviews with those responsible for Municipal Pharmaceutical Assistance, and visits to health facilities dispensing drugs for primary care, with total census number of twelve municipalities, forty one health units and three pharmaceutical supply centers, not attached to the units dispensing medications (pharmacies). In a second stage, a thematic workshop was directed to all municipalities participating in the study. It was found that 63.89% of health units and 75% of the pharmaceutical supply centers had stock control, 68.33% and 70% of them respectively, met the good storage practices. In the health units were found, on average, 0.85 pharmacists per unit; 14.79% skilled workers, 2.44% of standardization lists posted in pharmacies, the presence of 88.91% tracer drugs, 3.77% of drugs with expiry date, 1.99 medicine per prescription, 63,98% of prescribed drugs belonging to primary care, 80.21% of drugs prescribed by the generic denomination, 74.94% of the drugs prescribed and received, being 73.57% in full and 79.59% of drugs belonging to the dispensed Basic Pharmaceutical Component Assistance. In thematic workshop of the twelve cities studied, seven responsible for Municipal Pharmaceutical Assistance attended. It was analyzed the data situation and proposals for improvement were prepared for the checked indicators. The proposals were forwarded to managers and pharmacists responsible for their respective Pharmaceutical Assistance of the twelve municipalities of IRC Ourinhos-Sao Paulo. Despite the indices not being totally unsatisfactory, mostly the indicator values were

below the standards established by the literature, demonstrating the need for adjustments in infrastructure and conducting training for the Municipal Pharmaceutical Assistance, improving the quality of care to the health system users.

Keywords: Pharmaceutical services. Health status indicators. Health evaluation. Drug and narcotic control .

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	xiii
AGRADECIMENTOS.....	xv
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	xvii
LISTA DE QUADROS.....	xix
LISTA DE TABELAS.....	xix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xxi
LISTA DE ANEXOS.....	xxiii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3 PROPOSIÇÃO.....	13
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	15
5 RESULTADOS.....	29
6 DISCUSSÃO.....	49
7 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXOS.....	77
ANEXO 1.....	77
ANEXO 2.....	78
ANEXO 3.....	79
ANEXO 4.....	81
ANEXO 5.....	82
ANEXO 6.....	83
ANEXO 7.....	84
ANEXO 8.....	85
ANEXO 9.....	86
ANEXO 10.....	87
ANEXO 11.....	112
ANEXO 12.....	113
ANEXO 13.....	114

ANEXO 14.....	115
ANEXO 15.....	116
ANEXO 16.....	121
ANEXO 17.....	122
ANEXO 18.....	123
ANEXO 19.....	124
ANEXO 20.....	126

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus avós (in memoriam) e a meus pais, Paulo e Maria Dirce Nambu, aos quais agradeço, por sempre terem me ensinado o valor da educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), especialmente a reitoria, diretoria e servidores, por proporcionarem esta maravilhosa pós-graduação.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira, Coordenador do Programa de Saúde Coletiva, pela dedicação e apoio a esta área da saúde.

Agradeço a minha querida orientadora, Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra pelo apoio e palavras de incentivo.

As professoras Dra. Fabiana de Lima Vazquez e Dra. Karine Laura Cortellazzi, pelos ensinamentos e palavras de apoio durante todo o curso.

Aos meus colegas de mestrado, com os quais aprendemos, sofremos e convivemos com perseverança.

A todas as Secretarias Municipais de Saúde da CIR (CGR) Ourinhos-São Paulo e seus servidores, pelo apoio incondicional na realização deste estudo.

À colega farmacêutica Thais Pedrotti Geraldês pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho.

À coordenadora do curso de Farmácia das Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO, minha colega e querida amiga Professora Ma. Cristane Fátima Guarido, pelo apoio, pela amizade, por tudo, meu muito obrigado.

Às Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO, pelo apoio.

A todos meus familiares pelo apoio incondicional.

À minha companheira de todas as horas, Rosana Ignácio da Cruz pelo incentivo e apoio para que pudesse realizar este trabalho.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente nos auxiliaram na realização deste estudo.

E a Deus por proporcionar as condições necessárias, como seu filho, para realização deste sonho.

*Não sei... se a vida é curta ou longa demais
pra nós, mas sei que nada do que vivemos
tem sentido, se não tocamos o coração das
pessoas.*

Cora Coralina

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ciclo da assistência farmacêutica.....	7
Figura 2 - Mapa do Estado de São Paulo com seus respectivos Departamentos Regionais de Saúde.....	16
Figura 3 - Limites de Municípios, regiões de saúde (CIR) e Departamentos Regionais de Saúde (DRS).....	17
Figura 4 - Mapa do Estado de São Paulo com suas respectivas RRAS.....	18
Figura 5 - Percentual de municípios que apresentaram Índice Paulista de Responsabilidade Social nos grupos 4 e 5 em 2008.....	20
Figura 6 - Número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica Básica da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Ourinhos-São Paulo (SP).....	30
Figura 7 - Porcentagem de trabalhadores da assistência farmacêutica com participação em capacitações nos últimos doze meses (indicador E2).....	31
Figura 8 - Porcentagem de adequação das unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Ourinhos-SP às boas práticas de armazenamento de medicamentos (indicador E3).....	32
Figura 9 - Porcentagem de adequação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Ourinhos-SP da região de Ourinhos-SP às boas práticas de armazenamento de medicamentos (indicador E3-CAF).....	33
Figura 10 - Porcentagem do número de unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP que possuem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) afixada em local visível a todos os usuários do sistema (indicador E4).....	34
Figura 11 - Porcentagem de existência de controle de estoque nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador P1).....	35

Figura 12 - Porcentagem de existência de controle de estoque nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador P1-CAF).....	36
Figura 13 - Porcentagem da disponibilidade de medicamentos marcadores nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R1).	37
Figura 14 - Porcentagem de medicamentos fora do prazo de validade nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R2).	38
Figura 15 - Número médio de medicamentos por prescrição, nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R3).....	39
Figura 16 - Porcentagem de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, prescritos nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R4).....	40
Figura 17 - Porcentagem de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB), nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R5).....	41
Figura 18 - Porcentagem de medicamentos prescritos e atendidos nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R6).....	42
Figura 19 - Porcentagem de prescrições atendidas na íntegra, aos usuários do SUS, nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R7).....	43
Figura 20 - Porcentagem de medicamentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica, prescritos e atendidos, nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R8).....	44
Figura 21 - Porcentagem de prescrições sem identificação de atendimento, encontrados nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP...45	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos indicadores utilizados.....	23
Quadro 2 - Propostas elencadas durante oficina temática sobre Assistência Farmacêutica Básica da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP, baseada nos indicadores propostos.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP que dispensam medicamentos para Atenção Básica e distância geográfica dos municípios em relação ao município de Ourinhos, em quilômetros (Km).....	26
Tabela 2 - Indicadores de estrutura (E), processo (P) e resultado (R) de cada município da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP que dispensam medicamentos para Atenção Básica, média regional e padrões.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
AM	Amostra
APS	Atenção Primária em Saúde
BPA	Boas Práticas de Armazenamento
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAL	Cálculo
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CE	Ceará
CEME	Central de Medicamentos
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIR	Comissão Intergestores Regional
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DRS	Departamento Regional de Saúde
E	Estrutura
IN	Indicador
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Paraná
P	Processo
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
R	Resultado
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RES	Resultado
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SP	São Paulo
S	Somatória
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URM	Uso Racional de Medicamentos
US	Unidade de Saúde

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Formulário de identificação do local pesquisado.....	77
Anexo 2 - Formulário de levantamento dos indicadores de Estrutura (E1 e E2).....	78
Anexo 3 - Formulários de levantamento dos indicadores de Estrutura E3 e de Processo P1.....	79
Anexo 4 - Formulários de levantamento dos indicadores de Estrutura E4 e de Processo P1.....	81
Anexo 5 - Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R1.....	82
Anexo 6 - Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R2.....	83
Anexo 7 - Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R3, R4, R5 e R8.....	84
Anexo 8 - Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R3, R4, R5 e R8.....	85
Anexo 9 - Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R6 e R7.....	86
Anexo 10 - Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8).....	87
Anexo 11 - Lista dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX.....	112
Anexo 12 - Formulário de consolidação parcial dos dados.....	113
Anexo 13 - Formulário de consolidação geral dos dados.....	114
Anexo 14 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	115
Anexo 15 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	116
Anexo 16 - Modelo de autorização para utilização de documentos.....	121
Anexo 17 - Modelo de declaração de uso da instituição.....	122
Anexo 18 - Convite para realização da oficina temática.....	123
Anexo 19 - Oficina temática – documento de planejamento.....	124
Anexo 20 - Relatório final da oficina temática.....	126

1 INTRODUÇÃO

A assistência farmacêutica apresenta importância inquestionável no cenário das políticas públicas de saúde no Brasil, devido a sua inserção e influência direta e indireta nos programas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a verificação de como as assistências farmacêuticas básicas municipais estão estruturadas no que diz respeito aos aspectos organizacionais, infraestrutura e recursos humanos, permite-nos o delineamento do diagnóstico situacional e da visualização de possíveis implicações em parte essencial do SUS, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS).

O sistema de saúde brasileiro sofreu grande reestruturação nos anos 80, iniciada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, pela promulgação da constituição de 1988 e, posteriormente, pela publicação da lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, incluindo a assistência farmacêutica (Brasil, 1990).

A concepção de Assistência Farmacêutica (AF) pode ser utilizada de maneira equívoca, gerando até mesmo confusão com outro termo englobado por ela, que é o de atenção farmacêutica. Neste estudo, utiliza-se uma concepção ampla da Assistência Farmacêutica, como a utilizada por Marins (2003), o qual prioriza sua organização no Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando a importância do manuseio correto das informações para melhor condução da gestão, do uso racional de medicamentos (URM) e, se necessário, do tratamento medicamentoso, mas com qualidade, segurança e efetividade, concepção trazida pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004).

A Assistência Farmacêutica Básica (AFB) engloba todos estes aspectos, mas relacionada a um nível de atenção em saúde específico, dito, Atenção Primária em Saúde (APS) ou também denominada Atenção Básica. Na área de Assistência Farmacêutica, os medicamentos destinados a este nível de atenção estão presentes no Componente Básico de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2012a).

Para que estes aspectos sejam melhores executados, a avaliação deve ser foco constante da gestão, tanto que está presente nas legislações e documentos que dispõem sobre o Sistema Único de Saúde, como por exemplo, na portaria nº 1.555/13, a qual normatiza a aplicação dos recursos financeiros e sua execução do Componente Básico da

Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, que trás a obrigatoriedade da apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG) para acompanhamento, monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, aplicados por estados e municípios (Brasil, 2013b).

O processo avaliativo também vem ao encontro das estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS) quando, por exemplo, avalia, através de um indicador de garantia de acesso, a disponibilidade de medicamentos essenciais para o paciente. Na pesquisa domiciliar de acesso a medicamentos, realizada no Brasil em 2004, verificou-se que a disponibilidade média para os medicamentos essenciais era de 74% nas unidades públicas de saúde, e que nas farmácias privadas o valor era de 88%, demonstrando que tanto no serviço público como no serviço privado, o usuário tem dificuldade de encontrar medicamentos essenciais (Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, 2005).

É importante ressaltar que não basta a garantia do acesso, mas a garantia do acesso com qualidade, tanto nos aspectos produtivos como nos de armazenamento. Segundo a OMS, embora haja padrões de qualidade internacionalmente estabelecidos e difundidos, 20% dos medicamentos ainda chegam a alguns mercados fora desses padrões e, por consequência, medicamentos com desvios de qualidade e falsificados continuam a causar danos à saúde e até mesmo levando a óbitos (World Health Organization - WHO, 1999).

A avaliação da qualidade de armazenamento, através de um indicador de estrutura, também pode demonstrar problemas na qualidade dos medicamentos. Em estudo publicado em 2010, Barreto e Guimarães encontraram, em municípios baianos, ausência das condições físicas e ambientais para armazenamento de medicamentos, nas centrais de abastecimento farmacêutico (CAF) municipais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), e transporte inadequado desses medicamentos, além da ausência do farmacêutico responsável pela dispensação, fatores que podem levar a perdas de medicamentos, desperdício de recursos e acesso de medicamentos com qualidade questionável.

O ato de avaliar, portanto, também é um atributo da gestão do SUS, e a avaliação dos serviços de saúde já vem sendo estudada há tempos, buscando aspectos quantitativos e qualitativos da prestação destes serviços.

Uma das metodologias utilizadas para se mensurar e emitir um valor a um processo de avaliação é a utilização de indicadores. Estes instrumentos permitem promover a comparação de programas, ações e serviços entre diferentes localidades e em determinados espaços temporais (Correia *et al.*, 2009).

A avaliação em saúde e de seus diferentes setores, como a Assistência Farmacêutica, através da utilização de indicadores tem sido uma estratégia nos processos organizativos e de gestão do SUS. Contudo, a falta de uma padronização pode gerar conflitos, comprometendo a reprodutibilidade, dificultando análises comparativas e, conseqüentemente, conclusões mais precisas.

Donabedian (1984) propõem uma disposição didática operacional de indicadores para avaliação dos serviços de saúde em três níveis: Estrutura, Processo e Resultado. A literatura técnica da área (Castro, 2000; Rieck, 2002) e vários estudos para avaliação da Assistência Farmacêutica, têm sido alicerçados neste sentido (Bernardi *et al.*, 2006; Correia *et al.*, 2009; Freitas e Nobre, 2011).

Trabalhos e documentos importantes utilizam a metodologia proposta por Donabedian (1984). Dentre estes, pode-se citar: o manual de Políticas Nacionais de Medicamentos (WHO, 1999), o qual traz definições e os próprios indicadores propostos, metodologicamente separados em estrutura, processo e resultado (Cosendey, 2000; Rieck, 2002), bem como o documento “Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados”, publicado pela Organização Panamericana de Saúde/OMS e Ministério da Saúde (OPAS, 2005).

A aplicação de indicadores para a avaliação das ações desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica é uma estratégia de organização da atenção e da gestão em saúde (Bernardi *et al.* 2006).

A avaliação em saúde, contudo, não faz sentido se os seus resultados não forem discutidos e analisados, preferencialmente pelos atores envolvidos no serviço ou ação avaliada. Esse mecanismo participativo e compartilhado é fundamental a fim de se alcançar resultados pertinentes à realidade estudada.

Nesse sentido, a metodologia da investigação-ação, tem sido muito utilizada, uma vez que permite o “agir na prática”, planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se

uma mudança para a melhoria da prática, baseados num ciclo que se inicia no planejamento, no diagnóstico (Franco, 2005; Trip, 2005).

Assim, a avaliação das Assistências Farmacêuticas Básicas, com compartilhamento dos indicadores utilizados, a discussão aprofundada dos resultados e a co-construção de propostas para o seu fortalecimento e aperfeiçoamento, são fundamentais para sua qualificação, o que, conseqüentemente, impacta positiva e incisivamente nas ações destinadas aos usuários do sistema de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Assistência Farmacêutica

Com a meta de “Saúde para todos no ano 2.000” a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendou a realização de uma Conferência Mundial para o intercâmbio de experiências em matéria de desenvolvimento de cuidados primários de saúde, o que foi realizado em Alma-Ata, antiga União Soviética, em 1978, ratificando-se a meta inicialmente proposta e influenciando de maneira importante e decisiva o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica mundial (WHO, 1978; Marins, 2003).

Desta Conferência, a Assistência Farmacêutica (AF) deveria considerar o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos fundamentais da atenção primária em saúde. Os governos deveriam formular políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados básicos em saúde. Adotar medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos, incorporação de produtos eficazes e administração e distribuição eficientes (Marins, 2003).

No Brasil, a lei nº 8.080/90, legislação que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, traz no seu artigo 6º, uma das ações a ser executada pelo SUS, a assistência terapêutica integral, incluindo-se a AF (Brasil, 1990).

A descentralização e fortalecimento da AF no serviço público de saúde foram marcados pela extinção da Central de Medicamentos, antiga CEME, em 1997, pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada através da Portaria Ministerial nº 3.916 (Brasil, 1998b) e posteriormente, com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004 (Brasil, 2004).

Segundo a PNAF:

Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 2004).

Seu objetivo seria apoiar todas as ações de saúde na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e uso racional dos medicamentos, sendo parte integrante e estratégica da Política Nacional de Saúde na promoção, prevenção de doenças e tratamento terapêutico (Brasil, 2004).

Entre suas diversas funções e atividades, segundo a PNAF (Brasil, 2004) está:

- Planejar, coordenar, executar, acompanhar e avaliar as ações;
- Articular a integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras;
- Elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos;
- Elaborar instrumentos de controle e avaliação;
- Selecionar e estimar necessidades de medicamentos;
- Gerenciar o processo de aquisição de medicamentos;
- Garantir condições adequadas para o armazenamento de medicamentos;
- Gestão de estoques;
- Distribuir e dispensar medicamentos;
- Manter cadastro atualizado dos usuários, unidades e profissionais de saúde;
- Organizar e estruturar os serviços de AF nos três níveis de atenção à saúde no âmbito local e regional;
- Desenvolver sistema de informação e comunicação;
- Desenvolver e capacitar recursos humanos;
- Participar de comissões técnicas;
- Promover o uso racional de medicamentos;

- Promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde;
- Desenvolver estudos e pesquisa em serviço;
- Elaborar material técnico, informativo e educativo;
- Prestar cooperação técnica;
- Assegurar qualidade de produtos, processos e resultados.

Segundo o documento “Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS”, a AF apresenta componentes com características técnica, científica e operativa, interagindo-se dependendo da complexidade, finalidades e demandas do serviço (Brasil, 2009).

Todas estas funções e particularidades da complexidade que é a AF podem ser resumidas de uma maneira esquemática no Ciclo da Assistência Farmacêutica (Figura 1), conhecido pela maioria dos profissionais farmacêuticos, mas que permite-se relacionar neste estudo, para facilitar o entendimento dos demais leitores.



Figura 1. Ciclo da assistência farmacêutica

Fonte: Marins, 2003.

2.1.1 Assistência Farmacêutica Básica

A Assistência Farmacêutica Básica (AFB) trata de uma parte da Assistência Farmacêutica (AF). Dentre suas atribuições, a AFB é responsável por todos os aspectos relacionados a medicamentos na Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB).

Para tanto, faz-se importante à definição de AB, que segundo documentos da política nacional seria:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Brasil, 2012b).

Em relação à AF, existe uma subdivisão de seus componentes, basicamente estratificando os medicamentos a serem disponibilizados.

Na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME (Brasil, 2012a), existem relações de medicamentos prioritários para diversas patologias, os chamados medicamentos essenciais, separados em anexos:

- Anexo I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).
- Anexo II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.
- Anexo III – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).
- Anexo IV – Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos.
- Anexo V – Relação Nacional de Medicamentos de uso hospitalar.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.554/13 (Brasil, 2013a), dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, trazendo os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste programa, subdivididos em três grupos conforme suas características, responsabilidades e formas de organização, sendo que no grupo 3 estão os medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação, sendo caracterizado no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

A normatização de como deverá ser executado o financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, é descrito através da portaria MS nº 1.555/13 (Brasil, 2013b). Trazendo no seu artigo 3º, o quantitativo financeiro obrigatório a ser aplicado na AFB:

I - União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS (Brasil b, 2013).

Portanto a Assistência Farmacêutica Básica (AFB) trata como produto essencial os medicamentos presentes no anexo I da RENAME, dito, CBAF e este estudo também o faz.

A presença dos medicamentos essenciais, definidos pela OMS (OPAS, 2005) como sendo aqueles que satisfazem as necessidades de atenção à saúde da população e selecionados levando-se em consideração sua relevância em saúde pública, evidência de eficácia, segurança e relação custo-efetividade, se torna fundamental para a efetiva garantia de acesso ao tratamento terapêutico medicamentoso na Atenção Básica.

2.2 Avaliação em Saúde

2.2.1 Indicadores

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu manual *Indicators for monitoring national drug policies* (WHO, 1999) relata que um indicador com qualidade deve ser claro, útil, fácil de ser generalizado e medido, consistente, válido, confiável, relevante nacionalmente e facilmente comparável.

Os indicadores definem atributos que dizem respeito às questões da avaliação, significando conceitos, contextos e efeitos esperados, dentro de uma medida específica, a qual pode ser interpretada. Eles fornecem uma base para a coleta de evidências que são válidas e confiáveis para os usos propostos para a avaliação, podendo refletir aspectos significativos para o seu monitoramento (CDC, 1999).

A definição do número de indicadores se torna parte importante deste processo, porque ainda segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1999), a escolha de indicadores em demasia pode prejudicar os objetivos da avaliação, no entanto, múltiplos indicadores são necessários para acompanhar a aplicação e os efeitos de um programa.

Donabedian (1984) propõem uma disposição didática operacional de indicadores em três níveis, para avaliação dos serviços de saúde: Estrutura, Processo e Resultado, consolidados e comumente utilizados para avaliação da Assistência Farmacêutica (WHO, 1999; Cosendey, 2000; Rieck, 2002; Marins, 2003; OPAS, 2005).

Indicadores de Estrutura

Estes indicadores fornecem informações sobre a qualidade das estruturas básicas, sendo que os indicadores selecionados podem verificar as estruturas básicas no âmbito de cada componente-chave. Contudo, eles não avaliam o funcionamento dessas estruturas, uma vez que esta situação é analisada pelos indicadores de processo. Os indicadores de estrutura podem monitorar alguns aspectos da Assistência Farmacêutica Básica, tais como, seleção de medicamentos essenciais, a importância de manter alocação significativa da Assistência Farmacêutica (AF) no orçamento da saúde, desenvolvimento da política de financiamento relevante no setor, melhoria na contratação do setor,

fortalecimento da distribuição de medicamentos e logística, informação e programas de educação continuada para promoção do uso racional de medicamentos (WHO, 1999).

Os indicadores de estrutura podem ser utilizados para auxiliar na formulação de estratégias e planejamento de intervenções para melhoria da AF. Podem ser utilizados comparativamente na execução da estratégia farmacêutica em diferentes indicadores para monitoramento de políticas de medicamentos e também para aumentar o apoio de outras esferas de poder para o setor de medicamentos (WHO, 1999).

Indicadores de Processo

Os indicadores de processo fornecem informações sobre os mecanismos e atividades da política de AF e monitoram alguns aspectos, tais como, seleção de medicamentos essenciais, alocação de medicamentos no orçamento da saúde e na política de financiamento do setor, procedimentos de contratação, distribuição e logística do setor e informação e educação continuada sobre URM. São medidos através de porcentagem, utilizando a informação disponível na gestão da AF e/ou obtidos através de inquéritos. Para alguns indicadores em determinadas situações, os valores utilizados para calcular as porcentagens também podem fornecer informações úteis, podendo ser utilizados para auxiliar os gestores na administração e acompanhamento da política de AF e fornecendo medidas quantitativas de concretização de metas definidas ou melhoria e/ou implantação de ações (WHO, 1999).

Indicadores de Resultado

Os indicadores de resultado fornecem informações sobre a realização de objetivos da política de AF, disponibilidade e acessibilidade aos medicamentos essenciais, qualidade e uso racional de medicamentos. Os indicadores mensuram o grau para verificar se estes objetivos estão sendo atingidos. Segundo a OMS se os resultados encontrados forem satisfatórios, o mesmo se deve aos resultados positivos dos indicadores de estrutura e de processo, sendo que indicadores de resultado positivo também devem demonstrar melhorias no decorrer do tempo. Se os indicadores de resultado fornecerem dados não tão satisfatórios, quando os indicadores de estrutura e os de processo mostrarem bons

resultados, então os gestores deverão proceder a uma análise cuidadosa dos problemas, a fim de identificar fatores causais e rever estratégias (WHO, 1999).

Estes indicadores de resultados são medidos por porcentagem em informações disponíveis na gestão da AF e/ou obtidos através de inquéritos. Os indicadores podem ser utilizados para que os gestores possam mensurar e avaliar os resultados das políticas de AF, permitindo comparação entre situação obtida no momento da pesquisa e situação anterior a esse ou ainda com situações tidas como ideais, aqui representadas pelos parâmetros utilizados, e fornecerem, portanto informações sobre os progressos alcançados (WHO, 1999).

Segundo Marins (2003), esta classificação de estrutura, processo e resultado, no que se refere aos indicadores, pode ainda sofrer variações motivadas por características do objetivo da avaliação.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar as Assistências Farmacêuticas Básicas municipais das cidades que compõem a Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-São Paulo, através de indicadores de estrutura, processo e resultado, e propor, de forma compartilhada e participativa junto aos trabalhadores e gestores locais, ações na perspectiva de impactar mudanças positivas nos indicadores verificados e na prática dos serviços.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Aspectos Éticos

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP) sob protocolo nº 003/2013 seguindo as determinações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Anexo 14).

Foram obtidas, dos gestores das respectivas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios estudados, as devidas autorizações para utilização da infraestrutura e dos arquivos, documentos e/ou similares. Um Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) foi aplicado junto aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica de cada município (Anexo 15).

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo, no qual, inicialmente, foram coletadas informações por meio de indicadores específicos para compor um diagnóstico situacional inicial e, posteriormente, realizada oficina temática, envolvendo os doze municípios que compõem Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP (antigo Colegiado de Gestão Regional-CGR).

Local da pesquisa

O estudo foi realizado no Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS IX), um dos dezessete Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo-SES/SP (Figura 2).

Foram pesquisadas as Assistências Farmacêuticas públicas municipais da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP (Figura 3), a qual compõe o referido Departamento Regional de Saúde que, por sua vez, é composta por doze municípios. Esta CIR possui população total de 217.871 habitantes (Brasil, 2010) e está inserida na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) número 10 (Figura 4).



Figura 2 - Mapa do estado de São Paulo com seus respectivos Departamentos Regionais de Saúde.

Fonte: São Paulo, 2012a.

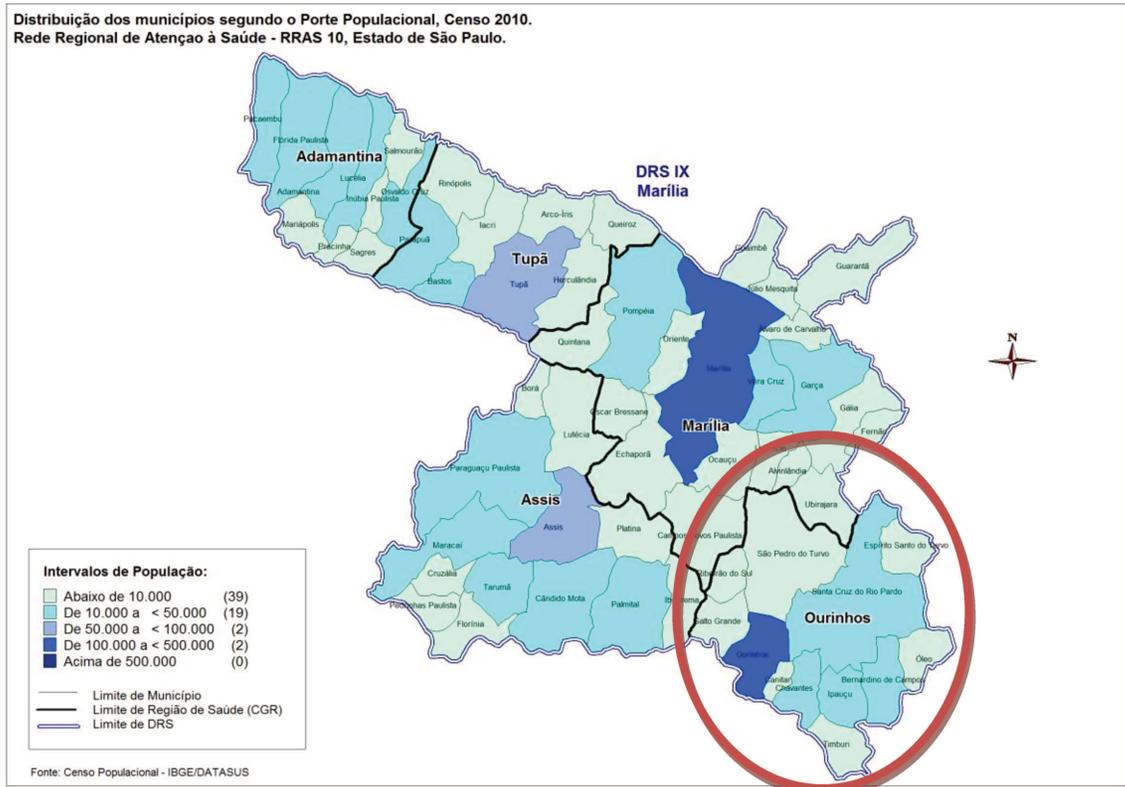


Figura 3 – Limites de municípios, regiões de saúde (CIR) e Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Fonte: São Paulo, 2012d.



Figura 4 - Mapa do estado de São Paulo com suas respectivas RRAS.

Fonte: São Paulo, 2012c.

Universo do estudo

Foram selecionados para este estudo todos os doze municípios, 41 unidades de saúde e seus respectivos Almojarifados de Medicamentos ou Centrais de Abastecimento Farmacêutico, promovendo um censo da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos, Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo-DRS IX, Marília/SP (Tabela 1).

A seleção do local de estudo se deu baseada na posição da região estudada no Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), sendo este estudo inédito, visto que não há outro no estado de São Paulo. O IPRS é um indicador elaborado pela Fundação Sistema Estadual para Análise de Dados (SEADE), o qual exprime sinteticamente um conjunto de dimensões para mensurar as condições de vida da população, tais como as condições de saúde e educação. É composto por quatro conjuntos de indicadores: três setoriais, que mensuram as condições atuais do município em relação à renda, escolaridade e longevidade e uma tipologia formada por cinco grupos, denominados grupos do IPRS, resumindo a

situação municipal de acordo com os três eixos considerados e caracterizando a posição por área territorial dos municípios do estado de São Paulo (São Paulo, 2013).

A CIR de Ourinhos-SP está inserida no DRS IX-Marília e ambos estão localizados na região do centro-oeste paulista. Esta região apresentou, em 2008, o segundo maior percentual de municípios com IPRS nos Grupos 4 e 5 (58,86%), sendo que o DRS IX-Marília e a CIR Ourinhos-SP também apresentaram mais de 50% de seus municípios dentro destes grupos (Figura 5). O Grupo 4 corresponde a municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade e o Grupo 5, municípios mais desfavorecidos do estado, tanto em riqueza quanto nos indicadores sociais (São Paulo, 2012b).

Segundo a Fundação SEADE (2012b), trata-se de um indicador internacionalmente reconhecido e ligado ao desenvolvimento humano da população, sendo que, no quesito longevidade, indicadores de saúde são considerados, como por exemplo, a taxa de mortalidade infantil.

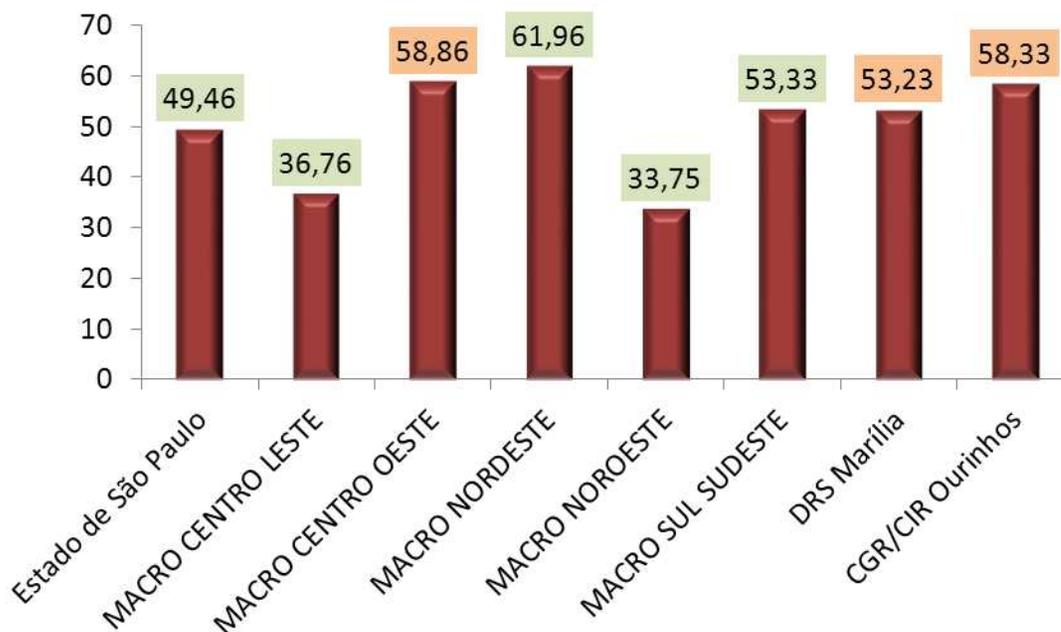


Figura 5 - Percentual de municípios que apresentaram Índice Paulista de Responsabilidade Social nos grupos 4 e 5 em 2008.

Fonte: São Paulo, 2012b.

O total de prescrições selecionadas para os indicadores de resultado, ditos R3, R4, R5, R6, R7 e R8 (Quadro 1) foi de 1.230 (um mil, duzentas e trinta) prescrições, ou seja, 30 (trinta) prescrições em cada uma das 41 (quarenta e uma) unidades de saúde estudadas.

Foram selecionadas, por amostragem aleatória sistemática, 30 (trinta) prescrições recebidas dos usuários pela unidade de saúde, número este baseado em estudo prévio de Rieck (2002), com ocultação dos nomes dos pacientes e presentes nos últimos cinco dias anteriores à visita. Em casos onde não foi possível o número de prescrições estabelecidas, foram selecionadas quantas receitas necessárias, provenientes de dias anteriores subsequentes, até ser alcançado trinta prescrições.

A metodologia para amostragem das prescrições estudadas foi a somatória total das mesmas, dividindo-se pelo número de prescrições necessárias (30). Obteve-se, assim, o número do intervalo para eleição da prescrição válida.

Critérios de inclusão / exclusão

Foram incluídas no estudo todas as Unidades de Saúde da Atenção Básica que compõem a Comissão Intergestores Regional de Ourinhos-SP (CIR), que dispensassem medicamentos presentes no anexo I da RENAME (Componente Básico da Assistência Farmacêutica-CBAF), independentemente de possuírem ou não profissional farmacêutico em seus quadros de servidores, Almojarifados de Saúde ou Centrais de Abastecimento Farmacêutico municipais e cujos responsáveis assinassem as devidas autorizações.

No caso das prescrições, foram excluídas prescrições originárias de qualquer outra instituição que não da Atenção Básica de Saúde do município, tais como hospitais, centros especializados de tratamento e unidades de saúde de outros municípios, prescrições identificadas como ilegíveis pelo pesquisador e/ou sem assinatura e/ou, ainda, sem identificação do profissional prescritor legalmente habilitado (nome e número de registro de classe profissional).

Foram considerados medicamentos atendidos, aqueles presentes nas prescrições e que apresentassem algum tipo de identificação de dispensação, tais como carimbo de atendimento ou qualquer outro tipo de anotação, que apontasse para a dispensação do mesmo. As prescrições retidas pela unidade de saúde, as quais contivessem apenas um medicamento prescrito sem identificação de atendimento, foram consideradas atendidas, uma vez que a prescrição retida sugere a dispensação do medicamento.

O medicamento foi considerado como prescrito pelo nome genérico quando a nomenclatura esteve de acordo com Denominação Comum Brasileira (DCB) e, nos casos omissos, a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme a legislação vigente. Foram aceitas prescrições realizadas pelo nome comercial, quando a denominação pelo nome genérico esteve também devidamente anotada como, por exemplo, entre parênteses. Foram também aceitas prescrições que apresentaram denominação genérica escrita incorretamente e em forma de abreviaturas, desde que fossem claramente identificadas pelo pesquisador e não houvesse nome comercial (marca registrada) com a respectiva abreviatura, como por exemplo, AAS[®].

No caso de medicamentos fitoterápicos foram consideradas a sinonímia ou a nomenclatura popular presente no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (Brasil, 2011a) ou na RDC nº95/08 (Brasil, 2008)

Também foram consideradas prescrições pelo nome genérico, nomenclaturas existentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e usualmente aceitas, tais como sais para reidratação oral (soro oral), óleo mineral e pasta d'água.

Indicadores utilizados

Os indicadores foram selecionados em razão de sua consolidação (WHO, 1999; Cosendey, 2000; Rieck, 2002) e utilização em estudos anteriores (Cosendey, 2000; OPAS, 2005; Bernardi *et al.*, 2006; Correia *et al.*, 2009; Freitas e Nobre, 2011), sendo detalhados pela definição/utilidade, descrição, fonte de obtenção, métodos de coleta de dados, cálculo (caso necessário) e limitações. Após o item descrição, foi incluído um item (Padrão), o qual demonstra um índice comparativo, sendo devidamente referenciado (Anexo 10).

Descrição dos indicadores

Os indicadores foram assim identificados, segundo critérios da OMS (Anexo 10), podendo fornecer os seguintes subsídios:

- Indicadores de Estrutura (E_n): informações sobre a qualidade das estruturas básicas;
- Indicadores de Processo (P_n): informações sobre os mecanismos e atividades da política de AF;
- Indicadores de Resultado (R_n): informações sobre a realização de objetivos da política de AF, disponibilidade e acessibilidade aos medicamentos essenciais, qualidade e uso racional de medicamentos.

As letras E, P e R referem-se ao tipo de indicador (estrutura, processo e resultado) e n representa o número do indicador proposto.

Quadro 1 - Resumo dos indicadores utilizados*.

Indicadores		Descrição
Estrutura (E)	E1	Número de farmacêuticos que atuam na AFB.
	E2	Capacitação de trabalhadores da AF.
	E3	Adequação às Boas Práticas de Armazenagem nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US).
	E4	Número de US que possuem a REMUME afixada em local visível a todos os usuários do sistema.
Processo (P)	P1	Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US).
Resultado (R)	R1	Disponibilidade de medicamentos marcadores nas US.
	R2	Porcentagem de medicamentos fora do prazo de validade nas US.
	R3	Número médio de medicamentos por prescrição nas US.
	R4	Porcentagem de medicamentos básicos no Anexo I da RENAME 2012 (CBAF) prescritos nas US.
	R5	Quantidade de medicamentos prescritos pela DCB e/ou DCI nas US.
	R6	Porcentagem de itens de medicamentos prescritos e atendidos nas US.
	R7	Porcentagem de prescrições atendidas na íntegra aos usuários do SUS nas US.
	R8	Porcentagem medicamentos do Anexo I da RENAME 2012 (CBAF) prescritos e atendidos nas US.

Fonte: Adaptação WHO (1999) e RIECK (2002).

*Os indicadores estão detalhadamente descritos no Anexo 10.

1ª Etapa: Pré-teste - Foi realizado um pré-teste em duas Unidades de Saúde que dispensassem medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica presentes no anexo I da RENAME 2012 (Brasil a, 2012), cujo município pertencesse ao Departamento Regional de Saúde IX (DRS-Marília-Figura 2) e não fizesse parte da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP (Tabela 1 e Anexo 11), sendo este elencado por sorteio simples e obtidas as devidas autorizações (Anexos 16 e 17) e TCLE (Anexo 15). Observou-se que os formulários seriam melhor e mais agilmente preenchidos, se estivessem digitados em planilhas eletrônicas, o que foi realizado. Foram detectadas dificuldades na leitura das prescrições, quanto à sua legibilidade, na comprovação de atendimento dos medicamentos, e ausência de identificação dos profissionais prescritores, fatos estes que auxiliaram a elaboração de critérios de exclusão, no que tange à coleta dos indicadores que utilizaram prescrições.

2ª Etapa: Os dados foram coletados no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014, através de pesquisa e observação direta em medicamentos, entrevistas, cadastros, relatórios e/ou documentos, nas Assistências Farmacêuticas Municipais, Almoarifados de Saúde ou Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e/ou Unidades de Saúde dos municípios, utilizando-se a estratégia do “dia típico”, não entrando em contato prévio ou informando sobre data da visita a ser realizada, objetivando a não criação de alterações na rotina dos serviços (Barreto e Guimarães, 2010).

As visitas foram realizadas diretamente pelo pesquisador e por mais um profissional farmacêutico, servidor público da área de Assistência Farmacêutica, previamente capacitado, sendo percorridos mais de mil quilômetros no deslocamento entre os municípios (Tabela 1).

Foram entrevistados os responsáveis pelas Assistências Farmacêuticas Municipais, dos doze municípios da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP e visitadas as Unidades de Saúde (US) que dispensavam medicamentos, segundo o elenco constante no anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que traz a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência

Farmacêutica (Brasil, 2012a), perfazendo um número total censitário de 41 unidades de saúde (Tabela 1).

Os dados obtidos foram devidamente alocados em formulários de identificação das unidades pesquisadas (Anexo 1) e de levantamento dos indicadores propostos (Anexos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9), na forma de planilhas eletrônicas do *Microsoft Excel*[®].

Oficina Temática: Após a coleta dos dados na 2ª Etapa, foi realizada uma oficina temática com os municípios da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP, direcionada, principalmente, aos farmacêuticos responsáveis pela Assistência Farmacêutica municipal, mas com convite extensivo a gestores, demais profissionais farmacêuticos municipais e trabalhadores da Assistência Farmacêutica da região citada. Os participantes foram convidados, informalmente, durante a realização da coleta de dados e, formalmente, via correio eletrônico (Anexo 18).

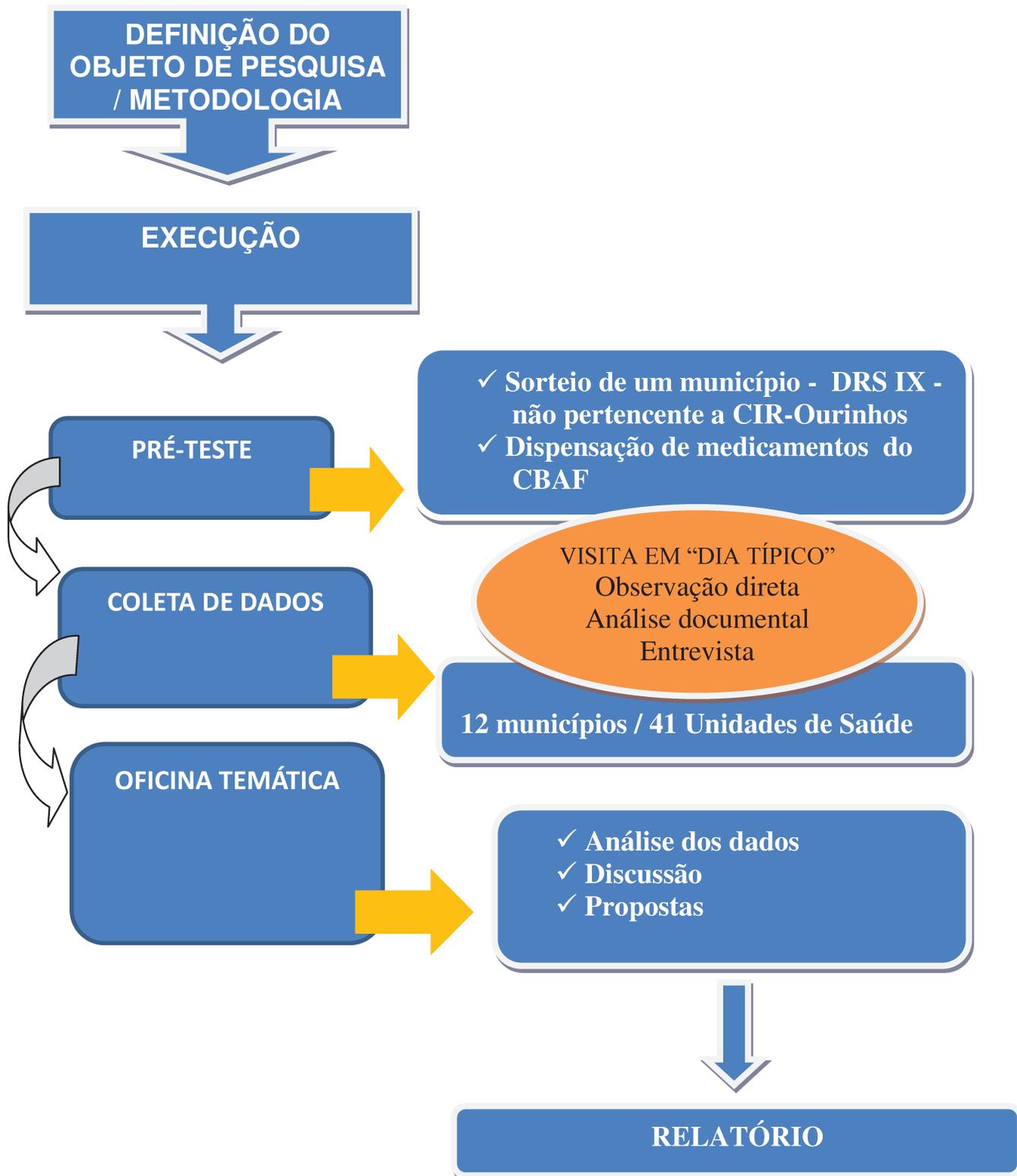
A oficina foi realizada no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos, abordando especificamente a Assistência Farmacêutica Básica (AFB), com enfoque nos apontamentos dos indicadores inicialmente propostos (Anexo 10) de maneira participativa e estratégica, segundo planejamento prévio (Anexo 19). O objetivo desta oficina foi promover uma análise geral dos resultados iniciais, discussão dos possíveis fatores causais e elaboração de estratégias de maneira participativa e colaborativa, com o intuito de qualificar a AFB na Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP.

Tabela 1 - Número de unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP que dispensam medicamentos para atenção básica e distância geográfica dos municípios em relação ao município de Ourinhos, em quilômetros (Km).

Nº de municípios	Municípios CIR-Ourinhos	Nº de Unidades de Saúde com dispensação de medicamentos da Atenção Básica	Distância em Km do município de referência (Ourinhos)
1	Bernardino de Campos	3	48,4
2	Canitar	1	11,2
3	Chavantes	3	20,1
4	Espírito Santo do Turvo	1	59,9
5	Ipaussu	3	28,1
6	Óleo	1	72,3
7	Ourinhos	16	-
8	Ribeirão do Sul	1	29,5
9	Salto Grande	1	22,4
10	Santa Cruz do Rio Pardo	7	31,2
11	São Pedro do Turvo	3	39,7
12	Timburi	1	62,3
TOTAL		41	425,1

Nota: A existência ou não de Almoarifados de Saúde/Centrais de Abastecimento Farmacêutico em espaços físicos diferentes da unidade dispensadora (inclusive anexa), foi verificada *in loco* em todos os municípios do estudo, sendo encontradas estruturas físicas/prediais independentes (não anexas as farmácias), somente em três municípios.

Fluxograma de execução da pesquisa



Análise Estatística

Foi realizada estatística descritiva, utilizando-se o programa *Microsoft Excel*[®] 2010, por meio da demonstração de tabelas e gráficos, em frequências absoluta (n) e relativa (%). Para consolidação parcial (Unidades de Saúde por município) e geral (por município) dos dados, foram utilizados os Formulários nº10 e 11 (Anexos 12 e 13), através de execução em planilhas do programa *Microsoft Excel*[®] 2010 e adaptadas de Rieck (2002).

5 RESULTADOS

Observa-se, na Tabela 2, os resultados obtidos para cada indicador em seus respectivos municípios, a média regional, além dos padrões comparativos, segundo a literatura. Os municípios foram identificados por doze letras maiúsculas (de A a L) sem ordem lógica. O indicador de estrutura E3 e o de processo P1 aplicam-se tanto para CAF quanto para as Unidades de Saúde (US), por isso estão identificados por E3-US e E3-CAF. Da mesma forma, o indicador de processo que está identificado como P1-US e P1-CAF.

Tabela 2 – Indicadores de estrutura (E), processo (P) e resultado (R) de cada município da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP que dispensam medicamentos para Atenção Básica, média regional e padrões.

MUNICÍPIO	E1	E2	E3-US	E3-CAF	E4	P1-US	P1-CAF	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
A	0,67	16,67	56,67	60,00	33,33	0,00	0,00	81,67	6,67	1,69	67,11	75,00	30,26	50,00	41,18
B	1,00	0,00	40,00	40,00	0,00	0,00	0,00	85,00	0,00	1,27	52,63	63,16	100,00	100,00	100,00
C	1,00	0,00	80,00	70,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	2,47	62,16	83,78	85,14	76,67	89,13
D	1,00	16,67	90,00	90,00	0,00	100,00	100,00	80,00	0,00	2,38	73,36	82,71	78,04	71,11	80,89
E	1,00	0,00	80,00	80,00	0,00	100,00	100,00	100,00	0,00	2,03	49,18	75,41	85,25	80,00	96,67
F	0,67	0,00	76,67	80,00	0,00	100,00	100,00	83,33	16,67	1,97	63,28	83,05	88,14	82,22	92,86
G	1,00	0,00	60,00	50,00	0,00	100,00	100,00	95,00	0,00	1,63	83,67	97,96	100,00	100,00	100,00
H	1,00	0,00	50,00	60,00	0,00	0,00	100,00	80,00	10,00	2,30	71,01	86,96	68,12	60,00	65,31
I	0,33	14,29	66,67	70,00	0,00	66,67	100,00	100,00	10,00	1,89	57,06	72,35	85,29	81,11	94,85
J	1,00	100,00	70,00	70,00	0,00	100,00	100,00	80,00	0,00	1,63	51,02	91,84	30,61	50,00	28,00
K	0,25	12,50	55,63	80,00	0,00	0,00	100,00	81,88	1,88	2,29	71,55	77,82	59,82	47,50	70,52
L	1,29	17,39	94,29	90,00	0,00	100,00	100,00	100,00	0,00	2,39	65,67	72,46	88,62	84,29	95,74
MÉDIA REGIONAL	0,85	14,79	68,33	70,00	2,78	63,89	75,00	88,91	3,77	1,99	63,98	80,21	74,94	73,57	79,59
PADRÃO ¹	1,00	50,00	100,00	100,00	80,00	100,00	100,00	80,00	0,00	2,00	70,00	100,00	80,00	60,00	95,00

Notas: US- Unidade de Saúde /CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico/ ¹Padrões segundo literatura - ver Anexo 10.

E1= Nº de farmacêuticos que atuam na AFB / E2= Capacitação de trabalhadores da AF

E3= Adequação às Boas Práticas de Armazenagem nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US)/E4= Número de US que possuem a REMUME afixada em local visível a todos os usuários do sistema.

P1= Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US) / R1= Disponibilidade de medicamentos marcadores nas US.

R2= Porcentagem de medicamentos fora do prazo de validade nas US / R3= Número médio de medicamentos por prescrição nas US.

R4= Porcentagem de medicamentos básicos no Anexo I da RENAME 2012 (CBAF) prescritos nas US / R5= Quantidade de medicamentos prescritos pela DCB e/ou DCI nas US.

R6= Porcentagem de itens de medicamentos prescritos e atendidos nas US / R7= Porcentagem de prescrições atendidas na íntegra aos usuários do SUS nas US.

R8= Porcentagem medicamentos do Anexo I da RENAME 2012 (CBAF) prescritos e atendidos nas US.

A Figura 6 representa o indicador de estrutura E1, que demonstra o número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica Básica da Comissão Intergestores regional (CIR) da região de Ourinhos-SP.

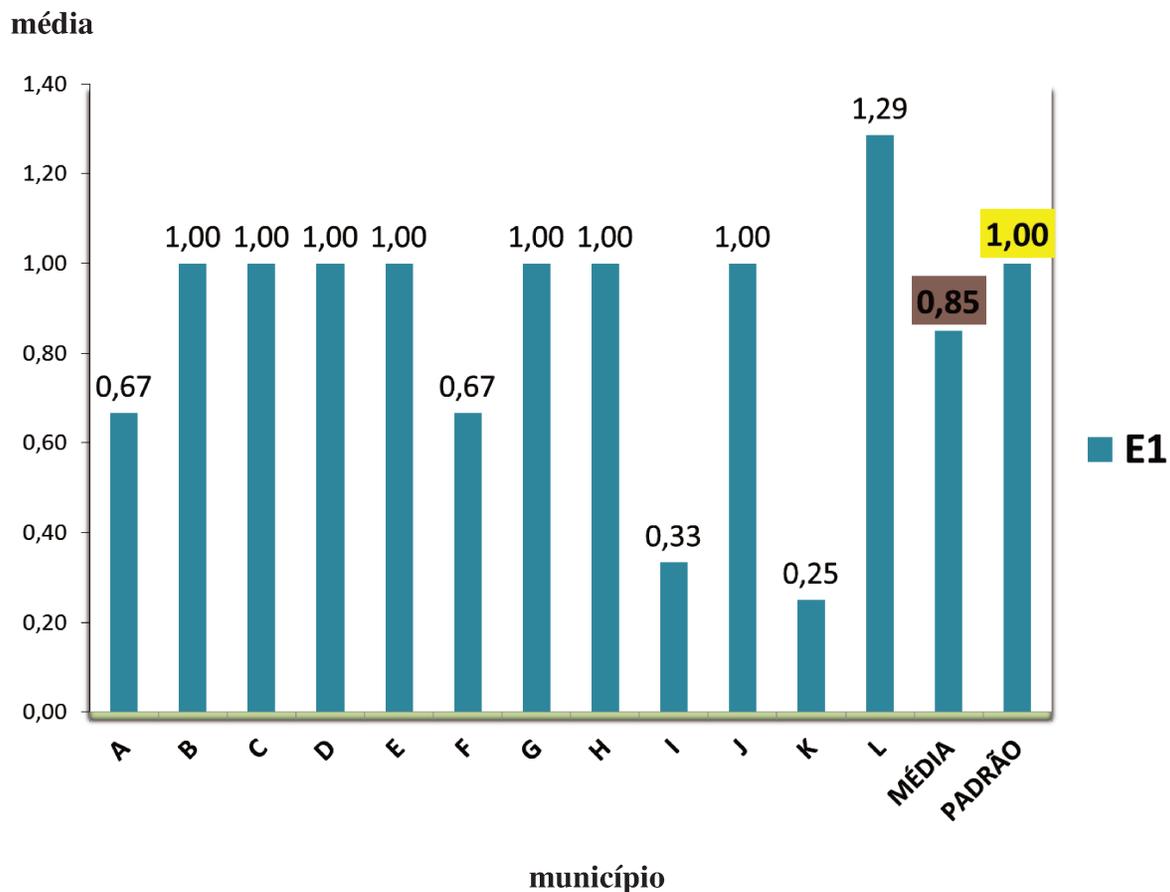


Figura 6 – Média do número de farmacêuticos por unidade de saúde que atuam na assistência farmacêutica básica da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador E1).

Observou-se que a CIR-Ourinhos-SP possui média de 0,85 farmacêuticos por unidade de saúde, sendo que somente um município possui média de mais de um profissional por unidade e quatro municípios ficaram abaixo do padrão preconizado.

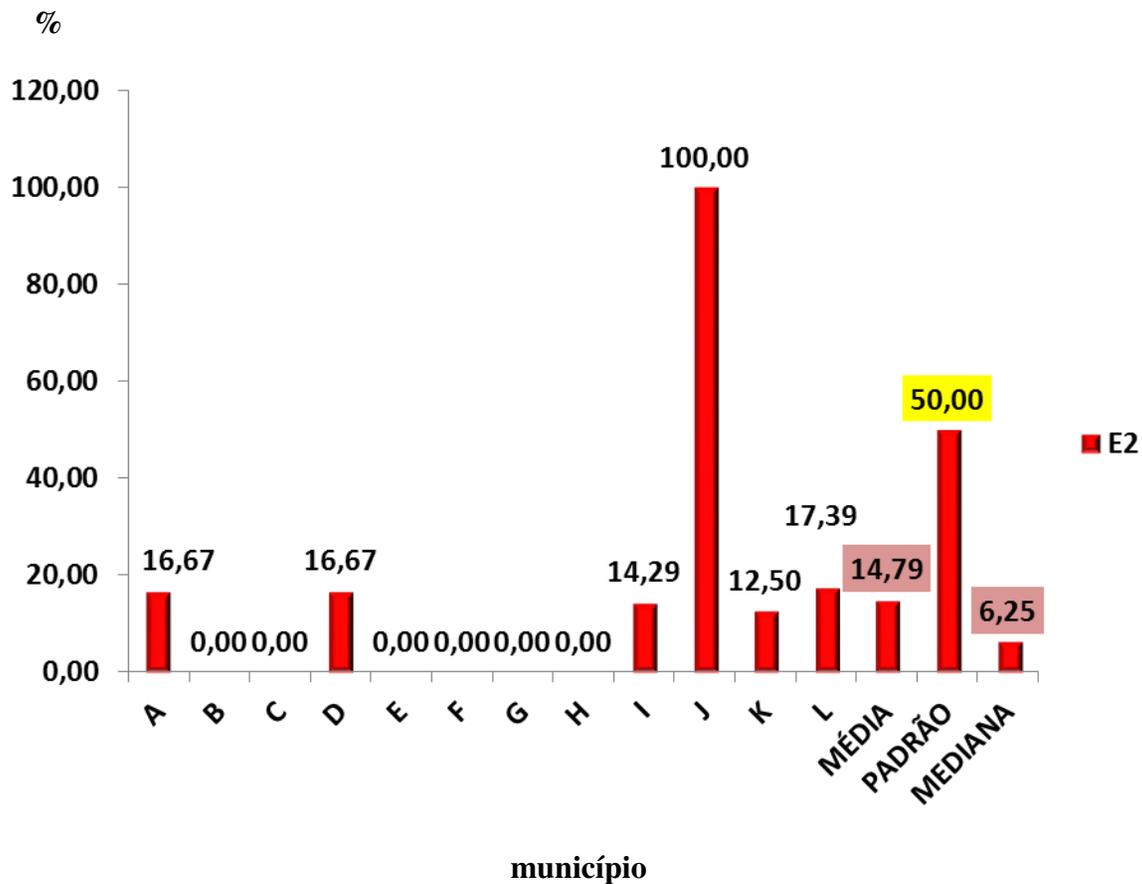


Figura 7 – Porcentagem de trabalhadores da assistência farmacêutica com participação em capacitações nos últimos doze meses (indicador E2).

A porcentagem de trabalhadores que participaram de algum tipo de capacitação ou treinamento nos últimos doze meses anteriores à data da coleta de dados, na região da CIR de Ourinhos-SP, foi de 14,79 % ou ainda 6,25% de mediana, como mostra a Figura 7, representando o indicador de estrutura E2.

Quanto ao processo de avaliação da capacidade da unidade de saúde encarregada de armazenamento e dispensação de medicamentos em armazenar corretamente os medicamentos, representada pelo indicador de estrutura E3, as unidades de saúde da CIR de Ourinhos apresentaram uma média de 68,33% de itens considerados imprescindíveis

cumpridos, entre os dez indicadores checados na coleta de dados, sendo que nenhum município cumpriu a meta de 100% de itens que deveriam ser realizados (Figura 8).

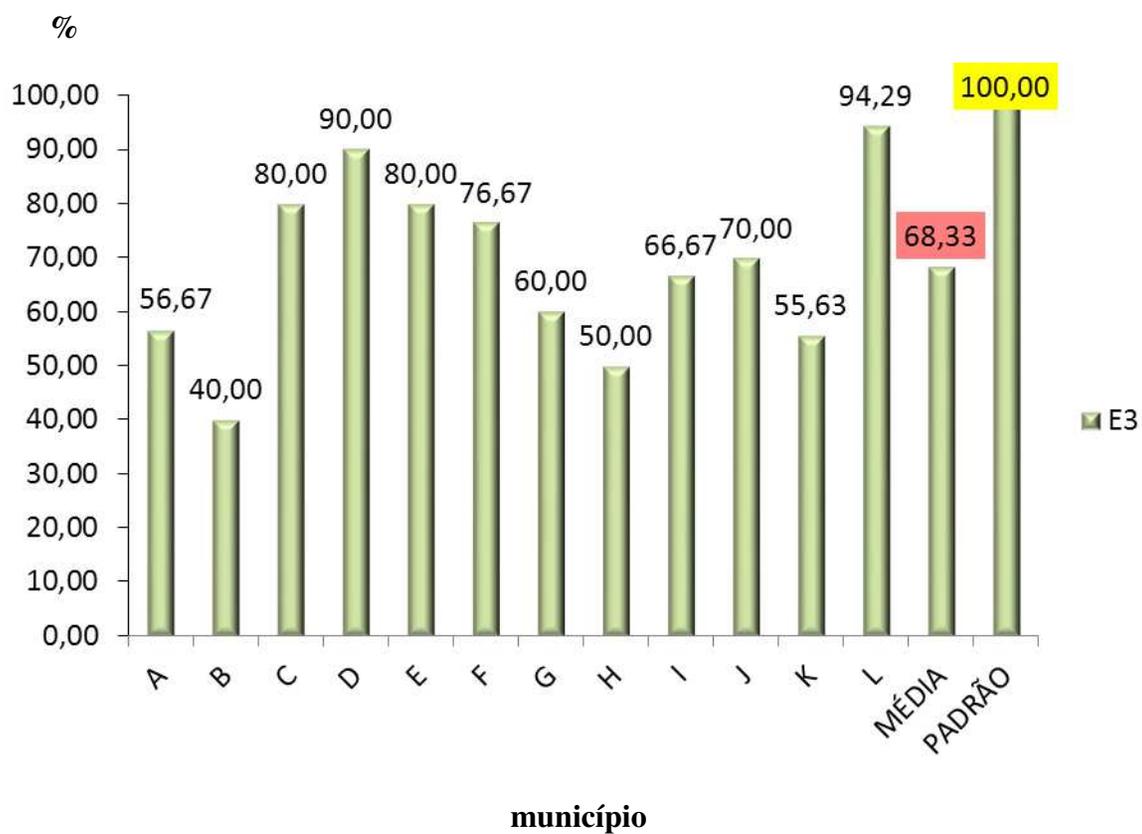


Figura 8 - Porcentagem de adequação das unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP às boas práticas de armazenamento de medicamentos (indicador E3).

Já as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) apresentaram uma média de 70% de itens cumpridos (Figura 9).

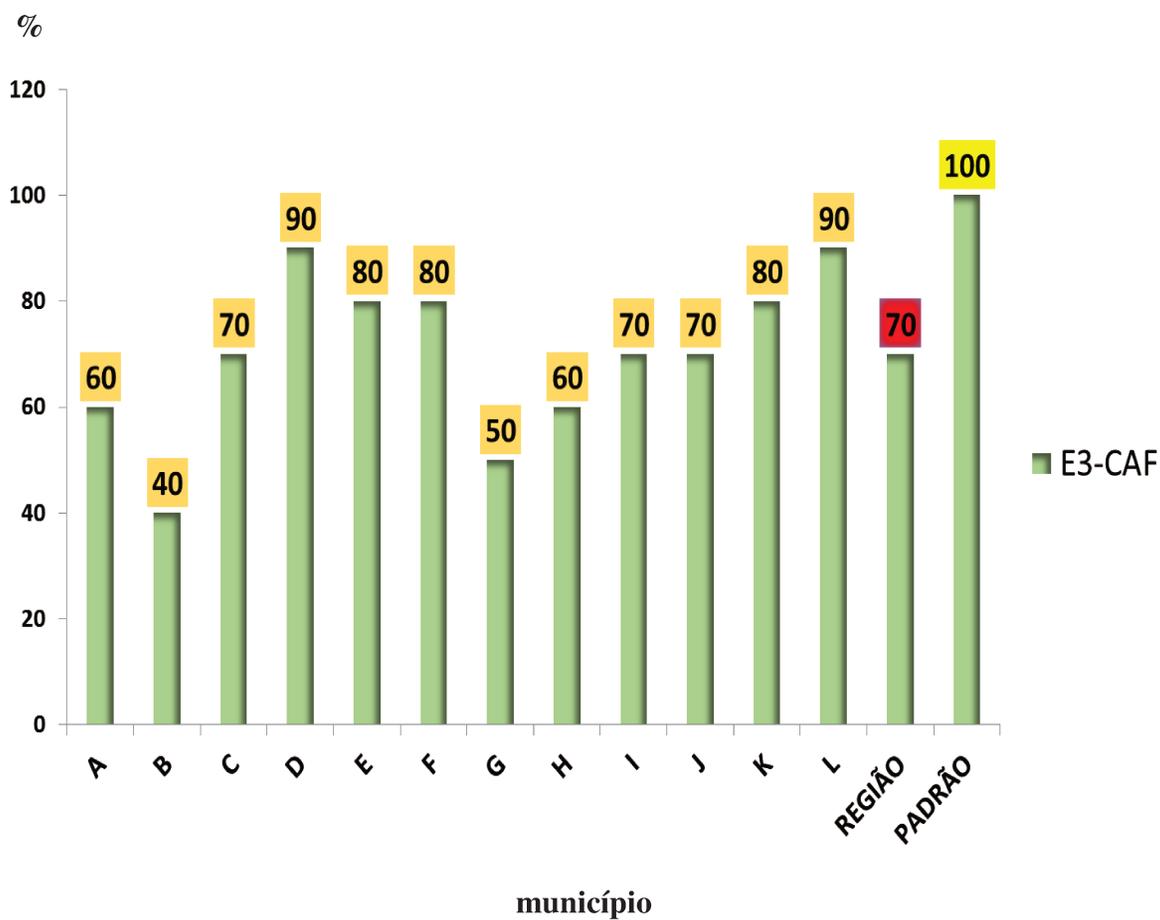


Figura 9 - Porcentagem de adequação das centrais de abastecimento farmacêutico (CAF) da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP às boas práticas de armazenamento de medicamentos (indicador E3-CAF).

A Figura 10 (indicador de estrutura E4) mostra que somente 2,44% das unidades de saúde da CIR de Ourinhos-SP possuíam Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), afixada em local visível a todos os usuários do sistema. Somente em um município e, mais especificamente, em uma unidade de saúde, a lista estava devidamente afixada.

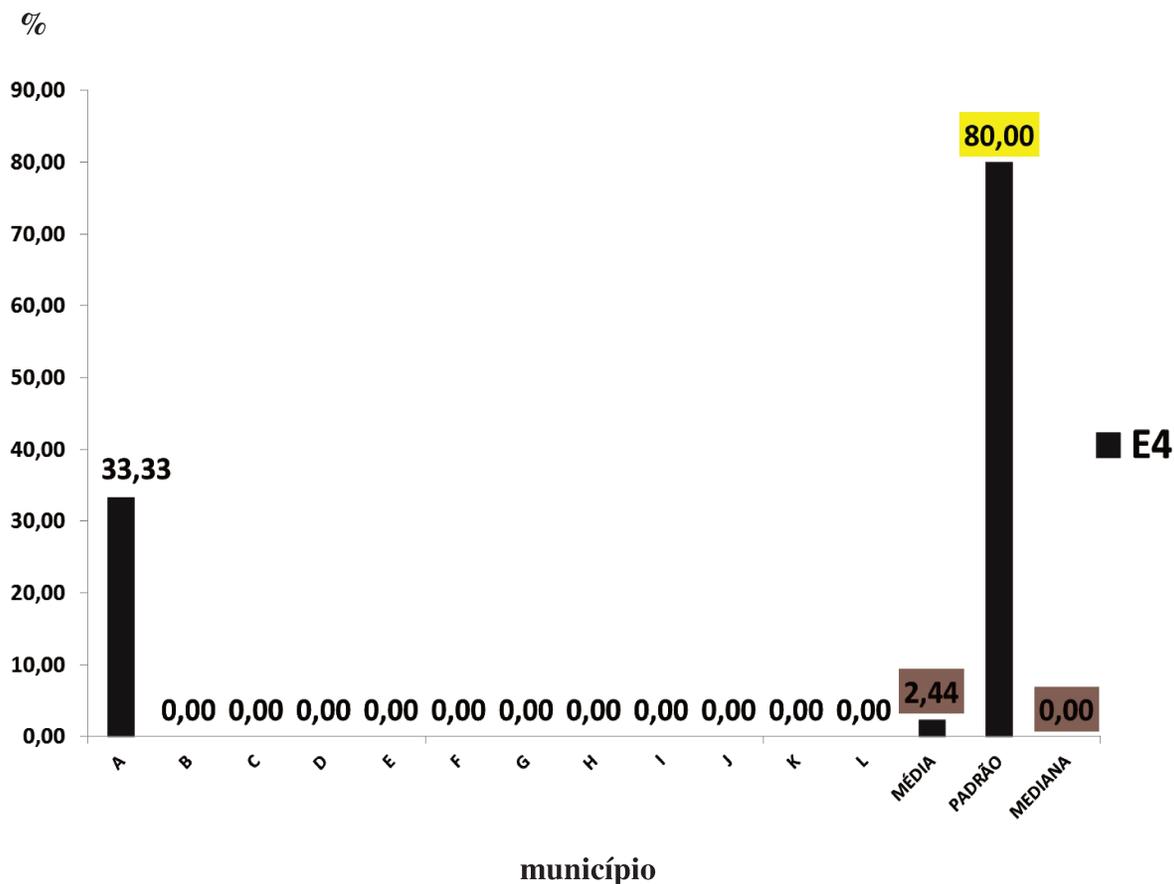


Figura 10 – Porcentagem do número de unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP que possuem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) afixada em local visível a todos os usuários do sistema (indicador E4).

A Figura 11 (indicador de estrutura P1) demonstra a existência de controle de estoque nas Unidades de Saúde. Percebe-se que 63,89% das mesmas apresentaram controle de estoque.

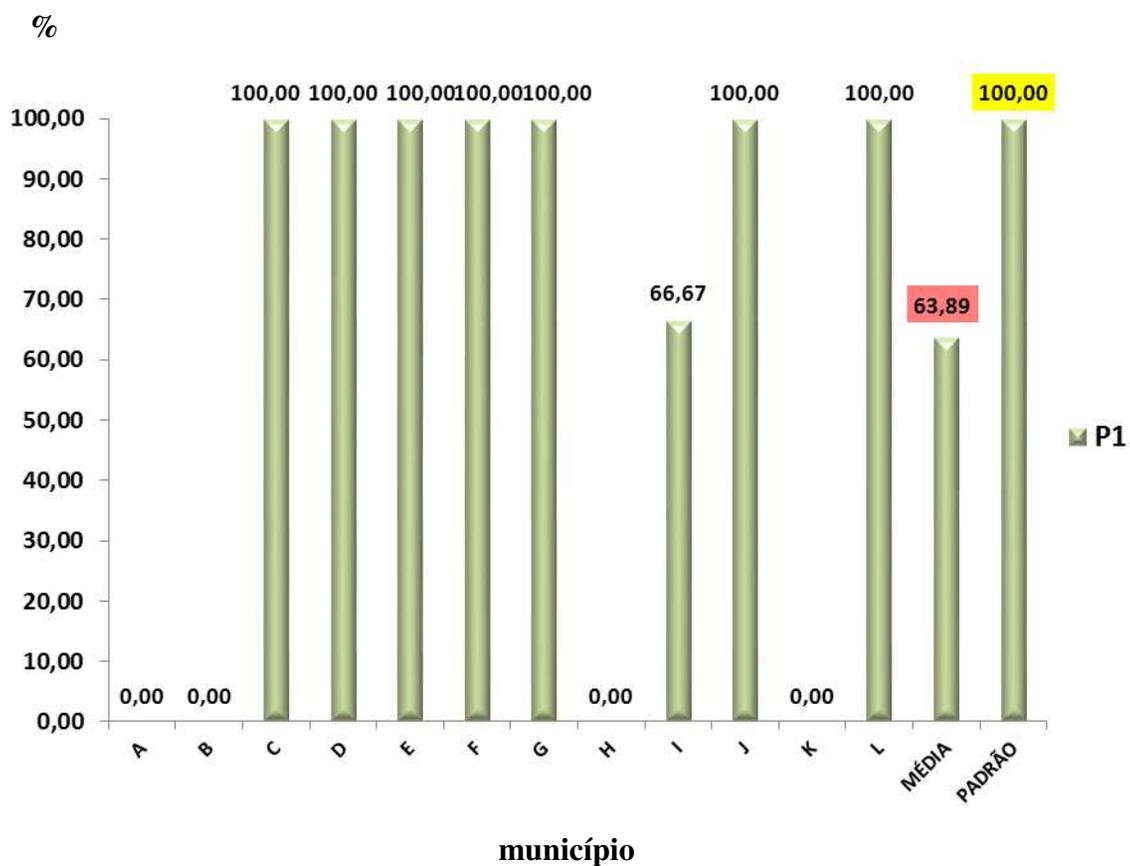


Figura 11 - Porcentagem de existência de controle de estoque nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador P1).

A Figura 12, também representando o indicador P1, mas referente as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), mostra que 75% (9) realizam controle de estoque.

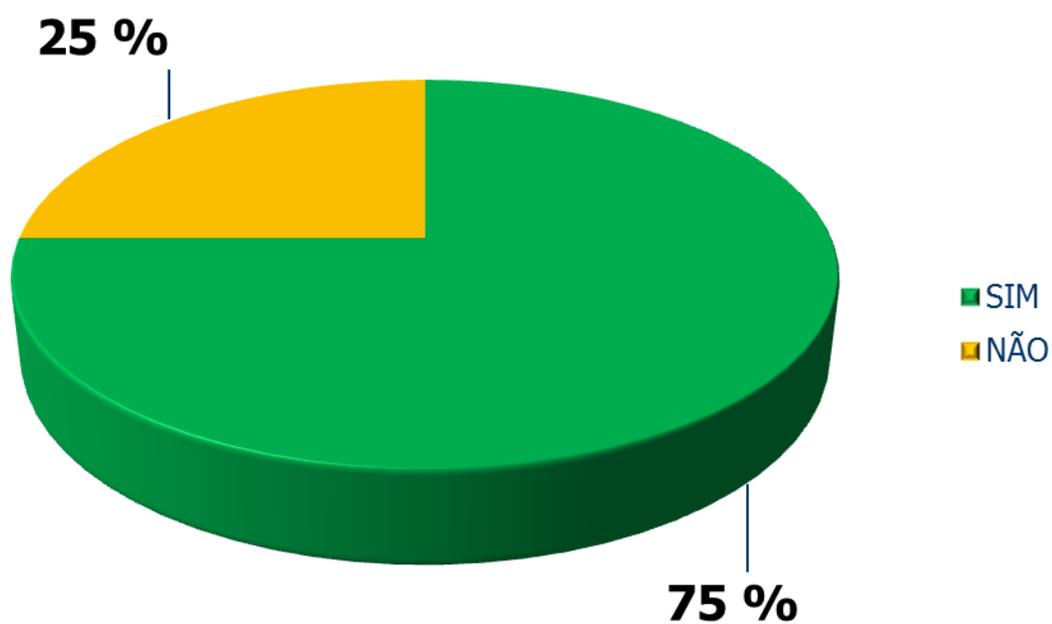


Figura 12 - Porcentagem de existência de controle de estoque nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador P1-CAF).

Na Figura 13 (indicador de resultado R1) observamos a presença de 88,91% de medicamentos marcadores nas Unidades de Saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR).

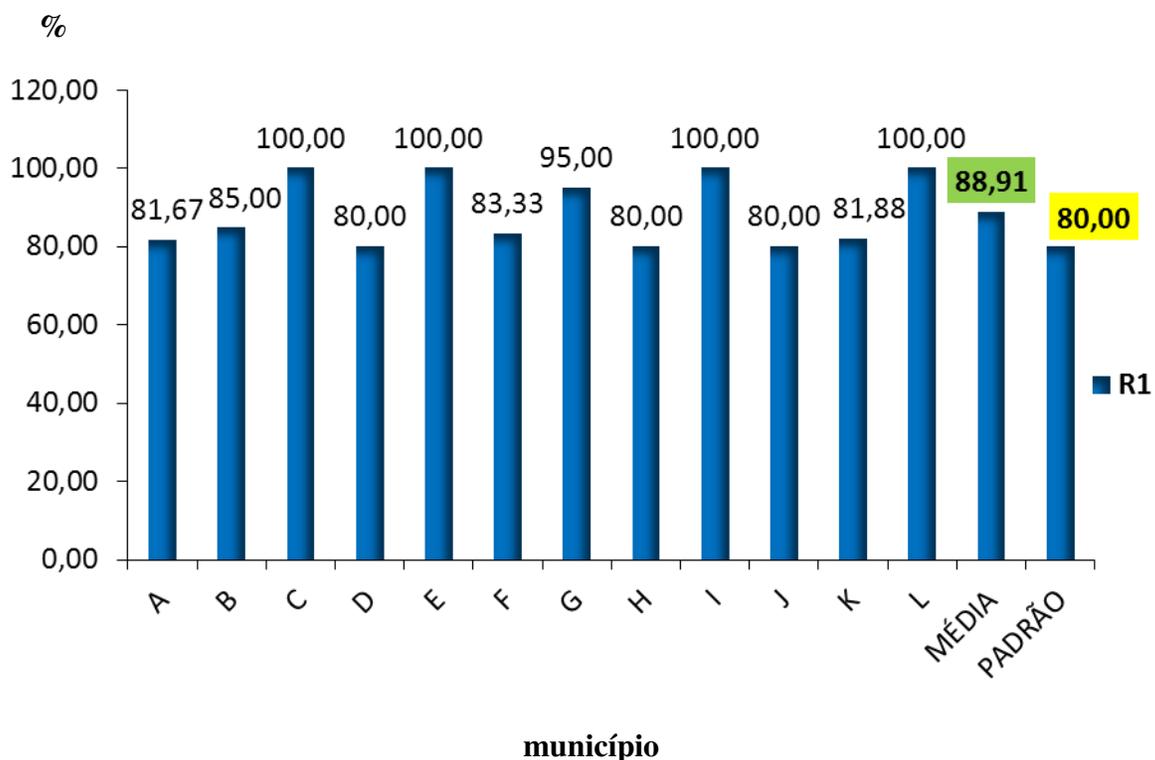


Figura 13 – Porcentagem da disponibilidade de medicamentos marcadores nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R1).

Foi encontrada a média de 3,77% de medicamentos fora do prazo de validade (R2) nas Unidades de Saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP (Figura 14). Durante a coleta do indicador R2, foi observado que em 2,46% dos medicamentos pesquisados, não era possível a identificação do prazo de validade e que 23,60% possuíam mais de um lote de fabricação do produto reunidos no mesmo recipiente, disponíveis para dispensação.

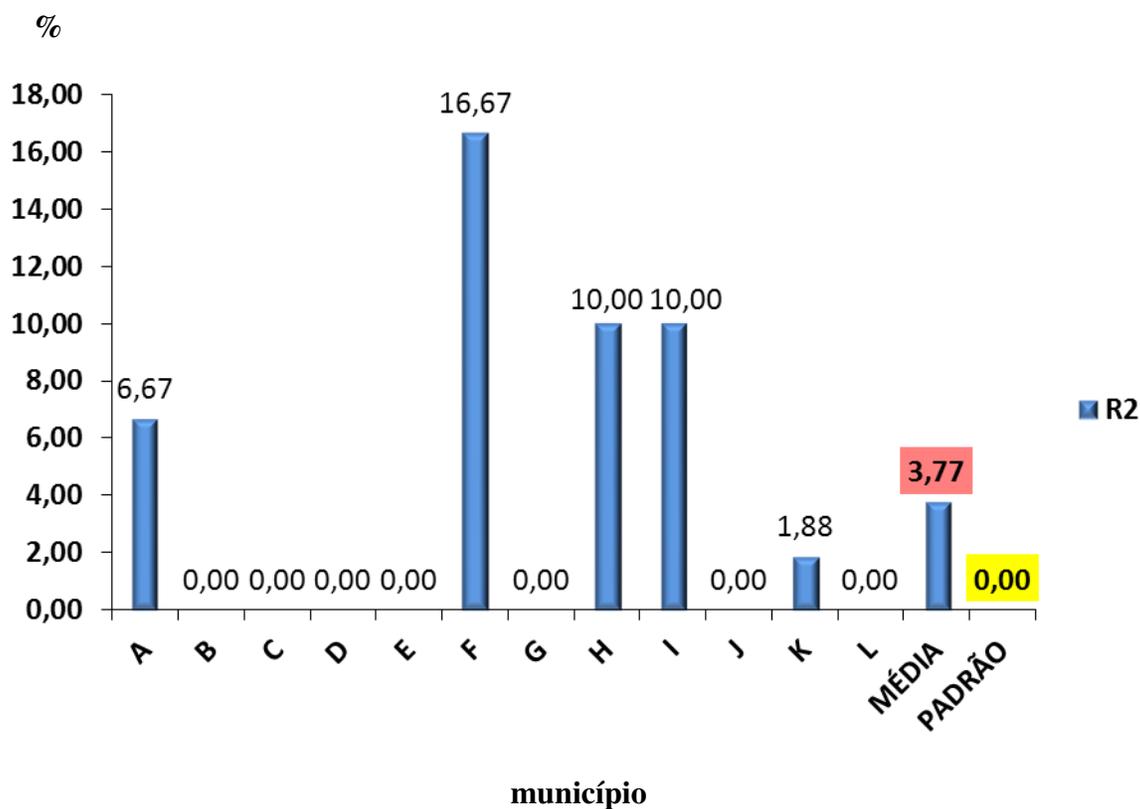


Figura 14 - Porcentagem de medicamentos fora do prazo de validade nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R2).

Na Figura 15 (indicador de resultado R3) o número médio de medicamentos por prescrição encontrado nas Unidades de Saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos foi de 1,99.

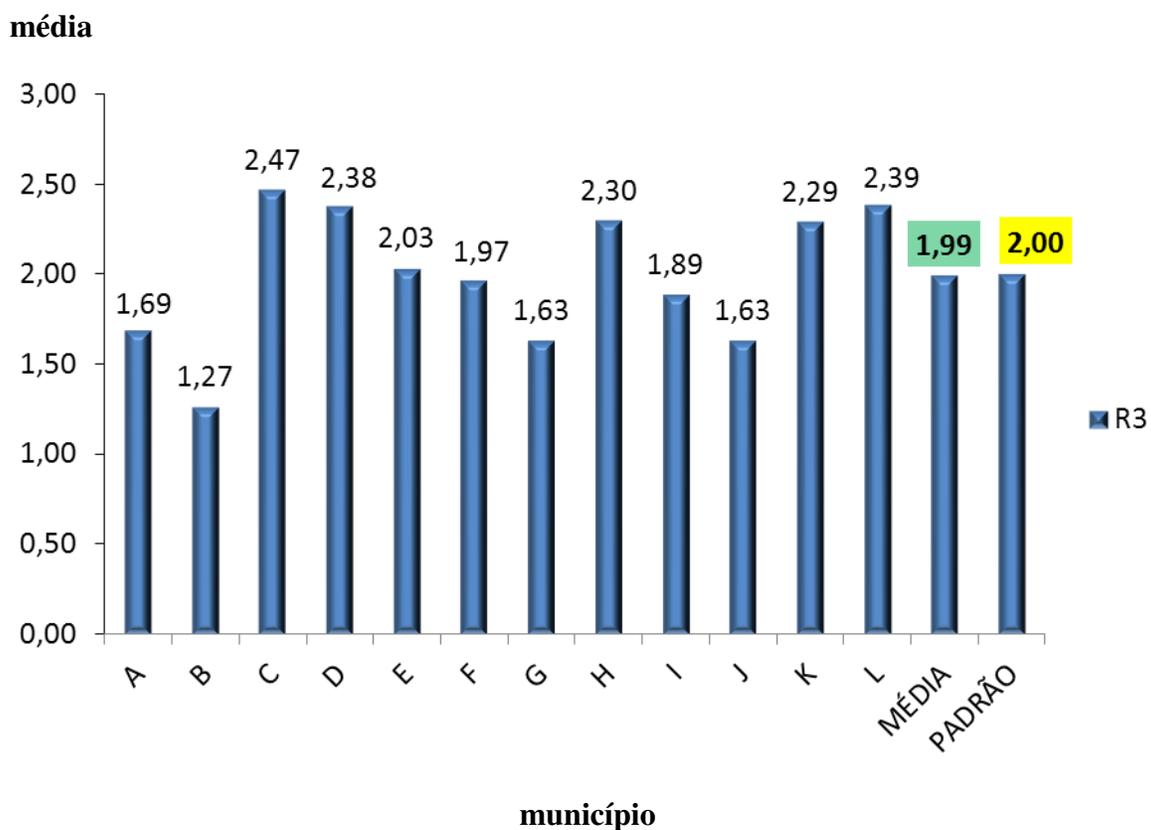


Figura 15 - Número médio de medicamentos por prescrição, nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R3).

O indicador de resultado R4, cuja porcentagem encontrada foi de 63,98% de medicamentos, demonstra o percentual de medicamentos pertencentes ao Anexo I da RENAME 2012 (Componente Básico da Assistência Farmacêutica), encontrado nas prescrições pesquisadas nas Unidades de Saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (Figura 16).

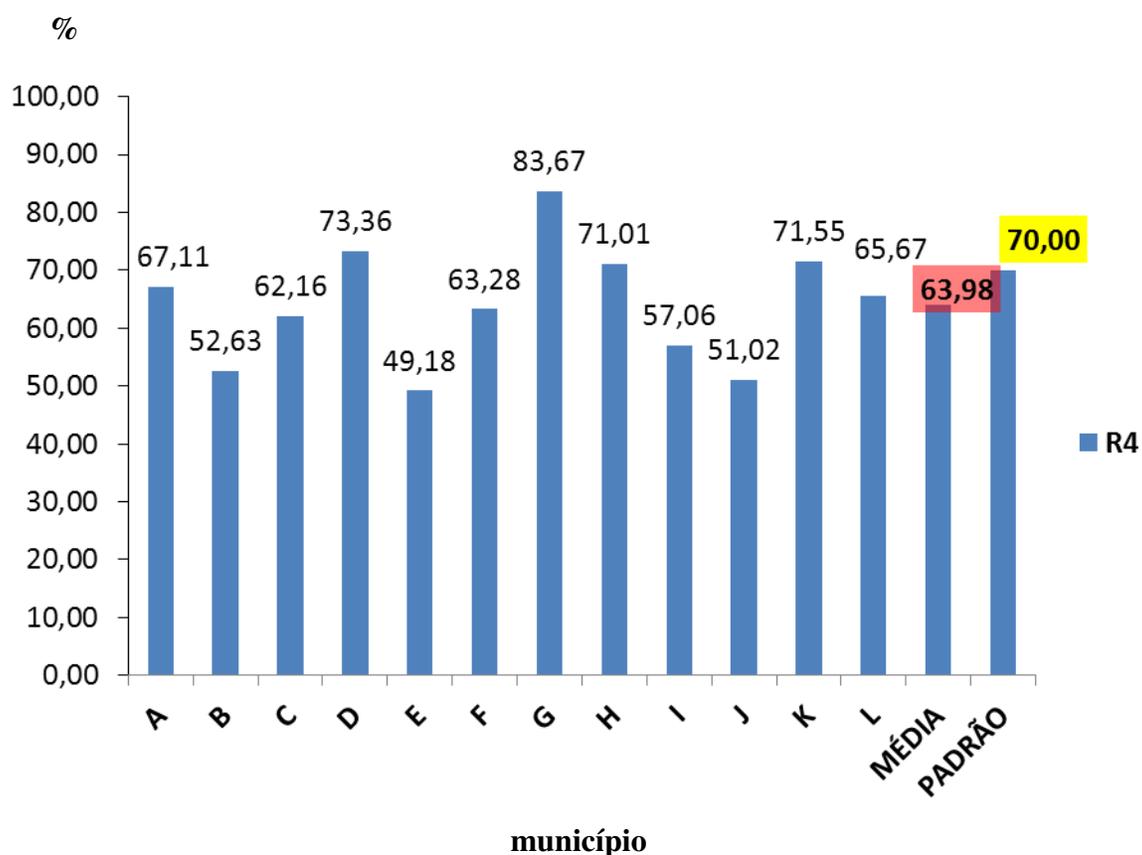


Figura 16 - Porcentagem de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), prescritos nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R4).

Dentro das prescrições pesquisadas nas Unidades de Saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP foi encontrada média de 80,21% de medicamentos prescritos pela denominação genérica (Figura 17).

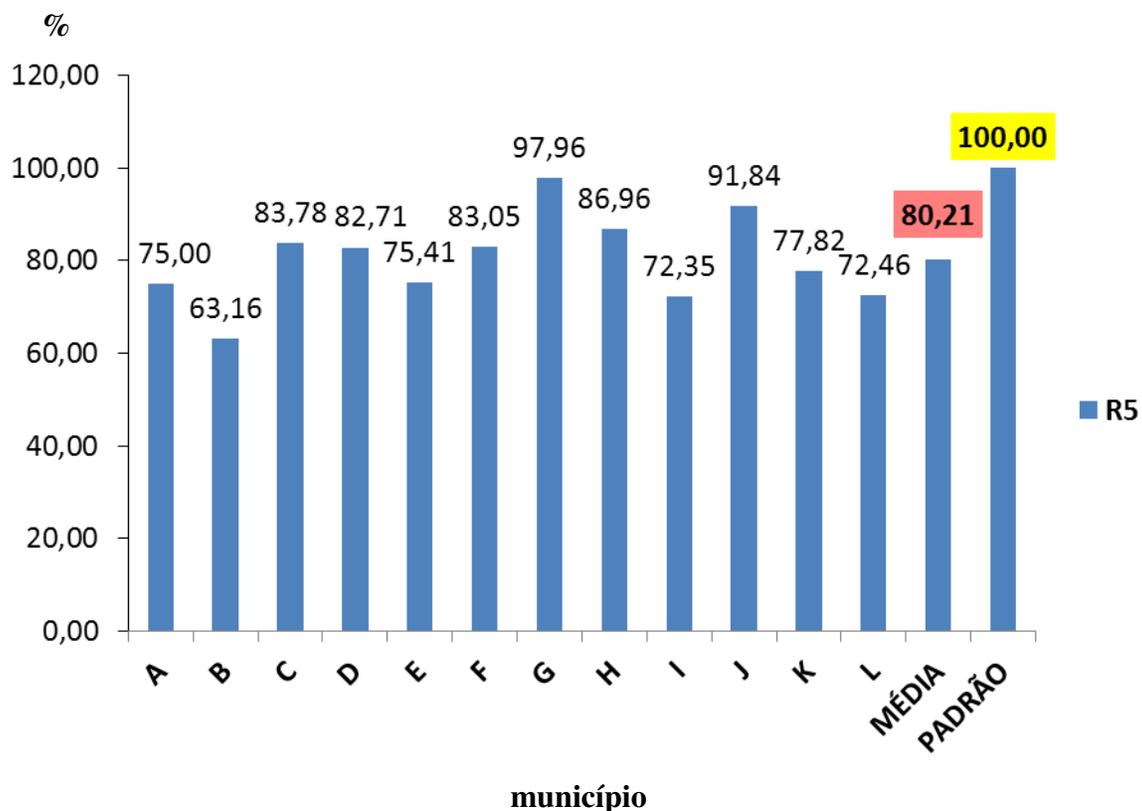


Figura 17 - Porcentagem de medicamentos prescritos pela denominação comum brasileira (DCB), nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R5).

A porcentagem de medicamentos prescritos e atendidos nas Unidades de Saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (R6) foi de 74,94% (Figura 18). Já o percentual de prescrições atendidas na íntegra (R7), aos usuários do SUS, foi de 73,57% (Figura 19).

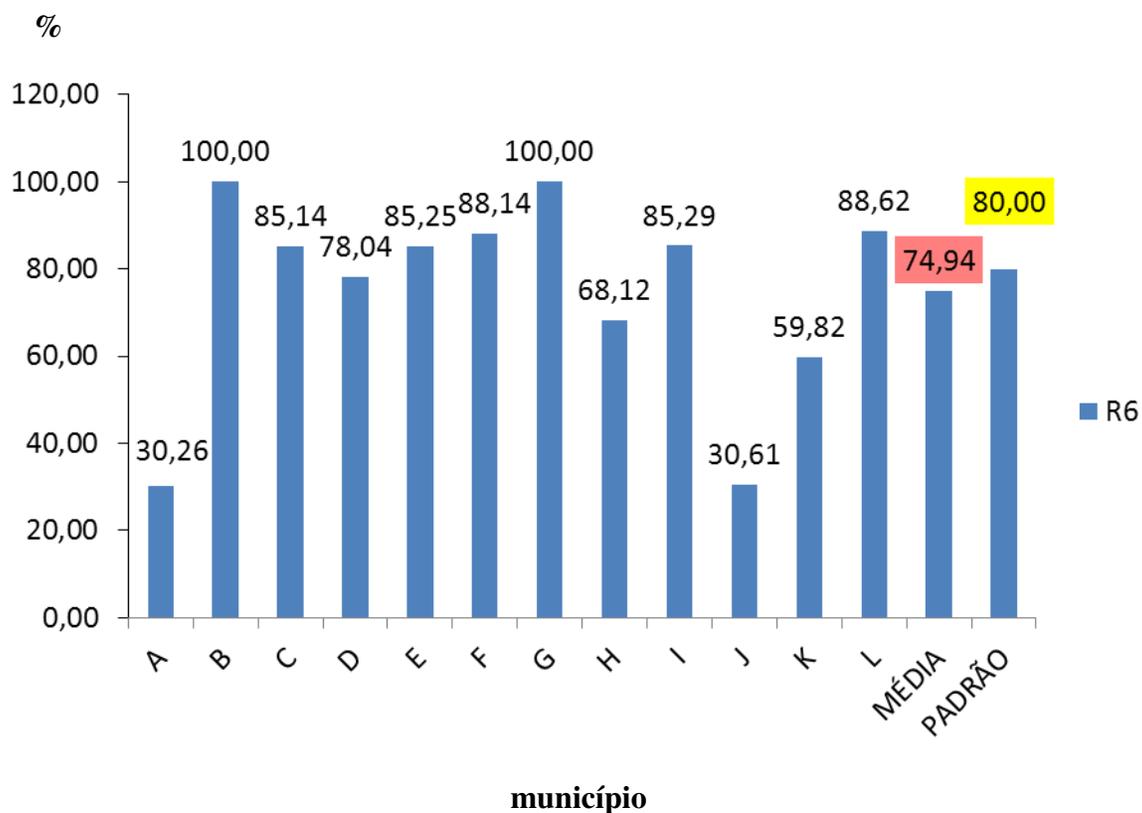


Figura 18 - Porcentagem de medicamentos prescritos e atendidos nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R6).

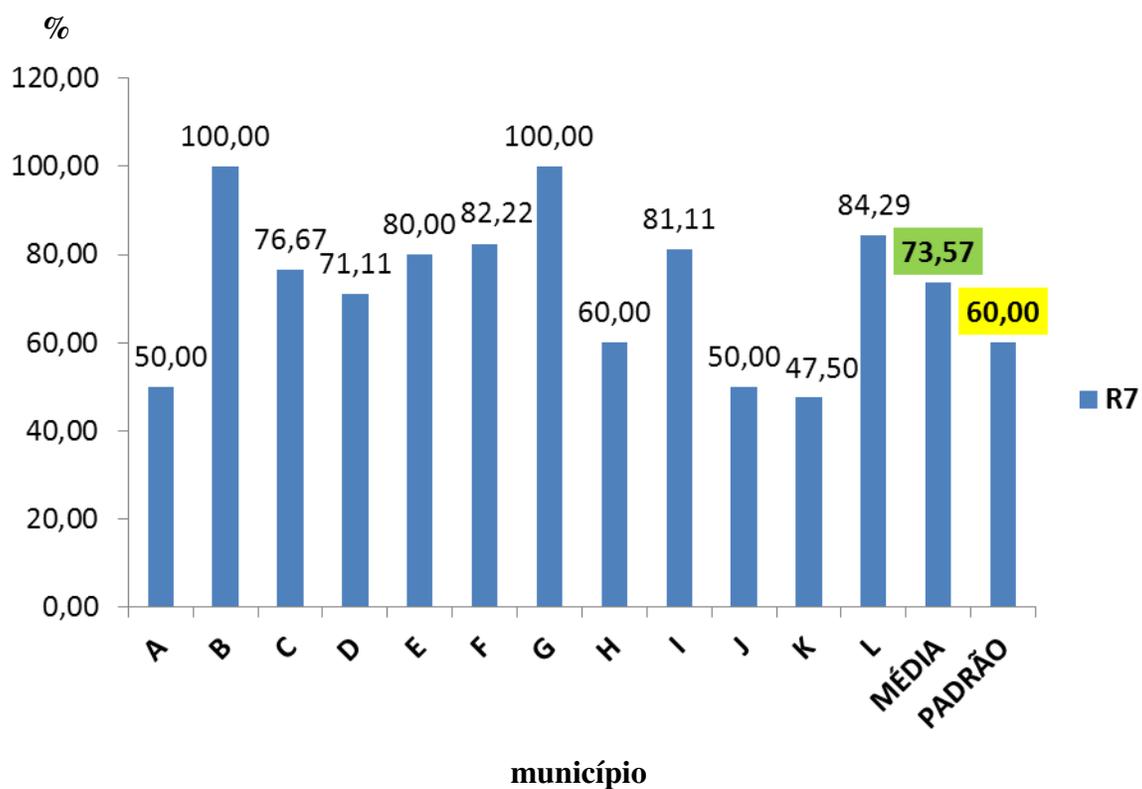


Figura 19 - Porcentagem de prescrições atendidas na íntegra, aos usuários do SUS, nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R7).

O indicador de resultado R8 demonstra o percentual de medicamentos pertencentes ao Anexo I da RENAME 2012 (Componente Básico da Assistência Farmacêutica), prescritos e atendidos nas Unidades de Saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP, sendo que o resultado encontrado foi de 79,59% (Figura 20).

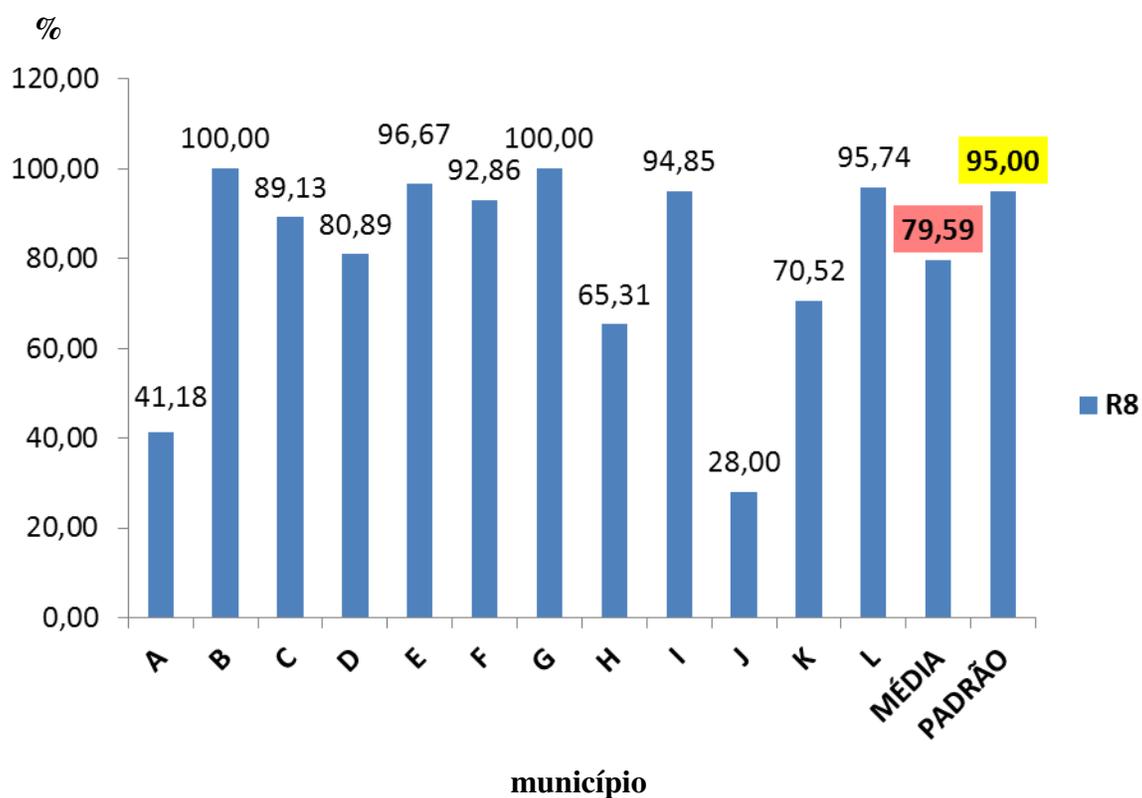


Figura 20 - Porcentagem de medicamentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica, prescritos e atendidos, nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP (indicador R8).

Durante a coleta de dados para os indicadores R6, R7 e R8 foi observado que 9,95% das prescrições estudadas não continham identificação de atendimento/dispensação dos medicamentos prescritos (Figura 21). Dois municípios (A e J) se destacaram, já que nestes, aproximadamente 50% das prescrições não apresentavam possibilidade de identificação de atendimento/dispensação.

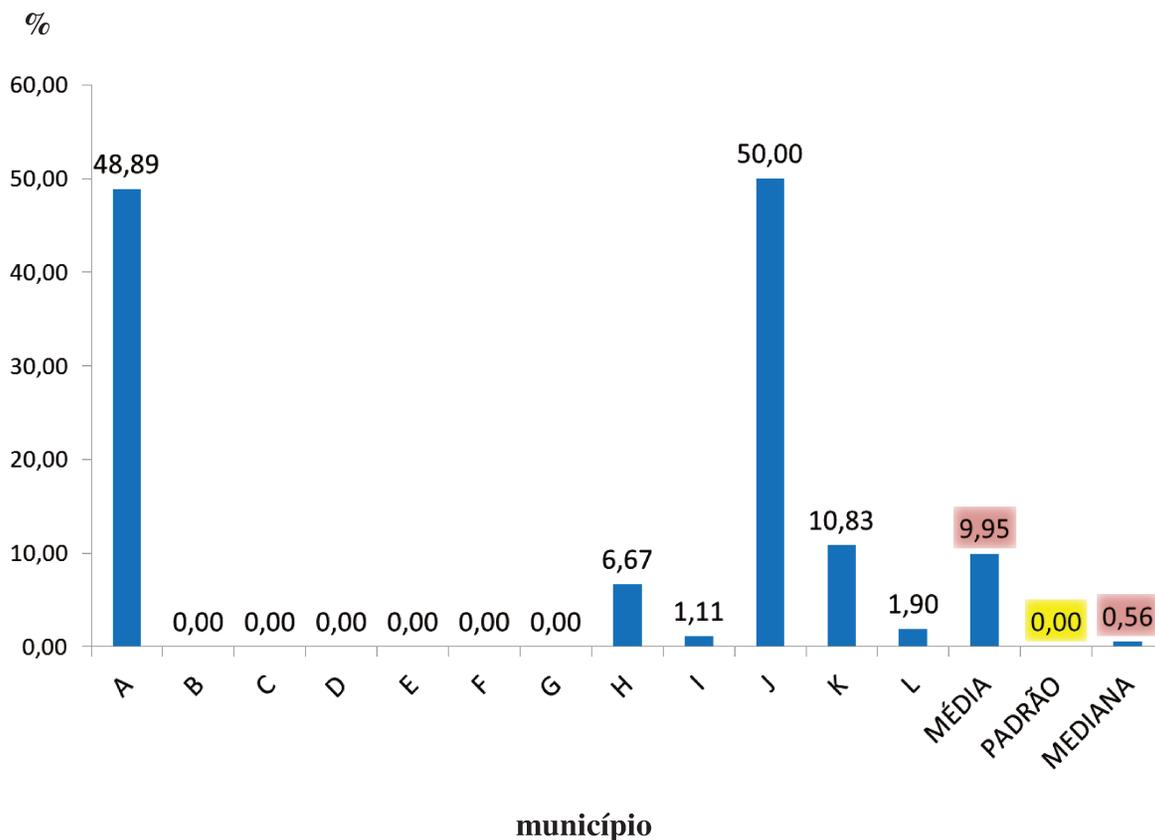


Figura 21 - Porcentagem de prescrições sem identificação de atendimento, encontrados nas unidades de saúde da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-SP.

OFICINA

Na Oficina temática realizada para analisar os indicadores propostos para avaliação da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) da CIR Ourinhos-SP, estiveram presentes os representantes de sete dos doze municípios (58,33%) que compõe a CIR Ourinhos: São Pedro do Turvo, Timburi, Ourinhos, Bernardino de Campos, Ribeirão do Sul, Chavantes e Ipaussu. Durante as cinco horas de duração da oficina, conforme planejamento prévio (Anexo 19), promoveu-se a discussão ponto a ponto de cada indicador, sendo elencadas as propostas presentes e consolidadas no Quadro 2, também relatadas na forma de relatório (Anexo 20).

Quadro 2 - Propostas elencadas durante oficina temática sobre Assistência Farmacêutica Básica da Comissão Intergestores Regional (CIR) de Ourinhos-SP, baseada nos indicadores propostos.

INDICADOR*	PROPOSTAS
E1	- Sensibilização dos gestores para contratação de, no mínimo, 01 profissional farmacêutico por unidade dispensadora de medicamentos, de acordo com a legislação vigente;
E2	- Elaboração de projeto junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEPER) para realização de Oficina em Assistência Farmacêutica; - Reuniões internas com a equipe; - Possibilidade de realização de videoconferência sobre Assistência Farmacêutica na CIR de Ourinhos-SP; - Sensibilização dos gestores sobre a importância e necessidade das capacitações da equipe de Assistência Farmacêutica;
E3	- Melhoria nas condições das estruturas físicas e materiais das farmácias; - Adequação da climatização e refrigeração; - Elaboração de um manual de Boas Práticas de Armazenamento regional (sintetizado), baseado na legislação vigente;
E4	- Revisão da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) com base na legislação vigente; - Sensibilização dos gestores quanto ao direito do usuário no acesso a lista de medicamentos essenciais afixada em local visível;
P1	- Informatização com software específico, integralizado e com treinamento da equipe; - Necessidade de aquisição de equipamentos de informática e recursos humanos;
R1	- Manutenção da aquisição regular dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica (AFB); - Elaboração de protocolo com critérios de dispensação de medicamentos

	gratuitos pelo Programa Farmácia Popular, visando real garantia do acesso;
R2	- Informatização; - Efetivação da supervisão farmacêutica; - Capacitação dos servidores; - Inserção, manutenção e verificação dos termos do edital licitatório quanto a exigência no prazo de validade dos medicamentos a serem entregues;
R3	- Sensibilização e interação com o profissional prescritor;
R4	- Sensibilização e interação com o profissional prescritor;
R5	- Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Divulgação da lista padronizada e conhecimento da legislação;
R6	- Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Manutenção e regularização do estoque de medicamentos; - Cumprimento do Decreto nº7.508/11; - Revisão periódica da REMUME de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); - Melhoria nos dados de informação de atendimento dos medicamentos dispensados; - Efetivação do carimbo de dispensação, com identificação mínima da Unidade de Saúde e dispensador, data de atendimento e quantitativo dispensado;
R7	- Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Manutenção e regularização do estoque de medicamentos; - Revisão periódica da REMUME de acordo com a RENAME; - Melhoria nos dados de informação de atendimento dos medicamentos dispensados; - Efetivação do carimbo de dispensação, com identificação mínima da Unidade de Saúde e dispensador, data de atendimento e quantitativo dispensado;
R8	- Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Manutenção e regularização do estoque de medicamentos; - Cumprimento do Decreto nº7.508/11; - Revisão periódica da REMUME de acordo com a RENAME; - Melhoria nos dados de informação de atendimento dos medicamentos dispensados; - Elaboração de protocolo com critérios de dispensação de medicamentos gratuitos pelo Programa Farmácia Popular, visando real garantia de acesso; - Efetivação do carimbo de dispensação, com identificação mínima da Unidade de Saúde e dispensador, data de atendimento e quantitativo dispensado;

*Os indicadores estão descritos resumidamente no Quadro 1 e detalhadamente no Anexo 10.

Os resultados do diagnóstico inicial e o relatório elaborado durante a oficina (Anexo 20) foram encaminhados, oficialmente, pelo pesquisador, aos gestores e aos doze farmacêuticos responsáveis pela Assistência Farmacêutica Municipal que compõem a CIR Ourinhos-SP, ficando, também registrada a possibilidade de formação de um grupo de estudos regional sobre Assistência Farmacêutica, podendo estar inserido dentro da própria CIR.

6 DISCUSSÃO

A assistência farmacêutica pode e deve fazer parte da integralidade na promoção à saúde, utilizando o medicamento como um importante instrumento para resolutividade junto ao usuário do sistema de saúde (Cosendey, 2000). Mas para que isso aconteça, é necessário o conhecimento, a avaliação e a ação de muitos fatores ligados à Assistência Farmacêutica, entre eles, fatores estruturais, organizacionais e de formação profissional, o que foi realizado neste estudo, através do levantamento e análise de indicadores de estrutura, processo e resultado (WHO, 1999; Cosendey, 2000; Rieck, 2002).

Uma das estruturas de sustentação da implementação de uma política de medicamentos está, também na qualificação dos recursos humanos, podendo auxiliar a identificar problemas estruturais (WHO, 1999).

A falta de estrutura pode influenciar diretamente o abastecimento de medicamentos essenciais e prejudicar o atendimento em todos os níveis de atenção. A presença do profissional farmacêutico na Assistência Farmacêutica e o seu papel na equipe de saúde, como profissional responsável e apto a exercer esta atividade, vem sendo amplamente discutida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004).

A presença do profissional não somente promove maior segurança aos usuários, como também à equipe, além de ser uma exigência legal no Brasil (Brasil, 1973). Como relatado por Naves e Silver (2005), medicamentos que atuam no sistema nervoso central, inclusos na portaria 344/98 (Brasil, 1998a), não são dispensados na ausência do profissional na unidade, fato também observado neste estudo. Isto não impede o acesso aos medicamentos essenciais destinados à saúde mental, já que se encontram disponíveis em, pelo menos, uma unidade municipal, mas pode dificultá-lo, considerando o deslocamento necessário para retirada do mesmo.

O número de profissionais farmacêuticos encontrado na Assistência Farmacêutica Básica da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de Ourinhos-São Paulo foi inferior ao padrão de, pelo menos, um profissional farmacêutico para cada unidade dispensadora de medicamentos (Brasil, 1973). Diferentes estudos apresentaram resultados ainda menos expressivos, como o de Naves e Silver (2005), que em amostra aleatória de 15 dos 62 centros de saúde do Distrito Federal, encontraram apenas dois

profissionais farmacêuticos, correspondendo a 13,33% de profissionais existentes (0,13 profissionais por US). Bernardi *et al.* (2006), na avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em vinte municípios do Rio Grande do Sul, relataram que apenas 25% possuíam profissional farmacêutico (cinco profissionais) como responsável nas unidades dispensadoras (0,25 profissionais por US). Já Menolli *et al.* (2009) e Freitas e Nobre (2011) não encontraram nenhum profissional farmacêutico nas dez unidades de saúde dos municípios de Londrina-Paraná (PR) e Mombaça-Ceará (CE), sendo o serviço executado pelo pessoal de enfermagem e/ou auxiliares de farmácia.

A grande discussão durante a Oficina de Assistência Farmacêutica realizada como parte integrante do presente estudo foi sobre a responsabilidade do profissional farmacêutico e a importância de suas ações na resolutividade dos tratamentos terapêuticos. É importante que gestores dos municípios que não possuem o mínimo de profissionais exigidos, realizem a contratação de mais farmacêuticos, não somente pela prerrogativa legal, mas também pela sua importância na saúde pública.

Outro aspecto importante em relação a recursos humanos é o número de trabalhadores da Assistência Farmacêutica com participação em capacitações nos últimos doze meses anteriores a pesquisa. Este estudo revelou que a média de trabalhadores dos municípios da CIR Ourinhos-SP que participaram e concluíram algum tipo de capacitação/educação permanente foi inferior ao padrão estabelecido por Rieck (2002), que é pelo menos 50% dos trabalhadores passarem por algum tipo de capacitação/educação permanente anualmente e aos índices encontrados por Bernardi *et al.* (2006), os quais encontraram 25% de trabalhadores que atuavam na assistência farmacêutica e participaram de algum tipo de capacitação ou treinamento na área, em municípios do Rio Grande do Sul. Já Freitas e Nobre (2011), em estudo realizado em município cearense, relataram não existir programa de treinamento para os trabalhadores da Assistência Farmacêutica.

A OMS (2004) considera fundamental o desenvolvimento e a contínua realização de educação/capacitação em recursos humanos da área de saúde.

A legislação em saúde no Brasil é clara quanto à necessidade de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. A lei nº 8.080/90 em seu artigo 14, parágrafo único, relata que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação

intersetorial articulada, definindo, inclusive, a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, metodologias e estratégias (Brasil, 1990).

A Política Nacional de Medicamentos também preconiza, como uma de suas diretrizes, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (Brasil, 1998b) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica trás como um de seus eixos estratégicos o desenvolvimento, a valorização, a formação, a fixação e a capacitação de recursos humanos (Brasil, 2004).

Santos e Nitrini (2004) sugerem a criação de programas de educação continuada que incentivem os funcionários envolvidos com a dispensação e o incremento quantitativo no quadro de profissionais farmacêuticos do sistema, a fim de proporcionar melhoria na qualidade da prestação da assistência farmacêutica. Assim, percebeu-se a necessidade urgente de elaboração de projetos, e até mesmo ações práticas imediatas, para promoção de capacitações na área de Assistência Farmacêutica. Por isso, foi proposta, durante a realização da Oficina, mediante análise e discussão destes resultados, a formação de um grupo de estudos com profissionais farmacêuticos da CIR Ourinhos.

Em relação ao indicador que trata da armazenagem correta dos medicamentos (E3), dos dez itens checados na coleta de dados, verificou-se que nenhum município cumpriu a meta de 100%, nem mesmo as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Ambos apresentaram índices menores do que os encontrados por Bernardi *et al.* (2006), que na avaliação Assistência Farmacêutica Básica em municípios do Rio Grande do Sul, encontraram 78% dos itens imprescindíveis das Boas Práticas de Armazenamento (BPA) cumpridos, com média de 7,75 itens por município.

Barreto e Guimarães (2010), num estudo em municípios baianos, encontraram ausência de condições físicas e ambientais para armazenamento de medicamentos, nas CAF e Unidades Básicas de Saúde (UBS), transporte inadequado desses medicamentos e ausência do profissional farmacêutico na dispensação. Estes fatores podem levar a perdas de medicamentos por validade, implicando em desperdício de recursos e no acesso de medicamentos com qualidade duvidosa. Já Freitas e Nobre (2011), em estudo realizado em

dez unidades de saúde da família do município de Mombaça-CE, encontraram quatro, de um total de seis itens considerados pelos autores como imprescindíveis, fora dos padrões das BPA e dois considerados como adequados, perfazendo um total de 33,33% de itens cumpridos, valor menor do que o encontrado neste estudo.

O estudo realizado no Brasil em 2004 para avaliação da Assistência Farmacêutica (OPAS, 2005), trás um formulário com doze itens considerados imprescindíveis, baseados em Marin (2003), com metodologia para demonstração dos resultados através de pontuação do indicador, denominado: Condições adequadas de conservação de medicamentos. O mesmo apresentou médias gerais de 61,10% de itens cumpridos pelas unidades de saúde, índice inferior ao apresentado por este estudo e, 70,10% pelas Centrais de Abastecimento Farmacêutico, praticamente idêntico ao valor obtido neste estudo.

Apesar dos estudos de Bernardi *et al.* (2006) e Freitas e Nobre (2011) estabelecerem o mesmo indicador proposto neste estudo e considerando que a lista de checagem de itens para verificação das Boas Práticas de Armazenagem (BPA) não se distancia dos objetivos finais da avaliação, que são garantir a qualidade dos medicamentos, através da integridade e estabilidade química, física e microbiológica dos produtos terapêuticos, a possibilidade da não utilização dos mesmos itens de checagem, como em OPAS (2005) e Barreto e Guimarães (2010), pode ser considerado um fator de limitação deste estudo. Portanto, sugere-se, além da padronização do indicador, a padronização dos itens a serem considerados imprescindíveis para levantamento do mesmo.

Os índices encontrados na região podem ser considerados bons, se comparados com resultados de outros estudos e, principalmente, com as condições encontradas no Brasil. Mas os valores estão abaixo do preconizado, demonstrando falta de adequação a princípios básicos de armazenamento e, por conseqüência, de infraestrutura e capacitação, sendo necessária uma melhora nas condições das estruturas físicas e materiais e, segundo discussão durante a realização da oficina, elaboração de um manual de BPA regional sintetizado, a fim de facilitar a consulta e o cumprimento das exigências mínimas legais.

O indicador relacionado mostra que somente uma unidade das unidades de saúde da CIR de Ourinhos possuía Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

(REMUME), afixada em local visível a todos os usuários do sistema (indicador E4). Bernardi *et al.* (2006) relataram, em estudo realizado no Rio Grande do Sul, que três municípios (15%) seguiam essa recomendação. Em estudo da Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil (OPAS, 2005) e em Menolli *et al.* (2009), Londrina-PR, 70% das unidades de saúde possuíam cópia da relação de medicamentos essenciais, mas não descreveram se as mesmas estavam visíveis e/ou disponíveis aos usuários.

O Decreto nº 7.508/11 (Brasil, 2011b) e a portaria nº 1.555/13 (Brasil, 2013b) do Ministério da Saúde, informam que os municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Portanto, cabe a eles a elaboração de uma Relação de Medicamentos Essenciais Municipal (REMUME), de acordo com suas características, mas sempre em consonância com a RENAME, pelo menos no que tange a recursos com esta obrigatoriedade.

Segundo Rieck (2002), trata-se de um indicador de dimensão política e que garante ao usuário a informação quanto a uma das etapas do seu tratamento.

A padronização de medicamentos pressupõe acesso dos usuários a medicamentos básicos e essenciais, contribuindo para seu uso racional e otimizando recursos. Logo, os dados do presente estudo levam a reflexão de que a informação para as unidades - e principalmente aos usuários do sistema - quanto ao conhecimento dos medicamentos padronizados pelo município, não está sendo devidamente divulgada. Para que este processo possa ser transformado, discutiu-se, durante a Oficina de Assistência Farmacêutica, a necessidade de sensibilização dos gestores quanto ao direito do usuário ao acesso a lista de medicamentos essenciais.

Os motivos desta não divulgação da padronização podem refletir dificuldade ou receio da Assistência Farmacêutica em não conseguir manter um correto abastecimento de medicamentos nas unidades de saúde, tanto por problemas de gestão, como pela escassez de recursos orçamentários e financeiros. De qualquer maneira, isso poderia dificultar a efetivação de duas importantes e fundamentais etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica: a programação e a aquisição de medicamentos.

Neste estudo, o controle de estoque nas Unidades de Saúde e nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico, esteve abaixo do estabelecido pela literatura que é de 100%, porém bem acima do encontrado no estudo da OPAS (2005), que encontrou 32% de registros de estoque para as unidades de saúde, 32% nas CAF municipais e 61% nas CAF estaduais, insuficientes segundo o próprio estudo.

Bernardi *et al.* (2006) relataram que, de vinte municípios estudados no estado do Rio Grande do Sul, 90% tinham controle de estoque. Barreto e Guimarães (2010) encontraram ausência de controle de estoque em dois municípios baianos estudados e Freitas e Nobre (2011), verificaram 100% de controle de estoque em estudo realizado em um município cearense, sendo manual nas unidades de saúde e informatizado na CAF.

Nos governos de estado do Paraná, Minas Gerais e São Paulo, neste último até mesmo em alguns municípios, já havia controle de estoque informatizado em nível central desde o ano 2000 (Cosendey, 2000). Já Silva Jr (2006) relatou ter encontrado controle de estoque manual em um primeiro momento e, após a chegada de um profissional farmacêutico, este processo passou a ser informatizado, sugerindo o aprimoramento da AF através de medidas operacionais e de gestão, racionalizando a utilização de medicamentos.

A importância desta informação é ímpar para uma correta programação na aquisição de medicamentos e permite manter a regularidade do abastecimento, evitando possíveis perdas e otimizando recursos. Por certo, atualmente, percebe-se que tal informação deva ser dada através de um sistema informatizado, mas se tal procedimento ainda não for possível, com certeza pode-se utilizar o sistema manual (controle de fichas de prateleira, por exemplo) e, essencialmente, nas CAF.

Este estudo reflete a necessidade eminente do apoio dos gestores para um efetivo controle de estoque, preferencialmente inseridos no processo de informatização.

A eleição de medicamentos marcadores, conhecidos também como medicamentos traçadores ou indicadores, cesta de medicamentos ou ainda medicamentos-chave, tem por objetivo diminuir custos e facilitar a coleta de dados, utilizando-se número limitado de medicamentos, os quais farão parte de uma lista pré-estabelecida, para a coleta dos indicadores, como por exemplo, controle de estoque e disponibilidade de medicamentos. Estas drogas devem constar na lista nacional de medicamentos essenciais,

serem importantes na terapêutica, estarem entre os mais utilizados, possuem custo unitário baixo e, preferencialmente, disponíveis internacionalmente (WHO, 1999; Marcondes, 2002).

O número de medicamentos elencados pode estar entre 10 e 50, segundo a OMS (WHO, 1999), 20, segundo manual publicado por Islam (2007), e entre 25 a 50, segundo o *Rational Pharmaceutical Management Project* (RPM, 1995).

Este estudo encontrou índices superiores aos encontrados por Cunha, Zorzatto e Castro (2002) no Mato Grosso (87,2%), Marcondes (2002) em Ponta Grossa-PR (82,6%), por Menolli *et al.* (2009) também no Paraná, mas em estudo realizado em Londrina (80,0%), por Naves e Silver (2005) em Brasília (83,2%), por Bernardi *et al.* (2006) no Rio Grande do Sul (78%), por Moura e Perini (2009) em Minas Gerais (74%) e por Freitas e Nobre (2011) no Ceará (70%).

O valor do indicador poderia até mesmo ser superior ao encontrado, uma vez que medicamentos marcadores, que fazem parte do CBAF e também são integrantes da lista de medicamentos distribuídos gratuitamente pelo Programa Farmácia Popular do Ministério da Saúde (Portal da Saúde, 2014), não estavam presentes no estoque das unidades de saúde de alguns dos municípios estudados.

A afirmação dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica municipal foi de que estes medicamentos, apesar de não estarem presentes no estoque das unidades de saúde, estariam disponíveis aos usuários nas farmácias credenciadas pelo programa governamental. Esta discussão merece estudos mais aprofundados, uma vez que como citado na questão de medicamentos sujeitos a controle especial, a não dispensação de medicamentos na unidade de saúde, pode não impedir, mas pode, por vezes, dificultar o acesso aos medicamentos essenciais. Portanto, além da necessidade da aquisição regular dos medicamentos destinados a AFB, discutiu-se durante a oficina, a necessidade da elaboração de protocolo com o estabelecimento de critérios, para dispensação ou não dos medicamentos através, do Programa Farmácia Popular, visando, assim, a real garantia de acesso.

O acesso aos medicamentos essenciais por parte dos que dele necessitam é parte fundamental no processo da Assistência Farmacêutica. Ao encontramos índice superior ao

padrão estabelecido (Rieck, 2002) e a vários estudos da literatura, acredita-se que esteja havendo disponibilização de medicamentos importantes para resolutividade terapêutica na Atenção Básica.

Este fator pode estar ocorrendo pela metodologia de repasse de recursos financeiros fundo a fundo, ou seja, recursos diretos do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, o que facilitaria a aquisição por parte dos municípios. Pela disponibilização de medicamentos através de programa estadual, pela disseminação dos processos licitatórios pelo sistema de registro de preços, através da metodologia de pregões, que podem trazer diminuição de custo dos medicamentos e agilizar sua aquisição, maior cobrança de instâncias superiores e conscientização dos gestores quanto à obrigatoriedade no direcionamento dos recursos federais recebidos para aquisição de medicamentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica e da contra partida municipal.

A efetiva presença do profissional farmacêutico também deve ser ressaltada. Como já discutido anteriormente, o mesmo foi encontrado em todas as Assistências Farmacêuticas dos municípios estudados, se não em número suficiente, essencialmente presentes na gestão, o que pode favorecer um bom planejamento e, conseqüentemente, estoque adequado.

Um fator de limitação na coleta deste indicador pode ser a escolha dos medicamentos eleitos como marcadores. Apesar da existência de critérios sólidos e internacionalmente aceitos, já relacionados anteriormente, tais como a necessidade de pertencerem a lista de medicamentos essenciais, sua importância terapêutica, e delimitação clara quanto ao número de medicamentos a serem elencados, a escolha específica de cada fármaco pode sofrer variação nos diferentes estudos. Esta variação, assim como a existência de programas governamentais os quais forneçam medicamentos, como é o caso do Programa “Dose Certa”, no estado de São Paulo, pode favorecer a presença ou não de determinado medicamento em estoque. Neste estudo, procurou-se elencar classes terapêuticas essenciais na Atenção Básica, presentes na RENAME e, depois disso, mesclar medicamentos existentes ou não no programa, sendo que, dos vinte medicamentos marcadores eleitos, oito fazem parte da lista do Programa “Dose Certa” (São Paulo, 2014).

Todo medicamento tem um prazo de validade que depende de sua estabilidade. Esta validade é a data limítrofe para utilização dos mesmos, após este período, seu consumo se torna inadequado (Rieck, 2002).

O indicador de resultado R2 mede a porcentagem de medicamentos fora do prazo de validade encontrados nas Unidades de Saúde, sendo que o padrão ideal é não haver medicamentos com prazos de validade expirados (Cosendey, 2000; Rieck, 2002).

Nas Unidades de Saúde da CIR de Ourinhos-SP encontrou-se índice de medicamentos disponíveis fora do prazo de validade, superior aos 2% encontrados no estado do Rio Grande Sul (Bernardi *et al.*, 2006) e no estudo para avaliação da AF no Brasil (OPAS, 2005) o qual encontrou 0,3% de medicamentos fora do prazo de validade nas unidades de saúde da rede pública e zero por cento na rede privada, contudo esta última com metodologia de coleta totalmente distinta.

Já Freitas e Nobre (2011), em estudo realizado em Mombaça-CE, encontraram 18,75% de medicamentos fora do prazo de validade, mas em espaço a parte, sem exposição aos usuários, o que não deixa de ser um fator de risco e apontar possíveis problemas na gestão.

Ao encontrar-se medicamentos fora do prazo de validade, remete-se a questões ligadas à segurança e à eficácia do tratamento terapêutico e a possíveis problemas na gestão e de infraestrutura da Assistência Farmacêutica. O adequado controle de estoque, preferencialmente informatizado, o treinamento da equipe, e a presença de mais profissionais farmacêuticos, poderiam amenizar ou até mesmo eliminar tais fatores.

Durante a coleta deste indicador, foram observados medicamentos nos quais não foi possível a identificação do prazo de validade e, ainda, observou-se, nos mesmos, mais de um lote de fabricação do produto reunidos no mesmo recipiente disponíveis para dispensação, podendo gerar perdas, risco aos usuários de saúde e, novamente, podendo apontar possíveis problemas na gestão e de infraestrutura do setor. Estes fatores podem contribuir diretamente para a perda de medicamentos e exposição dos mesmos aos pacientes.

Este indicador gerou grande discussão durante a realização da Oficina de Assistência Farmacêutica, uma vez que este fator pode estar diretamente relacionado a

capacitação, ou na verdade sua ausência, aos servidores que auxiliam a dispensação nas farmácias das US e ainda a culpabilidade dos profissionais responsáveis, os farmacêuticos. Portanto sugeriu-se o adequado acompanhamento dos responsáveis quanto ao fracionamento, separação dos diferentes lotes de medicamentos na área de dispensação e primordialmente aperfeiçoamentos junto aos funcionários da Assistência Farmacêutica.

A média de medicamentos prescritos por unidade de prescrição, presente no indicador de resultado R3, é um indicador sugerido pela OMS, a qual considera a média superior a dois medicamentos, possível reflexo de problemas na prática de prescrições (WHO, 1999).

Estudo internacional realizado por Hogerzeil *et al.* (1993), trouxe índices mais altos na Nigéria (3,8) e na Indonésia (3,3) e, entre os mais baixos, 1,3 medicamentos por prescrição, obtido pelo Equador. Por certo existem variáveis socioeconômicas, culturais, temporais, entre outras, que podem interferir nestas comparações, mas nos permite ter uma visão geral da prescrição racional.

No Brasil, Cosendey (2000) encontrou uma média de 2,11 medicamentos por prescrição, em estudo multicêntrico, realizado em cinco estados brasileiros. Em outros diferentes estudos realizados em diversas regiões do país foram encontrados valores que variaram de 2,0 a 2,4 (Cunha *et al.*, 2002; Marcondes, 2002; Santos e Nitrini, 2004; Naves e Silver, 2005; OPAS, 2005; Bernardi *et al.*, 2006; Menolli *et al.*, 2009; Freitas e Nobre, 2011).

O presente estudo encontrou índice mais adequado, do que índices obtidos em estudos nacionais, com exceção do estudo realizado por Colombo *et al.* (2004) em Unidades de Saúde da Família de Blumenau-SC, o qual apresentou média de 1,8 medicamentos por prescrição. O índice encontrado está dentro dos parâmetros considerados adequados pela OMS, demonstrando um excelente resultado para a Atenção Básica.

Segundo Bernardi *et al.* (2006), a prescrição de um menor número de medicamentos por consulta na Atenção Básica, cujo objetivo principal está pautado na promoção e prevenção da saúde, pode representar o uso racional de medicamentos, mesmo com possíveis variações já citadas anteriormente. Além do que, pode-se evitar um aumento das reações adversas e possíveis interações medicamentosas.

O bom índice apresentado pela região estudada pode estar relacionado a uma correta padronização dos medicamentos, baseados na RENAME, pela racionalidade de utilização de medicamentos pelos prescritores ou pelo próprio nível de cuidado em atenção à saúde estudado, atenção básica ou primária em saúde, cuja complexidade medicamentosa é menor.

O indicador de resultado R4, medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica da RENAME 2012 prescritos, ficou abaixo do padrão estabelecido de 70% (Cosendey, 2000; Rieck, 2002), mas foi superior ao encontrado por Colombo *et al.* (2004) baseado na RENAME, que foi de 57,7%.

Este indicador demonstra seleção e padronização adequadas e adesão do profissional prescritor a Relação de Medicamentos Essenciais.

Em estudo realizado por Cosendey (2000), sobre a implantação do Programa Farmácia Básica, criado em 1997, em cinco estados brasileiros, e que contava com uma lista de 40 medicamentos considerados essenciais na época para Atenção Básica, encontrou a média de 68,02% de presença destes medicamentos, ficando também abaixo do índice padrão de 70%.

Já na avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil (OPAS, 2005), apresentou média de 78,3% de medicamentos prescritos presentes na RENAME, apesar da grande variação encontrada nos trinta serviços pesquisados, de 48,4 a 97,4%.

Em diversos estudos, a verificação deste indicador baseou-se em listas de medicamentos locais, com diferentes denominações: Lista Local de Medicamentos Essenciais (LLME) em Cunha (2002), encontrando 92,7% dos medicamentos prescritos presentes na mesma, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) em Marcondes (2002) 87%, Lista de Medicamentos Padronizados (LMP) por Santos e Nitrini (2004) 83,4%, Relação de Medicamentos Essenciais por Naves e Silver (2005) 85,3%,

Relação de Medicamentos Básicos (REMEB) por Bernardi *et al.* (2006) 76% e finalmente Lista de Medicamentos Essenciais em Menolli *et al.* (2009), encontrando 73% dos medicamentos prescritos inseridos em sua lista.

Observa-se que em todos os estudos baseados em listas padronizadas de medicamentos locais, obtiveram índices superiores a este estudo e ao padrão estabelecido de 70%, podendo demonstrar alta adesão aos medicamentos padronizados, uma seleção obedecendo a critérios técnicos ou na realidade uma padronização baseada na demanda de prescritores.

Estudo realizado por Colombo *et al.* (2004) em Unidades de Saúde da Família de Blumenau-SC, também apresentou pesquisa sobre medicamentos prescritos presentes na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), encontrando 82,4% de medicamentos prescritos e presentes nesta padronização, bem diferente dos 57,7% encontrado no mesmo estudo quando considerado a RENAME.

Por isso acredita-se que deva haver padronização no levantamento deste indicador, levando-se em consideração a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e mais especificamente os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), quando se tratar de estudos na Atenção Primária em Saúde.

Faz-se necessário promover mais ações no sentido de aumentar este índice, o que significa melhorar a adesão dos profissionais prescritores a lista de medicamentos essenciais padronizada. Estas ações passam pelo conhecimento técnico dos profissionais farmacêuticos e por sua capacidade de articulação com prescritores, o que foi discutido e acordado durante a oficina.

No SUS, as prescrições devem ser realizadas pelo nome genérico, seguindo a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI), conforme Lei Federal n.º 9.787/99, de 10/02/99, Art. 3º (Brasil, 1999) e Resolução Estadual - SS nº 126, de 13/8/2009 que dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que os compõe no âmbito do SUS (São Paulo, 2009).

Dentro das prescrições pesquisadas nas Unidades de Saúde da CIR de Ourinhos-SP, foi encontrado valor superior ao encontrado por Cosendey (2000) em pesquisa realizada em cinco estados do Brasil com 69,42%, Marcondes (2002) com 71%; Santos e Nitrini (2004) 30,6%; Naves e Silver (2005) 73,2%; Bernardi *et al.* (2006) 64% e Menolli *et al.* (2009) com 66,5%. Mas inferiores aos encontrados por Cunha *et al.* (2002) 84,3%, OPAS (2005) 84,2% (com variação de 69,2 a 97,4%) e Freitas e Nobre (2011) com 91%.

Silva Jr (2006) relatou um aumento na prescrição pelo nome genérico de 56,54% em 2003 sem o profissional farmacêutico, para 75,6% em 2004 após a presença do mesmo, sugerindo que a influência do trabalho do profissional, melhoraria a prescrição pela nomenclatura preconizada na legislação.

Hogerzeil *et al.* (1993), em estudo de avaliação do uso racional de medicamentos em 12 países em desenvolvimento encontrou valores superiores na Tanzânia (82%) e no Zimbábue (94%) e inferiores em outros sete países estudados, sendo o menor índice obtido justamente em um país latino americano, 37% de medicamentos prescritos pela denominação genérica no Equador.

Percebe-se no presente estudo, que apesar do valor encontrado estar abaixo do padrão estabelecido de 100%, motivado pela existência de legislação específica de obrigatoriedade da prescrição pela nomenclatura genérica dos medicamentos, o índice foi superior a vários estudos da literatura.

O reflexo da não obediência à legislação em vigor em relação a prescrição pelo nome genérico, pode estar relacionada ao excessivo número de medicamentos comerciais no mercado farmacêutico nacional e igualmente no número de associações medicamentosas, influência da formação profissional do prescriptor e *marketing* da indústria farmacêutica (Santos e Nitrini, 2004; Freitas e Nobre, 2011).

Uma questão observada na pesquisa de campo deste estudo foi de que nomes genéricos longos induzem à prescrição de nomes comerciais, que geralmente tendem a ser menos extensos. Um bom exemplo observado foi o medicamento utilizado como contraceptivo hormonal oral, cuja denominação genérica é etinilestradiol 0,03mg+ levonorgestrel 0,15mg comprimido, sendo usualmente prescrito por um dos vários nomes

registrados no Brasil, dito ciclo 21[®], e que nem sempre é a marca ou medicamento presente para dispensação, mas que, inegavelmente, apresenta escrita mais ágil, curta e de fácil memorização.

Os critérios utilizados pelos pesquisadores na consideração e caracterização da nomenclatura genérica também podem interferir na coleta deste indicador, como por exemplo, a aceitação ou não da prescrição por nome genérico em forma de abreviaturas, tal como, HCT = hidroclorotiazida, facilmente identificado pelo profissional farmacêutico e aceito na prática, mas em discordância com a legislação.

Faz-se necessária uma intensa sensibilização e uma boa interação do profissional farmacêutico com o profissional prescritor para que este indicador apresente resultados ainda melhores. Discutiu-se durante a Oficina de Assistência Farmacêutica não somente a exigência do cumprimento da legislação, mas a sensibilização e interação com os profissionais prescritores e possíveis alternativas a serem debatidas, como por exemplo, o aceite de siglas de nomes genéricos, usualmente aceitas na prática. Esta ação seria mais razoável que a prescrição pelo nome comercial? Este assunto deve ser amplamente debatido pelos profissionais farmacêuticos, uma vez que não se trata de uma decisão simples e que envolve prerrogativas legais.

A garantia de acesso da população aos medicamentos essenciais básicos é uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998b), sendo portanto, de importância ímpar a verificação dos medicamentos prescritos e atendidos.

Os indicadores R6 e R7 demonstraram respectivamente a porcentagem de medicamentos prescritos e atendidos nas Unidades de Saúde da CIR de Ourinhos-SP inferiores aos valores encontrados por Bernardi *et al.* (2006), os quais encontraram valores superiores de medicamentos prescritos e atendidos (88%) e para prescrições atendidas na íntegra (84%) aos usuários do sistema público de saúde de municípios do Rio Grande do Sul e por Cunha *et al.* (2002), que encontraram 80,7% de medicamentos prescritos e atendidos em Campo Grande-MS.

Em contra partida, diferentes estudos encontraram índices inferiores ao do estudo realizado. Marcondes (2002) descreveu 60% de medicamentos prescritos e

dispensados, Santos e Nitrini (2004) 60,3%, 65,7% em estudo realizado no Brasil (OPAS, 2005), 68% em Menolli *et al.* (2009) e 71,1% em Freitas e Nobre (2011).

Dos três países que apresentaram dados de porcentagem de dispensação de medicamento (Bangladesh, Nigéria e Nepal), em estudo realizado por Hogerzeil *et al.* (1993), dois deles possuíam indicadores acima de 80% (Bangladesh e Nepal).

O estudo de Cosendey (2000), sobre a implantação do Programa Farmácia Básica, em cinco estados brasileiros e que contava com apenas 40 medicamentos essenciais na Atenção Básica, apresentou média de 95% de medicamentos prescritos e atendidos, com variação de 63,37% no Acre e 100% no estado de Goiás.

A obtenção de bons índices alcançados pela CIR de Ourinhos-SP em termos de atendimento de medicamentos, mesmo estando um pouco abaixo do padrão estabelecido de 80% para medicamentos prescritos e atendidos, e principalmente se comparados aos valores obtidos no Brasil, pode demonstrar uma adesão adequada dos profissionais prescritores a lista de medicamentos padronizados. Isso pode ser fruto do trabalho dos profissionais farmacêuticos e/ou ainda ser favorecido por características regionais, tais como o pequeno porte populacional da maioria dos municípios estudados, o que poderia facilitar o manejo do estoque. É, portanto, de extrema importância para melhoria dos indicadores de prescrição e atendimento, conforme discussão, a sensibilização e interação dos profissionais, manutenção adequada do estoque de medicamentos e melhoria nos dados de informação de atendimento.

Faz-se importante ressaltar a limitação do presente estudo na coleta de dados dos indicadores de resultado R6, R7 e R8, devido à ausência de algum tipo de identificação de dispensação dos medicamentos, tais como carimbo de atendimento ou qualquer outro tipo de anotação, a qual fosse possível verificar a dispensação do mesmo, podendo contribuir para valores menores do que o real.

Para uma discussão mais aprofundada do acesso de medicamentos na Atenção Básica, este estudo incluiu o indicador de resultado R8, o qual indica a porcentagem de medicamentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF) prescritos e atendidos, ou seja, a capacidade das unidades de saúde em fornecer os medicamentos essenciais neste nível de atenção.

No presente estudo obteve-se índice de medicamentos pertencentes ao Anexo I da RENAME 2012, Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), prescritos e atendidos nas Unidades de Saúde da CIR Ourinhos-SP, abaixo do padrão estabelecido, que é de 95% (Cosendey, 2000), mas superior aos 74,94% quando considerados todos os medicamentos prescritos.

O atendimento de medicamentos do CBAF é obrigação municipal conforme portaria do Ministério da Saúde nº 1.555 de 30 de julho de 2013 (Brasil, 2013b), portanto devendo este indicador estar próximo a 100%, garantindo ao usuário os medicamentos destinados ao nível primário de atenção em saúde.

O não cumprimento deste indicador pode indicar uma não adesão do profissional prescritor à lista padronizada de medicamentos, uma má seleção dos mesmos, elencando medicamentos não presentes na RENAME e problemas na programação e aquisição destes produtos.

A realização da oficina temática embora com ausência de participação de alguns municípios da CIR Ourinhos-SP foi considerada positiva. Acredita-se que a ausência de cinco dos doze municípios não comprometa os resultados obtidos e que a discussão realizada pelos presentes ofertou importantes subsídios para a avaliação da assistência farmacêutica dispensada à população, proporcionando a eleição de medidas para melhoria dos indicadores apresentados. Mesmo os indicadores regionais não tendo apresentado índices totalmente insatisfatórios, 10 dos 13 indicadores demonstraram valores abaixo dos padrões estabelecidos pela literatura no que tange a avaliação através de indicadores preconizados pela OMS.

A obtenção dos presentes resultados deve ser considerada inédita na área de Assistência Farmacêutica regional, uma vez que avaliou de forma censitária as Assistências Farmacêuticas Básicas municipais das cidades que compõem a CIR de Ourinhos, estado de São Paulo, por intermédio do levantamento de indicadores estabelecidos e preconizados pela literatura, e ainda propôs ações na perspectiva de impactar mudanças positivas nos indicadores e na prática dos serviços.

Faz-se crer que o objetivo deste estudo foi atingido, permitindo-se levantar e discutir de maneira participativa, indicadores de uma área da Saúde Pública, a qual vem

crescendo e se aprimorando, mas que ainda apresenta problemas estruturais, organizacionais e de formação profissional no âmbito municipal.

A discussão foi evidenciada e novos estudos devem ser realizados para verificação, não só da evolução da Assistência Farmacêutica em seus aspectos organizacionais, logísticos e técnicos, como também nas áreas administrativas, de planejamento e políticas, a fim de tentar garantir o acesso e o uso racional de medicamentos, de maneira mais efetiva e com participação mais incisiva do profissional farmacêutico.

Os anseios na prestação de uma Assistência Farmacêutica de qualidade são tantos, que a realização de um diagnóstico situacional, a realização de um encontro entre profissionais e proposição de possíveis soluções para os problemas encontrados, são um importante passo em direção a um dos principais objetivos da saúde pública, promover a melhoria da qualidade de vida da população.

Estas proposições devem ser acompanhadas, implementadas e avaliadas. Por isso, a formação de um grupo de estudos da Assistência Farmacêutica da CIR de Ourinhos-SP seria um fator importante e fundamental neste processo.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo não apresentou índices totalmente insatisfatórios, mas, em sua maioria, os valores dos indicadores ficaram abaixo dos padrões estabelecidos pela literatura, no que tange a avaliação através de indicadores preconizados pela OMS, demonstrando a necessidade de adequações na infraestrutura e da realização de capacitações para as Assistências Farmacêuticas municipais na CIR de Ourinhos. Foram propostas ações conjuntas e participativas no sentido de promover melhorias dos indicadores e, conseqüentemente, na qualidade de atenção aos usuários do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS*

Andrade LOM, Barreto ICHC. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Barreto JS, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2010; 26(6):1207-1220. [acesso 2014 Mar 13]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>.

Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Saúde soc. [serial on the Internet]. 2006 [acesso 2014 Mar 13] 15(1): 73-83.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000100008>.

Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Diário Oficial da União, 1973. [acesso 2014 Abr 10].

Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/legis.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Poder Executivo, 1990; [acesso 2012 Jul 3].

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil a. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 1998. [acesso 2014 Mar 13]. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf

* De acordo com a norma da FOP/UNICAMP, baseadas na norma International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brasil b. Ministério da Saúde. Portaria GM nº3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, 1998; 10 Nov.1998. s.1, n.215-E, p.18.

Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Lei n. ° 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Diário Oficial da União. Brasília, 1999. [acesso 2014 Mar 13]. Disponível em:
<http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/legislacao/arquivos/2011/07/28/Lei%20Federal%20n%C2%BA%209787%201999%20-%20data%2021.6.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Resolução CNS nº338, de 06 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 Maio 2004. [acesso 2014 Abr 10].
Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/legis.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 100 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acesso 2014 Fev 18].
Disponível em:
http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/COM_DPOC/IRTB2012_doc01.pdf

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 95, de 11 de dezembro de 2008/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2008. [acesso 2014 Fev 18]. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterapicos/bula_padronizadas_fitoterapico.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acesso 2014 Abr 03]. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/404.html>

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010; [acesso 2012 Jun 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf

Brasil a. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 126p. Brasília: Anvisa, 2011. [acesso 2014 Fev 18]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira/conteudo/Formulario_de_Fitoterpicos_da_Farmacopeia_Brasileira.pdf

Brasil b. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011; [acesso 2014 Abr 01]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Brasil a. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : Rename 2012/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso 2013 Nov 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_rename_2012.pdf

Brasil b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso 2014 Fev 14]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil a. Ministério da Saúde. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).. Portaria Nº 1.554, de 30 de julho de 2013, Brasília, 2013 [acesso 2014 Abr 18]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html

Brasil b. Ministério da Saúde. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Portaria Nº 1.555, de 30 de julho de

2013, Brasília, 2013 [acesso 2013 Nov 10]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1555.htm>

Castro CGSO. Coord. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p. ISBN 85-85676-89-2. [acesso 2014 Fev 10]. Disponível em: <http://books.scielo.org>

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1999. Framework for program evaluation in public health. MMWR, 48(RR11):1-40. [acesso 2014 Fev 25]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4811a1.htm>

Colombo, D. et al. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. Rev. Bras. Cienc. Farm. [serial on the Internet]. 2004. [acesso 2014 Abr 18] ; 40(4): 549-558. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322004000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322004000400012>.

Correia ARF, Mota DM, Arrais PSD, Monteiro MP, Coelho HLL . Definição de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Fortaleza (Brasil) baseada em Métodos de Consenso. Lat.Am.J. pharm.2009; 28 (3): 366-74. [acesso 2014 Fev 25]. Disponível em:
http://www.latamjpharm.org/trabajos/28/3/LAJOP_28_3_1_7_I859H494TN.pdf

Cosendey MAE. Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco Estados do Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2000.

Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. Rev. Bras. Cienc. Farm. [periódico na Internet]. 2002 Jun [citado 2014 Abr 17]; 38(2): 215-227. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322002000200011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322002000200011>.

Donabedian A. La calidad de la atención medica: definición e método de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

Franco MAS. Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educação e Pesquisa. 2005; 31 (3): 483-502. [acesso 2012 Ago 18] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>

Freitas JMS de M, Nobre ACL. Avaliação da Assistência Farmacêutica do município de Mombaça-CE. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.2 n.1 15-20 jan./abr. 2011. [acesso 2014 Mar 13]. Disponível em:

http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS_02_art03.pdf

Hogerzeil HV, Ross-Degnan D, Lang RO, Ofori-Adjei D, Santoso B, Chowdhury AK et al. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. Lancet 1993;342:1408-10. [acesso 2014 Abr 17]. Disponível em:

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17977en/s17977en.pdf>

Islam M. Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual. Submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2007. [acesso 2013 Mar 13]. Disponível em: <http://healthsystems2020.org>

Marcondes NSP. A assistência farmacêutica básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa, Paraná: um estudo de caso. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2002. [acesso 2014 Mar 13]. Disponível em:

<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/marcondenspm.pdf>

Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Organizadores. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

Menolli PVS, Ivama AM, Cordoni L Jr. Caracterización de los servicios farmacéuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(3): 254–9. [acesso 2011 Nov 01]. Disponível em:

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892009000300009&script=sci_arttext

Moura CS, Perini E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. Braz. J. Pharm. Sci. [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2014 Apr 17] ; 45(2): 279-286. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000200013&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000200013>.

Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2005. [acesso 2014 Mar 13]; 39(2): 223-230. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200013>.

OMS - Organização Mundial de Saúde. O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 – 16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto – 3 de setembro de 1993 + Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares / Organização Mundial da Saúde; Adriana Mituse Ivama (org); José Luis Miranda Maldonado (org). – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Conselho Federal de Farmácia, 2004

[acesso 2013 Mar 13]. Disponível em: <http://i-bras.net/Arquivoscientificos/Profissional%20Farmaceutico/O%20papel%20do%20farmaceutico%20no%20Sistema%20de%20Atencao%20a%20saude.pdf>

OPAS. Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (Brasil): Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil; 2005. [acesso 2012 Jan 13]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf

Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. 2014 [acesso 2014 Abr 17]. Disponível em: <http://portalsaude.sau.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/farmacia-popular>

Rieck EB. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: Análise dos indicadores de avaliação do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica [monografia]. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul; 2002.

Rocha ML. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. Psicologia Ciência e Profissão. 2003; 23 (4): 64-73. [acesso 2012 Ago 10]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000400010&script=sci_arttext

RPM (Rational Pharmaceutical Management Project), 1995. Rapid pharmaceutical

management assessment: an indicator-based approach. USA: Kumarian Press. [acesso 2012 Ago 10]. Disponível em:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18650en/s18650en.pdf>

Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2004 Dec [cited 2014 Feb 10]; 38(6): 819-834. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600010>.

São Paulo (Estado). Resolução SS - 126, de 13-8-2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que os compõe. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo, 2009; 119 (151). Seção I.

São Paulo (Estado) a. Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2012 [acesso 2012 Jun 30]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>.

São Paulo (Estado) b. Secretaria Estadual da Saúde. Estado de São Paulo, 2012 [acesso 2012 Set 29]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude_1/tabnet/tabulacao-dos-indicadores-atraves-do-tabnet

São Paulo (Estado) c. Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2012 . [acesso 2013 Fev 20]. Disponível em:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/rras_mapa_final.jpg

São Paulo (Estado) d. Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde, 2012. [acesso 2013 Fev 20]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapas-de-saude-2012/mapas-tematicos/condicoes-geograficas-demograficas-e-socio-economicas/porte-populacional?br.com.mmcafe.mmpublish.core.entity.Folder%20:%20PERFIL%20-%20id:%2081>

São Paulo (Estado). Estado de São Paulo, 2013. [acesso 2013, Abr 01]. Disponível em:
<http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/index.php?prodCod=1#sub1>

São Paulo (Estado). Estado de São Paulo, 2014. [acesso 2014, Abr 17]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/medicamentos-do-componente-basico-da-assistencia-farmaceutica/programa-dose-certa>

Silva Jr, DB da. Assistência farmacêutica em um município do Estado de São Paulo: diagnóstico e perspectivas [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto; 2006 [acesso 2014-04-03]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-16012007-142838/>.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa. 2005; 31 (3): 443-66. [acesso 2012 Ago 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>

World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, 1978. [acesso 2014 Abr 13]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

World Health Organization (WHO). Indicators for monitoring national drugs policies: a practical anual. Geneva: World Health Organization, 1999. [acesso 2012 Ago 18]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip14e/whozip14e.pdf>

World Health Organization (WHO). Medicines Strategy 2004-2007: countries at the core. Geneva: World Health Organization, 2004. [acesso 2012 Ago 18]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf

World Health Organization (WHO). The selection and use of essential medicines : report of the WHO Expert Committee. 14th. Geneva, Switzerland. WHO, 2005. (WHO technical report series ; 933). [acesso 2014 Abr 18]. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/essentialmedicines/TRS933SelectionUseEM.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 – Formulário nº1 - Identificação do local pesquisado.

FORMULÁRIO Nº1	
MUNICÍPIO	
Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/>	
Almoxarifado de Saúde ou Central de Abastecimento Farmacêutico <input type="checkbox"/>	
Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Nome: _____	
Responsável pela (s) informação (ões)	Nome: _____
Contatos	Fone: _____ Fax: _____ E-mail _____@_____
Coleta dos dados em:	_____ / _____ / _____

Preenchimento de todos os campos são obrigatórios.

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 2 – Formulário de levantamento dos indicadores de Estrutura (E1 e E2).

FORMULÁRIO Nº2				
MUNICÍPIO:			US:	
AVALIADOR:			DATA: ____/____/____	
COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C	COLUNA D	COLUNA E
Nº	Nome do município	Nº de Farmacêuticos	Nº de trabalhadores da AF	Nº Total de Farmacêuticos e Trabalhadores Capacitados
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nota: E1=Nº de farmacêuticos que atuam na AFB / E2= Capacitação/reciclagem de trabalhadores da AF

Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 3 – Formulários de levantamento dos indicadores de Estrutura (E3) e de Processo (P1).

FORMULÁRIO N°3a - Quadro 1			
MUNICÍPIO:		US:	
AVALIADOR:		DATA: ____/____/____	
COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C	COLUNA D
N° do item	Informação Geral	SIM	NÃO
1	Existe(m) equipamento(s) de refrigeração adequado(s)?		
2	Existe dentro do almoxarifado/farmácia área com acesso restrito e trancado para produtos regulados pela Portaria n°344/98?		
3	Existe registro de movimentação de produtos regulados pela Portaria n°344/98?		
4	Existem arquivados, documentos utilizados na recepção, armazenamento, distribuição e/ou dispensação de medicamentos?		
5	Os medicamentos estão armazenados afastados do piso?		
6	Os medicamentos estão armazenados afastados da parede?		
7	Existe controle de estoque?		
8	O sistema de registro e controle da movimentação de medicamentos observa a relação sequencial de lotes, data de entrada, data de saída e data de vencimento do produto?		
9	A separação dos medicamentos armazenados realiza-se com a devida ordem de segurança, evitando possíveis misturas na sua separação e expedição?		
10	Existe arquivo das atas de descarte de medicamentos?		
TOTAIS			
SIM – Cumpre as Boas Práticas de Armazenamento NÃO – Não cumpre as Boas Práticas de Armazenamento Colocar número arábico 1 (um) ou 0 (zero) nas respostas correspondentes. OBS: Nos itens 2 e 3, caso não haja dispensação de produtos regulados pela Portaria n°344/98, considerar resposta como SIM=1 e NÃO=0			

Nota E3=Adequação às Boas Práticas de Armazenagem nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US)/

P1= Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US)

Anexo 3 – Formulários de levantamento dos indicadores de Estrutura (E3) e de Processo (P1)-continuação.

FORMULÁRIO N°3b – Quadro 2		
COLUNA A		COLUNA B
		Soma dos itens imprescindíveis cumpridos (Total de respostas SIM)
Resultado	Indicador E3	

Nota E3=Adequação às Boas Práticas de Armazenagem nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US)/

P1= Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US)

Fonte: Rieck, 2002.

Indicador P1 (Formulário N°3c) – O Almojarifado ou a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) realiza registro diário de movimentação?

FORMULÁRIO N°3c	
SIM = 1	
NÃO = 0	

Nota: P1= Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF)

Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 4 – Formulários de levantamento dos indicadores de Estrutura E4 e de Processo P1.

Indicador E4 (Formulário N°4a) - A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME está afixada em local visível aos usuários da US visitada?

FORMULÁRIO N°4a	
SIM = 1	
NÃO = 0	

Nota: E4= Número de US que possuem a REMUME afixada em local visível a todos os usuários do sistema.

Fonte: Rieck, 2002.

Indicador P1 (Formulário N°4b) - A US realiza controle da movimentação de estoque dos medicamentos por ela dispensados?

FORMULÁRIO N°4b	
SIM = 1	
NÃO = 0	

Nota: P1=Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (CAF e US)

Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 5 – Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R1.

FORMULÁRIO Nº5		
MUNICÍPIO:		US:
AVALIADOR:		DATA: ____/____/____
COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C
Nº do item	Medicamento Marcador	Estoque
1	Ácido acetilsalicílico 100mg comprimido	
2	Ácido fólico 5mg comprimido	
3	Albendazol 400 mg comprimido	
4	Amoxicilina 250mg/5ml pó para suspensão oral	
5	Benzilpenicilina 1.200.000UI suspensão injetável	
6	Carbamazepina 200 mg comprimido	
7	Dexclorfeniramina, maleato de xarope 0,4 mg/ml	
8	Enalapril 20mg comprimido	
9	Etinilestradiol + levonorgestrel comprimido 0,03 mg + 0,15 mg-cartela c/21 comprimidos	
10	Fenobarbital 100 mg comprimido	
11	Glibenclamida 5 mg comprimido	
12	Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	
13	Ibuprofeno 50mg/ml solução oral gotas	
14	Losartana 50mg comprimido	
15	Metformina 850 mg comprimido	
16	Paracetamol 500 mg comprimido	
17	Propranolol 40mg comprimido	
18	Sais de Reidratação Oral, pó para solução oral, envelope para preparação de 1 litro de solução	
19	Sinvastatina 20mg comprimido	
20	Sulfato Ferroso 40 mg de Fe II comprimido	
TOTAL		Indicador R1
1 = SIM – Existência de estoque		
0 = NÃO – Inexistência de estoque		

Nota: R1= Disponibilidade de medicamentos marcadores nas US.

Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 6 – Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R2.

FORMULÁRIO N°6		
MUNICÍPIO:		US:
AVALIADOR:		DATA: ____/____/____
COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C
N° do item	Medicamento descrito pela Denominação Comum Brasileira (DCB)	Medicamento fora prazo de validade
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
TOTAIS		Indicador R2
Pergunta: O medicamento pesquisado está fora do prazo de validade? 1 = SIM – Pelo menos um lote/unidade do item verificado na prateleira se encontra fora do prazo de validade. 0 = NÃO – Todos os lotes/unidades verificadas e presentes na prateleira, estão dentro do prazo de validade.		

Nota: R2=Porcentagem de medicamentos fora do prazo de validade nas Unidades de Saúde

Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 7 – Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R3, R4, R5 e R8.

FORMULÁRIO N°7	
MUNICÍPIO:	US:
AVALIADOR:	DATA: ____ / ____ / ____
COLUNA A	COLUNA B
N° do item	Medicamentos prescritos
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

OBS. Listar todas as prescrições mesmo as que não foram atendidas e em caso de associações medicamentosas, considerar como apenas 1 (um) medicamento.
 Coluna A – Número de prescrições estudadas.
 Coluna B – Nomenclatura como a existente na prescrição (nome de marca ou Denominação Comum Brasileira (DCB) ou internacional (DCI).

Nota: R3= Número médio de medicamentos por prescrição nas Unidades de Saúde (US)/ R4=Porcentagem de medicamentos básicos no Anexo I da RENAME 2012 (CBAF) prescritos nas US / R5= Quantidade de medicamentos prescritos pela DCB e/ou DCI nas US e R8= Porcentagem medicamentos do Anexo I da RENAME 2012 (CBAF) prescritos e atendidos nas US.
 Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 8 – Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R3,R4,R5 e R8.

FORMULÁRIO Nº8				
MUNICÍPIO:		US:		
AVALIADOR:		DATA: ____/____/____		
COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C	COLUNA D	COLUNA E
Nº do item	Nº Total de Medicamentos Prescritos	Nº de Medicamentos Prescritos para AFB presentes no Anexo I da RENAME 2012	Nº de Medicamentos Prescritos pela DCB ou DCI	Nº de Medicamentos Prescritos da AFB presentes no Anexo I da RENAME 2012 e atendidos
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
TOTAIS				

Preencher com 1 = SIM e 0 = NÃO nas colunas C, D e E, para cada medicamento prescrito de acordo com solicitado.

Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 9 – Formulário de levantamento dos indicadores de Resultado R6 e R7.

FORMULÁRIO N°9			
MUNICÍPIO:		US:	
AVALIADOR:		DATA: ____/____/____	
COLUNA A	COLUNA B	COLUNA C	COLUNA D
Nº do item	Nº Total de Medicamentos Prescritos	Nº de Medicamentos Prescritos e Atendidos	Nº de Prescrições atendidas na íntegra
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
TOTAIS			

Preencher com 1 = SIM e 0 = NÃO na coluna C para cada medicamento prescrito e atendido e na coluna D para cada prescrição atendida na íntegra.

Nota: R6=Porcentagem de itens de medicamentos prescritos e atendidos nas US / R7= Porcentagem de prescrições atendidas na íntegra aos usuários do SUS nas US.

Fonte: Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8).

E1- Número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica Básica.

Utilidade - Indicador que sustenta a implementação de uma política de medicamentos, sendo considerado informativo e indicador de qualificação dos recursos humanos, podendo auxiliar a identificar problemas estruturais (WHO, 1999).

Descrição - Este indicador aponta para um dos aspectos da Política de Assistência Farmacêutica, tendo significância apenas quando analisado no conjunto de todos os indicadores selecionados.

Padrão – Um profissional farmacêutico para cada unidade de saúde dispensadora de medicamentos (Brasil, 1973).

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- O indicador será coletado por verificação de cadastro e/ou inquérito, obtendo o dado diretamente nos municípios. O indicador deve ser informado pelo gestor de saúde/Assistência Farmacêutica do município, com base nos dados do departamento de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde ou inquérito. Deve ser respondido em algarismo arábico (0, 1, 2,...). Serão computados os profissionais que atuaram pelo menos seis meses (contínuos ou não) nos últimos doze meses, a contar a partir da data da coleta dos dados, independentemente de atuarem na Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal ou em Unidades de Saúde. Para a coleta deste dado será utilizado o Formulário nº2 (Anexo 2-Coluna C).

**Número total de farmacêuticos
que atuam na Assistência Farmacêutica**

Número total de Unidades de Saúde (US)

Limitação – Possibilidade de viés de informação.

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8)-continuação.

E2- Capacitação/reciclagem de trabalhadores da Assistência Farmacêutica.

Utilidade- A Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998) define o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos como uma de suas diretrizes. A qualificação dos trabalhadores de saúde é fundamental para o desenvolvimento de um conjunto de ações, em favor da melhoria da qualidade de saúde da população. O indicador será utilizado para mapear os trabalhadores da Assistência Farmacêutica capacitados, apontando deficiências. Serão considerados trabalhadores da Assistência Farmacêutica, todo aquele servidor efetivo ou não que trabalhe sob gestão do Farmacêutico e/ou Responsável pela Assistência Farmacêutica do município (inclusive o gestor) ou ainda aquele que tenha atuação direta na dispensação e/ou controle de medicamentos nas unidades de saúde/CAFs.

Descrição- O indicador avalia quantitativamente os eventos oferecidos e não o seu desempenho.

Padrão - Espera-se que em torno de 50% dos trabalhadores da Assistência Farmacêutica participem anualmente de eventos de capacitação (Rieck, 2002).

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- As informações serão obtidas no Formulário n.º 2 (Anexo 2) por inquérito e/ou registro nos relatórios dos eventos nas Unidades de Saúde (US) e/ou com os gestores da Assistência Farmacêutica. Será considerado o evento realizado dentro do prazo de doze meses a partir da data da coleta dos dados. Deve ser respondido em algarismo arábico (0, 1, 2,...). O indicador será calculado da seguinte maneira:

**Número total de trabalhadores
que atuam na Assistência Farmacêutica
e que participaram de eventos
de capacitação no período proposto* X 100**
Número total de trabalhadores que

atuam na Assistência Farmacêutica**

*Para a coleta deste dado será utilizado o Formulário nº2 (Anexo 2-Coluna E).

** Para a coleta deste dado será utilizado o Formulário nº2 (Anexo 2-Coluna D).

Limitação – Falta de registro da capacitação/reciclagem.

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8) -continuação.

E3- Adequação às Boas Práticas de Armazenagem nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (Almoxarifado de Medicamentos ou Central de Abastecimento Farmacêutico e Unidades de Saúde).

Utilidade- Avaliar a capacidade da unidade encarregada de armazenamento e distribuição de medicamentos na Assistência Farmacêutica de armazenar corretamente os medicamentos. Nenhuma política de medicamentos pode ser considerada completa, se não oferecer a devida atenção à gestão no armazenamento de medicamentos. Procedimentos inadequados podem levar a escassez, perda de medicamentos e uso ineficiente de recursos (WHO, 1999).

Descrição- O armazenamento tem como objetivo garantir a integridade dos produtos, mantendo sua estabilidade química, física, microbiológica, terapêutica e toxicológica. Caracteriza-se por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos (Brasil, 2006). Foram considerados os dez (10) itens estabelecidos como imprescindíveis no trabalho de Rieck, 2002.

Padrão - O padrão mínimo do indicador é o cumprimento de 100% dos itens considerados imprescindíveis (Cosendey, 2000; Rieck, 2002).

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão obtidos por profissional farmacêutico pesquisador em visita aos municípios. Os dados serão coletados nos Almoxarifados de Medicamentos ou Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), no caso de sua inexistência, será avaliada a farmácia da Unidade de Saúde (US) que armazena os medicamentos do município e ainda cada Unidade de Saúde. Em cada almoxarifado ou CAF e US serão checados os dez (10) itens estabelecidos como imprescindíveis, através do instrumento de avaliação. Para o levantamento dos dados deve ser utilizado o Formulário n.º3a (Anexo 3), Quadro n.º1, Coluna B do instrumento de pesquisa

de campo, preenchido conforme instruções e consolidado através do Formulário n.º3b (Anexo 3), Quadro n.º2, Coluna B. O Formulário n.º3a (Anexo 3) deve ser preenchido com número arábico 1 na coluna C se a resposta for SIM e na coluna D se a resposta for NÃO. O indicador será obtido pelo seguinte cálculo:

Número de itens considerados imprescindíveis

cumpridos no Almojarifado ou CAF X 100

Número total de itens considerados imprescindíveis

observados no Almojarifado ou CAF

Número de itens considerados

imprescindíveis cumpridos na US X 100

Número total de itens considerados

imprescindíveis observados na US

Limitação - nenhuma

Fonte: WHO, 1999; Cosendey 2000; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8) -continuação.

E4- Número de Unidades de Saúde que possuem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) afixada em local visível a todos os usuários do sistema.

Utilidade- Uma relação de medicamentos essenciais atende a maioria dos agravos de saúde de uma população, contribui para a promoção do uso racional de medicamentos e possibilita uma maior otimização dos recursos disponíveis, ampliando o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais. A REMUME deve ser composta por medicamentos essenciais básicos pactuados entre as esferas de governo, devendo estar disponíveis em toda a rede do Sistema Único de Saúde. Os medicamentos básicos possuem financiamento específico estabelecido pela portaria nº 1.555/13 (Brasil, 2013), a qual estabelece normas para financiamento e execução da Assistência Farmacêutica Básica.

Descrição- A REMUME afixada em local visível a todos os usuários das Unidades de Saúde (US), disponibiliza a informação dos medicamentos que devem estar acessíveis aos usuários, facilitando a sua consulta.

Padrão – 80% (Rieck, 2002)

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão coletados por visita na Unidade de Saúde (US). Em cada US será avaliada a existência da REMUME afixada em local visível a todos os usuários do SUS. Para o levantamento dos dados será utilizado o Formulário n.º4a (Anexo 4), do instrumento de pesquisa de campo, assinalando o número arábico 1, caso a resposta seja SIM e número arábico 0, caso a resposta seja NÃO. O cálculo é realizado da seguinte maneira:

Somatório de US dispensadoras de medicamentos com a

REMUME afixada em lugar visível ao usuário X 100

Número total de US dispensadoras de medicamentos

visitadas no município
Limitação - nenhuma

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8) -continuação.

P1- Existência de controle de estoque de medicamentos nas áreas municipais de armazenamento de medicamentos (Almoxarifado de Medicamentos ou Central de Abastecimento Farmacêutico e Unidades de Saúde).

Utilidade- O controle de estoque subsidia a programação e a aquisição de medicamentos, evitando a superposição de estoques e/ou o desabastecimento do sistema, garantindo a sua regularidade e eliminando perdas ou desperdícios, indicando o nível de organização dos serviços (WHO, 1999).

Descrição- Considera-se controle de estoque, a movimentação, o registro diário das entradas e saídas de medicamentos e o estoque residual da movimentação, podendo ser realizado por meio manual (fichas de prateleira) ou informatizado.

Padrão – 100% (Rieck, 2002)

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- O levantamento será realizado nos Almoxarifados de Medicamentos ou Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e nas farmácias das Unidades de Saúde (US). Em municípios pequenos pode inexistir um almoxarifado municipal, sendo então avaliada a farmácia da US que armazena os medicamentos no município. Em cada almoxarifado e/ou farmácia será avaliada a existência de registro diário das entradas e das saídas de medicamentos, manual (fichas de prateleira) ou informatizado. Para o levantamento dos dados devem ser utilizados os Formulários n.º 3c (Anexo 3) e 4b (Anexo 4), do instrumento de pesquisa de campo, assinalando o número arábico 1, caso a resposta seja SIM e número arábico 0, caso a resposta seja NÃO. Os indicadores serão obtidos pelos cálculos abaixo:

**Nº de almoxarifados municipais que
realizam controle de movimentação de estoque X 100**

Nº total de almoxarifados municipais analisados

**Número de US municipais dispensadoras
de medicamentos que realizam
controle de movimentação de estoque X 100**

**Número total das US municipais dispensadoras
de medicamentos que realizam
controle de movimentação de estoque**

Limitação - nenhuma

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8) -continuação.

R1- Disponibilidade de medicamentos marcadores¹ nas Unidades de Saúde.

Utilidade- O objetivo deste indicador é avaliar a disponibilidade do acesso, aos usuários do sistema, a medicamentos essenciais básicos, fazendo parte do processo de acompanhamento contínuo das atividades do Ciclo de Assistência Farmacêutica (Marin, 2003). Quando os medicamentos estão disponíveis, significa que os processos de programação e aquisição estão sendo bem executados.

Descrição- Os medicamentos marcadores¹ são 20 (vinte) medicamentos de diferentes princípios ativos presentes no Anexo I da RENAME edição 2012 (Brasil, 2012), selecionados pela sua importância e representatividade (WHO, 1999 e Marcondes, 2002). Para determinação do tamanho da amostra foi utilizado cálculo estatístico simples, suficiente para representatividade de itens de medicamentos da Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF) (n) presentes no Anexo I da RENAME 2012 (Brasil, 2012), calculando-se a raiz quadrada de “n=346”, mais um, obtendo o número de medicamentos marcadores¹ a ser pesquisado. Os medicamentos marcadores¹ elencados, escolhidos pela sua importância terapêutica na atenção básica foram: dois antibióticos (Benzilpenicilina 1.200.000UI suspensão injetável e Amoxicilina 250mg/5 ml pó para suspensão oral), um antiparasitário (Albendazol 400mg comprimido), três anti-hipertensivos (Hidroclorotiazida 25 mg comprimido, Losartana 50mg comprimido e Enalapril 20 mg comprimido), um beta bloqueador (propranolol 40mg comprimido), um analgésico/antiinflamatório (Ibuprofeno 50mg/ml solução oral gotas), dois antidiabéticos orais (Glibenclamida 5mg comprimido e Metformina 850mg comprimido), dois anticonvulsivantes (Carbamazepina 200 mg comprimido e Fenobarbital 100mg comprimido), um analgésico/antitérmico (Paracetamol 500 mg comprimido), um antianêmico (Sulfato Ferroso 40 mg de Fe II comprimido), um repositior

hidroeletrólítico (Sais de Reidratação Oral, pó para solução oral, envelope para preparação de 1 litro de solução), um anticoncepcional hormonal (Etinilestradiol + levonorgestrel comprimido 0,03 mg + 0,15 mg-cartela c/21 comprimidos), um antialérgico (Dexclorfeniramina, maleato de xarope 0,4 mg/ml), um antiagregante plaquetário (Ácido acetilsalicílico 100mg comprimido), uma vitamina (Ácido fólico 5mg comprimido) e um antilipêmico (Sinvastatina 20mg comprimido).

Padrão – 80% (Rieck, 2002)

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão coletados por visitas às Unidades de Saúde. Em cada unidade será avaliada a existência dos medicamentos marcadores¹ disponíveis aos usuários do SUS. Utilizando apenas números inteiros. Para o levantamento dos dados deve ser utilizado o Formulário n. 5 (Anexo 5), dos instrumentos de pesquisa de campo, assinalando o número arábico 1, caso a resposta seja SIM e número arábico 0, caso a resposta seja NÃO, na coluna C (Observar que os medicamentos marcadores¹ estão dispostos em ordem alfabética). O indicador será obtido, através do seguinte cálculo:

$$\frac{\text{Número de medicamentos marcadores}^1 \text{ que se encontram em estoque nas US}}{\text{Número total de medicamentos marcadores}^1 \text{ pesquisados}} \times 100$$

Limitação - nenhuma

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

¹ Medicamentos marcadores, conhecidos também, como medicamentos traçadores ou indicadores (*tracer* ou *index drugs*) ou ainda cesta de medicamentos (*basket of drugs*). Sua existência tem por objetivo diminuir custos e agilizar a pesquisa, recomenda-se a limitação do número de medicamentos a ser utilizado, os quais farão parte de uma lista pré-estabelecida, para a coleta dos indicadores, como por exemplo, controle de estoque e disponibilidade de medicamentos. Os medicamentos selecionados como marcadores devem constar na lista nacional de medicamentos essenciais, estar entre os mais importantes do ponto de vista terapêutico, estar entre os mais utilizados, possuir custo unitário baixo e preferencialmente disponíveis internacionalmente, a fim de possibilitar comparações (Marcondes, 2002). O número de medicamentos elencados pode estar entre 10 e 50 (WHO, 1999-p72); 20 (Islam, 2007-p297) e 25 a 50 medicamentos (RPM, 1995-p104).

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8) -continuação.

R2- Porcentagem de medicamentos fora do prazo de validade nas US.

Utilidade- Garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, previstos na Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998). A possibilidade dos usuários do sistema receberem medicamentos vencidos expõe a população a um alto risco à saúde. A perda de medicamentos pode advir de vários fatores, tais como: omissão, falta de informação ao prescritor, falhas no planejamento de aquisição, medicamentos que passaram a desuso por consenso científico, mudanças na padronização de tratamentos, estoques estratégicos para epidemias que não foram utilizados, etc. Devem ser empreendidos todos os esforços para que sejam evitadas quaisquer perdas, mas se faz necessário conhecer as perdas, para que as falhas possam ser corrigidas (Rieck, 2002). A presença de medicamentos com prazo de validade expirado é um bom indicador de algumas deficiências na gestão (WHO, 1999).

Descrição- Todo o medicamento tem um prazo de validade que depende de sua estabilidade e está impresso na sua embalagem, devendo seu monitoramento ser realizado através dessa informação.

Padrão – Apesar da OMS (WHO, 1999) considerar uma margem de aceitabilidade de 10% para medicamentos fora do prazo de validade, será utilizado o padrão fixado em Rieck (2002), que é de 100% de medicamentos dentro prazo de validade e mais especificamente o valor utilizado por Cosendey (2000), que é de 0% de medicamentos fora do prazo de validade, por considerarmos a importância e impacto direto deste indicador no tratamento terapêutico do usuário.

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Serão examinados lotes/unidades de medicamentos nas Unidades de Saúde dos municípios, para levantamento de medicamentos com prazo de validade expirado. Em cada

lote/unidade será avaliado o prazo de validade de dez (10) itens de medicamentos. A amostragem será realizada pelo método aleatório e sistemático: o primeiro item será escolhido aleatoriamente dentro dos itens que constam no registro de estoque e a escolha das próximas unidades será realizada de maneira sistemática, a contar mais três itens após o item escolhido e localizado na prateleira, da esquerda para a direita, de cima para baixo. Quando o primeiro medicamento escolhido se encontrar localizado embaixo na prateleira, proceder normalmente, continuando, ao término da prateleira, na sua parte superior. Na falta de registro de estoque, relacionar os medicamentos, numerando-os e por sorteio, proceder normalmente à amostragem aleatória. Na falta de estoque do medicamento escolhido, desconsidere este e verifique o seguinte à direita na prateleira. Para o levantamento dos dados deve ser utilizado o Formulário n.º6 (Anexo 6), do instrumento de pesquisa de campo, assinalando na Coluna C, o número arábico 1, caso a resposta seja SIM (Pelo menos um lote/unidade do item verificado na prateleira se encontra fora do prazo de validade) e número arábico 0, caso a resposta seja NÃO (Todos os lotes/unidades verificados e presentes nas prateleiras estão dentro do prazo de validade). Caso sejam encontrados lotes/unidades sem a possibilidade de identificação do prazo de validade, estes não serão considerados para efeito de cálculo, contudo as US serão orientadas a retirar os mesmos das prateleiras, por não ser possível a sua rastreabilidade. Cálculo para obtenção do indicador:

Nº de medicamentos com prazo de validade vencido nas US

municipais

X 100

Nº total de medicamentos examinados

Limitação - Como no rol de medicamentos contém medicamentos que são muito comuns e em geral têm uma alta rotatividade, este indicador poderá não ser muito sensível, existindo a possibilidade de seleção de medicamentos com menor rotatividade (WHO, 1999). Contudo, neste estudo demos preferência para uma metodologia de amostragem aleatória e sistemática.

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8) -continuação.

R3- Número médio de medicamentos por prescrição nas Unidades de Saúde.

Utilidade- É um indicador sugerido pela OMS, o qual avalia a prescrição racional de medicamentos. As falhas nas prescrições têm origem em vários fatores, tais como: vulnerabilidade frente ao marketing agressivo da indústria farmacêutica, desconhecimento do elenco da Relação de Medicamentos Essenciais, falta de padronização, entre outras. O indicador tem como objetivo verificar condutas de prescrição de medicamentos, contribuindo para a formulação e o desenvolvimento de estratégias de promoção do seu uso racional. Na atenção básica de saúde, que deve ter foco na prevenção e promoção, um baixo número médio de medicamentos por prescrição expressa um uso racional do medicamento. Embora o número de medicamentos por prescrição não seja um padrão global, a OMS considera que, uma média superior a dois medicamentos por prescrição, reflete problemas na prática das prescrições (WHO, 1999).

Descrição- Este indicador considera o número de medicamentos contidos na prescrição. Medicamentos que contenham mais de um princípio ativo (associação) devem ser considerados como um único medicamento, devendo ser contados todos os medicamentos contidos na prescrição, independente do fato de o paciente ter recebido ou não o medicamento (Cosendey, 2000).

Padrão - Dois medicamentos ou menos por prescrição (Cosendey, 2000).

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão coletados por visita nas farmácias das Unidades de Saúde (US). Em cada US as prescrições serão selecionadas, pelo método de amostragem aleatória e sistemática, enumerando-se cada prescrição do dia anterior de atendimento e dividindo o resultado pelo total de trinta (30) prescrições a serem estudadas, obtendo-se um número o qual deverá ser utilizado como intervalo para

elegibilidade das prescrições a serem consideradas. Em casos onde não for possível o número de prescrições estabelecidas, selecionar o quanto for necessário em dias anteriores subsequentes, até alcançar trinta prescrições (prescrições ilegíveis, sem identificação do profissional prescritor e não provenientes de unidades de saúde da Atenção Básica do município estudado poderão ser substituídas, garantindo o número total da amostra). Será solicitado ao responsável pela guarda dos documentos, a ocultação dos nomes dos pacientes nas prescrições a serem estudadas e avaliado o número de medicamentos em cada prescrição. Para o levantamento dos dados devem ser utilizados os Formulários n.º7 (Anexo 7) e n.º8 (Anexo 8), Coluna B, do instrumento de pesquisa de campo. O Formulário n.º7 (Anexo 7), Coluna B, deve ser preenchido pela nomenclatura do medicamento prescrito na receita, estando ele denominado pelo nome de marca/comercial, Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI) ou pelo nome de referência, genérico ou similar (BRASIL, 1999), independentemente dos mesmos terem sido ou não atendidos/dispensados pela US. Caso o espaço na Coluna B, do Formulário n.º7 (Anexo 7), não seja suficiente para a anotação dos medicamentos prescritos, os mesmos podem ser anotados em cópia do Formulário n.º7 (Anexo 7) ou no verso do mesmo, com a devida identificação. O indicador é obtido através do cálculo:

Somatório de medicamentos prescritos

na amostra de prescrições

Número total de prescrições examinadas

Limitação – Falta de registro e guarda das prescrições e ilegibilidade das mesmas podem prejudicar o levantamento.

Fonte: WHO, 1999; Cosendey 2000; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8) -continuação.

R4- Porcentagem de medicamentos básicos no Anexo I da RENAME 2012 (Componente Básico de Assistência Farmacêutica) prescritos nas Unidades de Saúde.

Utilidade- A relação de medicamentos básicos presentes na RENAME 2012 (Brasil, 2012) é o elenco dos medicamentos básicos que servem para atender as necessidades de assistência à saúde da maioria da população na atenção primária à saúde no Brasil. Promove vantagens terapêuticas, no que diz respeito à promoção do uso racional e à melhoria da resolutividade terapêutica, fomentando o acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados às doenças prevalentes. Apresenta vantagens econômicas relacionadas à racionalização dos custos dos tratamentos e à otimização dos recursos gastos. A seleção de medicamentos é o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica (Marin, 2003), pois todas as outras atividades lhe são decorrentes. Este indicador, portanto, tem como objetivo estabelecer o grau de conhecimento e aceitação dos prescritores à relação de medicamentos básicos, a credibilidade do suprimento dos medicamentos selecionados, a qualidade do sistema na promoção à saúde da população, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de adesão, se for o caso.

Descrição- O indicador avalia a adesão dos prescritores dos serviços de saúde o município à relação de medicamentos básicos presentes na RENAME 2012.

Padrão - Numa política de Assistência Farmacêutica efetiva, o indicador deve estar muito próximo de 100%, consideraremos para efeito deste estudo o valor de 70% proposto por Cosendey, 2000 e também presente em Rieck, 2002.

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão coletados por visita nas farmácias das Unidades de Saúde (US). Em cada US as prescrições serão selecionadas, pelo método de amostragem aleatória e sistemática, enumerando-se cada prescrição do dia anterior de atendimento e

dividindo o resultado pelo total de trinta (30) prescrições a serem estudadas, obtendo-se um número o qual deverá ser utilizado como intervalo para elegibilidade das prescrições a serem consideradas. Em casos onde não for possível o número de prescrições estabelecidas, selecionar o quanto for necessário em dias anteriores subsequentes, até alcançar trinta prescrições (prescrições ilegíveis, sem identificação do profissional prescriptor e não provenientes de unidades de saúde da Atenção Básica do município estudado poderão ser substituídas, garantindo o número total da amostra). Será solicitado ao responsável pela guarda dos documentos, a ocultação dos nomes dos pacientes nas prescrições a serem estudadas e avaliado o número de medicamentos em cada. Para o levantamento dos dados devem ser utilizados os Formulários n.º7 (Anexo 7), Coluna B, e Formulário n.º8 (Anexo 8), Colunas B e C do instrumento de pesquisa de campo. Para o cálculo deste indicador será necessário o uso da relação de medicamentos básicos presentes no Anexo I da RENAME 2012 (Brasil, 2012) e de literatura atualizada que contenha o medicamento pela DCB ou DCI e o nome de marca do fármaco, por exemplo: Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), ABCfarma, Dicionário Terapêutico Guanabara, entre outras. Preencher com número arábico 1 = SIM e 0 = NÃO na coluna C, para cada medicamento prescrito e de acordo com o solicitado. O indicador será obtido, através do cálculo:

**Somatório de medicamentos prescritos que
pertencem a relação de medicamentos básicos
presentes na RENAME 2012**

Prescritos nas US _____ **X 100**

**Nº total de medicamentos prescritos nas
prescrições examinadas nas US**

Limitação – Falta de registro e guarda das prescrições e ilegibilidade das mesmas podem prejudicar o levantamento.

Fonte: WHO, 1999; Cosendey 2000; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8).

R5- Quantidade de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) e/ou a Denominação Comum Internacional (DCI) nas Unidades de Saúde.

Utilidade- A DCB e, na sua falta, a DCI, são as denominações do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovado pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (Brasil, 1999). A aquisição e a prescrição de medicamentos pela DCB são dispositivos legais que visam reduzir os custos dos tratamentos no SUS, tendo assegurado a qualidade, a eficácia e a segurança dos medicamentos. O objetivo deste indicador é avaliar a observância da norma legal, Lei Federal n. ° 9.787/99, de 10/02/99, Art. 3° (Brasil, 1999) que determina que as aquisições e as prescrições, do âmbito do SUS, devam ser feitas pela DCB ou DCI e ainda pela Resolução Estadual - SS nº 126, de 13/8/2009 que dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que os compõe no âmbito do SUS (São Paulo, 2009), analisando a extensão do conhecimento e cumprimento da legislação pelos prescritores.

Descrição- O indicador analisa o conhecimento e a adesão dos prescritores à legislação, nas US dos municípios.

Padrão – A taxa estabelecida para o indicador deve ser de 100% (Cosendey, 2000), uma vez que há legislação específica sobre o assunto, conforme descrito acima e, portanto, será o valor a ser considerado neste estudo, apesar de Rieck (2002) permitir uma taxa próxima a este valor, estabelecendo como referência um índice de até 80%.

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão coletados por visita nas farmácias das Unidades de Saúde (US). Em cada US as prescrições serão selecionadas, pelo método de amostragem aleatória e

sistemática, enumerando-se cada prescrição do dia anterior de atendimento e dividindo o resultado pelo total de trinta (30) prescrições a serem estudadas, obtendo-se um número o qual deverá ser utilizado como intervalo para elegibilidade das prescrições a serem consideradas. Em casos onde não for possível o número de prescrições estabelecidas, selecionar o quanto for necessário em dias anteriores subsequentes, até alcançar trinta prescrições (prescrições ilegíveis, sem identificação do profissional prescriptor e não provenientes de unidades de saúde da Atenção Básica do município estudado poderão ser substituídas, garantindo o número total da amostra). Será solicitado ao responsável pela guarda dos documentos, a ocultação dos nomes dos pacientes nas prescrições a serem estudadas e avaliado o número de medicamentos em cada prescrição. Para o levantamento dos dados devem ser utilizados os Formulários n.º7 (Anexo 7), Coluna B, e Formulário n.º8 (Anexo 8), Coluna D do instrumento de pesquisa de campo. Para o cálculo deste indicador será necessário o uso de literatura atualizada que contenha o medicamento pela DCB ou DCI e o nome de marca do fármaco, por exemplo: Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), ABCfarma, Dicionário Terapêutico Guanabara, entre outras. No caso de medicamentos fitoterápicos serão considerados a sinonímia ou nomenclatura popular presente no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira (Brasil, 2011) ou na RDC n.º95/08 (Brasil, 2008). Preencher com número arábico 1 = SIM e 0 = NÃO na coluna D, para cada medicamento prescrito e de acordo com o solicitado. O indicador será obtido, através do cálculo:

$$\frac{\text{Somatório de medicamentos prescritos pela DCB e/ou DCI nas US}}{\text{Número total de medicamentos prescritos nas prescrições examinadas nas US}} \times 100$$

Limitação – Falta de registro e guarda das prescrições e ilegibilidade das mesmas podem prejudicar o levantamento.

Fonte: WHO, 1999; Cosendey 2000; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8).

R6- Porcentagem de itens de medicamentos prescritos e atendidos nas Unidades de Saúde.

Utilidade- Muitos fatores influenciam a saúde de uma população e o medicamento é um dos recursos terapêuticos utilizados para o seu controle, redução dos efeitos ou eliminação dos sofrimentos causados pela enfermidade. Dentro da Política Nacional de Medicamentos a garantia de acesso da população aos medicamentos essenciais básicos é uma de suas diretrizes (Brasil, 1998). A avaliação da demanda não atendida procura ser uma estratégia para melhoria desse acesso.

Descrição- Avalia o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos prescritos.

Padrão – Segundo a OMS este índice pode ser de 75% (WHO, 1999), mas estaremos utilizando o valor proposto por Rieck (2002) que é de 80%.

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- - Os dados serão coletados por visita nas farmácias das Unidades de Saúde (US). Em cada US as prescrições serão selecionadas, pelo método de amostragem aleatória e sistemática, enumerando-se cada prescrição do dia anterior de atendimento e dividindo o resultado pelo total de trinta (30) prescrições a serem estudadas, obtendo-se um número o qual deverá ser utilizado como intervalo para elegibilidade das prescrições a serem consideradas. Em casos onde não for possível o número de prescrições estabelecidas, selecionar o quanto for necessário em dias anteriores subsequentes, até alcançar trinta prescrições (prescrições ilegíveis, sem identificação do profissional prescritor e não provenientes de unidades de saúde da Atenção Básica do município estudado poderão ser substituídas, garantindo o número total da amostra). Será solicitado ao responsável pela guarda dos documentos, a ocultação dos nomes dos pacientes nas prescrições a serem estudadas e avaliado o número de medicamentos em cada

prescrição. Para o levantamento dos dados devem ser utilizados os Formulários n.º9 (Anexo 9), Coluna B (pegar dados Formulário nº7-Anexo 7, Coluna B) e Coluna C do instrumento de pesquisa de campo. Preencher com número arábico 1 = SIM e 0 = NÃO na coluna C do Formulário nº9 (Anexo 9), para cada medicamento prescrito e de acordo com o solicitado. O indicador será obtido, através do cálculo:

Número de medicamentos prescritos e atendidos

nas prescrições examinadas nas US X 100

**Total de medicamentos prescritos nas
prescrições examinadas nas US**

Limitação – Falta de registro e guarda das prescrições e ilegibilidade das mesmas podem prejudicar o levantamento.

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8).

R7- Porcentagem de prescrições atendidas na íntegra aos usuários do SUS nas Unidades de Saúde.

Utilidade- As enfermidades impõe um custo social elevado. Uma prescrição pode conter um ou mais tratamentos. Se não for atendida em sua totalidade acabará acarretando dispêndio social de outros recursos, tais como, falta ao trabalho, interrupção no tratamento, entre outras. Para uma efetiva resolutividade do agravo de saúde apresentado é necessário que todo o tratamento prescrito seja cumprido. Esse indicador tem como objetivo avaliar o acesso dos usuários do sistema a íntegra dos medicamentos prescritos, e, por conseguinte, a eficácia das etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica (Marin, 2003).

Descrição- Avalia o acesso dos usuários do SUS a íntegra dos medicamentos prescritos nas US.

Padrão - 60% (Rieck, 2002)

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão coletados por visita nas farmácias das Unidades de Saúde (US). Em cada US as prescrições serão selecionadas, pelo método de amostragem aleatória e sistemática, enumerando-se cada prescrição do dia anterior de atendimento e dividindo o resultado pelo total de trinta (30) prescrições a serem estudadas, obtendo-se um número o qual deverá ser utilizado como intervalo para elegibilidade das prescrições a serem consideradas. Em casos onde não for possível o número de prescrições estabelecidas, selecionar o quanto for necessário em dias anteriores subsequentes, até alcançar trinta prescrições (prescrições ilegíveis, sem identificação do profissional prescritor e não provenientes de unidades de saúde da Atenção Básica do município estudado poderão ser substituídas, garantindo o número total da amostra). Será solicitado

ao responsável pela guarda dos documentos, a ocultação dos nomes dos pacientes nas prescrições a serem estudadas e avaliado o número de medicamentos em cada prescrição. Para o levantamento dos dados devem ser utilizados os Formulários n.º9 (Anexo 9), Coluna D do instrumento de pesquisa de campo. Preencher com número arábico 1 = SIM e 0 = NÃO na coluna D do Formulário n.º9 (Anexo 9), para cada prescrição atendida de acordo com o solicitado. O indicador é obtido, através do cálculo:

$$\frac{\text{Nº de prescrições atendidas na} \\ \text{íntegra examinadas nas US}}{\text{Total de prescrições examinadas} \\ \text{Nas US}} \times 100$$

Limitação – Falta de registro e guarda das prescrições e ilegibilidade das mesmas podem prejudicar o levantamento.

Fonte: WHO, 1999; Rieck, 2002.

Anexo 10 – Descrição detalhada dos indicadores de Estrutura (E1 à E4), de Processo (P1) e de Resultados (R1 à R8).

R8- Porcentagem medicamentos do Anexo I da RENAME 2012 (Componente Básico de Assistência Farmacêutica) prescritos e atendidos nas Unidades de Saúde.

Utilidade- Este indicador mede o grau em que as unidades de saúde são capazes de fornecer os medicamentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica (CBAF) prescritos.

Descrição- Porcentagem de medicamentos do CBAF atendidos, em relação ao total de medicamentos do CBAF prescritos. Este indicador é útil para determinar se a disponibilidade dos medicamentos do CBAF nos municípios possibilita o real atendimento das prescrições nas unidades de saúde.

Padrão - 95% (Cosendey, 2000)

Fonte, métodos de coleta de dados e cálculo do indicador- Os dados serão coletados por visita nas farmácias das Unidades de Saúde (US). Em cada US as prescrições serão selecionadas, pelo método de amostragem aleatória e sistemática, enumerando-se cada prescrição do dia anterior de atendimento e dividindo o resultado pelo total de trinta (30) prescrições a serem estudadas, obtendo-se um número o qual deverá ser utilizado como intervalo para elegibilidade das prescrições a serem consideradas. Em casos onde não for possível o número de prescrições estabelecidas, selecionar o quanto for necessário em dias anteriores subsequentes, até alcançar trinta prescrições (prescrições ilegíveis, sem identificação do profissional prescritor e não provenientes de unidades de saúde da Atenção Básica do município estudado poderão ser substituídas, garantindo o número total da amostra). Será solicitado ao responsável pela guarda dos documentos, a ocultação dos nomes dos pacientes nas prescrições a serem estudadas e avaliado o número de medicamentos em cada prescrição. Para o levantamento dos dados devem ser utilizados os Formulários n.º8 (Anexo 8), Coluna E do instrumento de pesquisa de campo. Preencher com

número arábico 1 = SIM e 0 = NÃO na coluna E, para cada medicamento prescrito atendido que faça parte do CBAF. O indicador é obtido, através do cálculo:

Número de medicamentos do CBAF atendidos X 100

Total de medicamentos do CBAF prescritos

Limitação – Falta de registro e guarda das prescrições e ilegibilidade das mesmas podem prejudicar o levantamento.

Fonte: WHO, 1999; Cosendey 2000; Rieck, 2002.

Anexo 11 – Lista dos municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS IX*.

1	ADAMANTINA	26	LUTÉCIA
2	ÁLVARO DE CARVALHO	27	MARACAÍ
3	ALVINLÂNDIA	28	MARIÁPOLIS
4	ARCO ÍRIS	29	MARÍLIA
5	ASSIS	30	OCAUÇU
6	BASTOS	31	ORIENTE
7	BORÁ	32	OSCAR BRESSANE
8	CAMPOS NOVOS PAULISTA	33	OSVALDO CRUZ
9	CÂNDIDO MOTA	34	PACAEMBU
10	CRUZÁLIA	35	PALMITAL
11	ECHAPORÃ	36	PARAGUAÇU PAULISTA
12	FERNÃO	37	PARAPUÃ
13	FLÓRIDA PAULISTA	38	PEDRINHAS PAULISTA
14	FLORÍNIA	39	PLATINA
15	GÁLIA	40	POMPÉIA
16	GARÇA	41	PRACINHA
17	GUAIMBÊ	42	QUEIROZ
18	GUARANTÃ	43	QUINTANA
19	HERCULÂNDIA	44	RINÓPOLIS
20	IACRI	45	SAGRES
21	IBIRAREMA	46	SALMOURÃO
22	INÚBIA PAULISTA	47	TARUMÃ
23	JÚLIO MESQUITA	48	TUPÃ
24	LUCÉLIA	49	UBIRAJARA
25	LUPÉRCIO	50	VERA CRUZ

Fonte: São Paulo, 2012a.

*Exceto os 12 municípios do CGR-Ourinhos (Tabela 1)

Anexo 12 – Formulário de consolidação parcial dos dados.

FORMULÁRIO Nº10-TABELA DE CONSOLIDAÇÃO PARCIAL DOS DADOS DA PESQUISA DE CAMPO																								
IN	AM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	S	CAL	RES		
E3a																							%	
E3b																								%
E4																								%
P1a																								%
P1b																								%
R1																								%
R2																								%
R3																								%
R4																								%
R5																								%
R6																								%
R7																								%
R8																								%
IN = Indicador		AM = Amostra		Nºs (1 a 18) = Unidades de Saúde e CAF		S = Somatória		CAL = Cálculo		RES = Resultado														
P1a e E3a = Dados coletados em Amostratérios ou Centros de Abastecimento Farmacêutico (CAF) P1b e E3b = Dados coletados em Farmácias das Unidades de Saúde Indicadores ver Anexo 10																								

Fonte: Adaptado de Kieck, 2002.

Anexo 13 – Formulário de consolidação geral dos dados.

FORMULÁRIO N°11-TABELA DE CONSOLIDAÇÃO GERAL DOS DADOS DA PESQUISA DE CAMPO																
IN	AM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	S	CAL	RES
E3a	12													A	A/12	%
E3b	12													B	B/12	%
E4	12													C	C/12	%
P1a	12													D	D/12	%
P1b	12													E	E/12	%
R1	12													F	F/12	%
R2	12													G	G/12	%
R3	12													H	H/12	
R4	12													I	I/12	%
R5	12													J	J/12	%
R6	12													L	L/12	%
R7	12													M	M/12	%
R8	12													N	N/12	%
IN = Indicador	AM = Amostra	N°s (1 a 12) = Municípios										S = Somatória	CAL = Cálculo	RES = Resultado		
P1a e E3a = Dados coletados em Almoços/lanche ou Contrato de Almoçamento Farmacêuticos(CAF)																
P1b e E3 b = Dados coletados em Farmácias das Unidades de Saúde																
Indicadores ver Anexo 10																
Fonte: Adaptado de Risch, 2002.																

Anexo 14 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Comitê de Ética em Pesquisa - Certificado <http://www.fop.unicamp.br/cep/sistema/certificado.php?Protocolo=003>

 **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS 

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**A assistência farmacêutica básica em um colegiado de gestão regional do estado de São Paulo, sob o olhar da investigação, da ação e da pesquisa**", protocolo nº 003/2013, dos pesquisadores Maurício Massayuki Nambu e Luciane Miranda Guerra, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 23/02/2013.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**The basic pharmaceutical assistance in a regional management collegiate of São Paulo, under the look of investigation, action and research**", register number 003/2013, of Maurício Massayuki Nambu and Luciane Miranda Guerra, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 02/23/2013.


Prof. Dr. Felipe Bevilacqua Prado
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Note: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

1 de 1 23/4/2013 16:0



Anexo 15 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr.(a),

Convidamos você a participar da nossa pesquisa: "A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM UM COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, SOB O OLHAR DA INVESTIGAÇÃO, DA AÇÃO E DA PESQUISA". As informações contidas neste documento serão fornecidas pelos pesquisadores da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp: Prof^ª. Dr^ª. Luciane Miranda Guerra e o aluno de pós-graduação, Maurício Massayuki Nambu, (mestrado) para convidar e firmar acordo consentimento livre e esclarecido, através do qual você consente a participar, com total conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre-arbítrio e livre de qualquer coação, podendo desistir quando quiser. A sua colaboração, através de autorização e concordância em participar, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias e que não haverá ônus a sua pessoa.

Pesquisadores responsáveis:

Maurício Massayuki Nambu – Tel: Fone: (14) 8146-8007

Endereço: Rua

CEP:

E-mail: mauricionambu@ig.com.br

Prof^ª.Dr^ª. Luciane Miranda Guerra (Orientadora) - Tel: (19) 3896-2342

Endereço: Rua

CEP:

E-mail: lucianemirandaguerra@gmail.com

Justificativa:

A assistência farmacêutica apresenta importância inquestionável no cenário das políticas públicas de saúde no Brasil, devido a sua inserção e influência direta e indireta nos programas de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde). A verificação de como as assistências farmacêuticas básicas municipais, estão estruturadas no que diz respeito aos aspectos organizacionais, de infraestrutura e de recursos humanos, pode permitir o delineamento do diagnóstico situacional e da visualização de possíveis implicações no SUS. Através do monitoramento e avaliação, que fazem parte do processo de gestão, da



UNICAMP

Anexo 15 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)-continuação.

utilização da metodologia da investigação-ação com abordagem na metodologia da pesquisa científica e em conjunto com o agir na prática, pode-se impactar positiva e incisivamente nas ações destinadas aos usuários do sistema de saúde.

Objetivos:

Avaliar as Assistências Farmacêuticas Básicas municipais das cidades que compõem o Colegiado de Gestão Regional de Saúde de Ourinhos/SP, através de indicadores de estrutura, processo e resultado, e propor ações na perspectiva de impactar mudanças positivas nos indicadores e na prática dos serviços.

Descrição da pesquisa:

Metodologia

Somente depois que concordar em participar e assinar este documento, você será considerado voluntário. Você não deve se sentir obrigado a assinar nenhum documento e pode pedir todos os esclarecimentos que achar necessário. Você responderá questões sobre a Assistência Farmacêutica Municipal, segundo indicadores baseados no manual prático de acompanhamento de políticas nacionais de medicamentos, publicado pela OMS, sendo que estas informações serão mantidas em sigilo. Você participará de oficina temática baseada nos indicadores propostos neste estudo. Deverá fazer parte da pesquisa pelo menos um responsável pelas Assistências Farmacêuticas Municipais, referentes aos doze municípios do Colegiado de Gestão Regional de Saúde de Ourinhos-SP

Possibilidade de inclusão em grupo controle/placebo

Não haverá grupo controle e placebo neste estudo.

Métodos alternativos para obtenção da informação

Não existem métodos alternativos para obtenção da informação.

Descrição crítica dos desconfortos e riscos previsíveis

Os questionários serão respondidos de maneira a se evitar qualquer tipo de constrangimento por parte dos voluntários. Não há previsão de riscos aos participantes desta pesquisa.

Descrição dos benefícios e vantagens diretas ao voluntário



Anexo 15 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)-continuação.

mudanças positivas nos indicadores e na prática dos serviços, não há previsão de benefícios diretos.

Forma de acompanhamento e assistência ao sujeito

Os pesquisadores responsáveis acompanharão os sujeitos voluntários da pesquisa e darão assistência quando você solicitar, resolvendo problemas relacionados à pesquisa ou dúvidas a respeito da mesma.

Garantia de esclarecimentos

Você tem a garantia de que receberá respostas para qualquer pergunta e suas dúvidas sobre os procedimentos, sobre os riscos, os benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa serão esclarecidos.

Garantia de recusa à participação ou saída do estudo

Você tem liberdade para retirar seu consentimento ou se recusar a continuar a participar do estudo, a qualquer momento, conforme determinação da Resolução 196/96 do CNS do Ministério da Saúde, sem qualquer tipo de prejuízo ou punição.

Garantia de sigilo

Nós, os pesquisadores, prometemos resguardar todas as suas informações sobre a pesquisa e vamos tratar estas informações com impessoalidade, não revelando sua identidade.

Garantia de ressarcimento

Não há previsão de ressarcimento de despesa, visto que a pesquisa será realizada em horário onde o trabalhador estará na unidade de saúde em horário de trabalho, portanto, você não terá gastos para participar da pesquisa.

Garantia de indenização e/ou reparação de danos

Como não há riscos ou danos previsíveis, neste caso, não há previsão de indenização. Caso ocorra algum imprevisto, ficam os pesquisadores responsáveis em indenizar em comum acordo com os voluntários, eventuais danos decorrentes desta pesquisa.

Cópia do Termo de consentimento:

Você está recebendo duas cópias deste Termo uma é sua e a outra deverá ser assinada e devolvida.



UNICAMP



Anexo 15 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)-continuação.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde de nossa população.

Atenciosamente,

Maurício Massayuki Nambu



UNICAMP



Anexo 15 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
RG n° _____ responsável pela AF de _____,
certifico ter lido todas as informações acima citadas e estar suficientemente esclarecido de todos os itens pelo pós-graduando Maurício Massayuki Nambu pesquisador responsável na condução da pesquisa. Estou plenamente de acordo e aceito participar desta pesquisa "A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM UM COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, SOB O OLHAR DA INVESTIGAÇÃO, DA AÇÃO E DA PESQUISA". E recebi uma cópia desse documento.

_____, _____ de _____ de 201__.

Nome: _____ C.I. _____

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ATENÇÃO: Em caso de dúvida quanto aos seus direitos como voluntário da pesquisa, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP: Av. Limeira, 901-CEP13414-900-Piracicaba-SP. Telefone/fax: 19-21065349, email: cep@fop.unicamp.br
Web site: www.fop.unicamp.br/cep

Anexo 17 - Modelo de declaração de uso da instituição.

EM PAPEL TIMBRADO DA PREFEITURA

Declaração para uso da Instituição

Em cumprimento à carta 212/CONEP/CNS de 21/10/2010, eu abaixo assinado, declaro ter lido e concordado, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Declaro ainda que esta instituição também está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa intitulado “A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM UMA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, SOB O OLHAR DA INVESTIGAÇÃO, DA AÇÃO E DA PESQUISA”, que tem por objetivo avaliar as Assistências Farmacêuticas Básicas municipais das cidades que compõem o Colegiado de Gestão Regional de Saúde de Ourinhos/SP, através de indicadores de estrutura, processo e resultado, e propor ações na perspectiva de impactar mudanças positivas nos indicadores e na prática dos serviços, a ser realizado pelo aluno regularmente matriculado no curso de Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas-FOP/UNICAMP, MAURÍCIO MASSAYUKI NAMBU, sob orientação da Professora Dra. Luciane Miranda Guerra, e ainda do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar e execução da pesquisa. Essa carta somente terá validade quando anexada ao documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-Unicamp.

Assinatura e Carimbo

Secretária (o) Municipal de Saúde

_____, de

de 20

Anexo 18 - Convite para realização da oficina temática.

The screenshot shows a Gmail email titled "Oficina de Assistência Farmacêutica" from "Assist. Farmacêutica Sec. Munic. de Saúde de Ourinhos (SP)". The email is dated March 11, 2014, at 15:34. The sender is Mauricio Nambu. The recipients include various farmacia and saúde professionals from Ourinhos, SP. The main body of the email is a formal invitation for a thematic workshop on the management of basic pharmaceutical assistance, to be held on March 27, 2014, at the Municipal Health Secretariat. The invitation includes details about the agenda and a request for confirmation of attendance via email. The email interface is shown within an Adobe Reader window, with a right-hand sidebar for signing and commenting.

Gmail - Oficina de Assistência Farmacêutica
Assist. Farmacêutica Sec. Munic. de Saúde de Ourinhos (SP)
<far.sms.ourinhos@gmail.com>

Oficina de Assistência Farmacêutica
3 mensagens

Mauricio Nambu <mauricionambu@gmail.com> 11 de março de 2014 15:34
Para: Bernardino-Farm <farmaciabernardino@hotmail.com>, Canitar-Farm <farmaciacanitar@gmail.com>, Chavantes-Farm <saude@chavantes.sp.gov.br>, "Esp.Santo Turvo-Farm" <farmacia@espiritasantodoturvo.sp.gov.br>, Ipaussu-Farm <saude_ipaussu@hotmail.com>, Oleo-Farm <joaofarmacia63@hotmail.com>, "Assist. Farmacêutica Sec. Munic. de Saúde de Ourinhos (SP)" <far.sms.ourinhos@gmail.com>, Ribeirão do Sul <farmaciarts@yahoo.com.br>, Salto Grande-Farm <saude@saltogrande.com.br>, Paulo Roque <paulorobrei@yahoo.com.br>, Santa Cruz do RP-CS <elainemartelini@gmail.com>, Santa Cruz RP-CAF <cotacaocrp@hotmail.com>, São Pedro do Turvo-Farm <spurtvosaudefarma@gmail.com>, Timburi-Farm <simone-moraes99@hotmail.com>

Prezados gestores/profissionais da Assistência Farmacêutica

Conforme planejamento e conhecimento dos senhores, estamos realizando a pesquisa e ação relacionada à **Assistência Farmacêutica Básica no Colegiado de Gestão Regional de Ourinhos (CGR/CIR)**. Sendo assim, dando prosseguimento as atividades, temos a honra de convidar os senhores gestores, profissionais farmacêuticos e trabalhadores da Assistência Farmacêutica (dispensação de medicamentos) para realização da **1ª Oficina Temática para discussão da Assistência Farmacêutica Básica Regional**, a ser realizada no município de **Ourinhos**, no dia **27/03/14**, das 09 às 14h, no auditório da **Secretaria Municipal de Saúde**, localizado a rua Wenceslau Brás, 33, Vila Mano, Ourinhos-SP.

Carta Convite em anexo.

FAVOR CONFIRMAR PRESENÇA E O Nº DE PESSOAS- VIA EMAIL

Anexo 19 - Oficina temática – documento de planejamento.

OFICINA TEMÁTICA

TEMA: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

ORGANIZADORES:

Maurício Massayuki Nambu - Mestrando

Prof. Dra. Luciane Miranda Guerra - Orientadora

OBJETIVO GERAL: Discutir a Assistência Farmacêutica Básica no Colegiado de Gestão Regional de Ourinhos-SP

OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover uma análise geral dos resultados iniciais levantados através dos indicadores propostos para avaliação da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) da região de Ourinhos-SP, inseridos no projeto de dissertação de Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP, com discussão dos possíveis fatores causais e elaboração de estratégias de maneira participativa e colaborativa, com o intuito de contribuir para possíveis melhorias nos resultados levantados no diagnóstico situacional.

PÚBLICO ALVO: Farmacêuticos responsáveis pela Assistência Farmacêutica municipal, com convite extensivo à gestores, demais profissionais farmacêuticos municipais e trabalhadores da Assistência Farmacêutica Básica dos 12 (doze) municípios do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS IX), Colegiado de Gestão Regional de Saúde (CGR/CIR) Ourinhos-SP.

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO: 27/03/14 – das 9:00 às 14:00h

LOCAL: Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos

ENDEREÇO: Rua Wenceslau Brás, 33, Vila Mano, Ourinhos-SP

TELEFONE: (14) 3302-7182

DESENVOLVIMENTO:

- **Planejamento;**

- **Elaboração, aquisição ou provimento dos materiais e instrumentos a serem utilizados;**

. Impressos (dados, lista de presença, crachás), *Coffee-break/brunch*, multimídia, *flip sharp*, gravador, caneta e papel.

- **Informe no CGR/CIR (ver data da reunião):** Informar na reunião do CGR sobre a realização da oficina e solicitação de apoio aos gestores quanto a liberação dos profissionais para participação na mesma.

- **Convite:** Enviar via correio eletrônico (email), convite sobre a oficina temática a todos os responsáveis pelas AFB dos municípios estudados, com confirmação do recebimento e reforço via telefone, caso necessário.

- **Realização da oficina;**

ETAPAS DA OFICINA (ver quadro de tempo):

- **TEMPO DE DURAÇÃO:** 05 HORAS

Anexo 19 - Oficina temática – documento de planejamento (continuação)

- **ABERTURA:** Pesquisador abre a oficina – com explanação geral sobre a AFB, inserindo o assunto, após, abertura da palavra aos presentes sobre o que pensam, acreditam e esperam das AFB.

- **APRESENTAÇÃO DOS DADOS** (Diagnóstico obtido na pesquisa inicial): Apresentação dos dados obtidos na pesquisa inicial, através dos indicadores propostos.

SEPARAR EM GRUPOS:

- Grupos pelo nº de pessoas – aproximadamente 6 grupos; 01 relator para cada grupo;
- Discussão dos indicadores com elaboração de propostas para sua melhoria, se for o caso.

PLENÁRIA/DISCUSSÃO: (gravar ou anotar)

- Cada relator apresenta as propostas levantadas para melhoria dos indicadores estudados; Após, demais melhorias ou observações levantadas;
- Discussão;

BRUNCH

PRODUÇÃO TEXTUAL FINAL

- Elaboração de ata / Carta de intenções – com assinaturas e identificação dos presentes.

QUADRO 1. Descrição das atividades e tempo de duração.

ORDEM	ATIVIDADE	CONDUTOR	TEMPO
1	- Apresentação do mediador e dos participantes; - Introdução;	Mediador/Organizador/Pesquisador	10'
2	- Apresentação do tema e objetivos; - Apresentação e discussão das atividades;	Mediador/Organizador/Pesquisador	15'
3	- Palavra/Observações dos presentes;	Mediador/Organizador/Pesquisador	15'
4	- Apresentação dos dados da pesquisa;	Mediador/Organizador/Pesquisador	40'
5	- Organização dos grupos de trabalho; - Distribuição dos participantes nos grupos de trabalho;	Mediador/Organizador/Pesquisador	15'
6	- Discussão dos indicadores com elaboração de propostas para sua melhoria, se for o caso;	Participantes Mediador/Organizador/Pesquisador	80'
7	Plenária: c/ Brunch - Apresentação das propostas levantadas para melhoria dos indicadores estudados; - Demais propostas/observações; - Discussão;	Participantes Mediador/Organizador/Pesquisador	75'
8	- Produção Textual Final: Elaboração de ata / Carta de intenções – com assinaturas e identificação de todos os presentes	Participantes Mediador/Organizador/Pesquisador	50'
TOTAL			300'

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática.

OFICINA TEMÁTICA- RELATÓRIO

TEMA: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

ORGANIZADORES:

Maurício Massayuki Nambu - Mestrando

Prof. Dra. Luciane Miranda Guerra - Orientadora

OBJETIVO GERAL: Discutir a Assistência Farmacêutica Básica no Colegiado de Gestão Regional de Ourinhos-SP (CGR/CIR).

OBJETIVO ESPECÍFICO: Promover uma análise geral dos resultados iniciais levantados através dos indicadores propostos para avaliação da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) da região de Ourinhos-SP, inseridos no projeto de dissertação de Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP, com discussão dos possíveis fatores causais e elaboração de estratégias de maneira participativa e colaborativa, com o intuito de contribuir para possíveis melhorias na AFB desse colegiado.

PÚBLICO ALVO: Responsáveis e trabalhadores da AFB dos 12 (doze) municípios do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS IX), Colegiado de Gestão Regional de Saúde (CGR/CIR) Ourinhos-SP.

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO: 27/03/14 – das 9:00 às 14:00h

LOCAL: Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos-SP

ENDEREÇO: Rua Wenceslau Brás, 33, Vila Mano, Ourinhos-SP

Às 9:00 horas do dia 27 de março de 2014, no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Ourinhos, localizado à Rua Wenceslau Brás, 33, Vila Mano, Ourinhos-SP, realizou-se a Oficina Temática sobre Assistência Farmacêutica Básica (Figuras A e B), analisando os indicadores propostos para avaliação da Assistência Farmacêutica Básica (AFB) do CGR/CIR Ourinhos-SP, inseridos no projeto de dissertação de Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP, onde foram discutidos possíveis fatores causais e elaboradas propostas de maneira participativa e colaborativa, com o intuito de contribuir para melhorias nos resultados levantados no diagnóstico situacional. Estiveram presentes, representantes de sete dos doze

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática (continuação).

municípios que compõe o CGR/CIR Ourinhos, sendo eles, São Pedro do Turvo, Timburi, Ourinhos, Bernardino de Campos, Ribeirão do Sul, Chavantes e Ipaussu, conforme lista de presença em anexo. O início dos trabalhos se deu com a palavra do Secretário Municipal de Saúde de Ourinhos, André Camargo Mello, agradecendo a presença de todos os profissionais, discorrendo sobre a importância de ações e trabalhos no sentido de buscar melhorias para o setor de saúde pública e ao farmacêutico e pesquisador sobre a relevância do trabalho.

A seguir, o pesquisador e organizador da oficina apresentou o tema, os objetivos do estudo, os resultados do levantamento de dados realizado, após o que descreveu aos presentes o roteiro para condução dos trabalhos, conforme planejamento prévio (Anexo 19).

Durante a apresentação dos dados as cidades foram nominadas por letras (forma, maiúsculas), a fim de evitar possíveis constrangimentos entre os presentes e seus respectivos municípios.

Houve abertura para questionamentos sobre a metodologia da pesquisa, dados e quaisquer outras dúvidas. O pesquisador foi questionado quanto a não participação dos demais municípios presentes no estudo, sendo que o mesmo relatou que os convites haviam sido realizados durante a pesquisa de campo e formalmente através de correio eletrônico, não havendo justificativa das ausências.

Os presentes foram, então, distribuídos em três grupos de quatro integrantes cada.

Cada grupo teve 80 minutos para discussão dos indicadores, relacionando causas, propostas e desafios para seu enfrentamento/melhoria, contando com a presença do mediador/pesquisador em cada grupo, de forma rotativa, estimulando as discussões, sem contudo interferir nas propostas.

Em seguida realizou-se a plenária, a qual teve duração de 60 minutos, e onde foram apresentadas as propostas de todos os grupos. O pesquisador mediou a participação

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática (continuação).

municípios que compõe o CGR/CIR Ourinhos, sendo eles, São Pedro do Turvo, Timburi, Ourinhos, Bernardino de Campos, Ribeirão do Sul, Chavantes e Ipaussu, conforme lista de presença em anexo. O início dos trabalhos se deu com a palavra do Secretário Municipal de Saúde de Ourinhos, André Camargo Mello, agradecendo a presença de todos os profissionais, discorrendo sobre a importância de ações e trabalhos no sentido de buscar melhorias para o setor de saúde pública e ao farmacêutico e pesquisador sobre a relevância do trabalho.

A seguir, o pesquisador e organizador da oficina apresentou o tema, os objetivos do estudo, os resultados do levantamento de dados realizado, após o que descreveu aos presentes o roteiro para condução dos trabalhos, conforme planejamento prévio (Anexo 19).

Durante a apresentação dos dados as cidades foram nominadas por letras (forma, maiúsculas), a fim de evitar possíveis constrangimentos entre os presentes e seus respectivos municípios.

Houve abertura para questionamentos sobre a metodologia da pesquisa, dados e quaisquer outras dúvidas. O pesquisador foi questionado quanto a não participação dos demais municípios presentes no estudo, sendo que o mesmo relatou que os convites haviam sido realizados durante a pesquisa de campo e formalmente através de correio eletrônico, não havendo justificativa das ausências.

Os presentes foram, então, distribuídos em três grupos de quatro integrantes cada.

Cada grupo teve 80 minutos para discussão dos indicadores, relacionando causas, propostas e desafios para seu enfrentamento/melhoria, contando com a presença do mediador/pesquisador em cada grupo, de forma rotativa, estimulando as discussões, sem contudo interferir nas propostas.

Em seguida realizou-se a plenária, a qual teve duração de 60 minutos, e onde foram apresentadas as propostas de todos os grupos. O pesquisador mediou a participação

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática (continuação).

dos presentes, a fim de que tais propostas fossem amplamente discutidas, e assim, democraticamente elaboradas.

A oficina teve duração total de cinco horas, havendo espaço suficiente para que cada grupo discutisse e elencasse as propostas presentes no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 - Propostas elencadas durante Oficina Temática sobre Assistência Farmacêutica Básica do CGR/CIR Ourinhos-São Paulo, baseada nos indicadores propostos.

INDICADOR*	PROPOSTAS
E1	- Sensibilização dos gestores para contratação de no mínimo 01 profissional farmacêutico por unidade dispensadora de medicamentos de acordo com a legislação vigente;
E2	- Elaboração de projeto junto ao Núcleo de Educação Permanente (NEPER) para realização de Oficina em Assistência Farmacêutica; - Reuniões internas com a equipe; - Possibilidade de realização de videoconferência sobre Assistência Farmacêutica no CGR/CIR de Ourinhos; - Sensibilização dos gestores sobre a importância e necessidade das capacitações da equipe de Assistência Farmacêutica;
E3	- Melhoria nas condições das estruturas físicas e materiais das farmácias; - Adequação da climatização e refrigeração; - Elaboração de um manual de Boas Práticas de Armazenamento regional (sintetizado), baseado na legislação vigente;
E4	- Revisão da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) com base na legislação vigente; - Sensibilização dos gestores quanto ao direito do usuário no acesso a lista de medicamentos essenciais afixada em local visível;
P1	- Informatização com software específico, integralizado e com treinamento da equipe; - Necessidade de aquisição de equipamentos de informática e Recursos humanos;
R1	- Manutenção da aquisição regular dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica (AFB); - Elaboração de protocolo com critérios de dispensação de medicamentos gratuitos pelo Programa Farmácia Popular, visando real garantia do acesso;

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática (continuação).

R2	<ul style="list-style-type: none"> - Informatização; - Efetivação da supervisão farmacêutica; - Capacitação dos servidores; - Inserção, manutenção e verificação dos termos do edital licitatório quanto à exigência no prazo de validade dos medicamentos a serem entregues;
R3	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização e interação com o profissional prescritor;
R4	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização e interação com o profissional prescritor;
R5	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Divulgação da lista padronizada e legislação;
R6	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Manutenção e regularização do estoque de medicamentos; - Cumprimento do Decreto nº7. 508/11; - Revisão periódica da REMUME de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); - Melhoria nos dados de informação de atendimento dos medicamentos dispensados; - Efetivação do carimbo de dispensação, com identificação mínima da Unidade de Saúde e dispensador,data de atendimento e quantitativo dispensado;
R7	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Manutenção e regularização do estoque de medicamentos; - Revisão periódica da REMUME de acordo com a RENAME; - Melhoria nos dados de informação de atendimento dos medicamentos dispensados; - Efetivação do carimbo de dispensação, com identificação mínima da Unidade de Saúde e dispensador,data de atendimento e quantitativo dispensado;
R8	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilização e interação com o profissional prescritor; - Manutenção e regularização do estoque de medicamentos; - Cumprimento do Decreto nº7. 508/11; - Revisão periódica da REMUME de acordo com a RENAME; - Melhoria nos dados de informação de atendimento dos medicamentos dispensados; - Elaboração de protocolo com critérios de dispensação de medicamentos gratuitos pelo Programa Farmácia Popular, visando real garantia do acesso; - Efetivação do carimbo de dispensação, com identificação mínima da Unidade de Saúde e dispensador,data de atendimento e quantitativo dispensado;

*Os indicadores estão descritos no Anexo 10 do texto.

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática (continuação).

Ao final dessa elaboração, os presentes concordaram que os resultados e as propostas presentes no Quadro 1 devam ser encaminhadas aos gestores e aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica Municipal, a serem entregues pelo pesquisador, preferencialmente em uma reunião do Colegiado de Gestão Regional (CGR/CIR) e também via correio eletrônico.

Outra importante proposta dessa Oficina foi a formação de um grupo de estudos regional sobre Assistência Farmacêutica, podendo estar inserido dentro do próprio CGR/CIR Ourinhos-SP, sendo que a proposta será levada ao Colegiado.

Sendo assim, o pesquisador agradeceu a presença de todos, propondo o encaminhamento dos resultados e propostas aos gestores e aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica Municipal.

Agradeceu novamente a presença, previamente disponibilizando os resultados deste trabalho, tão logo seja aprovado após apresentação regimental e aproveitou para convidar a todos para a defesa de sua dissertação, cuja data prevista é 23 de julho de 2014, no anfiteatro 3, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP.

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática (continuação).



Figura A - Profissionais presentes na Oficina Temática sobre Assistência Farmacêutica Básica, realizada em Ourinhos-SP, em 27/03/14.

Anexo 20 - Relatório final da oficina temática (continuação).



Figura B - Profissionais participando das discussões durante a Oficina Temática sobre Assistência Farmacêutica Básica, realizada em Ourinhos-SP, em 27/03/14.

