UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

DISSERTAÇÃO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA - RS

RAQUELI ALTAMIRANDA BITTENCOURT

Pelotas/RS, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

RAQUELI ALTAMIRANDA BITTENCOURT

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA - RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências (Saúde Pública Baseada em Evidências).

Orientadora: Profª. Drª. Andréa Homsi Dâmaso

Co-Orientadora: Profª. Drª. Marysabel Pinto Telis Silveira

Pelotas/RS, 2014.

RAQUELI ALTAMIRANDA BITTENCOURT

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA – RS

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau em Mestre em Ciências (Saúde Pública Baseada em Evidências), Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 15/05/2014

Banca Examinadora:

_____

Profª. Drª. Andréa Homsi Dâmaso (Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pelotas

_____

Prof. Dr. Juraci Almeida Cesar (Membro da Banca)
Fundação Universidade Federal do Rio Grande

_____

Profª. Drª. Maria Cristina Werlang (Membro da Banca)
Universidade Federal de Pelotas

Há medicamentos para toda a espécie de doenças,mas, se esses medicamentos não forem dados por mãos bondosas, que desejam amar,não será curada a mais terrível das doenças: a doença de não se sentir amado.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Maria de Lourdes, que sempre me apoiou de maneira incondicional, obrigada é muito pouco para agradecer.

À minha amada Vó Filinha, meus vôs Roosevelt e Orestes, minhas tias-mãe (Aglaé e Laís), minha dinda Aliete, minhas primas-irmãs (Laura, Lia, Sheila e Velô), meus primos-irmãos, meus sobrinhos do coração e afilhados, que me motivaram, ajudaram e apoiaram, independente da minha ausência nos almoços de domingo.

À minha prima Lizi, por fazer da sua casa, a minha casa em Pelotas.

À minha orientadora Andréa, sempre querida, educada e disponível, pelos ensinamentos, orientação e amizade.

À Marysabel, minha co-orientadora, amiga desde os tempos da graduação, sempre disponível e pronta para o puxão de orelha e me fazendo focar no mestrado.

À Fernanda, estagiária querida, totalmente focada nos estudos. Teu futuro é brilhante Fernanda, obrigada pela amizade e companheirismo.

À Marília, sempre disponível para me auxiliar, sem tua ajuda Marília, estaria até hoje tentando acertar o banco de dados.

Ao hoje prefeito, com quem tive a oportunidade de trabalhar quando Secretário de Saúde Luiz Augusto Fuhrmann Schneider, pelo apoio e confiança em mim depositada.

Ao meu querido amigo e ex-chefe Diego Xavier Roque, que desde o momento da seleção para o mestrado me apoiou, permitindo que eu pudesse frequentar as aulas teóricas em Pelotas, meu muito obrigada.

À amiga e Secretária de Saúde de Uruguaiana Saionara Santos, por permitir que eu pudesse continuar a frequentar as aulas em Pelotas e desenvolver a pesquisa nas dependências das UBS e na Policlínica da SMS.

Aos meus colegas de trabalho, em especial Diana, Laura, Rita, Bianca, Caio e Adair, pelo apoio e compreensão de minhas ausências, durante o período de aulas.

À Simone e ao Sérgio, meus colegas farmacêuticos da SMS, pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa, esse trabalho é para vocês também, espero que ajude na melhoria de nossa Assistência Farmacêutica e na valorização de nossa categoria.

Aos 23 entrevistadores, alunos da UNIPAMPA, meu muito obrigada, sem vocês seria impossível a realização da pesquisa.

Às minhas estagiárias, em especial àquelas que trabalharam ativamente na pesquisa, Priscilla, Carla, Barbra, Karol, Góia, Babi, Kélle e Ianeli, valeu gurias!
Aos meus 24 colegas de mestrado, foi muito mais fácil na companhia de vocês...
Aos meus queridos Fábio, Inês, Angélica, Kelli, Gilberto e Vinícius, a amizade de vocês é um dos legados do mestrado.
Aos professores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, foi uma honra ser aluna de vocês, muito obrigada!
À Secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, na pessoa da incansável Ana Lima, que tantas vezes me reenviou os emails que eu perdia, obrigada Ana.
E por fim e não menos importante, agradeço a Deus, por me dar forças para continuar, coragem para viajar mais de 10.000Km e por permitir que eu voltasse sempre a salvo para casa.

Obrigada a todos!!

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA 7

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO 55

RELATÓRIO TÉCNICO 61

ARTIGO ORIGINAL 74

NOTA À IMPRENSA 98

APÊNDICES 100

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 101

ANEXOS 102

ANEXO I - Lista de Medicamentos - Chave 103

ANEXO II - Questionário 104

ANEXO III - Instrumento para avaliação dos indicadores sobre o serviço 108

ANEXO IV - Instrumento de Auto-Avaliação para o planejamento em Assistência Farmacêutica 109

ANEXO V - Manual de Intruções para os entrevitadores 117

PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA - RS

PROJETO DE PESQUISA

RAQUELI ALTAMIRANDA BITTENCOURT

Pelotas/RS, 2013.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores de prescrição.....33
Quadro 2 – Indicadores de assistência ao paciente.....34
Quadro 3 – Gestão da assistência farmacêutica.....35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEME	Central de Medicamentos
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IAPAF	Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA 13
1.1 Introdução 13
1.2 Justificativa 14
1.3 Revisão da literatura 15
1.3.1 Histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil 15
1.3.2 Panorama da Assistência Farmacêutica na atualidade 19
1.3.2.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica 20
1.3.2.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica 21
1.3.2.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica 21
1.3.3 Ciclo da Assistência Farmacêutica 21
1.3.3.1 Seleção 22
1.3.3.2 Programação 23
1.3.3.3 Aquisição 23
1.3.3.4 Transporte, armazenamento e distribuição 23
1.3.3.5 Dispensação 24
1.3.4 Uso Racional de Medicamentos 24
1.3.5 Prescrição de Medicamentos 25
1.3.6 Avaliação de Serviços de Saúde 26
1.3.7 Avaliação da Assistência Farmacêutica 29

2 OBJETIVOS 30
2.1 Objetivo geral 30
2.2 Objetivos específicos 30

3 MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO 31
3.1 Delineamento do estudo 31
3.2 Justificativa da escolha do delineamento 31
3.3 Local do estudo 31
3.4 Amostragem 32
3.5 Indicadores 32
3.5.1 Indicadores de Prescrição 33

3.5.2 Indicadores de assistência ao paciente 34
3.5.3 Indicadores sobre os serviços de saúde 34
3.5.4 Instrumento de Auto-avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF) 35
3.6 Plano de análise 39
3.7 Recrutamento, seleção e treinamento dos entrevistadores 40
3.8 Estudo piloto 40
3.9 Logística 41
3.10 Controle de qualidade 43
3.11 Coleta, digitação e análise de consistência dos dados 44

4 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS 45

5 RISCOS E DIFICULDADES 46

6 CRONOGRAMA 47

7 ASPECTOS ÉTICOS 49

8 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO 50

REFERÊNCIAS 51

1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

1.1 Introdução

A atual política nacional de saúde tem seus princípios definidos na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo o direito garantido através de políticas sociais e econômicas [1].

É de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a elaboração e execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo-se aí a Assistência Farmacêutica [2]. A Assistência Farmacêutica é determinante para resolubilidade da atenção em saúde, sendo considerada um indicador de qualidade da assistência à saúde[3].

A saúde é um direito social, garantido através da Constituição Federal [1], consolidada nas leis 8080/90 e 8142/90, que institui o SUS e estabelece a responsabilidade do Estado em instituir a descentralização das ações de saúde, a universalidade e a equidade de acesso. A execução das ações de Assistência Farmacêutica está presente no campo de atuação do SUS [2].

No SUS, os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutiva dos serviços prestados, representando o segundo maior gasto do sistema, ficando atrás apenas dos gastos em recursos humanos [4].

A descentralização dos serviços de saúde no país, uma das diretrizes do SUS, resultou em um amplo processo de municipalização dos mesmos, ampliando a rede de estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade das administrações locais[3], portanto, o nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, é o responsável pela dispensação de medicamentos essenciais. À gestão estadual cabe a responsabilidade de organização e coordenação das ações de Assistência Farmacêutica dentro do Estado, além da responsabilidade específica quanto à dispensação do componente especializado [5-7].

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os produtos farmacêuticos representam grande impacto na economia, especialmente nos países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos o gasto com estes produtos representa menos de um quinto do gasto total com a saúde (público e privado), nas economias de transição ele encontra-se entre 15 e 30% e, nos países

em desenvolvimento, entre 25 a 66%. Apesar de todo este gasto, a falta de acesso ao medicamento essencial, o uso irracional de medicamentos e sua baixa qualidade, continuam sendo sérios problemas para a saúde pública no mundo[8].

O ex-ministro da saúde, José Serra, em depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos, afirmou que no período de 1989 – 1999 o preço dos medicamentos teve um acréscimo de 54% acima da inflação, o que não pode ser explicado pelo custo de inovação de novos produtos, o que demonstra que a ascensão da rentabilidade deveu-se ao aumento do preço de venda[9].

O Brasil, que ainda apresenta uma das piores distribuições de renda do mundo, tem refletido no acesso aos medicamentos uma grande inequidade. A economia brasileira ocupa hoje lugar de destaque no cenário mundial, apesar disso somente 20% da população é consumidora regular de medicamentos e de maneira desigual, enquanto 15% da população brasileira com renda acima de 10 salários-mínimos consome 48% do total de medicamentos, a maioria da população (51%) consome somente 16% do total desse mercado[3].

Ao considerar os fundamentos para que a Assistência Farmacêutica seja resolutiva, deve-se destacar que a mesma deve estar fundamentada no acesso, na qualidade, na correta prescrição e dispensação e na promoção do uso racional de medicamentos, esses fundamentos apresentam-se como básicos para a resolutividade da Assistência Farmacêutica e do SUS [3].

1.2 Justificativa

A Assistência Farmacêutica representa uma das áreas de maior impacto financeiro no SUS de forma geral, o que também é a realidade das secretarias municipais de saúde.

A demanda por medicamentos é crescente e sua disponibilização requer elevados recursos financeiros. A ausência de gestão efetiva pode acarretar em grandes desperdícios, logo, é de extrema importância o gerenciamento adequado da Assistência Farmacêutica.

Neste projeto, a aplicação do Instrumento de Auto-Avaliação elaborado pelo Ministério da Saúde, se propõe a identificar o estágio atual de desenvolvimento da capacidade técnica e de gerenciamento da Assistência Farmacêutica, servindo de

instrumento na definição de metas e ações prioritárias para o planejamento da Assistência Farmacêutica, como capítulo integrante do Plano de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde [10].

A avaliação dos indicadores de prescrição reflete as práticas dos prescritores em relação a aspectos chave do uso adequado dos medicamentos, como o número médio de medicamentos por consulta, verificando a existência da polimedicação; percentual de prescrições contendo antibióticos, uma vez que o uso indiscriminado de antimicrobianos tende ao aumento da resistência bacteriana, entre outros.

Os indicadores de assistência ao paciente visam avaliar a utilização dos medicamentos desde a perspectiva do prescritor, passando pelo dispensador até o usuário do medicamento.

O conhecimento dos indicadores sobre o serviço permite visualizar a organização da Assistência Farmacêutica, sua capacidade operacional e sua importância para o gestor da saúde pública.

Estudos como o proposto permitem realizar diagnóstico local de determinada política de saúde pública e servem como instrumento para a realização de intervenções a fim de efetivar ações para o desenvolvimento de práticas que visem a saúde pública como direito fundamental do cidadão e dever do estado.

1.3 Revisão da literatura

1.3.1 Histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil

A Central de Medicamentos (CEME) foi criada em 1971 pelo Decreto 68.806, tendo como objetivos principais a promoção e a organização das atividades de Assistência Farmacêutica à população de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos. Entre os seus objetivos específicos, ressalta-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de

medicamentos em todo o território nacional[11].

Por ser um órgão ligado diretamente à Presidência da República, esteve sujeita às influências de várias ideologias e interesses políticos, desviando-se dos seus objetivos propostos [12].

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) foi instituída em 1975, através da Portaria nº 233 do Ministério da Previdência e Assistência Social, como sendo uma lista básica de medicamentos essenciais. Era, como preconiza a OMS, um instrumento estratégico na consolidação da Política Nacional de Medicamentos. Após estudos, foram listadas 305 substâncias farmacêuticas que atenderiam 99% das necessidades médicas da população, tornando-se um instrumento racionalizador dos critérios e procedimentos de aquisição de medicamentos pelo Estado [13].

Médici em 1990 destaca vários problemas relacionados à CEME e à RENAME, entre eles[14]:

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

O programa *Farmácia Básica* teve seu início no ano de 1987 com a proposta de racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de

saúde[11]. Tratava-se de um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados através da RENAME e que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial. A seleção dos medicamentos foi elaborada com base no perfil epidemiológico das distintas regiões do país.

Mesmo tendo sido consideradas as diversidades dos perfis epidemiológicos das regiões brasileiras, o mesmo módulo de medicamentos era distribuído para todas as regiões do país, independente do perfil epidemiológico da região, o que acarretou em falta de medicamentos em algumas regiões e excesso em outras.

No início dos anos 90, durante o governo Collor, a indefinição dos objetivos da CEME se agravou, passando por uma fase de agitação e mudanças. Sua estrutura administrativa foi desmontada usando-se como pretexto a modernização, denotando uma típica ação de sabotagem, que por sorte, veio à tona com os escândalos do Governo Collor[13].

O Programa de Assistência Farmacêutica foi instituído no ano de 1993 pelo Ministério da Saúde a fim de estabilizar o mercado farmacêutico através de intervenções nas estruturas de programação, produção, distribuição, infraestrutura, vigilância sanitária e ações educativas [15].

O Decreto nº 793 de 1993, foi editado para fortalecer o Programa de Assistência Farmacêutica[16]. Nele constava a obrigatoriedade da denominação genérica destacada nas embalagens dos medicamentos, a obrigatoriedade da presença do profissional farmacêutico em todas as farmácias e também autorizava o fracionamento de medicamentos, desde que garantidas a qualidade e eficácia terapêutica dos produtos. O Decreto nunca foi devidamente implementado, o que favoreceu o fracasso do programa [17].

A desativação da CEME em 1997 ocorreu após uma série de escândalos, sendo necessária uma nova postura em relação às competências, planos, e projetos que estavam a cargo da mesma. Suas atividades foram pulverizadas em diversos órgãos do Ministério da Saúde [18].

Com a edição da Portaria 3.916/98, ficou instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), como propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Envolvendo diferentes aspectos, entre

os quais figuram, por exemplo, aqueles inerentes ao perfil epidemiológico do país, que apresenta doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Esses fatores, somados a uma irregularidade no abastecimento de medicamentos no nível ambulatorial, contribuíram decididamente para a urgência na elaboração da PNM.

A PNM se propôs a priorizar o acesso universal aos medicamentos considerados essenciais, principalmente àqueles orientados para o atendimento de agravos à saúde da população; garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e promover seu uso racional. Essa política fundamentou-se na descentralização da gestão e também na excelência do gerenciamento da Assistência Farmacêutica e avançou na definição de recursos financeiros e na proposição de infra-estrutura relativa às três esferas de governo[19].

Em 1999 foi regulamentada a lei nº 9.787, a lei dos genéricos, dando prioridade à implantação do medicamento genérico dentro da Política de Medicamentos do Ministério da Saúde, a partir da qual o governo pretendia assegurar a qualidade, segurança e eficácia do medicamento genérico e permitir a intercambialidade com o respectivo produto de referência através da realização de testes de bioequivalência e biodisponibilidade [20].

No ano de 2004 foi publicada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), dando à Assistência Farmacêutica uma abordagem mais abrangente, com ações como: intensificar a pesquisa, expandir a produção, reorganizar a prescrição e a dispensação farmacêutica, garantindo qualidade de produtos e serviços, tendo o medicamento como insumo essencial, garantindo o acesso e seu consumo de forma racional [19].

Ampliando as ações da PNM e da PNAF, foi editado, em 2006, o Decreto nº 5.813/2006, que aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que tem como objetivo garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos. Além disso, buscou favorecer o uso sustentável da biodiversidade, bem como o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional[19].

A RENAME vem sendo atualizada a cada dois anos. Até o ano de 2010 contava com 550 itens, na revisão do ano de 2012 constam 810 itens, incluindo vacinas, alguns medicamentos e insumos do componente especializado da Assistência Farmacêutica (AF) e 12 fitoterápicos [21].

1.3.2 Panorama da Assistência Farmacêutica na atualidade

De acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, onde o medicamento é o insumo essencial que deve ser utilizado de maneira racional. A Assistência Farmacêutica envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos farmacêuticos e também as atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, acompanhamento e avaliação da utilização dos medicamentos, garantindo a eficácia e a qualidade dos produtos e serviço[22].

O objetivo principal da Assistência Farmacêutica é contribuir na qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, apoiando as ações na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promovendo seu uso racional.

São atribuições da Assistência Farmacêutica:

- 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;
- 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.

A Assistência Farmacêutica é uma atividade multidisciplinar. A produção de conhecimento é considerada estratégica para seu desenvolvimento, bem como o desenvolvimento dos recursos humanos e serviços.

Observa-se como necessária a articulação permanente com áreas técnicas, administrativas, coordenações de programas estratégicos de saúde – Hanseníase, Tuberculose, DST / AIDS, Hepatites Virais, Saúde Mental, Estratégia da Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Vigilância Sanitária, Epidemiológica, área administrativo-financeiro, planejamento, material e patrimônio, licitação, auditoria, Ministério Público, órgãos de controles, Conselho de Saúde, profissionais de saúde, entidades de classe, universidades, fornecedores e setores de comunicação da Secretaria, entre outros segmentos da sociedade, para melhor execução, divulgação e apoio às suas ações [23].

1.3.2.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O componente básico da Assistência Farmacêutica é financiado pelos três entes federativos. Os recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME ou REMUME. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica.

Além do repasse financeiro aos estados e/ou municípios, o Ministério da Saúde também é responsável pela aquisição e distribuição das Insulinas Humanas NPH e Regular (frascos de 10 ml) e dos Contraceptivos orais e injetáveis, além do DIU e Diafragma [24].

1.3.2.2 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

São considerados estratégicos os medicamentos utilizados para tratamento de agravos específicos, agudos e crônicos presentes em programas e protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Fazem parte do componente estratégico os medicamentos para tratamento de tuberculose, hanseníase, malária, doença de Chagas, esquistossomose, leishmaniose, filariose, influenza, meningite, oncocercose, peste, tracoma, antirretrovirais para o programa DST/AIDS, hemoderivados, talidomida para tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico e doença enxerto versus hospedeiro, tabagismo, alimentos e nutrição [25].

Os medicamentos integrantes do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica são financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde e repassados aos estados e municípios.

1.3.2.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Fazem parte do componente especializado da Assistência Farmacêutica os medicamentos que não constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e no componente estratégico, para usuários portadores de patologias crônicas e/ou raras cujo tratamento tem custo elevado ou é por longo período.

Este componente se caracteriza por buscar assegurar o tratamento medicamentoso de maneira integral em nível ambulatorial baseado em protocolos clínicos definidos pelo Ministério da Saúde.

O componente especializado é garantido mediante pactuação entre União, estados e municípios. Alguns medicamentos e insumos farmacêuticos são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde; para outros há repasse às secretarias estaduais de saúde para aquisição e dispensação através das secretarias municipais de saúde [26].

1.3.3 Ciclo da Assistência Farmacêutica

No Brasil, medicamentos são considerados bens de consumo e não insumos básicos de saúde, isso os torna objetos desvirtuados no Sistema de Saúde,

inviabilizando o desenvolvimento de ações articuladas entre as partes que compõem o sistema [3].

O ciclo da Assistência Farmacêutica deve ocorrer de maneira ordenada. A execução inadequada de algum dos itens do ciclo prejudica todos os seus outros passos, comprometendo os resultados, tendo como consequência a insatisfação do usuário, evidenciando a má gestão da Assistência Farmacêutica [25].

A Assistência Farmacêutica apresenta componentes com aspectos de natureza técnica, científica e operativa, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades. Os componentes representam as estratégias e o conjunto de ações, que visam ao alcance de objetivos definidos.

Fonte: Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais – OPAS-OMS - 2003[3]

1.3.3.1 Seleção

A seleção de medicamentos é a etapa inicial e talvez uma das mais importantes do Ciclo da Assistência Farmacêutica, uma vez que as demais etapas do ciclo são decorrentes [3]. É a atividade que estabelece a relação dos medicamentos que serão disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

A seleção deve ser realizada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, que definirá o elenco de medicamentos e insumos em uma Relação de Medicamentos Essenciais à serem disponibilizados para a atenção primária, média e alta complexidades.

A escolha dos medicamentos deve priorizar aqueles de menor toxicidade relativa, de composição perfeitamente conhecida, de conhecidas informações sobre características farmacocinéticas e biodisponibilidade e evitar associações de princípios ativos [25].

1.3.3.2 Programação

É a atividade que garante a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno, conforme as necessidades dos usuários [3].

A programação deve levar em conta as necessidades locais dos serviços de saúde, bem como, o perfil epidemiológico da população, evitando compras desnecessárias, faltas ou perdas de medicamentos e insumos [25].

1.3.3.3 Aquisição

É o conjunto de atividades pelos quais se efetiva a compra dos medicamentos e insumos estabelecidos na programação, disponibilizando os mesmos em quantidade, qualidade e menor custo, mantendo a regularidade e funcionamento do sistema.

A aquisição de medicamentos e insumos envolve diversos setores técnicos e administrativos, levando em consideração os aspectos jurídicos, técnicos e financeiros [25].

1.3.3.4 Transporte, armazenamento e distribuição

Os medicamentos devem ser transportados de maneira segura, em meios de transporte que possuam condições adequadas a fim de manter sua integridade. O

armazenamento é um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que compreendem o recebimento, a estocagem, a segurança, a conservação e o controle de estoque, garantindo a segurança e qualidade do medicamento até sua dispensação ao usuário [25].

A distribuição dos medicamentos deve ser de acordo com as necessidades dos solicitantes, garantindo rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações, controle e transporte adequado.

O almoxarifado deve assegurar a rastreabilidade dos medicamentos, tendo sob seus cuidados a documentação relacionada aos mesmos [25].

1.3.3.5 Dispensação

A dispensação de medicamentos é o ato profissional farmacêutico de dispensar um ou mais medicamentos a um paciente, informando e orientando o paciente sobre o uso adequado do medicamento, conforme descrito na Política Nacional de Medicamentos [25].

O Conselho Federal de Farmácia estabelece a relação entre o farmacêutico e o ato de dispensar, que não deve ser apenas o ato da entrega do medicamento, mas sim a prestação de um serviço farmacêutico, onde será elucidada a prescrição, cabendo ao profissional farmacêutico observar a legalidade da receita, entrevistar o paciente a fim de obter seu perfil medicamentoso evitando possíveis interações medicamentosas e alertando sobre possíveis reações adversas[27].

1.3.4 Uso Racional de Medicamentos

Estimativas da Organização Mundial da Saúde apontam que a metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de maneira inadequada e que metade dos pacientes não utilizam seus medicamentos de maneira correta [28].

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) define o uso racional de medicamentos, como sendo o conjunto de ações que compreende a apropriada prescrição, disponibilidade oportuna com preços acessíveis, correta dispensação e conhecimento da posologia [29].

A OMS propõe que para o uso racional de medicamentos, é preciso em primeiro lugar, estabelecer a necessidade do uso do medicamento; que seja receitado o medicamento apropriado, de acordo com os protocolos clínicos definidos ou ainda de acordo com sua segurança e eficácia, ainda é necessário que o medicamento seja prescrito de maneira legível e adequada para que o paciente conheça a forma farmacêutica, dose, duração do tratamento e que preferencialmente esteja elencado na Relação de Medicamentos Essenciais ou ainda que tenha preço acessível, evitando assim erros de dispensação e uso inadequado [30].

Após mais de vinte anos da I Conferência Mundial sobre o Uso Racional de Medicamentos [31], nota-se que as práticas para o Uso Racional de Medicamentos estão muito distantes das preconizadas na referida conferência. Ainda temos o seguinte panorama descrito por Soares em 2012 [32]:

- 15% da população consome mais de 90 % da produção farmacêutica;
- 25-70% do gasto em saúde nos países em desenvolvimento correspondem a medicamentos, comparativamente a menos de 15 % nos países desenvolvidos;
- 50-70% das consultas médicas geram uma prescrição medicamentosa;
- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente;
- 75% das prescrições contendo antibióticos são errôneas;
- 53% de todas as prescrições de antibióticos dos EUA são para crianças de 0 a 4 anos;
- Somente 50% dos pacientes utilizam seus medicamentos de maneira correta.

1.3.5 Prescrição de Medicamentos

A prescrição de medicamentos pode ser entendida como uma instrução do profissional que escreve a receita para outro que vai aviá-la [33], sendo assim, entende-se que a prescrição é um documento dirigido ao profissional farmacêutico, definindo o medicamento a ser dispensado e modo de uso.

A Organização Mundial da Saúde em seu Guia para a Boa Prescrição Médica

[33] aponta os itens necessários para uma correta prescrição:

- Nome e endereço do profissional que passou a prescrição;
- Data da prescrição;
- Nome do medicamento e dose;
- Forma farmacêutica e quantidade total do medicamento;
- Esquema posológico;
- Tempo ou duração do tratamento;
- Instruções, cuidados com o medicamento;
- Assinatura do prescritor;
- Nome e endereço do paciente, idade (para crianças e idosos).

Em relação ao nome do medicamento que deve constar na prescrição, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), deverá ser obrigatoriamente utilizada a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI) [20]. Também deverá ser legível e escrito por extenso [34].

1.3.6 Avaliação de Serviços de Saúde

A pesquisa avaliativa examina através de procedimento científico, a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto na qual ela está inserida, considerando as perspectivas dos diferentes atores envolvidos no processo, conforme descrito por Contadripoulos em 1997 [35].

Para a construção do processo de avaliação existem alguns critérios que procuram dar conta das principais variáveis que podem nortear as decisões conceituais e metodológicas. Novaes destaca entre elas o objetivo da avaliação; a posição do avaliador; o enfoque priorizado; a metodologia predominante; a forma de utilização da informação produzida; o contexto da avaliação; a temporalidade da avaliação e o tipo de juízo formulado[36].

No campo da saúde, as práticas se organizam em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacional de

saúde. Donabedian, ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado demarcou quatro tipos de organização dos provedores do cuidado médico, tais como: profissional individual; diversos profissionais; uma equipe organizada; um plano, instituição ou sistema[37].

As características ou atributos das práticas de saúde e da sua organização social podem ser agrupados da seguinte maneira: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade). Todos são aspectos importantes que devem ser considerados nas avaliações de programas e projetos sociais, conforme sinaliza Vuori[38].

Contudo, Donabedian refere eficácia como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional. A eficiência corresponde às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos[39].

As avaliações tradicionais de políticas ou programas sociais, incluindo os de saúde, trabalham com instrumentos quantitativos, seguindo um modelo de avaliação denominado normativo derivado da teoria dos sistemas sugerido por Donabedian[40]. Este autor, pensando em como avaliar o cuidado médico para com o paciente, organizou o processo de avaliação em estrutura, processo e resultado deste cuidado. Para ele, entende-se por estrutura as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e os lugares físicos e organizacionais onde trabalham. Incluem-se aí os recursos humanos, físicos e financeiros de que necessita para proporcionar a atenção. Já processo pode ser compreendido como a série de atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes durante as etapas do cuidado. Quanto aos resultados, um programa pode ter vários objetivos tais como, a cura de uma doença ou interrupção de sua progressão, restauração da capacidade funcional ou alívio da dor.

A fundamentação para essa abordagem consiste de que boas pré-condições têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em um

resultado favorável, ou seja, se o processo correto for seguido é mais provável que o resultado seja positivo.

Segundo Vuori, a fraqueza maior da abordagem sistêmica para avaliar o cuidado médico é que nem sempre uma boa estrutura pode levar a um bom resultado no cuidado, fato que pode ser explicado de maneira que se pode ter um consultório altamente equipado, mas a capacidade técnico-científica do clínico ser muito pequena e o resultado deste cuidado não ser adequado. Da mesma maneira, pode-se ter uma estrutura muito ruim e um clínico com excelente capacidade técnico-científica o que será impactante no resultado do cuidado[38].

Pensando na avaliação do cuidado, pode-se dizer que as afirmações de Vuori são importantes e relevantes, no sentido de que a abordagem sistêmica proposta por Donabedian não consegue dar conta da totalidade de processos complexos como o cuidado.

No presente estudo, cujo objetivo principal é a avaliação de um dos componentes do modelo de atenção à saúde municipal, a Assistência Farmacêutica, entende-se que o modelo proposto por Donabedian consegue dar conta de diagnosticar a situação da organização do mesmo, visto que um dos resultados esperados para a Assistência Farmacêutica é que o usuário tenha efetivamente acesso ao medicamento prescrito e à informação de como usá-lo adequadamente.

Logo, se não existe à disposição uma estrutura adequada, a conservação dos medicamentos ficará prejudicada, por outro lado se não há processos que controlem os estoques adequadamente tem-se a perda de medicamentos por vencimento de validade, interrupção do tratamento, ou ainda a terapia pode não ter êxito ou trazer prejuízos para o usuário.

No entanto, considera-se que somente o modelo de avaliação “Donabediano” não é suficiente para a aproximação, o mais fidedigno possível, do objeto do estudo, visto que ela não leva em conta outros fatores envolvidos com a Assistência Farmacêutica.

Portanto, nesse estudo, tem-se o desafio metodológico de articular uma avaliação objetiva através de indicadores da Organização Mundial da Saúde, juntamente com um outro instrumento capaz de avaliar a capacidade gerencial da Assistência Farmacêutica.

1.3.7 Avaliação da Assistência Farmacêutica

Com o desenvolvimento da Política Nacional de Medicamentos, os esforços para sua efetiva implementação tem-se direcionado no sentido de melhorias pontuais da qualidade da Assistência Farmacêutica. Para tanto é necessário a elaboração de instrumentos e metodologias que possibilitem um efetivo monitoramento da implementação da Política Nacional de Medicamentos e seus componentes, permitindo avaliação de desempenho e revisão das prioridades[41].

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde têm investido no desenvolvimento de metodologias que permitam descrever a situação da política de medicamentos, incluindo a assistência farmacêutica, sobre o acesso, qualidade e uso racional de medicamentos, por meio de um número limitado de medidas objetivas.

Essas metodologias devem ser exequíveis em relação ao custo operacional e financeiro, permitindo que planejadores, administradores e pesquisadores da área de saúde façam comparações entre situações em diferentes locais ou em diferentes momentos [42].

A avaliação e monitoramento são atividades indicadas como fundamentais na orientação do SUS em geral e na política de medicamentos em particular [43].

Atualmente, esses manuais desenvolvidos pela OMS e Ministério da Saúde têm sido utilizados como referência para a avaliação de sistemas de medicamentos servindo de guia para estudos brasileiros com o objetivo de avaliação da Assistência Farmacêutica. Estes trabalhos têm sido propostos com o intuito de subsidiar políticas e direcionar os objetivos e recursos [43].

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a situação atual da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, RS, utilizando os indicadores de prescrição, de assistência e de serviço recomendados pela OMS[29] e o instrumento de Auto-Avaliação proposto pelo Ministério da Saúde para avaliar a capacidade gerencial da Assistência Farmacêutica[11].

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar os indicadores de prescrições, verificando o número médio de medicamentos por prescrição, percentual de prescrições contendo antibióticos, percentual de injetáveis prescritos, percentual de medicamentos prescritos por seu nome genérico, percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME;
- Avaliar os indicadores de assistência, levando em consideração o tempo médio de consulta, tempo médio de dispensação, percentual de medicamentos realmente dispensados, percentual de medicamentos corretamente dispensados, conhecimento da prescrição por parte do usuário, total e estratificado por sexo, idade, cor da pele, renda individual e local de residência;
- Avaliar os indicadores sobre o serviço, verificando a disponibilidade de cópias da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) em todas as Unidades de Saúde, assim como verificar a disponibilidade dos medicamentos chave nas Unidades Básicas de Saúde;
- Avaliar a capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica, utilizando o Instrumento de Auto-Avaliação proposto pelo Ministério da Saúde;

3 MÉTODOS E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

3.1 Delineamento do estudo

Estudo transversal.

3.2 Justificativa da escolha do delineamento

Sendo o objetivo principal desse trabalho a avaliação da situação atual da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, o delineamento escolhido para a realização do estudo proposto é o transversal por ser o mais indicado para avaliação de serviços e programas de saúde.

Estudos transversais apresentam como vantagens a rapidez de sua execução, a fácil condução, o fornecimento de dados no momento da coleta, o fato de permitir a investigação de múltiplas exposições e desfechos ao mesmo tempo e a possibilidade de planejar ações específicas de intervenção [44].

3.3 Local do estudo

O município de Uruguaiana localiza-se na região da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, possui população de 125.435 habitantes, conforme IBGE 2010[45], sendo que a população rural corresponde a 7% do total.

A Secretaria Municipal de Saúde encontra-se em gestão plena da atenção básica à saúde, seu organograma atual possui cinco diretorias, nenhuma delas de Assistência Farmacêutica. Os serviços relacionados estão lotados no Setor de Farmácia e Almoxarifado e não há Comissão de Farmácia e Terapêutica constituída.

A rede de atenção básica é composta por 19 unidades básicas de saúde, sendo 13 UBS localizadas na zona urbana, 01 ambulatório especializado em saúde mental e 05 UBS situadas na zona rural.

O estudo irá se desenvolver nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana, zona rural, farmácia central e almoxarifado de medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.

3.4 Amostragem

A Organização Mundial da Saúde recomenda que a amostra ideal deva contar com um mínimo de 600 observações e que para a comparação entre os serviços seria recomendado um mínimo de 100 observações em cada serviço de saúde incluído na amostra[30].

Pretende-se nesta pesquisa trabalhar com todas as UBS do município, sendo13 localizadas na zona urbana, 5 na zona rural, a farmácia central e o almoxarifado de medicamentos, totalizando 20locais. Os indicadores de prescrição e assistência serão avaliados nas 18UBS e na Farmácia Central. Os indicadores sobre o serviço serão avaliados em todos os locais.

Ao todo serão realizadas 1850 entrevistas tendo como sujeitos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que procuram as Unidades Básicas de Saúde, para atendimento. A distribuição das entrevistas dar-se-á da seguinte maneira: 120 entrevistas em cada uma das 13 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana; 10 em cada uma das 5 UBS da zona rural e 240 na Farmácia Central do município.

O objetivo das entrevistas é verificar o conhecimento do paciente referente à prescrição médica, assim como coletar as variáveis cor da pele, sexo, idade, escolaridade, renda e local de residência, se zona urbana ou zona rural.

A aplicação do Instrumento de Auto-Avaliação para o planejamento da Assistência Farmacêutica será realizado pela pesquisadora junto aos responsáveis da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, os quais, por já terem conhecimento prévio do estudo, entendem sua relevância e se dispõem a participar.

A pesquisa poderá trazer diversos benefícios aos participantes, uma vez que o gestor municipal poderá utilizar este diagnóstico da situação da assistência farmacêutica para promover sua melhoria, o que acarretará na melhora da qualidade do atendimento aos usuários e o uso racional de medicamentos.

3.5 Indicadores

Pretende-se utilizar os três grupos de indicadores básicos de uso de medicamentos, sendo eles os indicadores de prescrição, indicadores de assistência ao paciente e indicadores sobre o serviço de saúde [30]. Também será avaliada a

capacidade gerencial da Assistência Farmacêutica dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, utilizando o Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica proposto pelo Ministério da Saúde [10].

3.5.1 Indicadores de Prescrição

Os Indicadores de Prescrição permitem conhecer as práticas terapêuticas correntes, comparar parâmetros entre instituições similares e descrever as necessidades de medicamentos da população atendida [30].

A prescrição deve ser vista como instrumento fundamental para a eficácia da terapêutica e para o Uso Racional de Medicamentos, nela devem estar contempladas informações básicas sobre o uso do medicamento, como: dose, frequência e duração de tratamento, devendo ser clara, legível e em linguagem compreensível [34].

Serão analisados o número médio de medicamentos por consulta, percentual de medicamentos prescritos por seu nome genérico, percentual consultas em que se prescreve antibióticos prescritos, percentual de consultas em que se prescreve medicamentos injetáveis e percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME.

Os indicadores de prescrição serão calculados utilizando-se a metodologia proposta pela OMS, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 1 – Indicadores de prescrição

Indicadores de Prescrição	Forma de Cálculo
Número médio de medicamentos por consulta	Total de medicamentos prescritos/total de consultas
Percentual de medicamentos prescritos por seu nome genérico	Total de medicamentos genéricos prescritos / total de medicamentos prescritos X 100
Percentual de consultas em que foram prescritos antibióticos	Número de consultas em que se prescreveu antibióticos/ total de consultas X 100
Percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME	Total de medicamentos prescritos que figuram na REMUME / total de medicamentos prescritos X 100
Percentual de consultas em que foram prescritos medicamentos injetáveis	Número de consultas em que se prescreveu injetáveis/ total de consultas X 100

Fonte: Como investigar o uso de medicamentos – OMS 1993[30]

3.5.2 Indicadores de assistência ao paciente

Para compreender como são utilizados os medicamentos é necessário conhecer o que ocorre nos serviços de saúde por diferentes perspectivas: do prescritor, do dispensador e do paciente. Estas perspectivas refletem a experiência dos usuários nos serviços de saúde.

Na presente pesquisa pretende-se avaliar o tempo médio de consulta, tempo médio de dispensação, percentual de medicamentos realmente dispensados, percentual de medicamentos corretamente dispensados e conhecimento do usuário da posologia correta, que será avaliado para cada medicamento da prescrição individualmente,

Para a obtenção dos resultados dos indicadores de assistência ao paciente será utilizado o modelo de cálculos proposto pela OMS, conforme descrito no quadro abaixo[30].

Quadro 2 – Indicadores de assistência ao paciente

Indicadores de assistência ao paciente	Forma de cálculo
Tempo médio de consulta	Soma de todos os tempos de consulta / número total de consultas
Tempo médio de dispensação	Soma dos tempos de dispensação / total de dispensações
Percentual de medicamentos realmente dispensados	Soma do número de medicamentos dispensados / número de medicamentos prescritos X 100
Percentual de medicamentos corretamente dispensados	Medicamentos corretamente dispensados / medicamentos dispensados X 100
Percentual de pacientes que conhecem a correta prescrição	Pacientes que conhecem a prescrição / pacientes entrevistados X 100

Fonte: Como investigar o uso de medicamentos – OMS 1993[30]

3.5.3 Indicadores sobre os serviços de saúde

Os indicadores sobre os serviços de saúde são um reflexo de sua organização, capacidade operacional, bem como, mostra a importância dada à Assistência Farmacêutica pelo gestor da saúde pública. Para avaliar esses indicadores é necessário conhecer a disponibilidade da REMUME em todas as unidades dispensadoras, assim como verificar a disponibilidade dos medicamentos chave, que são aqueles previstos na RENAME e em nenhuma hipótese podem faltar

nas UBS, de acordo com o perfil epidemiológico da população onde será desenvolvido o estudo [30]. Os medicamentos chave que serão utilizados nesse estudo foram definidos pelos profissionais farmacêuticos da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, baseados no perfil epidemiológico do município e encontram-se descritos no Anexo I.

3.5.4 Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF)

O Instrumento de Auto-Avaliação (Anexo IV) irá fornecer os parâmetros que orientam o diagnóstico sobre qual estágio de desenvolvimento encontra-se a gerência e a operacionalização da Assistência Farmacêutica e identificando modificações que, se implementadas, permitirão avanços na qualidade do serviço. Esse processo permitirá comparar o desempenho da Secretaria de Saúde em relação à Assistência Farmacêutica com o modelo baseado nas diretrizes e atribuições definidas pelas políticas nacionais [10].

Para a obtenção dos indicadores de capacidade de gerência e operacionalização, os mesmos serão calculados da seguinte maneira:

Quadro 3 – Gestão da assistência farmacêutica

Gestão da Assistência Farmacêutica		
Capacidade para: Institucionalizar a Assistência Farmacêutica.	**Indicador 1**= Existência de Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para: Planejar a organização da Assistência Farmacêutica.	**Indicador 2** = Inclusão da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para: Estruturar e organizar os serviços de Assistência Farmacêutica.	**Indicador 3** = Porcentagem de serviços de Assistência Farmacêutica (armazenamento, distribuição, transporte e dispensação de medicamentos) em condições adequadas de funcionamento (espaço físico, computador, fontes de informação específicas, sistema informatizado, recursos humanos, etc.).	**Cálculo** = Número de serviços de Assistência Farmacêutica em condições adequadas de funcionamento dividido pelo número total de serviços de Assistência Farmacêutica vezes 100.

Capacidade para: Avaliar as ações de Assistência Farmacêutica.	**Indicador 4** = Existência de procedimentos para o monitoramento da Assistência Farmacêutica por meio de indicadores.	**Cálculo** = Dispensa cálculos
Seleção		
Capacidade para: Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essenciais.	**Indicador 5** = Existência de relação municipal de medicamentos essenciais (além da lista pactuada).	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para: Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para os prescritores.	**Indicador 6** = Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ou da lista pactuada para atenção básica. Por REMUME entende-se um elenco definido por processo sistemático e reconhecido por ato formal (resolução, portaria, ofício).	**Cálculo** = Número de medicamentos prescritos conforme a REMUME dividido pelo número total de medicamentos prescritos vezes 100. Este indicador torna necessário que se trabalhe com amostras das prescrições dos serviços de saúde.
	Indicador 7 = Existência da REMUME ou da lista pactuada da atenção básica, impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para: Adotar protocolos clínicos.	**Indicador 8** = Existência de protocolos clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Programação/Aquisição		
Capacidade para: Programar adequadamente.	**Indicador 9** = Realização de programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para: Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno.	**Indicador 10** = Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses.	**Cálculo** = Número de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses dividido pelo número total de processos de aquisição vezes 100. Observação = Este indicador pressupõe o acompanhamento de todos os processos e também a disponibilidade de medicamentos nos serviços.

Capacidade para: Garantir medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender à população	**Indicador 11** = Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada.	**Cálculo** = Número de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada, dividido pelo número total de itens de medicamentos adquiridos.
Capacidade para: Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.	**Indicador 12** = Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Armazenamento/Distribuição/Transporte		
Capacidade para: Garantir o armazenamento correto dos medicamentos.	**Indicador 13** = Existência de Procedimentos Operacionais Padrão para armazenamento.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para: Garantir o transporte adequado dos medicamentos.	**Indicador 14** = Existência de Procedimentos Operacionais Padrão para transporte.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para: Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.	**Indicador 15** = Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Prescrição de medicamentos		
Capacidade para: Promover a adesão dos prescritores à relação de medicamentos essenciais.	**Indicador 16** = Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação de medicamentos adotada (pode ser a RENAME, a RESME, a REMUME ou a lista pactuada).	**Cálculo** = Número de medicamentos prescritos conforme a relação de medicamentos adotada dividido pelo número total de medicamentos prescritos vezes 100.
Capacidade para: Promover a qualidade das prescrições.	**Indicador 17 =** Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica.	**Cálculo =** Número de prescrições em conformidade com a legislação específica dividido pelo total de prescrições vezes 100.
Capacidade para: Promover educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores.	**Indicador 18** = Existência de programação continuada para promoção do uso racional de medicamentos para os prescritores.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Dispensação		
Capacidade para: Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.	**Indicador 19** = Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e internet).	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Capacidade para:	**Indicador 20** = Existência de	**Cálculo** = Dispensa

Garantir processo de trabalho adequado na dispensação.	normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário.	cálculos.
Capacidade para: Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos.	**Indicador 21** = Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
Recursos Humanos		
Capacidade para: Dispor de farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica.	**Indicador 22** = Existência de pelo menos um farmacêutico trabalhando com a Assistência Farmacêutica no nível central da SMS.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
	Indicador 23 = Existência de pelo menos um farmacêutico para cada almoxarifado ou central de abastecimento farmacêutico.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
	Indicador 24 = Porcentagem de unidades básicas de saúde (UBS) que possuem farmacêutico na dispensação.	**Cálculo** = Número de UBS que possuem farmacêutico na dispensação dividido pelo número de total de UBS que dispensam medicamentos vezes100.
	Indicador 25 = Porcentagem de ambulatórios de especialidades (AE) que possuem farmacêutico na dispensação.	**Cálculo =** Número de AE que possuem farmacêutico na dispensação dividido pelo número total de ambulatórios de especialidades que dispensam medicamentos.
	Indicador 26 = Porcentagem de hospitais e pronto-socorros (HPS) sob gestão da SMS que possuem farmacêutico na dispensação entre os que realizam dispensação ambulatorial de medicamentos.	**Cálculo =** Número de hospitais e pronto-socorros sob gestão da SMS que possuem farmacêutico na dispensação dividido pelo número total de hospitais e pronto-socorros sob gestão da SMS que realizam dispensação ambulatorial de medicamentos vezes 100.
	Indicador 27 = Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação.	**Cálculo =** Número de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação dividido pelo número total de unidades

		de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial vezes 100.
Capacidade para: Dispor de pessoal auxiliar para curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.	**Indicador 28** = Porcentagem de trabalhadores da Assistência Farmacêutica (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica.	**Cálculo** = Número total de trabalhadores que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica dividido pelo número total de trabalhadores da Assistência Farmacêutica vezes 100.
Capacidade para: Realizar treinamentos e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde.	**Indicador 29** = Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na Assistência Farmacêutica.	**Cálculo** = Dispensa cálculos.
	Indicador 30 = Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos.	Cálculo = Número de trabalhadores treinados da AF dividido pelo número total de trabalhadores da AF vezes 100.
Farmacovigilância		
Capacidade para: Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos para o Sistema Estadual e Nacional de Farmacovigilância.	**Indicador 31** = Porcentagem de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros).	**Cálculo =** Número de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos dividido pelo número total de profissionais vezes 100.

Fonte: Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica – Ministério da Saúde – 2006 [11].

3.6 Plano de análise

Será realizada a análise simples de distribuição de frequência para cada indicador utilizado. O cálculo para cada indicador já foi descrito acima, assim como a Auto-Avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica. Os resultados serão expressos em tabelas e gráficos de distribuição simples de frequência. Para

comparar o conhecimento do medicamento prescrito entre sexo, idade, cor/raça, grau de escolaridade e se o entrevistado é portador de alguma doença crônica, será utilizado o teste do qui-quadrado, sendo considerado estatisticamente significativo valores de $p<0,05$.

3.7 Recrutamento, seleção e treinamento dos entrevistadores

O recrutamento dos entrevistadores será realizado entre acadêmicos do curso de Farmácia regularmente matriculados na Universidade Federal do Pampa.

Participarão da seleção os candidatos que tiverem no mínimo disponibilidade de 06 horas semanais durante o horário comercial. A seleção será realizada através de entrevista com a pesquisadora e a co-orientadora.

Após a seleção os entrevistadores participarão de capacitação teórico-prática de 08 horas incluindo leitura e discussão dos instrumentos a serem aplicados com a utilização do manual de instruções para entrevistadores (anexo V).

Será concedido certificado de participação com o total de horas disponibilizadas para a mesma e também a possibilidade do uso dos dados em apresentações de mostras científicas.

3.8 Estudo piloto

Será realizado estudo piloto em uma UBS em horário noturno, com o objetivo de avaliar a adequação dos instrumentos, o tempo de aplicação dos mesmos, bem como as dificuldades que possam ser enfrentadas pelos entrevistadores. Tendo em vista a quantidade significativa de atendimentos no horário devido ao número de prescritores atuando e, também pelo fato destes prescritores atuarem em outros turnos, durante o dia, o que produz respostas representativas do todo, visto que os mesmos também atuarão em horário diurno, quando a pesquisa for realizada.

Esse estudo piloto contará com uma amostra de 30 consultas, 30 prescrições e 30 dispensações.

3.9 Logística

A pesquisadora será a responsável pela supervisão dos entrevistadores, estando à disposição dos mesmos em caso de dúvidas sobre o andamento do trabalho.

Será disponibilizado transporte aos entrevistadores para que se desloquem até as UBS.

A coleta das informações deverá iniciar no mês de julho de 2013 com previsão de tempo de coleta de quatro semanas, após o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

As informações serão obtidas por 16 alunos voluntários matriculados no curso de Farmácia da Universidade Federal do Pampa, os quais serão divididos em duplas para a coleta dos dados nas Unidades Básicas de Saúde e Farmácia Central, tendo à sua disposição os instrumentos necessários.

A coleta dos dados ocorrerá nas 13 UBS urbanas do município, nas 5 UBS rurais e na Farmácia Central. Cada dupla irá realizar 10 observações por dia em cada UBS visitada, nos turnos da manhã ou tarde, Nas UBS rurais serão realizadas 10 observações em cada uma delas, no dia em que houver atendimento médico na localidade. Já na Farmácia Básica serão 20 observações diárias em um dos três turnos de funcionamento (manhã, tarde e noite).

O trabalho dos entrevistadores consiste em abordar os pacientes que aguardam na fila de espera para ser atendidos, coletando suas informações pessoais; cronometrar o tempo de consulta deste paciente; acompanhá-lo durante a dispensação para coletar as informações sobre seu conhecimento da prescrição, anotar quais os medicamentos foram dispensados; grampear a 2ª via da prescrição junto ao formulário preenchido; avaliar a prescrição, com auxílio da REMUME e de um Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, a fim de identificara prescrição de antibióticos e injetáveis, bem como se a dispensação foi realizada de maneira correta.

As entrevistas acontecerão nas salas de espera das UBS, procurando sempre local afastado das demais pessoas, em tom de voz baixo a fim de evitar constrangimentos aos entrevistados. Caso o entrevistado for analfabeto, o entrevistador direcionará as perguntas relacionadas ao conhecimento da prescrição

ao entendimento que o paciente possui da mesma e não à leitura desta. Estará a disposição dos entrevistadores, a fim de comprovar assinatura a rogo, almofada de tinta carimbo. Se mesmo assim o entrevistado se sentir constrangido em responder, buscarse-a local apropriado para a realização da entrevista.

Um medicamento será considerado corretamente dispensado se coincidir com o princípio ativo, a dose e o tempo de tratamento prescritos, independente deste ser classificado como medicamento de referência, genérico ou similar,

Cada dupla usará em torno de uma hora em cada UBS para coletar as informações diárias. Uma vez que cada dupla de alunos irá três vezes na semana em cada UBS, no final de quatro semanas teremos 120 coletas de informações.

As duplas que trabalharão nas UBS visitarão duas unidades a cada turno de trabalho, exceto uma das duplas que visitará três UBS por turno.

Os quadros abaixo esquematizam um exemplo de organização das duplas por semana, no período total do estudo:

Ex1: Esquema de uma dupla (2 UBS / turno) que irá trabalhar nas UBSs

Semana	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
1	M		M		M
2	T	T		T	
3		M	T	M	
4	T		M		T

Ex2: Esquema da dupla que irá trabalhar na Farmácia Central

Semana	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
1	M		T		N
2	M		T		N
3	M		T		N
4	M		T		N

Dupla 1: UBS 1 e 2

Dupla 2: UBS 3 e 4

Dupla 3: UBS 5 e 6

Dupla 4: UBS 7 e 8

Dupla 5: UBS 9 e 10

Dupla 6: UBS 11, 12 e 13

Dupla 7: Farmácia Central

A coleta de dados na Farmácia Central e nas UBS 11, 12 e 13 e nas UBS da zona rural será realizada por alunos que estarão realizando estágio curricular na Secretaria Municipal de Saúde, pois possuem maior disponibilidade de tempo.

É estimado o período de quatro semanas para o trabalho de campo, porém, é aceitável a inclusão de mais uma semana levando em conta os imprevistos e possíveis atrasos, relacionados a questões climáticas, ausência dos profissionais prescritores, entre outros impedimentos, totalizando o período máximo para a conclusão do trabalho de campo em até cinco semanas.

Cada acadêmico deverá dispor de seis horas semanais para a participação no estudo, exceto quatro alunos que estarão realizando estágio acadêmico na Secretaria Municipal de Saúde, que terão 10 horas semanais disponíveis.

O Instrumento de Auto-Avaliação para planejamento em Assistência Farmacêutica será aplicado pela pesquisadora junto aos profissionais farmacêuticos responsáveis pela Assistência Farmacêutica Básica e almoxarifado de medicamentos, durante o período da pesquisa de campo nas UBS e Farmácia Central.

3.10 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pela pesquisadora que irá refazer 10% das observações referentes aos indicadores de prescrição, utilizando a 2ª via das prescrições. Este controle de qualidade será realizado na semana posterior à coleta das informações.

Será calculado um valor de kappa baseado em alguma das perguntas dos indicadores de prescrição.

3.11 Coleta, digitação e análise de consistência dos dados

Os entrevistadores irão proceder à coleta de informações nas UBS e na Farmácia Básica em dias e horários predeterminados.

Os indicadores de prescrição e de assistência ao paciente serão avaliados através de instrumentos específicos (Anexos II e III) capaz de relacionar todas as informações necessárias.

Para avaliar os indicadores sobre o serviço será utilizado o instrumento constante no Anexo IV, e os entrevistadores deverão possuir a REMUME e a lista de medicamentos chave (Anexo I) para a verificação.

A digitação dos dados será realizada por dois digitadores a fim de garantir a qualidade da entrada dos dados. Será utilizado o software Epiinfo ® versão 6.04 para a criação do banco de dados com base na codificação dos questionários.

Após a digitação dos dados deverá ser realizada a limpeza dos dados através da tabulação das variáveis do banco, onde os valores inconsistentes deverão ser verificados diretamente nos questionários.

4 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Estima-se que a média de medicamentos por prescrição seja de dois, que o percentual de antibióticos prescritos seja em torno de 23% do total de medicamentos, que 70% das prescrições seja em nome genérico e que aproximadamente 60% constem na RENAME, tendo como base os achados de Girotto 2006 [46].

Em relação aos indicadores de assistência ao paciente, espera-se que em média 50% das prescrições sejam ilegíveis, conforme encontrado por Oliveira em 2005 [47].

Na avaliação dos indicadores sobre o serviço, pressupõe-se que todas as unidades possuam a lista de medicamentos essenciais, pois é uma recomendação do Ministério da Saúde e por outro lado, não demanda recursos financeiros para sua disponibilização[10] [30], já em relação à disponibilidade dos medicamentos-chave, não é possível prever o percentual dos medicamentos encontrados nas UBS e farmácia central.

Quanto à utilização do Instrumento de Auto-avaliação proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, que classifica a qualidade da Assistência Farmacêutica em três estágios acredita-se que a Assistência Farmacêutica do município de Uruguaiana esteja no 1º estágio na maioria dos itens propostos pelo instrumento [10], pelo fato de não possuir Comissão de Farmácia e Terapêutica, protocolos de prescrição, sistemas de avaliação sistemática da qualidade, planejamento para as diferentes etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, entre outras não conformidades. Segundo o documento [10], o 1º estágio é o de menor qualidade, e o 3º o de maior.

5 RISCOS E DIFICULDADES

O presente estudo tem como objetivo avaliar a Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana na atenção primária, logo não haverá informações dos usuários que utilizam outros níveis da Assistência Farmacêutica.

Outro risco que pode ser enfrentado está relacionado a não participação dos pacientes, uma vez que os moradores de Uruguaiana não estão acostumados com pesquisas na área da saúde pública e tendem a interpretá-las como instrumento político.

Ainda que a pesquisadora tenha consciência do caráter científico da pesquisa, o fato de ser trabalhadora do local de pesquisa pode apresentar-se como dificuldade no decorrer do trabalho.

6 CRONOGRAMA

	2012						2013					
Mês	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**	**J**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**
Aulas teóricas mestrado	X	X	X	X	X	X	X	X				
Elaboração do Projeto				X	X	X	X	X	X			
Qualificação do Projeto									X			
Comitê de Ética											X	X
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplicação dos instrumentos												
Digitação e limpeza dos dados												
Análise Estatística												
Redação de Artigo												
Defesa da Dissertação												

Mês	**2013**						**2014**					
	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
Aulas teóricas mestrado												
Elaboração do Projeto												
Qualificação do Projeto												
Comitê de Ética												
Revisão Bibliográfica	X	X										
Aplicação dos instrumentos	X	X										
Digitação e limpeza dos dados	X	X										
Análise Estatística		X	X									
Redação de Artigo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Defesa da Dissertação												X

7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Aos entrevistados será solicitado o consentimento informado escrito (Apêndice A), mesmo não havendo procedimentos que coloquem em risco a integridade física, moral e psicológica dos indivíduos, visto que a entrevista será realizada de forma individual, e se for de necessidade do entrevistado, ao abrigo de terceiros. O entrevistado poderá negar-se a responder às perguntas possam lhe causar algum constrangimento, sem prejuízo de seu atendimento.

A coleta de dados terá inicio somente após aprovação pelo CEP.

8 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR UNITARIO R$	*VALOR TOTAL R$
MATERIAIS DE CONSUMO					
01	100	Litro	Combustível	3,09	309,00
02	40	Unidade	Caneta esferográfica	1,50	60,00
03	50	Unidade	Lápis	1,00	50,00
04	20	Pacote/500	Folha Sulfite	15,00	300,00
05	8000	Unidade	Cópia – xerox	0,10	800,00
06	500	Unidade	Impressão	0,30	150,00
07	01	Unidade	Computador	2.200,00	2.200,00
08	01	Unidade	Impressora Jato de Tinta	250,00	250,00
09	50	Unidade	Tinta para impressora	50,00	2.500,00
10	200	Horas	Motorista	7,50	1.500,00
SUBTOTAL					**R$ 8.119,00**

*Os custos correrão por conta da pesquisadora e da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, (1988).

2. Brasil. Lei 8080: Lei Orgânica da Saúde, (1990).

3. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais; The basic pharmaceutical care for municipal managers. 2003.

4. Carlos I, Bonfim J, Mercucci V. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. A construção da política de medicamentos São Paulo: Hucitec e Sobravime. 1997.

5. Brasil. Lei 8142: 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, 1990.

6. Brasil. Portaria 176. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos, (1999).

7. Brasil.Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde.[Links]; 1997.

8. World Health Organization. WHO medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000–2003. Geneva2000.

9. Câmara dos Deputados. Relatório da CPI-Medicamentos. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços ea falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios Brasília - Câmara dos Deputados, 2000.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. In: Secretaria de Ciência Tecnologia, editor. Brasília - DF2006.

11. Bermudez J. Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil: Editora Hucitec, 1995.

12. Cosendey MAE, Bermudez JAZ, dos Reis ALA, da Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de

três estados brasileiros Provision of essential medicines within basic health care: the experience. Cadernos de Saúde Pública, 2000;16(1):171-82.

13. Pereira A. A. Produção descentralizada de medicamentos essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico estratégico de sua implementação. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1995.

14. Médici AC, de Oliveira F, Beltrão KI. A política de medicamentos no Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 1990.

15. Cosendey MAE. Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Rio de Janeiro,2000.

16. Brasil. Decreto nº 793, de 5 de abril, 1993.

17. Zepeda Bermúdez JA, Albuquerque Possas C. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil; Critical analysis of drug policy in Brazil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), 1995;119(3):270-7.

18. Bermudez J, Rozenfeld S, Portela M. Avaliação do Programa Farmácia Básica-Brasil, 1997/1998, 1997.

19. Kornis GEM, Braga M, Zaire C. Os marcos legais das Políticas de Medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). Rev APS, 2008;11(1):85-99.

20. Brasil. Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes Genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências, 1999.

21. Brasil. Portaria 533, DE 28 DE MARÇO DE 2012 Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de MedicamentosEssenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012.

22. Brasil. Resolução nº 338 - Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica - Instruções Técnicas para sua Organização. Editor: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos 2ª ed. Brasília, 2006.

24. Brasil. Portaria 4.217 - Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, (2010).

25. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Assistência Farmacêutica no SUS. 1ª ed. Brasília, 2011.

26. Brasil. Portaria nº 2981 de 26 de Novembro de 2009 - Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, 2009.

27. Conselho Federal de Farmácia. Resolução 308, de 02 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias, 1997.

28. Organización Mundial de la Salud. Aspectos destacados en el año 2000 sobre medicamentos esenciales y política farmacéutica, 2000.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos, de 1998. 6ª Reimpressão 6ª ed. Brasília, 2002.

30. Organización Mundial de la Salud. Como investigar el uso de Medicamentos en los Servicios de Salud. Ginebra, 1993.

31. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia de Expertos. El uso racional de los medicamentos. Nairobi, 1985.

32. Soares JCRdS, Deprá AS. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos; Dangerous liaisons: the pharmaceutical industry, patients associations and the legal battles for access to medicines. Physis (Rio J), 2012;22(1):311-29.

33. Organização Mundial da Saúde. Guia para Boa Prescrição Médica: Artmed Porto Alegre, 1998.

34. Brasil. Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências, 1973.

35. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R, Hartz Z. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

36. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):547-59.

37. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring,1980.

38. Vuori H. Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde. Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde: aspectos metodológicos. Rio de Janeiro: OPAS - Escola Nacional de Saúde Pública, 1988. p. 17-24.

39. Donabedian A. The seven pillars of quality. Archives of pathology & laboratory medicine,1990;114(11).

40. Donabedian A. La capacidade de la atención médica: definición e métodos de evaluacón. Cidade do México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

41. Marcondes NSP. A assistência farmacêutica básica eo uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grosssa, Paraná: estudo de caso: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

42. Organization WH. How to investigate drug use in communities. Guidelines for social science research. Geneva, 1992.

43. Emmerick IC. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores: Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

44. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. Scientia Medica, 2007;17(4):229-32.

45. IBGE. Censo Populacional - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

46. Girotto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná; Drug prescription in a city of the north of Paraná. RevistaBrasileira de Epidemiologia, 2006;9(2):226-34.

47. de Oliveira RC, de Camargo AEB, Cassiani SHDB. Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor de Emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, 2005;58(4):399-404.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA – RS

RAQUELI ALTAMIRANDA BITTENCOURT

Orientadora: Profª. Drª. Andréa Homsi Dâmaso

Co-Orientadora: Profª. Drª. Marysabel Pinto Telis Silveira

Pelotas/RS, 2014.

Introdução

O presente relatório tem como objetivo apresentar as etapas que envolveram o trabalho de campo do estudo que avaliou a Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, Rio Grande do Sul. O delineamento do estudo foi transversal, por ser o mais indicado para avaliação de serviços e programas de saúde.

O objetivo principal foi avaliar a situação atual da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, RS, utilizando os indicadores de prescrição, de assistência e de serviço recomendados pela OMS e o instrumento de Auto-Avaliação proposto pelo Ministério da Saúde para avaliar a capacidade gerencial da Assistência Farmacêutica.

Estiveram envolvidas na coleta de campo a coordenadora do estudo (mestranda), uma acadêmica do curso de Farmácia da UNIPAMPA e mais 23 entrevistadores (acadêmicos dos cursos de Farmácia e Enfermagem da UNIPAMPA). A coordenadora do estudo e a acadêmica coordenaram o treinamento dos entrevistadores, coleta das informações e controle de qualidade.

O município de Uruguaiana

O município de Uruguaiana localiza-se na região da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, possui população aproximada de 125.435 habitantes, conforme IBGE 2010, sendo que a população rural corresponde a 7% do total da população do município.

A Secretaria Municipal de Saúde encontra-se em gestão plena da atenção básica à saúde, seu organograma atual possui cinco diretorias, nenhuma delas de Assistência Farmacêutica. Os serviços relacionados estão lotados no Setor de Farmácia e Almoxarifado e não há Comissão de Farmácia e Terapêutica constituída.

A rede de atenção básica é composta por 19 unidades básicas de saúde, sendo 13 UBS localizadas na zona urbana, 01 ambulatório especializado em saúde mental e 05 UBS situadas na zona rural.

O estudo seria desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana, zona rural, farmácia central e almoxarifado de medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, porém, durante a aplicação do instrumento de pesquisa, foram encontradas algumas dificuldades não previstas, como a ausência

de médicos nas Unidades Básicas do interior do município e em algumas da zona urbana, o que fez com que fosse reduzido o número de locais de entrevistas, bem como, o número de entrevistas.

Seleção dos Indicadores

Utilizou-se os três grupos de indicadores básicos de uso de medicamentos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde, sendo eles os indicadores de prescrição, indicadores de assistência ao paciente e indicadores sobre o serviço de saúde. Também foi avaliada a capacidade gerencial da Assistência Farmacêutica dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, utilizando o Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica proposto pelo Ministério da Saúde. Ainda foram coletadas informações socioeconômicas dos entrevistados.

Manual de Instruções para entrevistadores

Durante a construção do projeto de pesquisa foi elaborado manual de instruções para os entrevistadores que deveria ser utilizado pelos mesmos durante a coleta de dados. O manual contém informações e considerações gerais sobre o estudo, trabalho de campo, comportamento durante as entrevistas, modo de coleta dos dados, instruções de preenchimento do questionário e codificação, além de explicações específicas para cada uma das questões.

Seleção e treinamento dos entrevistadores

A seleção dos entrevistadores foi realizada entre acadêmicos do curso de Farmácia regularmente matriculados na Universidade Federal do Pampa, através de divulgação entre os mesmos pela direção do curso. Participaram da seleção os candidatos que tinham, no mínimo, disponibilidade de 06 horas semanais durante o horário comercial. A seleção foi realizada através de entrevista com a pesquisadora. Após a seleção, os entrevistadores participaram de capacitação teórico-prática de 08 horas, incluindo leitura e discussão dos instrumentos a serem aplicados com a utilização do manual de instruções para entrevistadores.

Estudo Piloto

Foi realizado estudo piloto em uma UBS em horário noturno, tendo em vista que os prescritores e os dispensadores eram diferentes daqueles que estariam presentes no estudo. Esse estudo piloto contou com uma amostra de 30 consultas, 30 prescrições e 30 dispensações e serviu para correções e adaptações do instrumento de coleta dos dados.

Coleta de dados

A coleta dos dados iniciou no mês de junho de 2013, após o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e autorização da gestora da Secretaria de Saúde de Uruguaiana e encerrou em setembro de 2013.

As informações foram obtidas por 23 alunos voluntários, matriculados nos curso de Farmácia e Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, os quais foram divididos em duplas para a coleta dos dados nas Unidades Básicas de Saúde e Farmácia Central, tendo à sua disposição os instrumentos necessários. A coleta dos dados ocorreu em11 UBS urbanas e na Farmácia Central.

O trabalho dos entrevistadores consistiu em: abordar os pacientes que aguardavam na fila de espera para ser atendidos para coletar suas informações pessoais; cronometrar o tempo de consulta deste paciente; acompanhar o paciente durante a dispensação para coletar as informações sobre seu conhecimento da prescrição e anotar quais os medicamentos foram dispensados; grampear a 2ª via da prescrição junto ao formulário preenchido; avaliar a prescrição, com auxílio da REMUME e de um Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, a fim de identificar a prescrição de antibióticos e injetáveis, bem como se a dispensação foi realizada de maneira correta.

Um medicamento foi considerado corretamente dispensado se coincidia com o princípio ativo, a dose e o tempo de tratamento prescritos, independente deste ser classificado como medicamento de referência, genérico ou similar.

A codificação foi realizada pelos entrevistadores utilizando a coluna da direita do questionário e revisada pelas coordenadoras do trabalho de campo.

O Instrumento de Auto-avaliação elaborado pelo Ministério da Saúde foi

aplicado na íntegra pela pesquisadora, através de visitas à Farmácia Central e Almoxarifado de Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, onde foram realizadas entrevistas com os farmacêuticos responsáveis pelos referidos setores e observação das condições físicas-estruturais, de logística e pessoal dos locais.

Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado pela pesquisadora que refez 10% das observações referentes aos indicadores de prescrição, utilizando a 2ª via das prescrições. Este controle de qualidade foi realizado na semana posterior à coleta das informações.

Digitação

A digitação dos dados foi realizada por dois digitadores a fim de garantir a qualidade da entrada dos dados. Foi utilizado o software Epidata® versão 3.1 (EpiDATA Association) para a criação do banco de dados com base na codificação dos questionários.

Após a digitação dos dados foi realizada a limpeza dos dados através da tabulação das variáveis do banco, onde os valores inconsistentes foram verificados diretamente nos questionários.

Análise Estatística

As análises foram realizadas no programa estatístico STATA 12 (StataCorp, CollegeStation, USA). Teste t e anova foram realizados para comparar o tempo médio de consulta para cada uma das categorias das variáveis estudadas, considerando estatisticamente significativo valores de $p<0,05$.

RELATÓRIO TÉCNICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

RELATÓRIO TÉCNICO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA – RS

RAQUELI ALTAMIRANDA BITTENCOURT

Orientadora: Profª. Drª. Andréa Homsi Dâmaso

Co-Orientadora: Profª. Drª. Marysabel Pinto Telis Silveira

Pelotas/RS, 2014.

Objetivo do relatório:

O presente relatório tem como objetivo apresentar ao prefeito municipal, à gestora da saúde no município e ao conselho municipal de saúde os resultados da pesquisa intitulada “Avaliação da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana”, realizada pela servidora farmacêutica bioquímica Raqueli Altamiranda Bittencourt, como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública Baseada em Evidências, no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Justificativa da pesquisa:

A Assistência Farmacêutica representa uma das áreas de maior impacto financeiro no SUS de forma geral, o que também é a realidade das secretarias municipais de saúde.

A demanda por medicamentos é crescente e sua disponibilização requer elevados recursos financeiros. A ausência de gestão efetiva pode acarretar em grandes desperdícios, logo, é de extrema importância o gerenciamento adequado da Assistência Farmacêutica.

Neste projeto, a aplicação do Instrumento de Auto-Avaliação elaborado pelo Ministério da Saúde, se propõe a identificar o estágio atual de desenvolvimento da capacidade técnica e de gerenciamento da Assistência Farmacêutica, servindo de instrumento na definição de metas e ações prioritárias para o planejamento da Assistência Farmacêutica, como capítulo integrante do Plano de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

A avaliação dos indicadores de prescrição reflete as práticas dos prescritores em relação a aspectos chave do uso adequado dos medicamentos, como o número médio de medicamentos por consulta, verificando a existência da polimedicação; percentual de prescrições contendo antibióticos, uma vez que o uso indiscriminado de antimicrobianos tende ao aumento da resistência bacteriana, entre outros.

Os indicadores de assistência ao paciente visam avaliar a utilização dos medicamentos desde a perspectiva do prescritor, passando pelo dispensador até o usuário do medicamento.

O conhecimento dos indicadores sobre o serviço permite visualizar a organização da Assistência Farmacêutica, sua capacidade operacional e sua importância para o gestor da saúde pública.

Estudos como o proposto permitem realizar diagnóstico local de determinada política de saúde pública e servem como instrumento para a realização de intervenções a fim de efetivar ações para o desenvolvimento de práticas que visem a saúde pública como direito fundamental do cidadão e dever do estado.

Objetivos da pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar a situação atual da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, RS, utilizando os indicadores de prescrição, de assistência e de serviço recomendados pela OMS e o Instrumento de Auto-Avaliação proposto pelo Ministério da Saúde para avaliar a capacidade gerencial da Assistência Farmacêutica.

Objetivos específicos:

- Avaliar os indicadores de prescrições, verificando o número médio de medicamentos por prescrição, percentual de prescrições contendo antibióticos, percentual de injetáveis prescritos, percentual de medicamentos prescritos por seu nome genérico, percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME;
- Avaliar os indicadores de assistência, levando em consideração o tempo médio de consulta, percentual de medicamentos realmente dispensados, conhecimento da prescrição por parte do usuário, total e estratificado por sexo, idade, cor da pele, renda individual e local de residência;
- Avaliar os indicadores sobre o serviço, verificando a disponibilidade de cópias da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) em todas as

Unidades de Saúde, assim como verificar a disponibilidade dos medicamentos chave nas Unidades Básicas de Saúde;

- Avaliar a capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica, utilizando o Instrumento de Auto-Avaliação proposto pelo Ministério da Saúde;

Metodologia:

Foram realizadas 650 entrevistas tendo como sujeitos, pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que procuram as Unidades Básicas de Saúde do município para atendimento. A distribuição das entrevistas deu-se da seguinte maneira: 50 entrevistas em cada uma das 11 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana que contavam com atendimento médico e 100 na Farmácia Central do município.

O trabalho de campo foi realizado por 23 acadêmicos do curso de Farmácia da UNIPAMPA, que receberam treinamento prévio.

O objetivo das entrevistas foi verificar o conhecimento do paciente referente à prescrição médica, número de medicamentos prescritos, se foram prescritos pelo nome genérico, se continha antibiótico ou injetável na receita e se constavam na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), ainda constatar o tempo de consulta e o número de medicamentos que foram dispensados, assim como coletar as variáveis, cor da pele, sexo, idade, escolaridade, renda e local de residência, se zona urbana ou zona rural.

A aplicação do Instrumento de Auto-Avaliação para o planejamento da Assistência Farmacêutica foi realizado pela pesquisadora junto aos responsáveis da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, os quais, por já terem conhecimento prévio do estudo, entenderam sua relevância e se dispuseram a participar.

A pesquisa se desenvolveu no período de junho a setembro de 2013, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.

Resultados:

Tabela 1 – Perfil dos usuários dos serviços médicos e farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades do município de Uruguaiana-RS, de junho a setembro de 2013.

Variáveis	N	%
Zona		
Urbana	609	93,7
Rural	41	6,3
Sexo		
Masculino	152	23,4
Feminino	498	76,6
Idade (em anos)		
18 – 30	106	16,3
31 – 40	89	13,7
41 – 50	135	20,8
51 – 60	130	20,0
61 – 70	127	19,5
71 ou mais	63	9,7
Escolaridade (em anos de estudo)		
0 – 4	141	21,7
5 – 8	298	45,9
9 ou mais	211	32,4
Renda Familiar (em salários mínimos)*		
> 1 SM	147	22,6
1 SM	109	16,8
1 a 2 SM	349	53,7
2 ou mais SM	45	6,9
Cor da pele		
Branca	352	54,2
Preta/Parda	298	45,8
Total	650	100,0

* Valor do salário mínimo na época, R$ 678,00.

Observou-se que a maioria dos usuários era residente na zona urbana, mulheres, com idade predominante na faixa etária de 41 a 70 anos, que possuem em sua maioria 5 a 8 anos de estudo, com renda média de 1 a 2 salários mínimos e de cor da pele branca (Tabela 1).

Quadro 1 – Indicadores de prescrição e de assistência ao paciente

	Indicadores	**Resultados**
Prescrição	Número médio de medicamentos por consulta (1132/650)	1,7
	Percentual de medicamentos prescritos por seu nome genérico (855/1132)100	75,5%
	Percentual de consultas que se prescreveu antibiótico (63/650)100	9,7%
	Percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME (766/1132)100	67,7%
	Percentual de consultas em que se prescreveu medicamento injetável (24/650)100	3,7%
Assistência	Tempo médio de consulta (N=650)	6,0 min
	Percentual de medicamentos realmente dispensados (582/1132)100	51,4%
	Percentual de pacientes que compreenderam a prescrição (78/413)100	18,9%

Foram entrevistados 50 usuários em cada UBS e 100 na Policlínica de Especialidades, totalizando 650 entrevistas. Destes 413 saíram da consulta médica com alguma prescrição de medicamento, os demais tiveram solicitação de exames ou encaminhados para médicos especialistas.

Na análise dos indicadores de prescrição foram considerados aqueles que tiveram alguma prescrição (413) e para a análise dos indicadores assistência foram considerados todos os participantes da pesquisa, mesmo aqueles que não tiveram prescrição de medicamento. O número de itens por prescrição variou de 1 a 10, o total de medicamentos prescritos foi de 1132, entre os quais foram calculados os percentuais de medicamentos genéricos, antibióticos, injetáveis e que constavam na REMUME (Quadro 1).

Como indicado pela OMS para avaliação dos indicadores de assistência ao paciente foram calculados o tempo médio de consulta, o percentual de medicamentos dispensados e verificada a compreensão do usuário sobre sua prescrição, para essa análise foram considerados itens como: nome correto, dosagem, número de vezes ao dia, duração do tratamento e motivo do uso do medicamento, sendo considerado com conhecimento da prescrição aquele que respondeu sim a todos os questionamentos.

Analisando os indicadores de prescrição observamos que o número médio de

medicamentos prescritos (1,7) o número corresponde ao indicado pela OMS.

Quanto à prescrição pelo nome genérico, observa-se que foi elevado o número de prescrições pelo nome genérico (75,5%), maior que o observado em Brasília (73,2%) e em Ribeirão Preto (30,6%). Esse resultado demonstra boa adesão dos prescritores à denominação genérica, apesar de sabermos que a legislação determina que 100% das prescrições do SUS sejam pelo nome genérico.

O percentual de consultas em que foram prescritos antibióticos (9,7%) foi baixo se comparado a outros estudos. Em Brasília o percentual de antibióticos prescritos foi de 26,4% e em Ribeirão Preto 21,3%. Esse resultado chama a atenção se observarmos a época do ano que foi realizado o estudo (meses de junho a setembro) em um município do Sul do Brasil, onde o inverno é bem rigoroso. O fato pode estar relacionado à disponibilidade de antibióticos somente na Farmácia Central e não em UBS ou ainda à prática da prescrição racional de antimicrobianos, evitando o desenvolvimento de microrganismos potencialmente resistentes.

Um critério importante na promoção do uso racional de medicamentos é a existência da REMUME e seu uso, que visa orientar o uso de produtos seguros e eficazes. Essa relação deve ser baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no perfil epidemiológico do município e no planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Observou-se um baixo percentual de medicamentos prescritos de acordo com a REMUME (67,7%), demonstrando a não adesão dos prescritores à relação, o resultado foi inferior ao encontrado em Ribeirão Preto (83,4%) e em Santa Catarina (91,5%).

Quanto aos indicadores de assistência, observou-se que o tempo médio de consulta foi de apenas 6 minutos, estando muito abaixo dos 15 minutos preconizados pelo Ministério da Saúde. Esse resultado se reflete nos usuários, uma vez que 81,1% não compreenderam a prescrição, saindo da consulta sem saber o que foi prescrito, motivo do uso e como utilizar o medicamento prescrito. O percentual de medicamentos realmente dispensados (51,4%) foi muito inferior aos 95% recomendados pela OMS.

Para a avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica foi utilizado na íntegra o instrumento de Auto-Avaliação proposto pelo Ministério da Saúde, o quadro abaixo demonstra o estágio atual e a meta a ser atingida.

Quadro 2 – Avaliação do planejamento da Assistência Farmacêutica

Gestão da Assistência Farmacêutica		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Institucionalizar a Assistência Farmacêutica.	**2**= A Assistência Farmacêutica é reconhecida e aceita parcialmente pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e não consta formalmente na estrutura organizacional.	Existência da Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.
Planejar a organização da Assistência Farmacêutica.	**1**= Não há planejamento para organização da Assistência Farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo.	Inclusão da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde com definição de objetivos e metas.
Estruturar e organizar os serviços de Assistência Farmacêutica.	**1**= Não há recursos financeiros, infra-estrutura e de pessoal adequados para os serviços de Assistência Farmacêutica.	Porcentagem de serviços de Assistência Farmacêutica em condições adequadas de funcionamento.
Avaliar as ações de Assistência Farmacêutica.	**1** = Não existe um sistema de monitoramento e avaliação das ações de Assistência Farmacêutica.	Existência de procedimentos para o monitoramento da Assistência Farmacêutica por meio de indicadores.
Seleção		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essenciais.	**2=** Existe relação municipal de medicamentos essenciais que se baseia na RENAME, porém não há avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico.	Existência de processo de seleção de medicamentos, realizado por uma CFT, obedecendo aos critérios definidos de análise da literatura científica e baseado na RENAME, atendendo o perfil epidemiológico do município .
Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para os prescritores.	**2=** Existe divulgação da lista de maneira informal.	Existência da lista impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.
Adotar protocolos clínicos.	**1=** Rotineiramente não adota protocolos clínicos, exceto aqueles consagrados como tuberculose, hanseníase e hepatites virais.	Existência de protocolos clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas UBS.
Programação/Aquisição		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Programar adequadamente.	**1=** Não há programação físico-financeira de medicamentos.	Programação que leve em consideração dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros.
Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno.	**1=** A aquisição de medicamentos não leva em consideração dados do estoque e demanda do município.	A aquisição deve considerar integralmente dados de estoque e demanda do município.

Garantir medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender à população	**2=** O processo de aquisição de medicamentos atende parcialmente às demandas do município.	O processo de aquisição de medicamentos deve atender plenamente às demandas do município, levando em consideração a porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada.
Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.	**2=** Estabelece especificações técnicas dos medicamentos que deverão compor os editais.	Existência de catálogo contendo especificações técnicas dos medicamentos e garantia da exigência de documentos que assegurem a qualidade dos medicamentos para os editais de aquisição de medicamentos.
Armazenamento/Distribuição/Transporte		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Garantir o armazenamento correto dos medicamentos.	**1=** O local de armazenamento não possui condições sanitárias adequadas para a guarda de medicamentos.	Existência de local que possua condições sanitárias adequadas para armazenamento, obedecendo às Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos.
Garantir o transporte adequado dos medicamentos.	**2=** O transporte de medicamentos atende parcialmente às Boas Práticas.	Possuir transporte adequado em quantidade suficiente e específico, de forma que garanta a qualidade do medicamento. Existência de Procedimentos Operacionais Padrão para o transporte de medicamentos.
Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.	**1=** Não há controle de estoque por um profissional responsável, assim como, não há sistema consistente de controle de estoque consistente que forneça dados confiáveis para a gestão.	Os medicamentos deverão estar sob controle do farmacêutico responsável. O sistema de controle de estoque deverá ser informatizado e fornecer dados consistentes e confiáveis para a gestão.
Prescrição de medicamentos		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Promover a adesão dos prescritores à relação de medicamentos essenciais.	**1=** Não realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais.	Realizar ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais e monitorar a adesão.
Promover a qualidade das prescrições.	**1=** Não realiza intervenção para garantia ou promoção da qualidade das prescrições.	Avaliar a qualidade da prescrição e retornar à equipe problemas relacionados às prescrições.
Promover educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores.	**1=** Não desenvolve processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos.	Adotar política de educação permanente sobre o uso racional de medicamentos.
Dispensação		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Organizar a farmácia nas	**1=** As farmácias não têm dimensão	Farmácias com infra-estrutura

unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.	suficiente, infra-estrutura adequada, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet e nem dispõem de farmacêutico nas equipes.	adequadas para atendimento aos usuários, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos, de internet e com a presença de profissional farmacêutico.
Garantir processo de trabalho adequado na dispensação.	1= Não existem manuais com rotinas de dispensação.	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas UBS para atendimento ao usuário.
Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos.	2= As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado.	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos.
Recursos Humanos		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Dispor de farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica.	**2=** Há farmacêutico na gerência da Assistência Farmacêutica, no almoxarifado de medicamentos e nos ambulatórios especializados de: Hepatites Virais e HIV/DST/AIDS.	Farmacêuticos em todas as UBS e em todos os ambulatórios especializados.
Dispor de pessoal auxiliar para curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.	**2=** O pessoal auxiliar das atividade de Assistência Farmacêutica, em sua maioria, possui curso formal ou treinamento em AF.	Todo o pessoal auxiliar das atividade de AF deve possuir curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas.
Realizar treinamentos e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde.	**1=** Não são realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF, assim como, não se promove a sua participação em cursos externos de atualização e capacitação.	Existência de programação permanente para a realização de treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF.
Farmacovigilância		
Capacidade para:	**Estágio Atual:**	**Meta:**
Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos para o Sistema Estadual e Nacional de Farmacovigilância.	2= Existem profissionais capacitados pela Vigilância Sanitária, porém essa ação não é realizada	Encaminhar as notificações para o Sistema Nacional de Farmacovigilância.

Na avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica devemos considerar que o IAPAF classifica em três estágios cada um dos itens que compõem o ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo o primeiro estágio aquele de menor capacidade e o terceiro o que contempla o proposto pelo Ministério da Saúde e OMS como ideal em capacidade de planejamento e gerência da Assistência Farmacêutica. Em Uruguaiana, dos 24 itens, 12 encontram-se no nível 1 e 12 no nível 2, ou seja, nenhum dos itens atende o preconizado como ideal pelo Ministério da Saúde.

Questões que devem ser consideradas pelo executivo municipal, gestor da saúde e controle social:

De acordo com a legislação vigente todo medicamento prescrito no âmbito do SUS deve ser adquirido e prescrito obrigatoriamente com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), ou seja, o ideal seria que fosse encontrado 100% das prescrições em nome genérico e não 75,5% como o constatado.

O Ministério da Saúde edita periodicamente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira, esse documento deve servir de base para que os municípios elaborem através de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica devidamente constituída, sua própria listagem de acordo com o perfil epidemiológico da população atendida e baseada em critérios científicos. A Secretaria de Saúde de Uruguaiana dispõem de relação municipal, porém a mesma não é o instrumento norteador das prescrições, uma vez que, 32,3% das prescrições continham medicamentos que não constavam na relação.

No início da pesquisa foi elaborada pela pesquisadora e pelos farmacêuticos do almoxarifado de medicamentos e farmácia básica, uma lista de 15 medicamentos considerados medicamentos-chave, que por sua importância não poderiam faltar em nenhuma hipótese nas UBS e na farmácia básica, e durante a realização do trabalho de campo (entrevistas) observou-se a constante falta desses medicamentos nos locais do estudo.

O tempo médio de consulta foi de 6 minutos, sendo a consulta de menor tempo de 58 segundos e a de maior tempo de 30,13 minutos, a média encontrada

está muito abaixo do mínimo recomendado pela OMS e Ministério da Saúde de 15 minutos por consulta.

Sendo direito do usuário o acesso ao medicamento quando necessário, esse deve estar disponível, porém 48,6% dos indivíduos que tiveram prescrição de algum medicamento, não o obtiveram.

Conhecer a prescrição medicamentosa facilita o tratamento e a recuperação da saúde. Entretanto, do universo de entrevistados, 81,1% não entenderam a prescrição, ou seja, não sabiam o que iriam utilizar, como iriam administrar o medicamento, tampouco a finalidade do uso.

Os resultados do instrumento de avaliação da capacidade gerencial e de planejamento demonstram a fragilidade, incipiência e irrelevância política da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana.

Sugere-se a constituição o mais breve possível de Comissão de Farmácia e Terapêutica, adequação das áreas físicas destinadas aos serviços da Assistência Farmacêutica (Farmácia Básica, Farmácia Especial, Farmácias das UBS, Central de Abastecimento), recursos humanos compatíveis com as atividades e complexidades desenvolvidas. A Assistência Farmacêutica deve ocupar lugar de destaque no planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que, os medicamentos representam o segundo maior investimento do Sistema Único de Saúde, ficando atrás apenas dos gastos com recursos humanos. É necessário que os profissionais farmacêuticos possuam autonomia e poder decisório nas questões técnicas referentes ao planejamento e gerência da Assistência Farmacêutica.

O tempo médio de consulta é um importante indicador da qualidade dos serviços médicos e como descrito acima, está muito abaixo do recomendado, sugere-se a adequação da carga horária dos prescritores ao número de atendimentos.

ARTIGO ORIGINAL

Artigo a ser enviado à Revista Brasileira de Epidemiologia

Avaliação da Assistência Farmacêutica em um Município no Sul do Brasil

Raqueli Altamiranda Bittencourt[1,4], Marysabel Pinto Telis Silveira[2], Fernanda Fernandes Miranda[3], Marília Cruz Guttier[4], Andréa Dâmaso Bertoldi[4]

[1]Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana – RS

[2]Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Instituto de Biologia. Universidade Federal de Pelotas

[3]Curso de Farmácia. Universidade Federal do Pampa – Campus Uruguaiana

[4]Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas

RESUMO

Introdução: A Assistência Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem o medicamento como insumo essencial, combinado com estrutura, pessoas e tecnologias, tendo o usuário como beneficiário maior. Os principais objetivos da AF são facilitar o acesso aos medicamentos essenciais e promover seu uso racional.

Objetivo: Avaliar a situação da AF no município de Uruguaiana-RS, utilizando os indicadores de prescrição, assistência e serviço recomendados pela OMS e o Instrumento de Auto-Avaliação (IAPAF) proposto pelo Ministério da Saúde para avaliar a capacidade gerencial e de planejamento da AF.

Métodos: Estudo transversal, totalizando 650 entrevistas e observações entre junho-setembro/2013, em 11 Unidades Básicas de Saúde e na Farmácia Central. Os indicadores de prescrição analisados foram: número médio de medicamentos por consulta; percentual de medicamentos prescritos pelo nome genérico; percentual de consultas em que foram prescritos antibióticos; percentual de prescrições contendo injetáveis e percentual de medicamentos prescritos que constam na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais. Os indicadores de assistência ao paciente analisados foram: tempo médio de consulta, conhecimento da prescrição e disponibilidade dos medicamentos prescritos. Ainda foram verificados os indicadores sobre o serviço: disponibilidade da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais em todos os serviços pesquisados e disponibilidade dos medicamentos-chave. O IAPAF foi aplicado na Farmácia Básica e almoxarifado de medicamentos. Os estágios de desenvolvimento para cada uma das etapas da AF foram classificados de 1 a 3, sendo o nível 1 o de menor desenvolvimento e o 3 o melhor.

Resultados: O número de medicamentos por prescrição variou de 1 a 10 (média=1,7). O percentual de medicamentos prescritos pelo nome genérico e que consta na REMUME foi de 75,5% e 67,7%, respectivamente; em 9,7% das consultas foram prescritos antibióticos. O tempo médio de consulta foi de 6 minutos; 51,4% dos usuários tiveram sua prescrição atendida; apenas 18,9% dos pacientes compreenderam totalmente a prescrição. Dos 24 itens analisados no IAPAF, 12 encontravam-se no estágio 1 e 12 no estágio 2.

Conclusão: O fato de não ter Comissão de Farmácia e Terapêutica, não utilizar o perfil epidemiológico para a programação de medicamentos e insumos

farmacêuticos e não cumprir as Boas Práticas de Armazenamento, Transporte, Distribuição e Dispensação, revela que não há gerenciamento adequado e planejamento da AF no município, podendo causar gastos desnecessários e falta de efetividade do sistema de saúde. O tempo médio de consulta muito aquém do recomendado pela OMS pode estar influenciando a não compreensão da prescrição.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Prescrições de Medicamentos; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Serviços de Saúde.

Abstract

Introduction: The Pharmaceutical Assistance (PA) is a set of actions for the promotion, protection and recovery of health. It has the medicine as essential input, combined with structure, people and technology, with the user as the greatest beneficiary. The main objectives of the PA are facilitating access to essential medicines and promote their rational use.

Objective: To evaluate the situation of the municipality of Uruguaiana PA - RS, using prescribing indicators, assistance and service recommended by WHO and the Self-Assessment Instrument (IAPAF - *Instrumento de Auto-Avaliação*) proposed by Ministry of Health to evaluate the management skills and planning the AF service.

Methods: Cross-sectional study, from a total of 650 interviews and observations between june-september/2013, in 11 Basic Health Unit and Central Pharmacy. The analyzed prescribing indicators were: average number of medications per visit; percentage of drugs prescribed by generic name; percentage of antibiotics prescribed; percentage of prescriptions containing injectable drugs and percentage of prescription drugs listed on the Municipal List of Essential Medicines. Although the indicators on the service were checked about availability of the Municipal List of Essential Medicines in all services surveyed and the availability of a list of key-medicines. The IAPAF was applied along the responsible pharmacists for Basic Pharmacy and warehouse of medicines. The stages of development for each step of PA were ranked from 1 to 3, where the level 1 was the least and the 3 was the best developed.

Results: The number of drugs per prescription ranged from 1 to 10, with a mean of 1.7. The percentage of drugs prescribed by generic name and listed in the Municipal List of Essential Medicines was 75.5% and 67.7% respectively; in 9.7% were antibiotics prescriptions. The average appointment time was 6 minutes; 51.4% of users had attended their prescription; only 18.9% of patients fully understand the prescription. From 24 items analyzed in IAPAF, 12 were in stage 1 and 12 in stage 2.

Conclusions: Because there is no Pharmacy or Therapeutics Committee, no use of the epidemiological profile for scheduling of medicines and pharmaceutical inputs, and no following the Good practices for Storage, Transportation, Distribution and Dispensing, there is no proper planning and management of PA in the municipality, and it may cause unnecessary expense and ineffectiveness of the health system. The average appointment time, far below from the recommended by WHO, may be

influencing the lack of understanding of the prescription.

Key-words: Pharmaceutical Services; Drugs Prescriptions; Process Assessment (Health Care); Health Services.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) os produtos farmacêuticos representam grande impacto na economia, especialmente nos países em desenvolvimento. Apesar do volume de gastos, a falta de acesso aos medicamentos essenciais, o uso irracional de medicamentos e sua baixa qualidade, continuam sendo sérios problemas para a saúde pública no mundo[1].

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela elaboração e execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo-se a Assistência Farmacêutica[2]. Os medicamentos e insumos farmacêuticos representam o segundo maior gasto do sistema, ficando atrás apenas dos gastos em recursos humanos[3].

A Assistência Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde[4], tendo o medicamento como insumo essencial, sendo determinante para a resolubilidade da atenção em saúde e considerada um indicador de qualidade da assistência integral[4]. Entre os seus objetivos destacam-se facilitar o acesso aos medicamentos essenciais e promover seu uso racional[4].

Com o objetivo de promover e melhorar o uso racional de medicamentos, a OMS propôs em 1993 uma seleção de indicadores para analisar de maneira qualitativa e quantitativa os serviços de saúde em relação ao uso de medicamentos, tendo como norte um conjunto de indicadores de prescrição, de assistência ao paciente e dos serviços de saúde[5].

No Brasil já foram conduzidos vários estudos para avaliar a Assistência Farmacêutica utilizando diferentes metodologias[6-10]. No Rio Grande do Sul foi realizada uma avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultados, utilizando como instrumento os indicadores de Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica, desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, onde foi constatado que os recursos humanos são um entrave para o desenvolvimento dos indicadores de estrutura, mas que a maioria dos municípios onde o estudo foi desenvolvido apresentava adequada organização e controle do estoque de medicamentos[9].

Para a avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde desenvolveu em 2006 o Instrumento de Auto-Avaliação para o planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF)[11], que permite comparar o desempenho da Secretaria de Saúde em relação à Assistência

Farmacêutica com o modelo baseado nas diretrizes e atribuições definidas pelas políticas nacionais[12]. A vantagem do seu uso é o auxílio na elaboração de um plano de trabalho, por meio da identificação do estágio atual de desenvolvimento e definição de metas para o desenvolvimento da capacidade técnica e gerencial da Assistência Farmacêutica[11]. Estudo utilizando este instrumento foi conduzido em município do Sergipe, sendo as etapas de armazenamento, distribuição e transporte as que apresentaram os melhores resultados e a prescrição foi considerada a etapa mais crítica do processo[8].

O presente estudo teve como objetivo avaliar a situação da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, RS, utilizando os indicadores recomendados pela OMS e o instrumento proposto pelo Ministério da Saúde para avaliar a capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, sendo utilizados os indicadores de prescrição, de assistência ao paciente e de serviços de saúde propostos pela OMS[5] e o Instrumento de Auto-Avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica proposto pelo Ministério da Saúde[11].

O município de Uruguaiana está localizado na fronteira oeste do Rio Grande do Sul e tem aproximadamente 126.000 habitantes[13]. Encontra-se em gestão plena das ações de saúde e não possui formalizada em seu organograma a Assistência Farmacêutica. A rede de atenção básica é composta por 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que cinco dessas estão localizadas na zona rural, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma policlínica de especialidades médicas e odontológicas e uma policlínica infantil. Em todos esses locais há dispensação de medicamentos, porém o profissional farmacêutico encontra-se apenas na policlínica de especialidades onde se localiza a farmácia central.

Segundo recomendação da OMS, as avaliações da Assistência Farmacêutica com os indicadores propostos deve contar com uma amostra mínima de 600 observações[5]. Foram realizadas 650 entrevistas, distribuídas em 11 das 14 UBS da zona urbana e na Policlínica de Especialidades. Com esta amostra foi possível estimar os indicadores com uma margem de erro aceitável de até 3,5 pontos percentuais com nível de confiança de 95%.

Durante a realização da pesquisa as cinco UBS da zona rural encontravam-se

sem atendimento médico, sendo que os usuários, quando necessitavam de atendimento eram transportados pela Prefeitura até a zona urbana. As demais três UBS da zona urbana não foram incluídas, pois se encontravam em reforma ou sem atendimento médico.

Foram aplicados questionários padronizados e pré-codificados a todos os indivíduos incluídos na pesquisa. Os entrevistadores eram alunos matriculados nos cursos de Farmácia e Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, que foram previamente treinados e submetidos a estudo piloto. Esses se deslocaram, organizados em duplas, até os locais da pesquisa durante o horário de atendimento médico. Foram realizadas cinco entrevistas por dia em cada local, totalizando 50 entrevistas em cada UBS e 100 na Policlínica de Especialidades em turnos alternados, conforme a oferta de atendimento médico de cada unidade de saúde.

Os entrevistadores abordavam os cinco primeiros pacientes que estavam na fila de espera para atendimento, apresentando a pesquisa e solicitando sua participação, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A seguir, as seguintes informações foram coletadas para cada usuário: a) local de residência (zona urbana ou rural), sexo, idade, escolaridade, renda familiar e cor da pele (auto referida e observada); b) cronometragem do tempo de consulta; c) conhecimento da prescrição e d) verificação de quantos medicamentos foram dispensados. Finalizadas as entrevistas foram analisadas todas as prescrições com auxílio da REMUME e de um Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, com a finalidade de verificar se os medicamentos foram prescritos de acordo com a Denominação Comum Brasileira e se foi prescrito antibiótico e injetável. Nos raros casos de recusa de participação no estudo o próximo usuário da fila de espera era abordado. Somente foram entrevistados os pacientes maiores de 18 anos e que consentiram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e pela Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana – RS.

Os seguintes indicadores de prescrição foram analisados: a) número médio de medicamentos por consulta (observado a partir da prescrição médica logo após a saída da consulta); b) percentual de medicamentos prescritos pelo seu nome genérico; c) percentual de consultas em que se prescreveu antibiótico; d) percentual de consultas em que se prescreveu medicamento injetável e e) percentual de

medicamentos prescritos que figuram na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) edição 2011.

Como indicadores da assistência foram medidos: a) o tempo médio de consulta (avaliado para todos os indivíduos da pesquisa a partir do momento da entrada no consultório até sua saída, sendo usado um cronômetro); b) quantidade de medicamentos dispensados entre os prescritos (observada após a consulta, no ato da dispensação) e c) proporção de pacientes que compreenderam a prescrição (avaliada mediante o questionamento sobre o entendimento do nome do medicamento prescrito, dosagem, número de vezes ao dia que tem que utilizar o medicamento, duração do tratamento e o motivo do uso). Foi considerado que houve compreensão da prescrição (conhecimento total da prescrição) quando o paciente respondeu sim para todas as questões.

Os indicadores do serviço de saúde foram avaliados na Farmácia Central e nas UBS em que se realizaram as entrevistas e observações. Nestes locais verificou-se a disponibilidade da REMUME e de medicamentos-chave previamente selecionados de acordo com o perfil epidemiológico do município (captopril 25 mg; enalapril 10 mg e 20 mg; hidroclorotiazida 25 mg; furosemida 40 mg. metformina 850 mg; glibenclamida 5 mg; ibuprofeno 600 mg e 50mg/ml; paracetamol 750mg e 200 mg/ml; levotiroxina 25 mg e 50 mg; pomada de neomicina + bacitracina; e sais para reidratação oral).

O Instrumento de Auto-Avaliação para planejamento em Assistência Farmacêutica proposto pelo Ministério da Saúde (IAPAF) foi aplicado junto aos profissionais farmacêuticos responsáveis pela Farmácia Básica e almoxarifado de medicamentos. O IAPAF classifica em três estágios cada um dos itens que compõem o ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo o primeiro estágio aquele de menor capacidade e o terceiro o que contempla o proposto pelo Ministério da Saúde e OMS como ideal em capacidade de planejamento e gerência da Assistência Farmacêutica[11].

Os dados foram duplamente digitados no EpiDATA 3.1 com posterior análise de inconsistências. As análises foram realizadas no programa estatístico STATA 12 (StataCorp, CollegeStation, USA). Foram realizados Teste t e anova para comparar o tempo médio de consulta para cada uma das categorias das variáveis estudadas, considerando estatisticamente significativos valores de $p<0,05$.

Resultados

Foram realizadas 650 entrevistas e observações com indivíduos maiores de 18 anos, no período de junho a setembro de 2013, em 11 UBS e na Farmácia Central do município, sendo entrevistados 50 usuários em cada UBS e 100 na Policlínica de Especialidades. Destes (n=650), 413 receberam prescrição de medicamentos, os demais tiveram solicitação de exames ou foram encaminhados para médicos especialistas.

A maior parte da amostra era residente na zona urbana (93,7%), de sexo feminino (76,6%), com idade entre 41 e 70 anos (60,3%), com 5 a 8 anos de estudo (45,9%), renda familiar acima de um e abaixo de dois salários mínimos (53,7%) e de cor da pele branca (54,2%) (Tabela 1).

Entre os pacientes que tiveram prescrição de medicamentos (n=413), o número de itens por prescrição variou de 1 a 10, sendo 1132 o total de medicamentos prescritos. Para estes medicamentos foi calculado o percentual de medicamentos prescritos pelo nome genérico (75,5%) e o percentual de medicamentos que constavam na REMUME (67,7%). Os percentuais de consultas em que se prescreveu antibiótico e em que se prescreveu injetável foram de 9,7% e 3,7%, respectivamente (Quadro 1).

Foi realizada a estratificação dos resultados de tempo médio de consulta de acordo com o perfil da amostra. O tempo médio da consulta foi maior para pacientes da zona urbana em relação a pacientes da zona rural (p=0,003). O menor tempo de consulta ocorreu no grupo de menor renda, porém não houve diferença estatisticamente significativa (p=0,06) (Tabela 2).

Quanto ao conhecimento da prescrição, 78 pacientes (18,9%) tinham conhecimento total da prescrição, 267 (64,7%) indicaram nenhum conhecimento e 68 pacientes desconheciam algum dos itens questionados. Entre os itens avaliados como critérios de conhecimento da prescrição observou-se que 68,6% desconheciam o nome do medicamento prescrito, 64,9% não sabiam a dosagem, 80,1% não sabiam quantas vezes ao dia deveriam utilizar o medicamento prescrito e 73,1% não compreenderam o tempo de duração do seu tratamento (Figura 1). O tempo médio de consulta foi maior para os usuários com conhecimento total da prescrição quando comparados aos que desconheciam algum item da prescrição (7,6 minutos, IC 95% 6,7-8,5 *versus* 6,1 minutos IC 95% 5,8-6,5 p=0,001) (dados não apresentados).

A Figura 2 apresenta a porcentagem de prescrição de medicamentos (um ou mais medicamentos) de acordo com a idade, onde pode-se observar um aumento crescente de prescrições com o aumento da idade.

A REMUME estava disponível em todas as UBS e na Policlínica de Especialidades e em nenhum dos locais da pesquisa os 15 medicamentos-chave estavam disponíveis em sua totalidade.

Na avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica, dos 24 itens analisados, 12 estavam no estágio 1 e 12 no estágio 2. Nenhum item foi classificado no estágio 3. Desta forma, constatou-se que não há planejamento nas diferentes etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, não há avaliação e monitoramento das ações, não são adotados protocolos clínicos, não há comissão de farmácia e terapêutica, o armazenamento dos medicamentos não obedece às boas práticas, o controle de estoque é ineficaz, a área física da farmácia contraria o disposto na legislação vigente, nas UBS a dispensação é realizada sem a supervisão de profissional farmacêutico, e não há procedimentos operacionais padrão para a dispensação (Quadro 2).

Discussão

Observando os indicadores pesquisados, podemos destacar o fato de que mais de 30% dos medicamentos prescritos não constavam na REMUME, 65% dos entrevistados não compreenderam nenhum aspecto da prescrição e que o tempo médio de consulta foi de apenas 6 minutos.

Analisando os indicadores de prescrição observa-se que o número médio de medicamentos prescritos (1,7) é menor que o observado em outros estudos[14,15]. Em Brasília a média de medicamentos foi de 2,3[14] e em Belo Horizonte de 2,4[15]. Este número médio corresponde ao indicado pela OMS como não demonstrando polimedicação[16], porém deve-se ressaltar que o resultado é da prescrição da consulta avaliada, não levando em consideração outros medicamentos já em uso pelo paciente.

Os usuários com idade igual ou superior a 61 anos foram os que mais receberam prescrição de algum medicamento. Este resultado se deve ao fato dos idosos conviverem mais com problemas crônicos de saúde, o que leva a um maior consumo de medicamentos[17].

Quanto à prescrição pelo nome genérico, observa-se que foi elevado o

número de prescrições pelo nome genérico (75,5%), sendo maior que o observado em Brasília (73,2%)[14] e em Ribeirão Preto (30,6%)[7]. Esse resultado demonstra boa adesão dos prescritores à denominação genérica, apesar de sabermos que a legislação determina que 100% das prescrições do SUS sejam pelo nome genérico[18].

O percentual de consultas em que foram prescritos antibióticos (9,7%) foi baixo se comparado a outros estudos[7,14]. Em Brasília o percentual de antibióticos prescritos foi de 26,4%[14] e em Ribeirão Preto 21,3%[7]. Esse resultado chama a atenção se observarmos a época do ano que foi realizado o estudo (meses de junho a setembro) em um município do Sul do Brasil, onde o inverno é bem rigoroso. O fato pode estar relacionado à disponibilidade de antibióticos somente na Farmácia Central e não em UBS ou ainda à prática da prescrição racional de antimicrobianos, buscando evitar o desenvolvimento de microrganismos potencialmente resistentes.

Um critério importante na promoção do uso racional de medicamentos é a existência da REMUME e seu uso, que visa orientar a prescrição de produtos seguros e eficazes. Essa relação deve ser baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no perfil epidemiológico do município e no planejamento da Secretaria Municipal de Saúde[19]. Observou-se um baixo percentual de medicamentos prescritos de acordo com a REMUME (67,7%), demonstrando a não adesão dos prescritores. Este resultado foi inferior ao encontrado em Ribeirão Preto (83,4%)[7] e em Santa Catarina (91,5%)[20].

O percentual de medicamentos injetáveis prescritos foi de 3,7%, índice menor dos encontrados em Brasília (7,5%)[14] e em Ribeirão Preto (8,3%)[7]. Este resultado pode indicar a preferência dos prescritores por outras formas farmacêuticas mais convenientes ao usuário[20] e ao fato de serem usuários de serviços ambulatoriais.

Quanto aos indicadores de assistência observou-se que o tempo médio de consulta foi de apenas 6 minutos, menor que os encontrados em Esperança-PB (7,8 minutos)[10], Ribeirão Preto-SP (9,2 minutos)[7] e Brasília-DF (9,4 minutos)[14], estando ainda muito abaixo dos 15 minutos preconizados pelo Ministério da Saúde[21] e OMS[5]. Esse resultado pode estar impactando no nível de conhecimento dos usuários sobre as suas prescrições, uma vez que apenas 18,9% compreenderam integralmente a prescrição e 81,1% saíram da consulta sem saber o que foi prescrito, motivo do uso ou como utilizar o medicamento prescrito. Cabe destacar, que todas as consultas foram ambulatoriais e não atendimentos de urgência/emergência.

O percentual de medicamentos realmente dispensados (51,4%) foi inferior aos 60,3% constatados por Santos e Nitrinib em 2004[7] no município de Ribeirão Preto e ainda mais distante dos 95% recomendados pela OMS[5]. Esse resultado chama a atenção uma vez que 67,7% dos medicamentos prescritos faziam parte da REMUME, o que demonstra desabastecimento e falta de planejamento na Assistência Farmacêutica no município.

Na avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica os resultados encontrados foram diferentes dos constatados em município do Sergipe[8], onde entre os 24 itens analisados, sete foram considerados no nível 3, que é considerado o ideal. Em Uruguaiana, dos 24 itens analisados, 12 encontram-se no nível 1 e 12 no nível 2, ou seja, nenhum dos itens atende o preconizado como ideal pelo Ministério da Saúde, porém itens como a avaliação e monitoramento das ações, educação para o uso racional de medicamentos e área física foram enquadradas no nível 1 em ambos estudos, evidenciando que estes são pontos críticos na Assistência Farmacêutica.

Alguns pontos da avaliação como o fato de não ter Comissão de Farmácia e Terapêutica constituída, não utilizar o perfil epidemiológico para a programação de medicamentos e insumos farmacêuticos, não cumprir as Boas Práticas de Armazenamento, Transporte, Distribuição e Dispensação, se assemelham aos municípios estudados no estado do Amazonas onde foi realizada análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica utilizando instrumento semelhante ao IAPAF[23].

Como limitações do estudo pode-se apontar o período de coleta de dados (quatro meses), impedindo a contemplação da sazonalidade no padrão de uso de medicamentos, que tende a ser variável conforme as estações do ano. A ausência de médicos em algumas UBS impossibilitou a obtenção de dados em todos os locais de assistência à saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana. Também o fato da Assistência Farmacêutica não ser plenamente reconhecida no organograma da Secretaria de Saúde dificultou a aplicação do IAPAF, pois muitos dos atores envolvidos desconheciam suas funções e atribuições.

Conclusão

Apesar do esforço realizado pelo MS para divulgar o IAPAF e melhorar a qualidade da AF no Brasil, ainda há muito para ser feito, pois muitos problemas

ainda comprometem a qualidade dos serviços de Assistência Farmacêutica no Brasil.

Os resultados encontrados demonstram a fragilidade da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana em todas as etapas de planejamento, gerência e assistência ao paciente. O tempo de consulta mostrou-se diretamente relacionado à compreensão da prescrição médica.

A demanda por medicamentos é crescente e sua disponibilização requer elevados recursos financeiros. A ausência de gestão efetiva pode acarretar em grandes desperdícios, logo, é de extrema importância o gerenciamento adequado da Assistência Farmacêutica.

Sugere-se, a partir dos dados deste estudo, a constituição de Comissão de Farmácia e Terapêutica do município, adequação das áreas físicas destinadas aos serviços da Assistência Farmacêutica (Farmácia Básica, Farmácia Especial, Farmácias das UBS, Central de Abastecimento), recursos humanos compatíveis com as atividades e complexidades desenvolvidas e adequação da carga horária dos prescritores ao número de atendimento, para melhorar a qualidade da Assistência Farmacêutica no município analisado.

Referências

1. World Health Organization. WHO Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy 2000-2003. Geneva; 2000.

2. Brasil. Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providencias. Diário Oficial da União (DF); 20 de setembro de 1990.

3. Carlos ICC, Bonfim JRA, Mercucci VL. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec e Sobravime 1997; p. 107.

4. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

5. World Health Organization. Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra: Organizacíon Mundial de la Salud. 1993.

6. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23: 927-37.

7. Santos AV, Nitrinib SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública 2004; 38: 819-26.

8. Lyra Junior DP, Porto JG, Souza LS. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada 2012; 32: 403-410.

9. Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Evaluation of pharmaceutical assistance in cities of the 17th Regional Health Department/Rio Grande do Sul. Saúde e Sociedade 2006; 15: 73-83.

10. Portela A DS, Silva PCDD, Simões MODS, Medeiros ACDD, Montenegro Neto AN. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007; Epidemiol. Serv. Saúde 2012; 21: 341-350.

11. Brasil, Ministério da Saúde. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília, 2006.

12. Bermudez J, Rozenfeld S, Portela MC. Avaliação do Programa Farmácia

Básica - Brasil, 1997/1998. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

13. IBGE. Censo Populacional 2010 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

14. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. Rev. Saúde Pública 2005; 39: 223-230.

15. Acurcio FA. et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Cad. Saúde Pública 2004; 20: 72-79.

16. Patel RB. Polypharmacy and the elderly. Journal of Infusion Nursing 2003; 3: 166-169.

17. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública 2005; 21: 545-553.

18. Brasil, Lei n.º 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a lei n.º 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União (DF); 11 de fevereiro de 1999. Seção 1, 4 p.

19. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial União (DF); 10 de novembro de 1998.

20. Souza JM, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. Rev. cienc. farm. basica apl. 2012; 33: 107-13.

21. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União (DF); 12 de junho de 2002. v. 139, n. 112,

22. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

23. Moura AC. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. Tempus Actas de Saúde Coletiva 2010; 4: 39-42.

Tabela 1 – Perfil dos usuários dos serviços médicos e farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades do município de Uruguaiana-RS, de junho a setembro de 2013.

Variáveis	N	%
Zona		
Urbana	609	93,7
Rural	41	6,3
Sexo		
Masculino	152	23,4
Feminino	498	76,6
Idade (em anos)		
18 – 30	106	16,3
31 – 40	89	13,7
41 – 50	135	20,8
51 – 60	130	20,0
61 – 70	127	19,5
71 ou mais	63	9,7
Escolaridade (em anos de estudo)		
0 – 4	141	21,7
5 – 8	298	45,9
9 ou mais	211	32,4
Renda Familiar (em salários mínimos)*		
> 1 SM	147	22,6
1 SM	109	16,8
1 a 2 SM	349	53,7
2 ou mais SM	45	6,9
Cor da pele		
Branca	352	54,2
Preta/Parda	298	45,8
Total	650	100,0

* Valor do salário mínimo na época, R$ 678,00.

Quadro 1 – Indicadores de prescrição e de assistência ao paciente. Uruguaiana-RS, junho a setembro de 2013.

	Indicadores	**Resultados**
Prescrição	Número médio de medicamentos por consulta (1132/650)	1,7
	Percentual de medicamentos prescritos pelo seu nome genérico (855/1132)100	75,5%
	Percentual de consultas em que se prescreveu antibiótico (63/650)100	9,7%
	Percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME (766/1132)100	67,7%
	Percentual de consultas em que se prescreveu medicamento injetável (24/650)100	3,7%
Assistência	Tempo médio de consulta (N=650)	6,0 min
	Percentual de medicamentos realmente dispensados (582/1132)100	51,4%
	Percentual de pacientes que compreenderam a prescrição (78/413)100	18,9%

Tabela 2 – Tempo médio de consulta nos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades do município de Uruguaiana-RS, de junho a setembro de 2013. (N=650)

Variáveis	Média (DP)*	Valor P
Zona		0,0037 **
Urbana	6,1 (3,5)	
Rural	4,6 (2,3)	
Sexo		0,6299**
Masculino	5,9 (3,2)	
Feminino	6,0 (3,5)	
Idade (em anos)		0,2124***
18 – 30	5,5 (3,0)	
31 – 40	5,7 (3,0)	
41 – 50	5,6 (3,3)	
51 – 60	6,6 (4,3)	
61 – 70	6,2 (3,1)	
71 ou mais	6,1 (3,4)	
Escolaridade (em anos de estudo)		0,4125***
0 – 4	5,9 (3,6)	
5 – 8	5,9 (2,9)	
9 ou mais	6,0 (4,0)	
Renda Familiar (em salários mínimos)****		0,0620***
> 1 SM	5,3 (3,2)	
1 SM	6,3 (3,1)	
1 a 2 SM	6,1 (3,6)	
2 ou mais SM	6,4 (3,4)	
Cor da pele		0,5044**
Branca	5,8 (3,1)	
Preta/Parda	6,2 (3,9)	
Total	**6,0 (3,4)**	

*Desvio Padrão
**Teste t
***ANOVA
****Valor do salário mínimo na época, R$ 678,00.

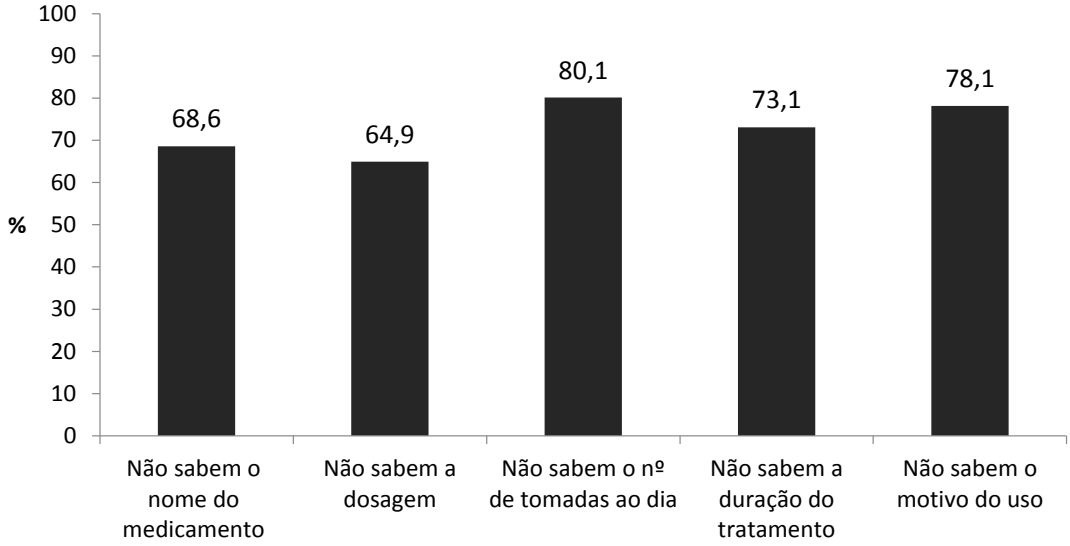


Figura 1 – Motivos relatados de desconhecimento da prescrição em relação aos medicamentos prescritos nas Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades do município de Uruguaiana, de junho a setembro de 2013. (N= 1132)

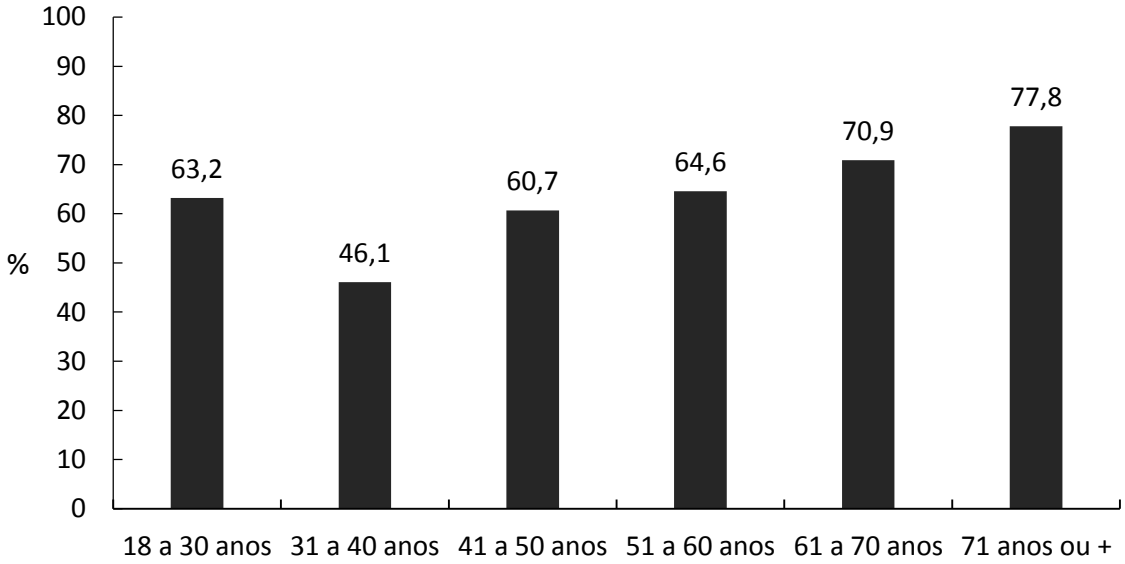


Figura 2 – Porcentagem de consultas com prescrição de acordo com a idade dos usuários dos serviços médicos e farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades do município de Uruguaiana, de junho a setembro de 2013. (N= 650)

Quadro 2 – Avaliação do planejamento da Assistência Farmacêutica na SMS de Uruguaiana utilizando o Instrumento de Auto-Avaliação proposto Ministério da Saúde*.

Gestão da Assistência Farmacêutica		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Institucionalizar a Assistência Farmacêutica.	A Assistência Farmacêutica é reconhecida e aceita parcialmente pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e não consta formalmente na estrutura organizacional.	2
Planejar a organização da Assistência Farmacêutica.	Não há planejamento para organização da Assistência Farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo.	1
Estruturar e organizar os serviços de Assistência Farmacêutica.	Não há recursos financeiros, infra-estrutura e de pessoal adequados para os serviços de Assistência Farmacêutica.	1
Avaliar as ações de Assistência Farmacêutica.	Não existe um sistema de monitoramento e avaliação das ações de Assistência Farmacêutica.	1
Seleção		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essenciais.	Existe relação municipal de medicamentos essenciais que se baseia na RENAME, porém não há avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico.	2
Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para os prescritores.	Existe divulgação da lista de maneira informal.	2
Adotar protocolos clínicos.	Rotineiramente não adota protocolos clínicos, exceto aqueles consagrados como tuberculose, hanseníase e hepatites virais.	1
Programação/Aquisição		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Programar adequadamente.	Não há programação físico-financeira de medicamentos.	1
Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno.	A aquisição de medicamentos não leva em consideração dados do estoque e demanda do município.	1
Garantir medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender à população.	O processo de aquisição de medicamentos atende parcialmente às demandas do município.	2
Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.	Estabelece especificações técnicas dos medicamentos que deverão compor os editais.	2
Armazenamento/Distribuição/Transporte		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Garantir o armazenamento correto dos medicamentos.	O local de armazenamento não possui condições sanitárias adequadas para a guarda de medicamentos.	1
Garantir o transporte adequado dos medicamentos.	O transporte de medicamentos atende parcialmente às Boas Práticas.	2
Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.	Não há controle de estoque por um profissional responsável, assim como, não há sistema consistente de controle de estoque consistente que forneça dados confiáveis para a gestão.	1
Prescrição de medicamentos		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Promover a adesão dos prescritores à relação de medicamentos essenciais.	Não realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais.	1

Promover a qualidade das prescrições.	Não realiza intervenção para garantia ou promoção da qualidade das prescrições.	1
Promover educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores.	Não desenvolve processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos.	1
Dispensação		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.	As farmácias não têm dimensão suficiente, infra-estrutura adequada, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet e nem dispõem de farmacêutico nas equipes.	1
Garantir processo de trabalho adequado na dispensação.	Não existem manuais com rotinas de dispensação.	1
Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos.	As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado.	2
Recursos Humanos		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Dispor de farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica.	Há farmacêutico na gerência da Assistência Farmacêutica, no almoxarifado de medicamentos e nos ambulatórios especializados de: Hepatites Virais e HIV/DST/AIDS.	2
Dispor de pessoal auxiliar para curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.	O pessoal auxiliar das atividades de Assistência Farmacêutica, em sua maioria, possui curso formal ou treinamento em AF.	2
Realizar treinamentos e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde.	Não são realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF, assim como, não se promove a sua participação em cursos externos de atualização e capacitação.	1
Farmacovigilância		
Capacidade para:	**Resultado**	**Estágio****
Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos para o Sistema Estadual e Nacional de Farmacovigilância.	Existem profissionais capacitados pela Vigilância Sanitária, porém essa ação não é realizada.	2

* IAPAF – Avalia os estágios de desenvolvimento para cada uma das etapas da Assistência Farmacêutica em três níveis, sendo o nível 1 o de menor desenvolvimento e o 3 o melhor.
** Estágio de desenvolvimento da capacidade.

NOTA À IMPRENSA

Assistência Farmacêutica de Uruguaiana é avaliada

A farmacêutica bioquímica Raqueli Altamiranda Bittencourt, sob orientação da Profª. Drª. Andréa Homsi Dâmaso e co-orientação da Profª. Drª. Marysabel Pinto Telis Silveira, concluiu a pesquisa intitulada "**Avaliação da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana - RS"**. A pesquisa é resultado de sua dissertação de Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública Baseada em Evidências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

A motivação para o desenvolvimento desse trabalho foi a constatação por diversos autores e sistemas de informação que os investimentos em medicamentos ocupam o segundo lugar no orçamento do Sistema Único de Saúde, ficando atrás apenas dos gastos com recursos humanos.

No período de realização da pesquisa foram avaliados os indicadores de prescrição e assistência ao paciente preconizados pela Organização Mundial da Saúde e ainda a capacidade gerencial e de planejamento da Assistência Farmacêutica através de instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde. Os dados foram obtidos através de 650 entrevistas divididas em 11 Unidades Básicas de Saúde e na Farmácia Central da Policlínica de Especialidades da SMS no período de junho a setembro de 2013.

Os principais resultados encontrados apontam que 75,5% dos medicamentos foram prescritos pelo nome genérico, embora o Ministério da Saúde determine a obrigatoriedade da prescrição pela denominação genérica no âmbito do SUS; 48,6% dos medicamentos prescritos não estavam disponíveis para o usuário. O tempo médio de consulta foi de 6 minutos, a OMS recomenda que uma consulta médica dure no mínimo 15 minutos. Apenas 18,9% dos entrevistados conheciam corretamente sua receita médica (motivo do uso, dosagem e duração do tratamento).

As condições estruturais e de recursos humanos precisam ser melhorados e adequados para o pleno desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana, bem como, a adequação da carga horária dos prescritores ao número de atendimentos.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo Projeto: Avaliação da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana/RS

O projeto *Avaliação da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana – RS* tem como objetivo avaliar a política e as práticas de Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana – RS. A coleta de dados será realizada através de entrevista estruturada com os usuários dos serviços de atenção básica nas Unidades Básicas de Saúde da SMS de Uruguaiana.

Você tem a garantia de que **NÃO** haverá identificação dos entrevistados em nenhuma das etapas da pesquisa. Caso deseje, poderá acessar todas as informações necessárias sobre o projeto e interromper sua participação em qualquer momento e seus dados não serão utilizados.

Eu,_____

concordo em participar desta pesquisa. Fui informado que posso me retirar a qualquer momento se assim desejar e que receberei informações para qualquer dúvida que eu tiver, assim como que não serei identificado. Para maiores informações poderei entrar em contato com a pesquisadora Raqueli Altamiranda Bittencourt pelos telefones (55) 34110689 / 9975 1569.

_____ _____

Nome legível do participante Assinatura do participante

_____

Raqueli Altamiranda Bittencourt

Pesquisadora

ANEXOS

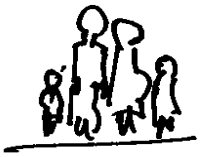
ANEXO I

Lista de Medicamentos-chave

1. Captopril 25 mg
2. Enalapril 10 mg
3. Enalapril 20 mg
4. Hidroclorotiazida 25 mg
5. Furosemida 40 mg
6. Metformina 850 mg
7. Glibenclamida5 mg
8. Ibuprofeno 600 mg
9. Ibuprofeno 50 mg/ml
10. Paracetamol 750 mg
11. Paracetamol 200 mg/ml
12. Levotiroxina 25 mg
13. Levotiroxina 50 mg
14. Levotiroxina 100 mg
15. Pomada de Neomicina + Bacitracina
16. Sal para Reidratação Oral

ANEXO II

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
"Avaliação da Assistência Farmacêutica - Uruguaiana/RS"



QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Nome do entrevistador:_____ Código:_____
Data da entrevista: ____/____/____( ) Farmácia Central ( ) UBS - Nº da UBS: __
Nº do questionário:_____

DADOS GERAIS

Nome do indivíduo:_____Telefone:_____	
Endereço: _____	
Zona Urbana 1 ( ) Zona Rural 2 ( )	Zona ____
1. Sexo:1( ) Masculino 2 ( ) Feminino	SEXO ____
2. Qual a sua idade? _____ anos (completos).	IDADE_____
3. Qual é a cor da sua pele?	
1( ) branca 2( )preta/negra 3( )parda/mulato	COR ____
4( )amarela 5( ) indígena 6( ) outra _____ 9()IGN	
4. Qual o seu grau de escolaridade (em anos de estudo concluídos)? _____ anos.	ESCOLA____
5. Qual a sua renda no mês passado? R$: _____	RENDA_____
6. Qual é a cor do entrevistado (observar)? _____	COROBS_____

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE ASSISTÊNCIA DO PACIENTE

Tempo em min. da consulta:_____

TCONS_____

Conhecimento da posologia:

CONHPOS____

	Nome correto	Dosagem	Nº de vezes ao dia	Duração do tratamento	Motivo do uso
Medic. 1	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( )sim ( ) não
Medic. 2	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic. 3	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic. 4	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic. 5	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic. 6	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic. 7	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic. 8	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic. 9	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
Medic.10	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Nº de medicamentos prescritos: _____ NMPRE____

Nº medicamentos prescritos por nome genérico:_____ NPREGEN___

Quantos dos medicamentos prescritos estão na REMUME? _____ NREMUME__

Consta antibiótico na prescrição? 0 ( ) não 1 ( ) sim ATB_____

Consta medicamento injetável na prescrição? 0 ( ) não 1 ( ) sim INJ_____

Nº de medicamentos dispensados: _____ Nmeddisp_____

	Nome	Quantidade	Dosagem
Medic. 1			
Medic. 2			
Medic. 3			
Medic. 4			
Medic. 5			
Medic. 6			
Medic. 7			
Medic. 8			
Medic. 9			
Medic. 10			

OBSERVAÇÕES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Não esqueça de grampear a prescrição ao questionário.

ANEXO III

Instrumento para avaliação dos indicadores sobre o serviço:

UBS_____ Farmácia Básica (19) _____	Local _____
Data ____ / _____ / _____	Data____ / _____ / _____
Possui RENAME no serviço: Não 0 Sim 1	RENAME. _____
Todos os medicamentos chave disponíveis: Não 0 Sim 1	Medchave: _____
Quantidade de medicamentos chave faltantes.	Qtdmedchfalt: ____

ANEXO IV

Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF).

4.1 Auto-Avaliação de capacidade

1. Gestão da Assistência Farmacêutica – Capacidade para realizar a gestão do Ciclo da assistência farmacêutica							
Capacidade para	**Estágio atual**	**Estágios de desenvolvimento da capacidade**			**Estágio/ meta**	**Indicador**	**Prio-ridade**
		1.º	**2.º**	**3.º**			
Institucio-nalizar a assistência farmacêutica		A assistência farmacêutica não tem adequado reconhecimento ou aceitação pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde, e não consta formalmente na estrutura organizacional. As ações de organização da assistência farmacêutica não estão inseridas no Plano de Saúde e nem no orçamento anual. As ações de organização da assistência farmacêutica não estão integradas no SUS nem nas instâncias de controle social.	A assistência farmacêutica é reconhecida e aceita parcialmente pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e não consta formalmente na estrutura organizacional. As ações de organização da assistência farmacêutica não estão inseridas no plano de saúde e nem no orçamento anual. As ações de organização da assistência farmacêutica não estão integradas no SUS nem nas instâncias de controle social.	A assistência farmacêutica é reconhecida e aceita pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e consta formalmente na estrutura organizacional. As ações de organização da assistência farmacêutica estão inseridas no plano de saúde e no orçamento anual. As ações de organização da assistência farmacêutica estão integradas no SUS e nas instâncias de controle social.		**Indicador 1** = Existência de assistência farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal da Saúde.	

Planejar a organização da assistência farmacêutica		Não há planejamento para organização da assistência farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, uso, recursos humanos, financiamento, sistema de informação).	Há planejamento para organização da assistência farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo, porém, ou o plano de trabalho não é cumprido, ou o planejamento é feito apenas para algumas etapas.	Há planejamento para organização da assistência farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, farmacovigilância, uso, recursos humanos, financiamento, sistema de informação).		**Indicador 2** = Inclusão da assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas.	
Estruturar e organizar os serviços de assistência farmacêutica.		Não há recursos financeiros, infra-estrutura e de pessoal adequados para os serviços de assistência farmacêutica.	Alguns serviços de assistência farmacêutica estão estruturados e organizados.	A maioria dos serviços de assistência farmacêutica está estruturada e organizada.		**Indicador 3** = Porcentagem de serviços de assistência farmacêutica em condições adequadas de funcionamento.	
Avaliar as ações de assistência farmacêutica		Não existe um sistema de monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica[1].	Coleta esporádica de dados para monitoramento e avaliação, não havendo uma estratégia clara para interpretação.	Coleta rotineira de dados de monitoramento e avaliação em todas as atividades, os quais são utilizados para melhorar as ações de assistência farmacêutica.		**Indicador 4** = Existência de procedimentos para o monitoramento da assistência farmacêutica por meio de indicadores.	

[1] O sistema de monitoramento e avaliação consiste na coleta sistemática de dados que serão utilizados para a obtenção de indicadores. Estes indicadores serão utilizados para que se verifique o andamento das ações que estão sendo implementadas, corrijam-se mudanças de rumo ou para que se verifique se os objetivos foram atingidos.

Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) ou da lista pactuada para a atenção básica para os prescritores		Não existem estratégias sistemáticas de divulgação.	Existe divulgação da lista de maneira informal.	Existe sistemática de divulgação da lista que permite conhecimento pelos profissionais.		**Indicador 6 =** Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) ou da lista pactuada para a atenção básica. **Indicador 7 =** Existência da Remume ou lista pactuada da atenção básica impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.	
Adotar protocolos clínicos		Não adota protocolos clínicos ou adota apenas aqueles muito consagrados (como para tuberculose ou hanseníase).	Adota protocolos clínicos, porém não há avaliação da utilização dos mesmos.	Adota protocolos clínicos com garantia de adesão pelos profissionais.		**Indicador 8 =** Existência de Protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde.	

<u>3. Programação/Aquisição</u>: Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos.							
Capacidade para	**Estágio atual**	**Estágios de desenvolvimento da capacidade**			**Estágio/ meta**	**Indicador**	**Prioridade**
		1.º	**2.º**	**3.º**			
Programar adequadamente		Não há programação físico-financeira de medicamentos.	A programação não considera ou considera parcialmente dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros.	A programação leva em consideração dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros.		**Indicador 9 =** Realização de programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo.	
Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno		A aquisição de medicamentos não leva em consideração dados de estoque e demanda do município.	A aquisição considera parcialmente dados de estoque e demanda do município.	A aquisição considera integralmente dados de estoque e demanda do município.		**Indicador 10 =** Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos	

[2] Eficácia, segurança, custo/efetividade.

Garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender às necessidades de saúde.		O processo de aquisição de medicamentos não é realizado de forma adequada a suprir regularmente as demandas do município.	O processo de aquisição de medicamentos atende parcialmente às demandas do município.	O processo de aquisição de medicamentos atende plenamente às demandas do município.		**Indicador 11 =** Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada.	
Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.		Não há especificação técnica dos medicamentos[3] no processo licitatório ou esta é incompleta.	Estabelece especificações técnicas dos medicamentos que deverão compor os editais.	Estabelece especificações técnicas dos medicamentos, faz avaliação técnica para definir a aquisição e garante que o edital exija os documentos que assegurem a qualidade dos medicamentos.		**Indicador 12 =** Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal.	

[3] Uso da denominação genérica, concentração por unidade mínima de apresentação, descrição da forma farmacêutica, unidade de compra (p.ex.: comprimido, ampola, frasco).

4. Armazenamento/Distribuição/Transporte: Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas.							
Capacidade para	**Estágio atual**	**Estágios de desenvolvimento da capacidade**			**Estágio/ meta**	**Indicador**	**Priori-dade**
		1.º	**2.º**	**3.'º**			
Garantir o armazenamento correto dos medicamentos.		O local de armazenamento não possui condições sanitárias adequadas[4] para a guarda de medicamentos.	O local de armazenamento possui condições sanitárias adequadas para o correto armazenamento.	O local de armazenamento possui condições sanitárias adequadas, tem área exclusiva para guarda de medicamentos e obedece às Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos.[5]		**Indicador 13 =** Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevem as normas para o correto armazenamento dos medicamentos.	

[4] Piso, parede, teto, instalações elétricas, iluminação, limpeza, sistema de prevenção de furtos, de incêndio e temperatura adequada.
[5] Os medicamentos sujeitos a medidas de armazenamento especiais, tais como os psicotrópicos, os entorpecentes e os produtos que exigem condições de armazenamento especiais (termolábeis) devem ser imediatamente identificados e armazenados de acordo com instruções específicas do fabricante e com as demais exigências da legislação vigente.

Garantir transporte adequado dos medicamentos.		Não possui transporte adequado para os medicamentos.[6]	O transporte dos medicamentos atende parcialmente às Boas Práticas.	Possui transporte adequado em quantidade suficiente e específico para o correto transporte dos medicamentos, de forma que garanta a qualidade do medicamento em todo seu trajeto.		**Indicador 14** = Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevem as normas para o transporte dos medicamentos.	

[6] Boas Práticas de Distribuição: Requer manter a qualidade dos produtos que distribui durante todas as fases da distribuição, sendo responsável por quaisquer problemas conseqüentes ao desenvolvimento de suas atividades. Os produtos farmacêuticos devem chegar ao consumo do público sem que sofram quaisquer alterações de suas propriedades nas etapas da distribuição.

Armazenar nas unidades dispensadoras e/ ou nas unidades de saúde		Os medicamentos não são armazenados em área específica nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde[7]. Não há controle de estoque por um profissional responsável; e/ou Não há sistema de controle de estoques consistente que forneça dados confiáveis para a gestão[8].	Os medicamentos são armazenados em área física com condições sanitárias adequadas e sob controle de um profissional responsável. O sistema de controle de estoques é informatizado até a distribuição do almoxarifado para as Unidades de Saúde, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão.	Os medicamentos são armazenados em área física exclusiva, com condições sanitárias adequadas e sob controle de farmacêutico responsável. O sistema de controle de estoques é informatizado até o momento da dispensação aos usuários, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão.		**Indicador 15** = Existência de farmácia nas Unidades de Saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.	

[7] Os medicamentos estão em contato direto com o chão, encostados na parede, sob exposição direta da luz. Não há sistema de refrigeração para medicamentos termolábeis.
[8] Por exemplo: fichas de prateleira, sistema informatizado, entre outros.

5. Prescrição de Medicamentos							
Capacidade para	**Estágio atual**	**Estágios de desenvolvimento da capacidade**			**Estágio/ meta**	**Indicador**	**Prio-ridade**
		1.º	**2.º**	**3.º**			
Promover a adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais.		Não realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais.	Realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais, mas não avalia.	Realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais e monitora a adesão.		**Indicador 16 =** Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação de medicamentos adotada (pode ser a Rename, a Resme, a Remume ou a lista pactuada).	
Promover a qualidade das prescrições.		Não realiza intervenção para garantia ou promoção da qualidade das prescrições.	Elabora e divulga para a equipe as normas de prescrição no âmbito do SUS.[9]	Avalia a qualidade da prescrição e retorna à equipe os problemas relacionados às prescrições.		**Indicador 17 =** Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica.	
Promover educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores.		Não desenvolve processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos.	Realiza processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos esporadicamente.	Adota política de educação permanente sobre o uso racional de medicamentos.		**Indicador 18 =** Existência de programação continuada para promoção do uso racional de medicamentos para os prescritores.	

[9] Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Art. 3º - As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI) (BRASIL, 1999, art. 3.º). Veja também a Lei n.º 5.991/73, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973). Capítulo VI – do receituário, Artigos 35 a 43.

6. Dispensação – Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde.							
Capacidade para	**Estágio atual**	Estágios de desenvolvimento da capacidade			**Estágio/ meta**	**Indicador**	**Priori-dade**
		1.º	**2.º**	**3.º**			
Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.		As farmácias não têm dimensão suficiente, infra-estrutura adequada, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet e nem dispõem de farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes.	As farmácias têm dimensão suficiente, além de recursos informáticos. Entretanto, não têm disponibilidade do local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos e internet, além de farmacêutico e número adequado de pessoal auxiliar.	As farmácias têm dimensão suficiente e possuem farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet.		**Indicador 19 =** Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e de internet).	

Garantir processo de trabalho adequado na dispensação.		Não existem manuais com rotinas da dispensação.	A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais.	A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais, realizada pelo farmacêutico e/ou sistematicamente supervisionada por ele. É realizada orientação ao paciente na hora da dispensação.		**Indicador 20** = Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário.	
Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos.		As farmácias não exigem receita de profissional habilitado para realizar a dispensação de medicamentos.[10]	As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado.	As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado, além disso realizam algum tipo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com tuberculose e/ou hanseníase, hipertensão, diabetes, DST/aids ou, ainda, que fazem parte de programas como Planejamento Familiar e/ou Saúde da Criança e Saúde Mental (CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2003).		**Indicador 21** = Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos.	

[10] Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou do princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (Anvisa). Regras para dispensação: Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973). Art. 35 – Somente será aviada a receita:
a. que estiver escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
b. que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;
c. que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência, e o número de inscrição no respectivo conselho profissional.

<u>7. Recursos Humanos</u> – Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a Assistência Farmacêutica.

Capacidade para	Estágio atual	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Estágio/ meta	Indicadores	Prioridade
		1º	2º	3º			
Dispor de farmacêutico para a execução e a organização da assistência Farmacêutica.		Não há farmacêutico trabalhando na assistência farmacêutica da secretaria de saúde ou há apenas um que é responsável por todos os serviços farmacêuticos.	Há pelo menos um farmacêutico em cada um desses serviços: a) gerência da assistência farmacêutica; b) almoxarifado de medicamentos; c) ambulatórios de especialidades; d) hospitais e pronto-socorros da administração direta; e) serviços de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial.	Além da presença de farmacêuticos nos serviços citados no 2.º estágio, há farmacêuticos em todas as unidades básicas de saúde.		**Indicadores de 22 a 27** (veja relação de indicadores ao final das planilhas).	

Dispor de pessoal auxiliar com curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em assistência farmacêutica[11] para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.		Não dispõe de pessoal auxiliar ou o pessoal auxiliar das atividades de assistência farmacêutica, em sua maioria, **não** possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF.	O pessoal auxiliar das Atividades de assistência farmacêutica, em sua maioria, possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF.	**Todo** o pessoal auxiliar das atividades de assistência farmacêutica possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF.		**Indicador 28** = Porcentagem de trabalhadores da assistência farmacêutica (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica.	
Realizar treinamentos e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde.		Não são realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou não se promove a sua participação em cursos externos de atualização, capacitação, entre outros.	São realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou se promove a sua participação em cursos externos, mas de forma esporádica. Sem uma programação permanente.	Existe programação permanente para a realização de treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF.		**Indicador 29** = Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na assistência farmacêutica. **Indicador 30** = Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos.	

[11] Treinamento ou capacitação em AF: é considerado qualquer curso com carga horária superior a 40 horas que tenha como meta informar ou aperfeiçoar as atividades da assistência farmacêutica a serem desempenhadas pelo pessoal auxiliar.

8. Farmacovigilância – Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município.							
Capacidade para	**Estágio atual**	**Estágios de desenvolvimento da capacidade técnica**			**Estágio/ meta**	**Indicador**	**Priori-dade**
		1º	**2º**	**3º**			
Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos[12] para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância.		Não existem profissionais capacitados para implantar a notificação espontânea de eventos adversos a medicamentos.	Existem profissionais capacitados pela Vigilância Sanitária, porém essa ação não é realizada.	Existem profissionais capacitados e as notificações são encaminhadas para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância.		**Indicador 31** = Porcentagem de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros).	

[12] As fichas podem ser obtidas no endereço eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): < http://www.anvisa.gov.br/servicos/form/farmaco/index.htm > .

Fonte: Planejar é Preciso – Uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica – Ministério da Saúde – 2006 (10)

ANEXO V

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA OS ENTREVISTADORES

O PROJETO “AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA”

Este projeto de pesquisa está sendo desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, e tem o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.

A proposta básica do projeto é avaliar os indicadores de prescrição de medicamentos, de assistência ao paciente, dos serviços de saúde e a capacidade gerencial da Assistência Farmacêutica.

Em Uruguaiana, decidiu-se estudar os usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Policlínica Municipal (onde se localiza a Farmácia Central).

A EQUIPE DO PROJETO

O projeto tem como coordenadora geral a Profª. Andréa Homsi Dâmaso, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Departamento de Medicina Social, da Universidade Federal de Pelotas, orientadora deste projeto de pesquisa, e como co-orientadora, a Profª. Marysabel Pinto Telis Silveira do Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Universidade Federal de Pelotas. A coordenação de campo está a cargo da Farmacêutica Raqueli Altamiranda Bittencourt, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

Além destes, atuam no projeto dois supervisores de campo e 23 entrevistadores, os quais são alunos de graduação do curso de Farmácia da Universidade Federal do Pampa.

ORIENTAÇÕES GERAIS

A ROTINA DE TRABALHO

O entrevistador terá uma reunião semanal com seu supervisor, com duração de aproximadamente 2 horas. Fora deste horário, a atividade se concentra na realização das entrevistas nas UBS e Farmácia Central.

O primeiro passo para iniciar as entrevistas em uma área é fazer o seu reconhecimento. A coordenadora de campo irá acompanhar os entrevistadores pelo menos na primeira visita à UBS ou Farmácia Central. Depois desse contato, o

entrevistador deve se apresentar, apresentar o projeto, obter o consentimento de cada entrevistado e, então, iniciar a aplicação dos questionários. Detalhes de cada um destes passos são apresentados abaixo.

A ENTREVISTA

Apresentamos em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são importantíssimas, pois são o código de conduta do entrevistador. Informações específicas são apresentadas mais à frente.

• Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao entrar no estabelecimento. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer pessoa.**

• Esteja sempre vestido com o avental e porte sempre o seu crachá de identificação. Se necessário mostre sua carta de apresentação, ou ainda forneça o número do telefone da pesquisadora para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações.

• **Nunca esquecer**: seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação em recebê-lo.

A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é **muito** importante.

• No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Secretaria de Saúde, e que quer apenas conversar.

• Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.

• Trate os entrevistados adultos por Sr. e Sra., sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

• Chame o entrevistado **sempre** pelo nome (p. ex., Dona Joana, Seu Paulo). Jamais chame alguém de tio, tia, vô, mãe. Isto é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.

• Durante a entrevista, de quando em quando faça referência ao nome do

entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do entrevistado. Por exemplo: “Dona Joana,agora vamos falar sobre…” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre…”

• **Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se deque o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas.

• Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.

• É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar bem como o manual do entrevistador, estando totalmente familiarizado com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só o entrevistado que tem o direito de hesitar.

• Seja claro na formulação das perguntas, **utilizando o texto do questionário**. Caso o entrevistado não entenda, repita. Só depois disso você deve reformular a questão para tentar que ela seja entendida.

• **Nunca** influencie ou sugira respostas. Dê tempo ao entrevistado para que reflita e encontre a resposta com suas próprias palavras. Se você não conseguir obter nenhuma resposta, leia **todas** as alternativas antes de deixar que o entrevistado responda. Assim ele não vai escolher logo a primeira possibilidade que for oferecida.

• Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.

• Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis imprevistos favoráveis!

• **Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador** e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS

• Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as

respostas.

• Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.

• Os **questionários** devem ser preenchidos a **lápis**, já sua **codificação** deve ser realizada com **caneta** azul e com muita atenção.

• As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.

• Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0. Em especial, o 1 não tem aba, nem pé. Quanto mais a gente capricha no um, mais parecido ele fica com os dois… Não se corta o sete. Faça um cinco bem diferente do nove!

• **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco.

• Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.

• Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.

• Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta senão estiver **absolutamente** seguro de ter entendido o que foi dito pelo (a) entrevistado (a).

• Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo um número rodeado por um círculo na margem direita da folha. Repita o número no pé ou no verso da página e escreva o seu comentário. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pelo entrevistado, ou pelo fato dele ter se mostrado particularmente inseguro ou hesitante ao responder.

• Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta, nenhum espaço. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas da página foram respondidas.

• **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.

• Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso

e apresente o problema ao supervisor.

• Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações são muito importantes.

• Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras do informante.

- Cada dupla carregará consigo um grampeador, para que a 2ª via da prescrição, que ficaria na Unidade de Saúde seja recolhida e grampeada junto ao formulário, a fim de posterior avaliação da prescrição por parte do entrevistador.

CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

• Os questionários devem ser codificados **somente após** terem sido completamente aplicados.

Isto significa copiar o código da resposta para o campo de codificação (que é a coluna da direita), como no exemplo abaixo:

Qual o grau de escolaridade do (a) Sr.(a) (em anos de estudo concluídos)?

ESCOLA xx anos

Escrever o número de anos que a pessoa estudou

• Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passe um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.

Há duas codificações especiais muito importantes: **não se aplica** e **ignorado**.

• IGNORADO (IGN) = 9, 99, 999, 9999 ou 99999. Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorada somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.

• A numeração do questionário é obtida através da sequência elaborada e distribuída pela coordenadora de campo.

• Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
• No final do dia de trabalho, revise seus questionários aplicados e codifique-os. A codificação dos questionários não deve ser deixada para outro dia. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) não devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
• Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
• Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

ESCALA DE REUNIÕES COM O SUPERVISOR

Cada dupla entrevistadora deverá participar de uma reunião semanal com sua supervisora, onde entregará todos os questionários completados na semana, já revistos e codificados. Qualquer dúvida que tenha ficado sobre estes questionários deverá estar listada e claramente marcada no questionário para ser discutida com o supervisor. Na reunião, o entrevistador também receberá mais material e orientações para prosseguir com o trabalho de campo.

As reuniões semanais com o supervisor serão realizadas no QG do estudo, no prédio da Secretaria Municipal de Saúde, conforme a escala a ser definida individualmente.

ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

RECONHECIMENTO DAS UBS E FARMÁCIA CENTRAL

A primeira visita às UBSs e Farmácia Central deverá ser sempre feita com o acompanhamento da coordenadora de campo.

ABORDAGEM E CONSENTIMENTO INFORMADO

• Explicar que você está trabalhando num projeto de pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, o qual versa sobre a saúde da população de Uruguaiana atendida pelo SUS. No mínimo devem ser ditas as seguintes frases: “Sou da Universidade Federal do Pampa e estamos fazendo um trabalho com pessoas que utilizam os serviços de saúde pública em Uruguaiana.”

• Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas para as pessoas que utilizam os serviços. Sempre salientar que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre os serviços de saúde da cidade, ajudando, assim, a melhorá-los”.

• Havendo a disposição da pessoa em participar, a etapa seguinte é muito importante – obter o **consentimento informado**. É necessário explicar os itens a seguir a cada um que vai responder o questionário e fazer com que a pessoa assine o termo de consentimento. Explicar que:

1. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal de Pelotas, com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana.
2. Esta pesquisa tem por objetivo estudar como e quanto as pessoas estão utilizando os diferentes serviços oferecidos pelos sistemas de saúde pública.
3. Participar do estudo significa somente responder a um questionário com perguntas sobre a sua saúde e o uso de serviços.
4. Todas as informações fornecidas são **estritamente sigilosas**. A análise dos dados será feita sem os nomes, sendo cada pessoa identificada apenas por um número. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita com base no conjunto e não com informações individuais.
5. Da mesma forma, nenhuma informação individual será repassada para o posto ou para a Secretaria de Saúde.
6. A participação é **voluntária**, e todos têm o direito de não participar do estudo.
7. Não há qualquer responsabilidade por parte de quem responde, nem qualquer custo.

• Após estas explicações, se colocar à disposição para responder qualquer outra pergunta do entrevistado. Só então pedir que ele assine o termo, junto com o entrevistador.

• Em caso de menores de idade, o consentimento deve ser obtido junto ao

responsável.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

Deve ser aplicado a todas as pessoas. Excluir pessoas com problemas físicos ou mentais que impeçam a entrevista (como por exemplo, surdos-mudos, deficientes mentais, Alzheimer avançado, etc.).

PRIMEIRO QUADRO

• Nome do entrevistador:_____

Escrever o seu nome completo.

• Código:__ __

Cada entrevistador tem um código de 2 dígitos usado para sua identificação.

• Data da entrevista: ___ ___ / ___ ___

Anotar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia /mês. Nos casos de dias com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

- Unidade de Saúde na qual fora realizada entrevista: Farmácia Central ou UBS. Em casos de UBS's, classificar também quanto ao número da mesma.

• Número do questionário:__ __ __ __ __ __

DADOS GERAIS

Entrevista referente à: Anotar o nome completo do entrevistado.

Telefone celular ou outro telefone para contato: Anotar para um contato, caso necessário, como, por exemplo, a realização do Controle de Qualidade.

Endereço: anotar o endereço no qual reside o entrevistado, bem como classificar se o mesmo reside na zona urbana ou rural da cidade.

1. Sexo: Apenas observar e assinalar.

2. Qual a sua idade?Neste caso, registre o número de anos completos.

3. Como o(a) Sr.(a) se classifica em relação à cor da sua pele? Perguntar exatamente como escrito e deixar a pessoa responder. Anotar o que for dito, sem questionamentos. O que nos interessa aqui é a cor **como definido pelo respondente**, e não a avaliação do entrevistador, de forma a manter a compatibilidade com o IBGE. Se a pessoa usar um termo que deixe dúvida, como

por exemplo, “escuro”, leia as alternativas disponíveis e peça para que a pessoa escolha uma destas – no caso, negra ou parda.

4. Qual o nível de escolaridade do (a) Sr.(a)? Assinalar a resposta dada, levando em conta as equivalências dos diferentes nomes que os cursos receberam durante os últimos anos. O primário equivale às quatro primeiras séries do atual ensino fundamental. Este por sua vez já foi chamado de 1º grau. Ginásio equivale da 5ª a 8ª série do ensino fundamental. O antigo colegial passou a ser chamado de 2º grau e agora é o ensino médio, sempre com 3 séries. Anotar o número de anos de estudo concluídos.

5. Qual a sua renda no mês passado? Registre o valor, em reais, que o entrevistado irá fornecer sobre seus rendimentos no mês anterior.

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA DO PACIENTE

Tempo de consulta: O tempo de consulta deve ser cronometrado a partir do momento da entrada do entrevistado no consultório médico, até sua saída, não considerar tempo de espera em fila. Deve ser registrado em minutos.

Número de medicamentos prescritos: Anotar a quantidade de medicamentos prescritos.

Conhecimento da posologia: Abordar o paciente ao sair do consultório e perguntar se ele sabe para cada medicamento prescrito, os seguintes itens: nome correto; dosagem a ser ministrada; n° de vezes por dia de uso do medicamento; duração de seu tratamento; motivo de uso. Todas essas informações devem ser retiradas do receituário.

Número de medicamentos que conhece a posologia: Somar os medicamentos os quais forem preenchidos os itens da pergunta anterior. Utilizar a tabela do questionário para cada medicamento da prescrição.

INDICADORES DE PRESCRIÇÃO

Medicamentos prescritos pelo nome genérico: Com auxílio do Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, verificar quantos dos medicamentos prescritos estão listados pelo nome genérico. Anotar o número total.

Medicamentos constantes na REMUME: Verificar se os medicamentos prescritos

constam na REMUME, anotar o número total.

Antibióticos na prescrição: Observar a prescrição de antibióticos, utilizando a lista de medicamentos genéricos.

Prescrição de medicamentos injetáveis: Observar a prescrição de medicamentos injetáveis, marcar sim ou não.

Utilizar a tabela do questionário para anotar o nome dos medicamentos prescritos (conforme escritos na prescrição)

Número de medicamentos realmente dispensados: Verificar o número de medicamentos dispensados.