



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva**

Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Avaliação de Tecnologias de Saúde

Kelli Carneiro de Freitas Nakata

**Avaliação da acessibilidade à assistência farmacêutica básica no
município de Várzea Grande (Mato Grosso).**

Orientadora: Ligia Maria Vieira da Silva

Salvador, 2012



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva**

Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Avaliação de Tecnologias de Saúde

Kelli Carneiro de Freitas Nakata

**Avaliação da acessibilidade à assistência farmacêutica básica no
município de Várzea Grande (Mato Grosso).**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia contando como pré-requisito parcial para obtenção de título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Ligia Maria Vieira da Silva

Salvador, 2012



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva**

Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Avaliação de Tecnologias de Saúde

Kelli Carneiro de Freitas Nakata

**Avaliação da acessibilidade à assistência farmacêutica básica no
município de Várzea Grande (Mato Grosso).**

Banca Examinadora

Ligia Maria Vieira da Silva - (Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.)-**Orientadora.**

Giselia Santana Souza – (Professora adjunta da Universidade Federal da Bahia)-
Examinador interno

Janeth de Oliveira Silva Naves - (Professora adjunta da Universidade de Brasília)-
Examinador externo

Salvador, 2012

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde garantindo acesso integral, inclusive assistência farmacêutica. A partir de então a Política Nacional de Medicamentos (PNM, 1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF, 2004) têm sido consideradas como referências conceitual e operacional para o alcance desses objetivos. Os estudos avaliando a implantação da referida política são ainda escassos e localizados trazendo uma diversidade de situações. Em alguns municípios estudados, o acesso aos medicamentos tem sido descrito como deficiente e o uso racional de medicamentos uma realidade distante. Já em outros estudos, têm sido relatadas experiências exitosas no campo da assistência farmacêutica. Desta forma, existe uma necessidade de ampliação do escopo dos estudos avaliativos sobre o acesso aos medicamentos e a implantação da Política de Assistência Farmacêutica visando preencher essas lacunas. Tendo em vista a inexistência de avaliação a esse respeito no Estado do Mato Grosso e em particular no município de Várzea Grande colocou-se, pois a seguinte pergunta de investigação: a assistência farmacêutica no município de Várzea Grande está estruturada de forma a facilitar ou dificultar o acesso aos medicamentos essenciais? Assim este trabalho avaliou a acessibilidade a medicamentos essenciais no SUS no município de Várzea Grande-MT. Foi realizada a validação de uma matriz de critérios e dimensões para avaliação da acessibilidade através de consenso de *experts*, então tal instrumento foi testado no município de Várzea Grande. A produção de dados usou da estratégia de entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação. Os achados

permitiram a classificação geral do município quanto à acessibilidade a medicamentos essenciais como intermediário. Porém se considerado isoladamente a dimensão acessibilidade organizacional e geográfica a classificação foi, respectivamente, incipiente e avançada.

Palavras chave: Acessibilidade; Assistência farmacêutica; Medicamentos essenciais.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) Brazilian brought the expansion of the population's access to health services by ensuring full access, including pharmaceutical care. Since then the National Drug Policy (PNM, 1998) and the National Policy for Pharmaceutical Care (PNAF, 2004) have been regarded as a conceptual and operational framework for achieving these objectives. Studies evaluating the implementation of this policy are still scarce and localized bringing a diversity of situations. In some cities studied, access to medicines has been described as deficient and the rational use of medicines a distant reality. In other studies, have been reported successful experiences in the field of pharmaceutical care. Thus, there is a need to expand the scope of evaluation studies on access to medicines and deployment of pharmaceutical assistance policy aiming to fill those gaps. Given the lack of assessment in this regard in the state of Mato Grosso, and in particular in the city of Várzea Grande put up because the following research question: pharmaceutical care in the city of Várzea Grande is structured to facilitate or hinder access to essential medicines? Thus this study evaluated the accessibility to essential medicines in the SUS in Várzea Grande-MT. We performed the validation of

an array of dimensions and criteria for evaluation of accessibility through consensus of experts, then such instrument has been tested in the city of Várzea Grande. The production strategy of data used semi-structured interviews, document analysis and observation. The findings led the general classification of the municipality as accessibility to essential medicines as an intermediary. But if considered in isolation dimension accessibility organizational and geographical classification was, respectively, incipient and advanced.

Keywords: accessibility; pharmaceutical services; drugs, essential.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1 - Modelo lógico do ciclo de assistência farmacêutica.	54
Figura 2 - Foto de farmácia pública.	55
Figura 3 - Foto de farmácia pública.	55
Figura 4 – Distribuição espacial das unidades de saúde.	56
Quadro 1 – Dimensões e critérios para avaliação da acessibilidade a medicamentos essenciais em Várzea Grande.	57
Quadro 2 – Classificação geral do município por critério.	66
Quadro 3 – Unidades segundo classificação qualitativa da situação de implantação da assistência farmacêutica.	67
Quadro 4 – Conjunto de medicamentos para agravos traçadores.	69
Tabela 1 – Usuários entrevistados, segundo a distribuição de seus perfis.	70
Tabela 2 – Unidades, segundo classificação quantitativa da situação de implantação da assistência farmacêutica.	71
Tabela 3 – Critérios, segundo distribuição de classificação.	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

ME – Medicamentos Essenciais

NEPAF – Núcleo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PFPPB - Programa Farmácia Popular do Brasil

PSF – Programa Saúde da Família

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

SINDUSFARM – Sindicato da Indústria Farmacêutica

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	10
2 - OBJETIVO GERAL.....	15
2.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 - METODOLOGIA.....	15
3.1-Principais Conceitos	16
3.2- A Legislação Orientadora da Política de Assistência Farmacêutica	18
3.3 - O Município de Várzea Grande.....	19
3.4. O estudo de avaliabilidade	20
3.5. Metodologia	22
4 - ANÁLISES DE DADOS	25
5 - RESULTADOS	26
6 - DISCUSSÃO	41
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
8 - RECOMENDAÇÕES.....	45
9 - REFERÊNCIAS	48
Anexo 1 - Resultado Método Delphi - Primeira Rodada.....	75
Anexo 2 - Método Delphi - Segunda Rodada.....	79

1 - INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS um terço da população mundial não tem acesso regular aos medicamentos essenciais. Apenas 15% da população mundial consomem 90% de toda produção desse insumo configurando um acesso desigual entre grupos sociais.¹

No Brasil as desigualdades no consumo e acesso a esse insumo não são diferentes. O país está entre os cinco maiores consumidores de medicamentos do mundo, tendo apresentado só em 2011 vendas anuais superiores a R\$ 42 bilhões.² Entretanto, cerca de 60% da produção de medicamentos do país beneficia apenas 23% da população.³

Desde a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde - SUS o Brasil passou por mudanças significativas no seu sistema público de saúde com a ampliação do reconhecimento dos direitos de assistência à saúde, incluindo aí o acesso aos medicamentos essenciais e a equidade na sua distribuição.⁴

Com os objetivos de assegurar e promover o acesso da população a medicamentos seguros e eficazes e de qualidade, ao menor custo possível foram publicadas, dentre outras, a Política Nacional de Medicamentos (PNM)⁵ e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)⁶ em 1998 e 2004, respectivamente.

A Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010⁷ contém as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (AF).

Dentre as ações previstas pela política o acesso ao medicamento é o componente central tendo em vista que este se constitui em insumo de grande importância podendo interferir com a efetividade do cuidado à saúde.

Com a estratégia de ampliar o acesso da população a medicamentos o governo lançou mão da Lei dos genéricos (Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999)⁸. Esses produtos representaram, em 2011, 20,5% das vendas de medicamentos no Brasil.² Ainda com vistas ao incremento ao acesso a medicamentos o governo federal instituiu em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) através da adoção de copagamento. O PFPPB tem absorvido grande demanda do SUS, uma vez que 46% de seus atendimentos referem-se a usuários desse sistema, caracterizando tal programa como opção a uma provável incapacidade do setor público em prover medicamentos à população de forma suficiente. Tal medida foi ampliada em 2011 através da Portaria nº 184⁹ estabelecendo gratuidade aos usuários de medicamentos para tratamento da hipertensão arterial e diabetes.¹⁰

A Assistência Farmacêutica, de acordo com a PNM, consiste num conjunto de práticas ligadas ao medicamento e direcionadas a uma comunidade como parte das ações de saúde, incluindo não apenas o abastecimento de medicamentos, mas informações, educação e outras atividades de caráter multidisciplinar que promovam o uso racional deste insumo.

Acessibilidade diz respeito à facilidade no uso dos serviços de saúde. Vai além da simples disponibilidade do recurso em um determinado lugar e momento. Consiste na relação entre as características dos serviços capazes de facilitar ou impor barreiras e os recursos dos usuários para a sua utilização.¹¹

Para garantir o acesso a medicamentos de boa qualidade, com informações suficientes para seu uso correto e seguro tem sido apontado que o ciclo de assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação) seja percorrido utilizando-se critérios epidemiológicos capazes de atender às necessidades da

população o que requer recursos materiais e pessoal treinado em cada uma das etapas do processo.

Uma revisão bibliográfica, publicada em 2010, cujo objetivo era discutir a assistência farmacêutica (AF) no SUS concluiu que esta pode ser encarada como um binômio onde de um lado está a legislação, bem estruturada por meio de várias diretrizes e intenções que norteiam e contribuem para uma intervenção organizada e bem sucedida. Por outro lado encontra-se a AF efetivamente prestada atravessando vários problemas de natureza estrutural e financeira de forma a comprometer o acesso dos usuários aos medicamentos.⁴

Um estudo exploratório publicado em 2010 por Barreto e Guimarães¹² que assume como objetivo apresentar os resultados da avaliação da assistência farmacêutica realizado pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Assistência Farmacêutica - NEPAF no nível municipal do Estado da Bahia chegou, dentre outros, aos seguintes resultados: o processo de aquisição de medicamentos não vem suprindo de forma suficiente as unidades básicas de saúde no que diz respeito à quantidade de medicamentos ali disponíveis gerando insatisfação dos prescritores e gestores e impactando no abastecimento desse insumo, em parte explicado pelo fato de que os recursos provenientes do Programa Incentivo à Assistência Farmacêutica não foram aplicados na sua totalidade na compra de medicamentos; a REMUME não tem sofrido revisões regulares; os locais de armazenamento dos medicamentos apresentam temperatura inadequada; ausência de prateleiras e *pallets*; ausência de farmacêutico responsável pela dispensação; ausência de controle de estoque; transporte inadequado. Esse estudo utilizou um protocolo de indicadores distribuídos na dimensão organizacional, operacional e da sustentabilidade tendo sido aplicado em dois municípios do Estado da Bahia.

Um estudo realizado por Fraga (2005)¹³ cujo objetivo era analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho voltado para a reorganização da AF no município de Porto Alegre concluiu que as atividades do ciclo de assistência farmacêutica se davam de forma fragmentada. A explicação para tal achado estaria na ausência de uma estrutura organizacional que fosse capaz de proporcionar a integração das informações técnicas e operacionais, o que promoveria um melhor gerenciamento. Este estudo ainda registra falta de medicamentos e desorganização dos processos de trabalho, bem como número de farmacêuticos muito inferior ao número de atividades a serem desenvolvidas por este profissional.

Um estudo realizado em três estados brasileiros, a saber, Paraná, São Paulo e Minas Gerais revelou a possibilidade de se realizar ações com vistas a assegurar o acesso a medicamentos de maneiras diferentes e levando em consideração as peculiaridades de cada localidade. O estudo mostra que esses Estados foram pioneiros na implantação de uma assistência farmacêutica (AF) descentralizada voltada para a proposta atual da PNM adotando uma metodologia administrativa moderna e participativa. Fato este destacado pela representação dos municípios nas discussões dos programas, envolvendo-se e responsabilizando-se pela contrapartida ao recebimento dos medicamentos. Os componentes dos programas implantados por estes Estados foram: seleção (usando critérios de inclusão de medicamentos como a RENAME, lista da OMS, eficácia e segurança; disponibilidade para aquisição ao menor custo possível; demanda histórica de consumo de medicamentos; patologias mais frequentes atendidas pelas unidades básicas de saúde); aquisição (produtos adquiridos em laboratórios oficiais, produção própria em laboratórios públicos ou laboratórios privados); distribuição (centralizada no Paraná e descentralizada em São Paulo e Minas Gerais);

reposição de medicamentos (baseado no consumo); controle de estoque informatizado; realização de seminário de implantação (exceto no Paraná).³

A implantação da PNM, desta forma, tem sido avaliada com diferentes metodologias tendo obtido resultados também variados entre estados e municípios investigados: (Oliveira et. al. 2010)⁴, Cosendey,(2000)³, Fraga(2005)¹³, Barreto e Guimarães(2010)¹². A variabilidade dos resultados encontrados diante da diversidade de situação de organização do SUS no país requer a realização de investigações adicionais em outros municípios, bem como esforços no sentido de realização de consensos sobre metodologias para avaliação da implantação da PNM.

No Estado de Mato Grosso, e em particular, no município de Várzea Grande, até o momento não foi feito uma avaliação sistemática acerca da implantação e funcionamento da PNM, bem como da acessibilidade a medicamentos essenciais, embora as portarias e políticas que regulamentam o setor farmacêutico tenham surgido desde 1998. Problemas na assistência farmacêutica no Estado podem ser inferidos da existência de um grande número de demandas judiciais. Neste Estado foram registradas 1.332 novas demandas judiciais, referentes a medicamentos, em 2011. Sendo que 12% deste total foram provenientes do município de Várzea Grande. O que chama a atenção é que desse montante de 12%, uma fatia considerável, 37% referiam-se a medicamentos essenciais que deveriam estar disponíveis na atenção básica.

Desta forma a pertinência do presente estudo é também dada pelo preenchimento da lacuna referente à ausência de avaliações anteriores locais e estaduais. Além disso, os resultados do estudo poderão ser utilizados pelos gestores visando o aperfeiçoamento da assistência farmacêutica.

A seleção da dimensão acessibilidade para a presente avaliação foi decorrente da realização prévia de um estudo de avaliabilidade, realizado no município de Várzea

Grande em novembro de 2011 e desenvolvido como estratégia para melhor delimitar a pergunta de avaliação.

2 - OBJETIVO GERAL

Avaliar a acessibilidade a medicamentos essenciais no SUS no município de Várzea Grande no Estado de Mato Grosso, Brasil.

2.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1. Validar por meio de consenso de especialista matriz de dimensões e critérios para avaliação da acessibilidade aos medicamentos essenciais na atenção básica.

2.1.2. Testar o instrumento validado no município de Várzea Grande.

2.1.3. Descrever a acessibilidade geográfica e organizacional aos medicamentos essenciais no SUS no município de Várzea Grande.

3 - METODOLOGIA

Foi realizada uma avaliação da acessibilidade a medicamentos essenciais no município de Várzea Grande, Mato Grosso, em 2012. Com essa finalidade foi elaborado um modelo lógico (figura 1) do qual foi derivada uma matriz de critérios e dimensões (quadro 1) que orientou a coleta de informações. A matriz foi submetida a um comitê de *experts* para validação por consenso por meio da técnica Delphi. Posteriormente o instrumento foi testado no município de Várzea Grande-MT.

3.1-Principais Conceitos

Os medicamentos essenciais (ME) são aqueles capazes de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e devem estar disponíveis nas quantidades adequadas de forma ininterrupta devendo ser selecionados considerando os critérios de custo-efetividade, evidência de eficácia e segurança e relevância na saúde pública.¹

O conceito de Assistência Farmacêutica que foi utilizado é aquele que consta na PNM, segundo a qual ela pode ser considerada como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, para assegurar o uso racional de medicamentos. (p. 34)⁵.

Para que se tenha uma assistência farmacêutica eficaz e com qualidade com foco no uso racional de medicamentos um dos pilares a ser adotado é a Atenção farmacêutica que segundo a PNAF é conceituada como:

Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma

farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. ⁶

Para que os serviços de saúde sejam utilizados, inclusive os de assistência farmacêutica alguns fatores são determinantes como aqueles relacionados à necessidade de saúde (como por exemplo, morbidade, gravidade da doença); os pertinentes aos usuários (como características demográficas, geográficas, culturais, sócio-econômicas e psíquicas) relativos aos prestadores de serviço (tipo de prática, experiência profissional, etc), a organização (recursos disponíveis, acesso geográfico, características da oferta) e política. ¹⁴

Segundo DONABEDIAN¹¹, acessibilidade é concebida como a facilidade no uso dos serviços de saúde. Como o resultado do ajuste entre as capacidades dos usuários e as facilidades ou obstáculos oferecidos pelos serviços.

Ao falar em acessibilidade a medicamentos alguns autores têm considerado, dentre outras as seguintes dimensões: geográfica e organizacional.

A acessibilidade organizacional traduz a forma como o serviço está organizado para receber o usuário, portanto refere-se a aspectos inerentes ao seu funcionamento, ou seja, os serviços e produtos estão disponíveis em harmonia com as necessidades de saúde da população com volume compatível com a demanda e de forma contínua.

A acessibilidade geográfica está relacionada com a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, levando em consideração o tempo e o custo aí embutidos.

3.2- A Legislação Orientadora da Política de Assistência Farmacêutica

Todo o setor farmacêutico está estruturado com base numa vasta regulamentação, dentre as quais destacamos:

(1) A PNM instituída pela Portaria Técnica do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (PT/GM/MS) nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 tem dentre seus propósitos, garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais; a promoção do uso racional de medicamentos e garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos. Dentre as diretrizes e prioridades destacamos a adoção da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), a reorientação da assistência farmacêutica, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos.

(2) Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica engloba entre outros, os seguintes eixos estratégicos:

- A garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui, necessariamente, a assistência Farmacêutica; descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;
- Construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;

- Promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

(3) A Portaria N° 4217/2010 que Aprova as Normas de Financiamento e Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica tem como objetivo definir e regulamentar a execução do componente básico da Assistência Farmacêutica perpassando pelo ciclo da assistência farmacêutica qual seja: seleção, programação, aquisição, armazenamento (incluindo controle de estoque e dos prazos de validade dos medicamentos), distribuição e dispensação dos medicamentos de sua responsabilidade.

Para garantir a população o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade a PNM adota como diretriz a descentralização da gestão de Assistência Farmacêutica e adoção de relação de Medicamentos Essenciais, assim os municípios devem elaborar uma relação municipal de medicamentos, a REMUME.

A coerência em utilizar uma REMUME está baseada no fato de que trabalhar com um número limitado de medicamentos é capaz de conduzir a um suprimento mais adequado às necessidades, além de facilitar uma prescrição mais racional, pela maior facilidade na divulgação das informações sobre o medicamento. Além disso, torna mais simples a atualização dos profissionais responsáveis pela prescrição e dispensação dos medicamentos, bem como do paciente e seu uso correto; ademais reduz o custo com medicamentos.³

3.3 - O Município de Várzea Grande

O município de Várzea Grande é o segundo maior município do Estado de Mato Grosso em número de habitantes com 252.596 habitantes.¹⁵

Com vistas à distribuição gratuita de medicamentos essenciais a estrutura da assistência farmacêutica do município, no momento da coleta de dados, contava com um almoxarifado central responsável pela elaboração da lista de medicamentos encaminhada para compras, bem como recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos para as unidades de saúde quais sejam: 4(quatro) Centros de Saúde, 5(cinco) Policlínicas, 9 unidades de PSF (Programa Saúde da Família), 1 Centro de Especialidade Médica e 3 (três) CAPS(Centro de atendimento psicossocial). O instrumento elaborado para avaliação da acessibilidade foi testado em todas as 20 unidades aí incluindo o almoxarifado central com exceção dos CAPS por se tratarem de unidades especializadas.

A Assistência Farmacêutica (AF) do município estudado está incluída no Plano Municipal de Saúde 2010-2013¹⁶, com definição de meta e ações. Tal participação é muito discreta com apenas uma meta e ações muito gerais.

Meta - Ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Ação 1 - Implementar a Política de Assistência Farmacêutica Básica.

Ação 2 - Estruturar e organizar a Assistência Farmacêutica do município, estabelecendo mecanismos para acompanhamento e regulação dos processos de aquisição de medicamentos, insumos e produtos estratégicos de saúde.

Ação 3- Implementar a farmácia popular.

(p.121)¹⁶

3.4. O estudo de avaliabilidade

Inicialmente foi realizado um estudo exploratório de avaliabilidade ou pré-avaliação por meio de estimativa rápida em instituições públicas de saúde (farmácia pública e almoxarifado central) do Município de Várzea Grande-MT com realização de entrevistas, análise documental e observação. Este estudo teve por objetivos identificar áreas prioritárias para avaliação e verificar se a política de AF estava minimamente implantada de forma a permitir a realização de uma avaliação sistemática. A acessibilidade apareceu como nó crítico dessa avaliação e como atributo a ser priorizado em uma avaliação.

Os resultados do estudo de avaliabilidade apontaram para uma assistência farmacêutica aparentemente incipiente focada na dispensação de medicamentos com prejuízo as atividades relacionadas ao uso racional de medicamentos (adoção do RENAME, reorientação da Assistência Farmacêutica, ações de disciplina da prescrição, da dispensação e do consumo, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos), envolvendo tão somente aspectos técnicos administrativos que mesmo assim apresentam problemas.

O modelo lógico elaborado durante a fase exploratória com base nos documentos oficiais (PNM, PNAF) e literatura correspondendo a imagem-objetivo da assistência farmacêutica (AF) foi posteriormente aperfeiçoado tendo servido de base para a seleção das dimensões e critérios nesta avaliação. Constam do modelo lógico as atividades que compoem o ciclo da AF que deveriam ocorrer de forma articulada e supostamente numa perspectiva sistêmica. As principais atividades seriam: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (prescrição, dispensação e uso), sem esquecer-se da contribuição da AF no cuidado à saúde com seu componente assistencial.^{17,18}

3.5. Metodologia

A validação da matriz de dimensões e critérios (quadro 1) se deu por meio de consenso de *experts* utilizando-se do método Delphi. O comitê de *experts* foi composto por 3 pesquisadores da área de assistência farmacêutica com publicações de avaliação; 1 gestor e 1 farmacêutico com experiência em gestão. A seleção dos especialistas tomou como base a experiência profissional relacionada com a coordenação ou atuação ligada a gestão da assistência farmacêutica, bem como profissionais com produção intelectual sobre o tema. Desta forma o grupo foi formado por gestores (coordenadores do programa de assistência farmacêutica com experiência na área de implantação), profissionais farmacêuticos e estudiosos dessa temática (pesquisadores pertencentes a programas de Pós Graduação em Saúde Coletiva que tenham como linha de pesquisa a Assistência Farmacêutica), trazendo, assim, uma variedade de representantes da assistência farmacêutica alocados de seu cerne e de seu entorno conforme preconizado pela técnica Delphi.

O modelo Delphi é um método que possibilita a sistematização de um agregado de opiniões de um seletivo grupo de especialistas utilizando-se de questionários bem desenhados onde o *feedback* de opiniões se dão em rodadas preservando-se o anonimato dos participantes. Esse método apresenta diversas vantagens, dentre as quais: afasta o efeito do argumento de autoridade relacionado com a dominação de participantes de elevado prestígio; permite a coleta de opinião de indivíduos em diferentes áreas geográficas; possibilita o maior favorecimento de uma perspectiva reconstruída por meio de consenso dos atores envolvidos.¹⁹

Na primeira rodada do método Delphi foi apresentado aos participantes via correio virtual uma matriz com dimensões e critérios (quadro 1). Os resultados dessa

fase foram agrupados e analisados calculando-se a média e o desvio padrão dos *scores* atribuídos pelos *experts*. A síntese dos resultados foi comunicada aos membros do grupo que após ciência tiveram a oportunidade de reformular seus pontos de vista iniciais. Na segunda rodada apenas dois *experts* responderam. No entanto em ambas as rodadas houve elevado consenso entre os especialistas em relação a todos os critérios com exceção do critério tempo gasto na dispensação em minutos que foi excluído (anexo 1 e 2). Para todos os critérios foram considerados para sua afirmação uma média igual ou superior a sete e desvio padrão igual ou inferior a três.

Tendo em vista não ser possível avaliar toda a lista de medicamentos em relação às sub-dimensões aquisição e distribuição foram selecionados agravos e grupos de agravos considerados como condições traçadoras. Os critérios para a sua escolha foram aqueles sugeridos por Kessner e Kalk de consenso na prescrição, magnitude e vulnerabilidade. Desta forma foram selecionados como traçadores a hipertensão arterial e doença respiratória crônica. Os medicamentos relacionados com o tratamento desses traçadores foram selecionados considerando os seguintes critérios: a) eram priorizadas nas VI diretrizes brasileiras de hipertensão e o caderno de atenção básica para doenças respiratórias crônicas; b) faziam parte do elenco de medicamentos de referência da atenção básica do SUS. (Quadro 4)

Os usuários selecionados foram abordados logo após a saída da consulta médica ou imediatamente após o recebimento do medicamento, ou no momento da espera pela dispensação. A seleção dos usuários se utilizou ainda dos seguintes critérios: em cada unidade foram abordados no mínimo dois usuários incluindo sucessivamente: homens, mulheres, idosos, gestantes e acompanhantes de crianças que procuraram o serviço em busca de tratamento farmacológico o que resultou em um total de 42 usuários. O perfil desses usuários está descrito na tabela 1.

Foram ainda entrevistados, o gestor (coordenador de assistência farmacêutica), gerentes e o responsável pela dispensação de cada unidade (independente de tratar-se de farmacêutico ou não), prescritores (médico e dentistas), selecionados de acordo com a disponibilidade no momento da visita a unidade.

Para realização das entrevistas os profissionais foram contactados antecipadamente e o horário foi agendado conforme disponibilidade dos mesmos, bem como a conveniência do serviço. Foi solicitado a cada unidade que disponibilizasse um local com privacidade no próprio serviço para realização do procedimento de entrevistas, incluindo usuários e profissionais. Em alguns casos as entrevistas se deram no domicílio.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas tendo sido utilizadas para o preenchimento da matriz.

A observação foi usada como instrumento de coleta de dados que foram posteriormente triangulados com aqueles oriundos das entrevistas e dos documentos. Foi observada a dimensão acessibilidade organizacional e os seguintes critérios a ela relacionados: acesso fácil a RENAME¹ pelos profissionais envolvidos na AF; percentual de medicamentos para agravos traçadores na central de abastecimentos; existência de refrigeração ambiente; existência de geladeira; existência de controle de temperatura ambiente; existência de algum critério para organização do estoque; percentual de unidades com medicamentos vencidos; percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação; existência de local para orientação farmacêutica.

Na dimensão acessibilidade geográfica a distância da residência do usuário a unidade de saúde foi calculada, nos casos em que o entrevistado não sabia ou não tinha

¹ A REMUME foi substituída pela RENAME tendo em vista que na fase da avaliabilidade constatou-se a inexistência de uma REMUME.

certeza da informação, através do recurso do Google Earth tendo como base o endereço do usuário e da unidade de saúde.

4 - ANÁLISES DE DADOS

Os critérios foram adaptados do trabalho da Organização Pan-Americana de Saúde: Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil (2005)²⁰, Consedey (2000)³, Consedey et. al.(2003)²¹, Oliveira(2007)²² e Naves e Silver (2005)²³ (Quadro 1) sendo que a abordagem da avaliação segue a metodologia usada por Vieira-da-Silva et. al.(2007)²⁴ no estudo de avaliação da descentralização.

As entrevistas foram transcritas, lidas e reunidas com os dados da observação e dos documentos, o que permitiu a identificação de evidências a cerca das diversas dimensões e sub-dimensões da assistência farmacêutica previamente definidas a partir do modelo lógico e ajustadas na fase exploratória do estudo de avaliabilidade. Para cada critério foi definida uma imagem objetivo do que seria considerado implantado, parcialmente implantado e incipiente. Posteriormente os dados foram classificados através da comparação entre os achados e a imagem-objetivo elaborada a partir da revisão de literatura. A análise final dos dados se deu por triangulação de técnicas que corresponde a verificar a consistência entre as diversas fontes de informação.

A fim de obter uma classificação das unidades e do município frente à imagem-objetivo foram atribuídos pontos (0 a 10) a cada critério a partir do material empírico colhido, leitura das entrevistas e análise documental. Assim a classificação de cada critério se deu com base na pontuação atribuída calculada como a diferença percentual entre a pontuação máxima e os pontos atribuídos de acordo com os seguintes pontos de

corde: (1) incipiente: ≥ 0 e $\leq 33,3\%$; (2) intermediário: $> 33,3$ e $\leq 66,6\%$; (3) avançado: $> 66,6\%$

A pontuação geral de cada estabelecimento foi calculada através do total de pontos obtidos em cada critério, conseqüentemente a classificação do município foi obtida pelo cálculo da proporção dos pontos obtidos em relação ao somatório dos pontos obtidos por todos os estabelecimentos de saúde selecionados para o estudo.

5 - RESULTADOS

O município estudado possui o Plano de Assistência Farmacêutica 2008/2009²⁵, aprovado pelo Conselho Municipal, Ata nº 87 de 30/06/2008, no entanto tal documento não teve participação de farmacêuticos em sua elaboração e revela problemas na divulgação, uma vez que não é conhecido dos profissionais envolvidos com a assistência farmacêutica. Além disso, a AF passou a fazer parte da estrutura formal da Secretaria Municipal de Saúde apenas em abril de 2012 (Portaria 014/SMS/VG de 24 de abril de 2012)²⁶ e em maio do mesmo ano passou por alterações em seu organograma ficando vinculada a subsecretaria de gestão administrativa e financeira, sob a forma de coordenadoria e composta por quatro gerências: (1) Gerência do Laboratório do Hospital e Pronto Socorro de Várzea Grande; (2) Assessoria técnica; (3) Gerência de Gestão de Farmácias; (4) Departamento Regional das Farmácias em Unidades de Saúde.

²⁷ Desta forma pode-se considerar que a assistência farmacêutica no município, encontra-se em processo de institucionalização e estruturação.

A classificação geral do município quanto à acessibilidade a medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é de uma situação intermediária (tabela 2). No entanto se considerarmos a dimensão acessibilidade organizacional

isoladamente a situação do município é caracterizada como incipiente. Já quanto ao critério acessibilidade geográfica o município enquadra-se na categoria avançada. (tabela 3).

Com relação ao critério seleção de medicamentos constatou-se que o município não dispõe de REMUME elaborada e publicada, sendo, portanto, classificada quanto a este critério como incipiente (quadro 2). Como aparece no relato dos profissionais:

Essa lista ainda não está disponibilizada no momento, ela está sendo finalizada. (em cargo de direção)

Não, ainda não. Está em processo de elaboração pela CAF. É a REMUME. (farmacêutico nível central.)

Também não estava disponível para consulta dos usuários, dos prescritores e unidades dispensadoras, de forma impressa, RENAME, nem lista pactuada da atenção básica informando que medicamentos estão disponíveis neste nível de atenção no município estudado. Não há também protocolos clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis para os médicos e farmacêuticos nas unidades de saúde como expõe a fala dos profissionais entrevistados:

(...) não procuram a gente para uma padronização de medicamentos; existem medicamentos que eu acho que sejam desnecessários serem comprados; sobra alguns remédios, falta outros. A sugestão para melhora seria padronizar a lista, discutir com os profissionais; estabelecer uma rotina de uso dos medicamentos. (Médico - Policlínica)

(...) eu não tenho nem noção do que tem e do que deixa de ter na rede. Eu que vou ali na farmácia e vejo se chegou algum medicamento que eu possa prescrever pra meu paciente. (...) não tem divulgação nenhuma (...)(Dentista - PSF)

Eles deveriam mandar uma lista do que está disponível lá, a gente nunca sabe, a gente faz a lista de pedido no escuro. (Atendente de farmácia - PSF)

O município dispõe de uma lista de medicamentos elaborada pelo almoxarifado central baseado no rol de medicamentos listados na Portaria 4217/2010 (entrevistas com profissionais). No entanto não há critérios explícitos de inclusão e exclusão de medicamentos. Ainda consta que não se considerou na sua elaboração o perfil epidemiológico do município, nem tampouco as características das prescrições e do consumo. A lista foi enviada via ofício a todas as unidades imediatamente após a sua elaboração. Posteriormente não se conhece qualquer outra iniciativa para sua divulgação. Essa lista é informal e não se faz conhecida pela grande maioria dos profissionais ligados a assistência farmacêutica, incluindo os prescritores (médicos e dentistas). Apenas 18% dos profissionais entrevistados afirmam saberem da existência da mesma como fica evidenciado pelos depoimentos de dentistas e médicos, profissionais prescritores, e outros profissionais:

Eu não tenho conhecimento se tem, mas acho pouco provável ter. (Dentista - PSF).

Eu não posso afirmar que não tem, mas eu acho que não tem. Os critérios de distribuição de medicamentos se analisados chegaríamos a conclusão que não tem critério e, portanto não tem lista(...)(Médico - PSF)

Tem sim. Todas as unidades tem essa lista. Ela ficava na sala da direção. A lista de todos os medicamentos que o município dispõe para a sociedade. Não sei a última vez que foi atualizada. (Atendente de farmácia - Policlínica)

Trouxeram uma [lista] pra cá faz uns dois anos, mas eu não sei onde está e informava os remédios e aonde encontrar (...) (Atendente de farmácia - Centro de Saúde)

(...) nós estamos aguardando essa oficialização [da REMUME] para começar esse tipo de trabalho de divulgação dessa lista (...) (Farmacêutico nível central)

Não divulga [a lista de medicamentos], eu que tenho que procurar saber. (Médica - Policlínica)

Quanto à programação nenhuma unidade, incluindo o almoxarifado central, (quadro 3) dispõe de instrumento que auxilie no controle de estoque, nem manual, nem informatizado. Portanto não se tem controle da quantidade de medicamentos que entra no estoque, nem é conhecido o próprio estoque que quando obtido se dá através de contagem manual e individualizada diretamente na prateleira conforme explicitado pelos entrevistados:

Nós contamos o estoque direto na prateleira, se não contar não tem como saber. (Atendente de farmácia 1 - PSF).

Não temos nada ainda informatizado, nem fichas de fichário para cada medicamento. (Farmacêutica)

Não, tem que contar na prateleira. Eu até já pedi um computador pra facilitar nosso trabalho, mas não veio ainda. (Atendente de farmácia 2-PSF)

Um pequeno percentual (25%) de medicamentos traçadores estavam disponíveis no almoxarifado central no momento da coleta de dados, o que resultou na classificação do município como incipiente no que diz respeito à sub-dimensão aquisição. A fala do entrevistado confirma esse resultado:

A fase de aquisição é difícil (...); não temos controle das unidades; controle da quantidade [de medicamento] que entra e da quantidade que sai. Essa dificuldade é em toda a rede, não só aqui no almoxarifado. Não se tem controle. (...) Também não tem como fazer um levantamento da população que consome esse medicamento, não temos como ter uma estimativa próxima da real do consumo daquele medicamento. Então fica difícil pra fazer aquisição pra tudo. Às vezes jogamos no escuro, fazemos um quantitativo que não é o real. (Farmacêutico nível central)

No que se refere ao armazenamento o município foi classificado, de forma predominante, como em situação intermediária quanto aos critérios: existência de refrigeração ambiente e existência de geladeira. Em outras palavras isto quer dizer que, em 16 unidades (80%) embora exista ar condicionado e/ou ventilador, esses equipamentos não ficam ligados durante todo o dia, mas apenas durante o funcionamento da unidade e 15 unidades (75%) contam com geladeira, porém essas não são exclusivas para medicamentos ou não têm suas temperaturas acompanhadas e registradas no decorrer do dia. A situação intermediária também foi decorrente do percentual de unidades com medicamentos vencidos. Isso corresponde a dizer que 65%

das unidades tinham medicamentos vencidos, embora estivessem separados, encontravam-se no interior da unidade dispensadora. (tabela 3). No que diz respeito à existência de controle de temperatura ambiente, a situação foi classificada como incipiente tendo em vista que em 16 unidades (80%) não havia termômetro para registrar a temperatura ambiente (tabela 3); Por outro lado a existência de critérios para organização do estoque em 14 unidades (70%) fundamentou a classificação desse critério como avançado. Nessas 14 unidades eram usados critérios explícitos para organização dos medicamentos tais como: ordem alfabética, classe terapêutica, forma farmacêutica. (Quadro 3, tabela 3).

As unidades dispensadoras apresentaram baixo percentual de medicamentos para doença traçadora disponíveis em seus estoques (em média 21%), o que resultou em uma classificação incipiente no que diz respeito a sub dimensão distribuição. Isso porque os resultados estão muito longe do padrão estabelecido que é acima de 80% de disponibilidade de medicamentos traçadores.(tabela 3).

Quando o quesito era presença de profissional farmacêutico na unidade dispensadora, 65% das unidades foram classificadas como incipientes; 30% intermediárias e 5% avançadas (tabela 3). Apenas sete unidades (35%) dispunham deste profissional e quando o tinham não o disponham em tempo integral. Ademais apenas uma unidade possuía local para orientação farmacêutica (tabela 3), todas as demais estavam em espaços físicos pequenos realizando na maioria das vezes entrega de medicamentos através de vidraça ou pequenas janelas (figura 2 e figura 3).

Quando os usuários foram questionados se recebiam orientações/informações a cerca dos medicamentos, a maior proporção 42,8% respondeu ter recebido do médico que prescreveu o medicamento; 33,3% afirmaram não receber qualquer tipo de

informação; 16,6% na farmácia e 7,1% do médico e da atendente de farmácia. As deficiências em relação a essa dimensão fundamental da assistência farmacêutica também foram relatadas nas entrevistas:

(...) eu estava tomando o remédio errado porque eles não explicam nada pra gente, dizem tá aqui seu remédio e pronto. Pra você ver eu tava tomando esse duas vezes ao dia quando na verdade era o outro duas vezes ao dia. Não tem orientação correta. (Usuário idoso - PSF)

Não. Eles só pegam a receita, vista lá que você já pegou e entregam o medicamento. (Usuária grávida- Policlínica)

Quanto ao treinamento de pessoal, a assistência farmacêutica disponibilizou quatro eventos, num período de nove meses, envolvendo dispensação, armazenamento e outros temas relacionados a atividades da área. No entanto essas capacitações não chegaram ao conhecimento da maioria dos profissionais envolvidos com a AF, pois 82% dos profissionais entrevistados afirmam não conhecer qualquer programa de capacitação nessa área.

Nunca vi capacitação em 20 anos que estou lá. (Médica- Policlínica)

Você entra e trabalha com a cara e a coragem que você tem (...) não tem [capacitação], então eu faço aquilo que eu achar por bem. (Dentista - PSF)

Não, nunca eu fui convidada para nenhum programa de capacitação. (Farmacêutica nível central)

No tocante a acessibilidade geográfica o município apresentou classificação avançada tanto para o critério tempo de deslocamento da residência à unidade de saúde, quanto no que diz respeito à distância da residência a unidade dispensadora (quadro 3 e tabela 2 e tabela 3). A aferição objetiva por meio do gráfico foi consistente com o relato dos usuários:

Eu moro logo ali, daqui lá é três minutos a pé. (Idoso masculino - PSF)

Quando eu pego aqui é perto uns 5 minutos a pé, são duas quadras daqui. (Adulto feminino - PSF)

É pertinho dá uns mil metros. (Idoso feminino - PSF)

Quando indagados sobre o tempo decorrente da última consulta 52% dos usuários entrevistados relataram que haviam tido consulta médica nos quinze dias que antecederam a entrevista e 48% não o fizeram nesse intervalo. Já no que diz respeito ao local e momento do acesso ao medicamento 24% do total tiveram acesso ao medicamento na própria unidade da consulta; 24% o fizeram na farmácia popular; 7% procurando em várias unidades; 9% tiveram acesso a apenas parte dos medicamentos prescritos na própria unidade da consulta e 36% não tiveram acesso gratuito ao medicamento prescrito. Esses dados revelam uma situação de difícil acesso.

A farmácia popular foi citada pelos entrevistados como uma alternativa de acesso gratuito a medicamentos que se prestam ao combate de hipertensão e diabetes como expressa o relato dos usuários:

Nem todos os remédios que você quer tem lá [na farmácia da unidade de saúde], sempre tá em falta, a gente parte pra farmácia popular (...)
(Adulto feminino - Policlínica)

Eu consegui assim, eles mandaram eu procurar na farmácia popular porque eu uso é captopril e não tinha aqui. (Adulto masculino - PSF)

Geralmente eu pego na farmácia popular(...) (Adulto feminino - PSF)

Tem vezes que eu dou sorte de encontrar ou aqui ou na Policlínica, senão só lá na popular. (Adulto masculino - PSF)

Antes deu saber que lá na farmácia popular pegava eu comprava. (Adulto feminino - PSF)

Dos usuários entrevistados 90,5% referiram algum tipo de obstáculo ao acesso de medicamentos essenciais, apenas 9,5% não encontraram quaisquer obstáculos na busca por medicamentos. Uma das dificuldades mais relatadas foi a falta de medicamentos:

A dificuldade é que esses remédio que o governo fornece... Você chega lá eles dizem tá em falta, tá em falta. E quando que vai vir? Ah não tem previsão. (Adulto masculino - Policlínica)

A gente procura dipirona, paracetamol e não tem. (Acompanhante de criança - PSF)

Só que aqui não é tudo que você acha, dipirona mesmo nunca tem, remédio de pressão também não está tendo (...) (Acompanhante de criança 2 - PSF)

Agora você consegue o médico, faz a consulta e não tem remédio. (Adulto masculino- Centro de Especialidades Médicas)

Toda vez que eu venho aqui não tem o remédio que passa. (Grávida- Policlínica)

Muitas vezes está em falta. Muitos remédios nunca tem na rede pública. Anti-inflamatório sempre falta. (Acompanhante de criança - Centro de Saúde)

Eu fiquei quase um mês sem pegar remédio porque vinha aqui e não tinha. (Idoso masculino - Centro de Saúde)

A falta de medicamentos também é comumente referida pelos profissionais:

Faltam os medicamentos básicos. Na minha área ginecologia falta tratamento básico como pomada vaginal (...) (Médica -Policlínica).

Falta de medicamento. Esse é o maior problema. Falta bastante, por exemplo, remédio pra hiperdia, metformina passou mais de ano sem vir pra nós (...) (Atendente de farmácia - PSF)

Não tem dipirona, não tem outro antitérmico, raramente tem antibiótico eu que levo as amostras grátis senão não funciona.(Médica 2- Policlínica)

Outro problema levantado pelos usuários foi a descontinuidade no abastecimento e a necessidade de procurar o medicamento em mais de uma unidade:

(...) uma hora você acha outra hora você não acha. É no retalho. (Idoso masculino - PSF)

Por que falta muito remédio. Tem tempo que a gente acha, agora quando não tem. (Adulto feminino - PSF)

Bem no começo quando inaugurou aqui tinha, mas depois começou a faltar, faltar (...) (Adulto feminino 2-PSF)

Não tinha cefalexina aqui, eu fui em mais duas unidades, não consegui aí comprei.(Acompanhante de criança-Centro de Saúde)

Fui pesquisando de farmácia em farmácia para ver aonde tem (...)
(Adulto masculino - Policlínica)

Quando o obstáculo é descontinuidade de tratamento os relatos dos usuários coincidem com a fala dos profissionais:

Vamos falar, por exemplo, de um anti-hipertensivo e anti-diabético você começa a usar um que é do protocolo aí acaba aquele e você não pode deixar o paciente sem remédio. Você usa o que tem, aí quando você está dando este ele também acaba então não tem uma continuidade. (Médico - PSF)

O que tinha na prateleira tinha que ir lá mostrar pro médico pra ele trocar porque quando tinha captopril, não tinha enalapril e quando tinha enalapril não tinha captopril. (Atendente de farmácia - Policlínica).

A falta de médico e o difícil acesso a consulta relacionado ao sistema de agendamento também é apontada como problema como aparece na fala dos usuários:

A dificuldade é que não tem médico para fazer a consulta (...). É difícil, quando não tem o médico tem o remédio, quando tem o remédio não tem o médico. (Adulto masculino - Centro de Especialidades Médicas)

Pra consultar é complicado porque pra conseguir uma ficha tem que vir muito cedo, aí você consegue uma ficha pra tá marcando e vir outro dia consultar (...). E as vagas são poucas (...) (Adulto feminino - PSF)

Agendamento para fazer nova consulta demora muito, muitas vezes a gente chega e dizem o médico não veio e a gente volta, torna a remarcar e o tempo vai passando. (Adulto masculino -Policlínica)

A consulta é ruim porque tem que marcar e tem que esperar a sexta-feira pra marcar, é muito ruim assim, todo dia tinha que ter, a gente não sabe o dia que vai ficar doente. (Adulto feminino -PSF)

A falta de médico também faz parte do discurso dos profissionais:

Tinha que ter mais médico, aqui, por exemplo, não tem médico a tarde. O paciente chega aqui quer uma solução, mas fazer o que? Não tem médico não tem nada. (Atendente de farmácia- Centro de Saúde).

A necessidade de inclusão de tratamentos não contemplados pelo SUS na atenção básica também foram citados pelos usuários:

Muitas vezes o SUS não tem o remédio que a gente precisa, eu precisei de uma vitamina... e também não tinha.(Adulto feminino -PSF)

Deveriam colocar materna na rede, mas nem o mais básico tem que é o sulfato ferroso e o ácido fólico. (Grávida - Policlínica)

Deveria ter mais tipos de remédios acessíveis à população... Igual aquela pomada que eu te falei não tem no SUS. (Adulto feminino-Centro de Saúde)

Eles podiam acrescentar mais um pouco de remédio né? Outros tipos (...)(Adulto feminino - PSF)

Estas falas concordam com o depoimento dos profissionais:

(...) tratamento para menor pausa que não tem nenhum tipo.” (Médica - Policlínica).

(...) às vezes o médico passa tem que ser aquele medicamento, mas não tem porque o SUS não disponibiliza (...). Pra melhorar eles deviam fazer uma pesquisa das necessidades maiores da população pra poder está comprando. (...) (Atendente de farmácia - PSF)

Foram referidos ainda os seguintes obstáculos: falta de informação correta; falta de funcionários preparados; número insuficiente de funcionários; quantidade de vagas para consulta limitadas por família; a farmácia popular não dispensa medicamentos a terceiros; distribuição de medicamentos apenas com receita mesmo no caso do MIP (medicamento isento de prescrição).

Os funcionários não sabem dar informação; o prédio, aqui mesmo não tem água nem quente, quanto mais gelada. Pra você ver! É sujo; é precário; falta de remédio; precisa de mais médico, mais funcionário preparados para lidar com as pessoas (...) (Adulto feminino- Centro de Saúde)

Tenho que levar meu marido lá [na farmácia popular] porque ele não tem condições de ir, eu tenho que vir aqui pedir a ambulância para poder levar ele lá pra pegar porque lá só entrega o remédio ao próprio paciente. (Adulto feminino - Policlínica)

(...) Às vezes se você tem duas ou mais pessoas na família pra consultar já não pode porque a quantidade de vagas é limitada por família. (Adulto feminino - PSF)

Eles só entregam com receita, aí, por exemplo, você tá com uma criança com febre em casa, a gente sabe que é dipirona ou paracetamol pra

cortar a febre, sem receita você não pega. (Acompanhante de criança - Centro de Saúde)

Os altos preços de medicamentos e dificuldades econômicas para aquisição de medicamentos e passagem de ônibus foram relatados pelos usuários que não tiveram acesso gratuito aos medicamentos tendo que adquiri-los na rede particular. Observe os relatos:

A dificuldade é dinheiro porque às vezes nas farmácias do postinho não tem o remédio (...) A gente não tem dinheiro e a gente procura nos postinhos e não tem.(Idoso feminino - PSF)

(...) se eu não tiver dinheiro para ir no centro porque aqui é difícil ter, eu até já desisti de pegar aqui(...)A dificuldade é quando eu não tenho o dinheiro da passagem(...) (Adulto feminino - PSF)

(...) Quanto aos medicamentos tinha que mudar bastante, preço, a falta, tá faltando bastante (...) (Grávida - Centro de Saúde)

A estrutura física foi referida como obstáculo pelos profissionais:

Precisávamos inicialmente uma adequação da estrutura física para se ter um armazenamento, uma organização, ter ferramentas para que você possa estar trabalhando diretamente com o paciente fazendo a atenção farmacêutica. (Farmacêutica).

(...) Algumas unidades ainda estão precisando melhorar fisicamente pra ter um armazenamento bom, correto para atender as exigências da ANVISA, do Conselho Regional. (Em cargo de direção)

Também tem a questão do espaço físico que não é adequado. Porque aqui não é só uma farmácia. Aqui tem material de limpeza e outros

materiais que acabam guardando aqui. (Atendente de farmácia- Centro de Saúde).

A estrutura física é pequena é imprópria, mas o maior problema é a falta de medicamento. (Atendente de farmácia - PSF).

O nosso ar tá precário, a gente precisaria de um ar e um computador pra melhorar e mais prateleiras porque a gente deixa caixa no chão, a gente sabe que não pode deixar só que não tem prateleira. (Atendente de farmácia 2 - PSF)

Os profissionais entrevistados apontaram ainda como problemas referentes a assistência farmacêutica: a dificuldade em entender a prescrição; prescrição por nome comercial; falta de profissional qualificado para a farmácia; falta de padronização de medicamentos; falta discussão da Política de Assistência Farmacêutica com os prescritores; falta de critérios pré estabelecidos para o uso de medicamentos; necessidade de mais farmacêuticos; necessidade de informatização; disponibilização de medicamentos que não costumam ser prescritos; falta capacitação dos profissionais para a sua respectiva área de atuação; falta de padronização de medicamentos e procedimentos; dificuldade em montar fluxogramas de trabalho; demanda reprimida; falta de POP (procedimento operacional padrão).

(...) quando o médico prescreve a gente tem dificuldade de entender, às vezes ele não prescreve pelo nome do princípio ativo. (Atendente de farmácia - Policlínica).

Eu acho que tem que ter um profissional qualificado [na farmácia] até para fazer uma troca de medicamento. (Dentista - PSF).

As dificuldades são montar os fluxogramas de trabalho (...). Ver o que é o real da nossa região, nosso município é Várzea Grande que é diferente do referencial Cuiabá (...) (Gerente)

A Secretaria não te pergunta que tipo de medicamento você acha que deveria ter disponível para o seu trabalho aqui, mandam o que eles acham que tem que mandar, baseado em que eu não sei. (Dentista - PSF)

(...) Então, assim, a informatização em primeiro lugar, acho que essa deficiência é a maior. (Em cargo de direção)

6 - DISCUSSÃO

Os achados mostram que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica está implantada de forma incipiente no município estudado tendo em vista que foram encontrados problemas em todos os componentes do ciclo de assistência farmacêutica.

No tocante a seleção de medicamentos, o município conta com uma lista elaborada basicamente com conhecimentos empíricos ademais não conhecida pelos profissionais e sem protocolos clínicos de utilização padronizados. A REMUME encontra-se em fase de elaboração. Esses achados são menos satisfatórios que os encontrados por Souza, L.S. et. al. (2011)²⁸ em um estudo que avaliou a estrutura e processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe.

Uma possível causa para a programação do município ser classificada como incipiente é o fato de até o momento não ter havido investimentos em instrumentos para um controle rápido e seguro do estoque, nem tampouco esforços para que na ausência

da informatização o estoque fosse controlado por fichas. Desta forma a estimativa das necessidades de medicamentos tende a distanciar-se da real. Ademais a falta de critérios técnicos na programação tais como situação de saúde local, perfil de doenças da população, metas de oferta e cobertura de serviços, disponibilidade orçamentária e financeira afastam ainda mais a programação do acerto. Programação desenvolvida sem critérios técnicos também foi um achado de Barreto e Guimarães (2010)¹².

A falta de REMUME, de programação e de controle de estoque observadas no município podem levar a uma metodologia de aquisição pouco eficiente. Em decorrência disso o município tem sofrido com falta constante de medicamentos e dificuldades em manter a regularidade de seu abastecimento. A baixa disponibilidade de medicamentos essenciais no município (em média 21% nas unidades e 25% no almoxarifado) foi ainda bem inferior a observada no estudo de Guerra Jr et. al.(2004)²⁹ que foi de 46,9% e muito distante dos resultados encontrados por Naves e Silver (2005)²³ que foi de 83,2%.

No que se refere a armazenamento o município deu um salto muito importante em comparação com os achados da avaliabilidade assumindo novas instalações para o almoxarifado central com *pallets*, estrados, temperatura ambiente ideal, geladeira exclusiva para medicamentos termolábeis, presença de farmacêutico, uso de critérios para organização do estoque. Porém nem todas as unidades descentralizadas possuem essa estrutura tida com ideal. Há unidades que acondicionam medicamentos em contato direto com o assoalho correndo o risco de corromper a integridade e qualidade dos produtos. O armazenamento tem como objetivo garantir a qualidade dos medicamentos até que cheguem ao seu destino final, o usuário, através de um conjunto de atividades de ordem administrativa e técnica tais como recebimento, estocagem, segurança, conservação, controle de estoque e entrega de produtos.³⁰

A distribuição de medicamentos nas unidades se dá, a cada quinze dias no município, porém não há carro próprio para este fim ficando na dependência do setor de transporte da prefeitura tanto no que se refere a disponibilidade dos veículos quanto ao modelo do mesmo.

A classificação da atenção farmacêutica encontrada como incipiente em decorrência da ausência de local apropriado para o exercício da atenção farmacêutica e ausência do próprio profissional farmacêutico em todas as unidades, compromete a qualidade e efetividade do atendimento ao usuário no município estudado. Apenas uma unidade dispõe de local para orientação farmacêutica e o faz efetivamente. Tais achados se assemelham aos de Barreto e Guimarães (2010)¹².

O conceito de assistência farmacêutica (AF) trazido pela PNM inclui a proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos nessa área. Embora a AF tenha oferecido no ano de 2012 quatro eventos destinados a capacitação dos profissionais nela envolvidos, a grande maioria dos profissionais não foi informada a respeito.

O fato de a falta de médico no município ter sido referida como um dos obstáculos ao acesso a medicamentos pode estar relacionado com a existência de uma greve desses profissionais na época da coleta de dados, reduzindo, assim, os horários de seus atendimentos.

Ao analisarmos a acessibilidade geográfica dos usuários às unidades de saúde, no município vimos a aproximação quanto ao atendimento desse critério. As unidades, na sua maioria estão dispostas estrategicamente, de modo a atender a população. (figura 4). Resultado semelhante foi encontrado na zona urbana por Alencar (2011)³¹.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo mostram problemas no acesso ao medicamento em todos os componentes do ciclo da assistência farmacêutica no município estudado como ausência de REMUME, falta de divulgação da RENAME, ausência de controle de estoque, ausência de critérios técnicos na programação, baixa disponibilidade de medicamentos para agravos traçadores na central de distribuição e nas unidades de dispensação, ausência de refrigeração ambiente em tempo integral, geladeiras nem sempre exclusivas para acondicionar medicamentos e sem controle regular de suas temperaturas, falta de controle da temperatura ambiente, falta de farmacêutico na atividade de dispensação e problemas na divulgação das capacitações ofertadas pelo município.

Em síntese o presente trabalho permitiu concluir que o acesso a assistência farmacêutica no município estudado apresenta vários obstáculos, dentre os quais relacionamos: falta de medicamento, descontinuidade da oferta, falta de médico e difícil acesso a consulta relacionado com o sistema de agendamento, necessidade de inclusão de novos tratamentos no SUS, deficiência quanto a disponibilização de informações sobre medicamentos destinada aos usuários, funcionários não qualificados para a dispensação e em número insuficiente para atender a demanda, problemas na estrutura física das unidades dispensadoras, falta de discussão da política de assistência farmacêutica com os prescritores, necessidade de informatização, falta de critérios pré-estabelecidos para o uso de medicamentos.

Os problemas identificados relacionam-se na sua maioria a incipiência na implantação da PNM bem como na organização da rede de serviços local. Dessa forma, a sua superação vincula-se não apenas a medidas específicas relacionadas a assistência

farmacêutica propriamente dita, mas também com aspectos de ordem mais geral ligados a organização da atenção a saúde como a fixação dos médicos e farmacêuticos e adequação do espaço físico das unidades.

O caminho para a promoção da saúde da população requer modificações sociais e culturais tendo em vista a natureza multifatorial dos determinantes dos agravos à saúde. Contudo, entre os componentes dessa rede de determinação estão os serviços de saúde e o medicamento em particular. O acesso e o uso racional desse insumo pode aliviar, controlar e até cooperar com a cura das enfermidades. Esse uso requer a disponibilidade do medicamento em tempo oportuno. Além disso, um dos obstáculos para que o medicamento desempenhe esse seu papel tem sido a sua incorporação por setores da sociedade como uma mercadoria lucrativa e não como um insumo básico de saúde perdendo seu objetivo central no Sistema de Saúde.^{17,32}

8 - RECOMENDAÇÕES

A assistência farmacêutica (AF) deveria estar institucionalizada e ser parte do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de acordo com a imagem-objetivo delineada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica e produto do consenso de *experts*. Planejar consiste num conjunto de ações humanas racionais em um processo que tem por objetivo definir proposições e construir a sua viabilidade sob a perspectiva de solucionar os problemas individuais e coletivos.³³ Essa lógica precisa está presente com mais intensidade no município estudado uma vez que a participação da AF no seu plano municipal de saúde referente ao período de 2010 – 2013 é insuficiente.

Ainda com vistas ao planejamento pontua-se que a elaboração do plano Municipal de assistência farmacêutica (AF) deva ocorrer de uma forma mais participativa com o envolvimento de farmacêuticos e demais profissionais ligados a AF, bem como de outros profissionais da saúde. Tal documento deve ser desenvolvido de acordo com as peculiaridades do município em estudo estando fundamentado na descentralização, no diagnóstico da situação de saúde, nas atividades desenvolvidas pela AF, no número de profissionais, em materiais e recursos financeiros disponíveis, na capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos.

A seleção de medicamentos constitui o ato de escolher os melhores medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico da população alvo, atendendo as reais necessidades desta população, proporcionando, desta forma, ganhos terapêuticos e otimização de recursos.^{17,34} A seleção não implica só na elaboração de uma lista seleta de medicamentos chamada de REMUME, mas paralelamente deve criar condições para sua adoção através de um processo permanente e eficiente de informações que abranjam não só a relação de medicamentos selecionados, mas seus esquemas padronizados de tratamento.³¹ Recomenda-se elaboração, publicação e divulgação da REMUME para todos os profissionais da saúde e usuários.

A programação consiste em estimar a quantidade de medicamentos a ser adquirida para suprir um determinado serviço por um período definido de tempo compatibilizando com os recursos disponíveis evitando descontinuidade no abastecimento e perdas oriundas de compras desnecessárias.^{30,34} Para desenvolvimento desta etapa o município não avalia sua situação de saúde; o perfil de doenças que afligem a população; metas de cobertura e oferta de serviços, nem o nível de acesso dos usuários aos medicamentos. Sem informação, sem registros de demanda atendida e não

atendida o município se distancia de uma programação ajustada e acertada. Sugere-se desenvolver um sistema de informação.

Com vistas a viabilizar a informatização da assistência farmacêutica apresentamos o Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica (HÓRUS) disponibilizado pelo Ministério de Saúde a Estados e Municípios com a intenção de alcançar um recebimento correto, racionalidade no uso de medicamentos e um bom gerenciamento qualificando e ampliando, assim, o acesso da população a medicamentos essenciais.

Na distribuição de medicamentos as unidades aconselha-se a escolha de meios de transporte que garantam a integridade dos medicamentos até o seu destino.

É essencial que os medicamentos sejam racionalizados desde a prescrição até sua plena utilização pelos usuários. Para tanto é importante a criação e funcionamento de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica que elabore protocolo clínico para tratamento das patologias na atenção básica, propondo uma padronização e prescrição racional. Recomenda-se o uso do formulário terapêutico nacional como documento orientador da prescrição e dispensação.

Aconselha-se a divulgação da REMUME, depois de elaborada, para os profissionais de saúde através de seminários, palestras além da disponibilização de exemplares nos consultórios (médico e odontológico) e unidades dispensadoras. É interessante a divulgação dirigida aos usuários através do sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde, bem como por meio do Conselho Municipal de Saúde.

Recomenda-se a elaboração de um Manual de Especificações Técnicas dos medicamentos selecionados para subsidiar o processo de aquisição.

Sugere-se a implantação de um serviço de atenção farmacêutica que vise orientar os pacientes quanto ao uso correto de medicamentos e seus efeitos, bem como a identificação e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos e ainda busque melhorias na adesão ao medicamento prescrito.

Estruturar os serviços de Assistência Farmacêutica no município de forma que garanta uma infraestrutura necessária para sua implementação, incluindo adequações físicas nas unidades de dispensação e contratação de farmacêuticos para as equipes de saúde, com vistas ao trabalho interdisciplinar em saúde e à busca da integralidade da atenção. Desta forma apresenta-se o documento intitulado: diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde como orientador da reestruturação dos serviços de assistência farmacêutica no município.³⁵

9 - REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. *Estratégia sobre medicamentos: países no centro da questão*. [Originalmente, *Medicines strategy: countries at the core, 2004-2007*], Genebra, OMS, 2004. [Disponível em <http://www.who.int/management/background>].
2. SINDUSFARM (*Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo*), 2012. Resultados do ano de 2011. Disponível em <http://www.sindusfarmacomunica.org.br/indicadores-economicos>.
3. Consedey et. al. *Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1): 171-182, jan-mar, 2000. [Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>]

4. Oliveira, LCF et.al. *Assistência Farmacêutica no SUS: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 15 (Supl. 3): 3561-3567.2010. [Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>]
5. Brasil. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. *Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos*. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 1998; 18 nov. [Disponível em www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf]
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. Diário Oficial da União 2004; 20 maio. [Disponível em <http://www.saude.gov.br>].
7. Brasil. *Portaria Nº 4217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as Normas de Financiamento e Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica*. Diário Oficial da União 2010; 29 dez.[Disponível em <http://www.brasilsus.gov.br>].
8. 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*. Diário Oficial da União 1999; 11 fev.[Disponível em http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/9787_99.htm].
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 184/2011. Dispõe sobre o programa farmácia popular do Brasil*. Diário Oficial da União 2011; 4 fev. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2011_03_02_2011.html. [Acessado 2012 outubro 4].
10. Santos-Pinto, CDB et. al, *Quem acessa o Programa farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos*. Rev Ciência e Saúde Coletiva

vol.16 n°6, Rio de Janeiro, jun, 2011. [Disponível em < <http://www.periodicos.capes.gov.br>].

11. Donabedian, A. *Los espacios de La salud: Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica*. Ed. Biblioteca de La Salud. 1ª Edição espanhola, México, 1998.

12. Barreto, JL e Guimarães, MCL. *Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6): 1207-1220, jun, 2010. [Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>].

13. Fraga, FNR. *A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal - Porto Alegre: UFRGS 2005* [Dissertação de mestrado profissionalizante]. [Disponível <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6552>].

14. Travassos, C, Martins, M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004. [Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>].

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=510840>. [Acessado em 2012 outubro 31].

16. Várzea Grande. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*.

17. Marin, N, organizador. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. / Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.[373]p., ilus. [Disponível em < <http://saude.gov.br>]

18. Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. [Disponível em <http://apsredes.org>].

19. Wright, JTC, Giovinazzo, RA. *Delphi- uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo*. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, V01, n° 12, 2° Trimestre/2000. [Disponível em: <http://www.cgee.org.br/atividades/redirKori/861>].
20. Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil*. Ministério da Saúde, 2005. [disponível em <http://www.saude.gov.br>].
21. Cosendey, MAE et. al. *Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):395-406, 2003. [Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>].
22. Oliveira, LCF. *Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS municipal*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Feira de Santana- Bahia, 2007. [Disponível:http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=136248].
23. Naves, JOS e Silver, LD. *Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil*. Rev. Saúde Pública v.39 n.2 São Paulo abr. 2005. [Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>].
24. Vieira-da-Silva LM et al. *Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):355-370, fev, 2007. [Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br>].
25. Várzea Grande. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Assistência farmacêutica 2008/2009*.
26. Brasil. Portaria 014/SMS/VG, 24 de abril de 2012. *Dispõe sobre o Programa de Assistência Farmacêutica no Município de Várzea Grande/MT, define competências e dá outras providências*. Jornal Oficial Eletrônico dos Municípios do Estado de Mato

Grosso, 30 de abril de 2012. Disponível em: [http:// www.diariomunicipal.com.br/amm-mt](http://www.diariomunicipal.com.br/amm-mt). Acesso em: 06 set. 2012.

27. *Jornal Oficial Eletrônico dos Municípios do Estado de Mato Grosso*. ANO VII | Nº 1472. Mato Grosso, 18 de Maio de 2012. Disponível em: <http://www.diariomunicipal.com.br/amm-mt>. Acesso em: 06 set. 2012.

28. Souza, LS et. al. *Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe*. Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2011;32(3):403-410. [Disponível em <http://www.unesp.br>].

29. Guerra Junior, AA et. al. *Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil*. Rev Panam Salud Publica. 2004;15(3):168-75.[Disponível em www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n3/a05v15n3.pdf].

30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

31. Alencar, TOS. *Assistência farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas*. Feira de Santana: UEFS Editora, 2011. (p.97-224).

32. Nascimento, MC. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde: vantagens e perigos do uso de produtos farmacêuticos mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

33. Teixeira, CF. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. (p. 17).

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.* Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>

Figura 1 - Modelo Lógico do Ciclo da Assistência Farmacêutica

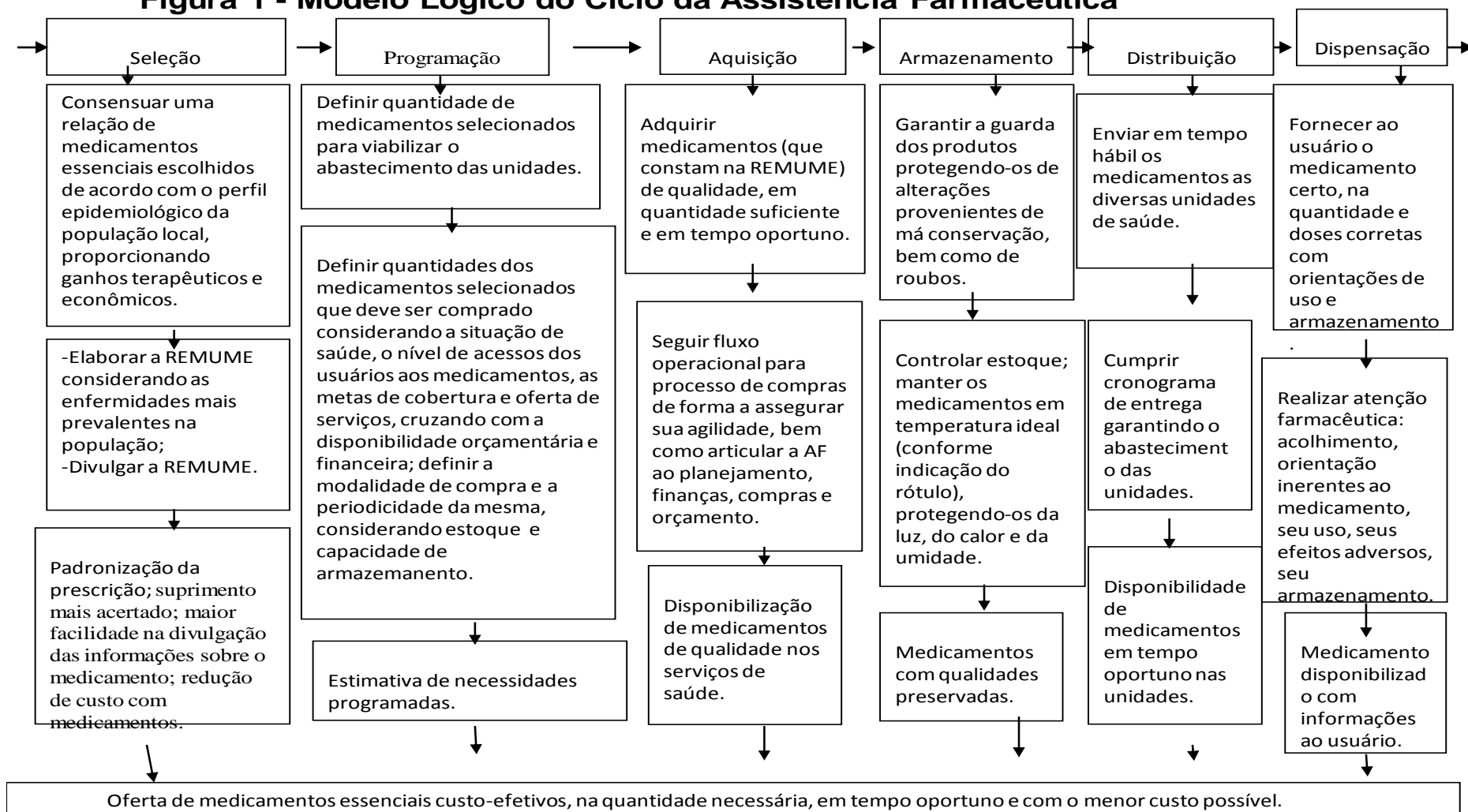


Figura 2 – Foto de farmácia pública.Várzea Grande (2012)



Figura 3 – Foto de farmácia pública.Várzea Grande (2012)



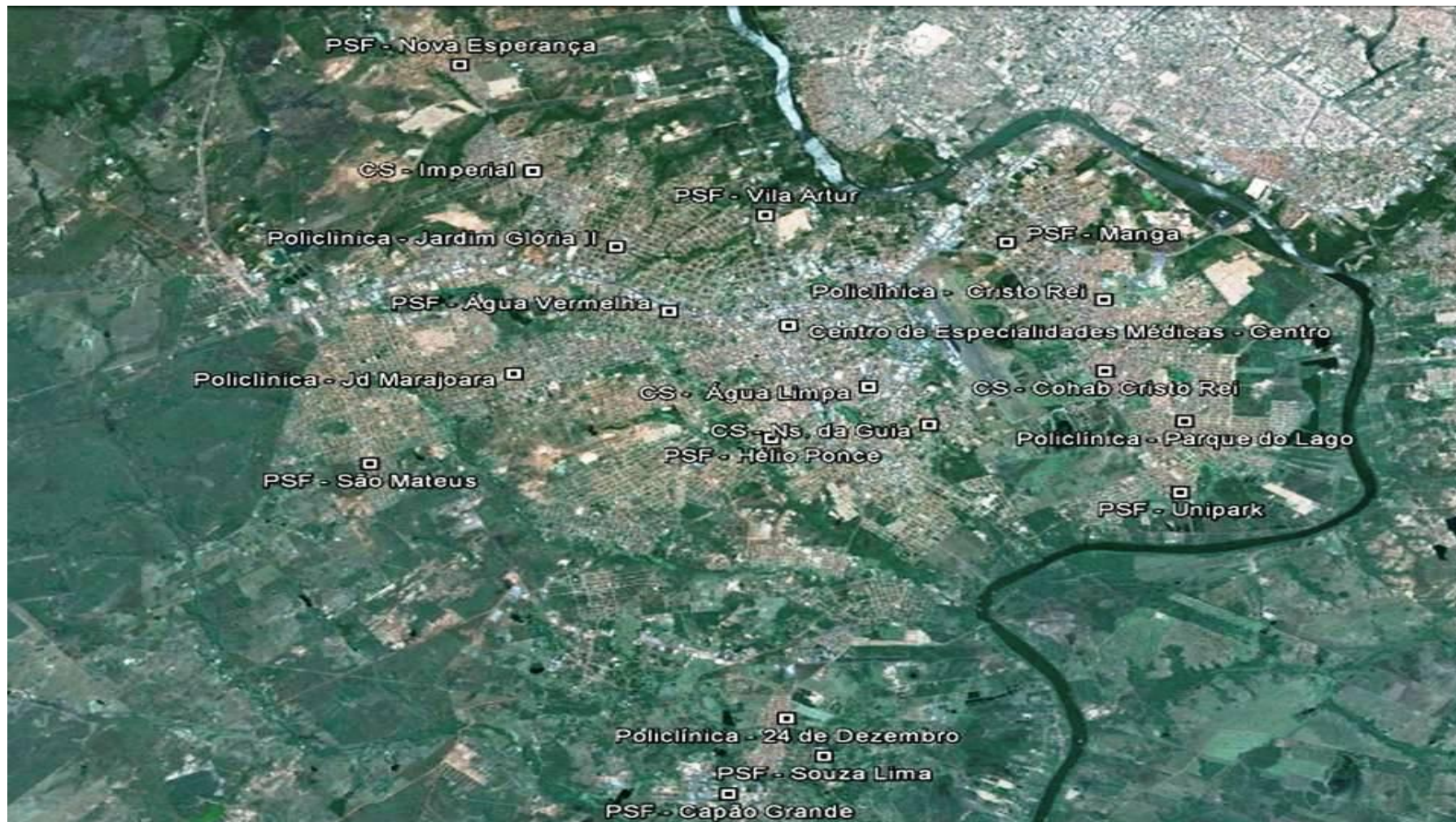


Figura 4 – Distribuição espacial das unidades de saúde. Várzea Grande-MT, 2012

Quadro 1 - Dimensões e critérios para avaliação da acessibilidade a medicamentos essenciais em Várzea Grande - MT (2012)

I - Acessibilidade Organizacional

1.1. Seleção de Medicamentos

Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
1.1.1. Existência de REMUME	REMUME elaborada por critérios técnicos explícitos e publicada	Não tem REMUME	Tem REMUME, porém não publicada.	Tem REMUME e está publicada	Entrevista	Município não dispõe de REMUME publicada. Apresenta, no entanto, uma lista de medicamentos elaborada sem critérios técnicos explícitos.
1.1.2. Acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF	Existência de REMUME nos consultórios médicos e nas unidades de dispensação.	Não há REMUME ou RENAME nos consultórios médicos e nas unidades de dispensação	Há REMUME ou RENAME em um dos locais (consultórios e unidade de dispensação)	Há REMUME ou RENAME nos dois locais (consultórios e unidade de dispensação)	Entrevista e observação direta	Não há a disposição dos profissionais e usuários RENAME, nem lista pactuada de atenção básica informando os medicamentos disponíveis no município neste nível de atenção.

1.2. Programação						
Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
1.2.1. Existência de Instrumento para controle de estoque.	Instrumento para o controle de estoque de fácil manejo e em utilização	Não há nenhum instrumento para controle de estoque	Há instrumento para controle de estoque, porém não é utilizado ou é subutilizado.	Há instrumento para controle de estoque em uso	Entrevista	Não existe nenhum instrumento para controle de estoque, nem manual, nem informatizado.
1.3. Aquisição						
Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
1.3.1. Percentual de medicamentos para agravos traçadores na central de abastecimentos	Acima de 80% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	Até 40% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	De 41% a 79% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	De 80 a 100% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	Observação direta	Foi encontrado 25% de disponibilidade de medicamentos para agravos traçadores no almoxarifado central

1.4. Armazenamento

Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
1.4.1. Existência de Refrigeração ambiente	Refrigeração em tempo integral com temperaturas recomendadas para a conservação dos medicamentos	Não tem nenhum tipo de refrigeração/ventilação.	Há refrigeração/ventilação apenas no horário de funcionamento.	Há refrigeração/ventilação em tempo integral.	Observação direta e entrevista	1 unidade (5%) não dispõe de refrigeração ambiente; 16 unidades (80%) têm refrigeração durante o período de funcionamento; 3 unidades (15%) contam com refrigeração em tempo integral

1.4.2. Existência de geladeira	Geladeira em funcionamento com temperatura ajustada para 2 a 8 graus ou no intervalo recomendado pelo fabricante disposto na embalagem dos produtos ali acondicionados	Não tem geladeira	Tem geladeira e esta não é exclusiva para acondicionamento de medicamentos ou não dispõe de controle de temperatura	Tem geladeira e esta é exclusiva para acondicionamento de medicamentos tendo sua temperatura controlada	Observação direta	1 unidade (5%) não contava com geladeira; 15 unidades (75%) dispunham de geladeira, porém não exclusiva para medicamentos ou não realizava controle de temperatura; 4 unidades (20%) contavam com geladeira exclusiva para medicamentos e realizavam as devidas medidas de temperatura da mesma.
1.4.3. Existência de controle de temperatura ambiente	Registro das temperaturas em diversos horários do dia	Não tem	Tem de forma parcial	Tem	Observação direta	16 unidades (80%) não contam com termômetro para registrar e acompanhar a temperatura ambiente; 4 unidades (20%) dispõe de termômetro e faz

						o devido acompanhamento da temperatura ambiente
1.4.4. Existência de algum critério para organização do estoque	Critérios para organização de estoque explícitos(ordem alfabética, classe terapêutica, forma farmacêutica) e seguidos rotineiramente.	Não tem critério	Selecionou um dos critérios, mas não está implantado com presteza.	Tem algum critério implantado	Observação direta e entrevista	6 unidades (30%) não têm nenhum critério na organização do seu estoque; 14(70%) têm critérios de organização do estoque definidos e implantados.
1.4.5. Percentual de unidades com medicamentos vencidos	Não deve haver medicamentos vencidos junto com medicamentos a serem dispensados	Qualquer percentual de unidades com medicamentos vencidos	Há medicamentos vencidos, porém em local separado.	Não há medicamentos vencidos.	Observação direta e entrevista	65% das unidades tinham medicamentos vencidos, embora estivessem separados encontravam-se no interior da unidade de dispensação.

1.5. Distribuição

Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
1.5.1. Percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação	Acima de 80% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	Até 40% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	De 41% a 79% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	De 80 a 100% de disponibilidade da lista de medicamentos usados para doenças traçadoras	Observação direta	Todas as unidades apresentaram menos de 40% de disponibilidade de medicamentos para agravos traçadores.

1.6. Dispensação						
Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
1.6.1. Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	O farmacêutico da unidade dispensadora trabalha em tempo integral e realiza atividades de orientações aos usuários	Não dispõe de farmacêutico	Dispõe em parte do horário de funcionamento	Dispõe em todo o horário de funcionamento	Entrevista	13 unidades (65%) não contavam com a presença do farmacêutico; 6 unidades(30%) dispunham de farmacêutico, porém não em período integral; 1 unidade(5%) contava com um farmacêutico em período integral
1.6.2. Existência de local para orientação farmacêutica	O local reservado a atenção farmacêutica permite a privacidade necessária a orientação terapêutica	Não dispõe	Dispõe de um local, porém não adequado.	Dispõe de local reservado a orientação farmacêutica	Observação direta e entrevista	18 unidades (95%) não têm local apropriado para orientação farmacêutica; 1 unidade(5%) contava com um lugar adequado para orientação farmacêutica

1.7. Educação e treinamento de profissionais envolvidos com a dispensação de medicamentos

Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
1.7.1. Frequência de capacitação para profissionais envolvidos na Assistência farmacêutica	Deve haver ao menos uma capacitação anual com conteúdo voltado para a atividade de dispensação e demais atividades inerentes a assistência farmacêutica	Não existe	Existe com frequência bienal ou menos frequente	Existe com frequência anual	Entrevista	Houve quatro capacitações durante o ano de 2012

II - Acessibilidade geográfica

Critério	Padrão	Situação observada			Fonte de Evidência	Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada		
2.1-Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	15' a pé'	Acima de 30'	De 15 a 30'	Até 15'	Entrevista	1 unidade(5%) exigiu para seu acesso tempo de deslocamento superior a 30'; 4 unidades(21%) de 15 a 30'; 14 unidades(74%)de até 15'.
2.2-Distância da residência a unidade de saúde	Inferior a 5 Km na existência de transporte coletivo. Na ausência de transporte coletivo deve ser inferior a 1 Km.	Mais de 10Km	Entre 5 e 10Km	Menos de 5Km	Entrevista	1 unidade(5%) apresentou-se distante da residência do usuário com mais de 10Km; 1 unidade entre 5 e 10 Km; 17(90%)inferior a 5Km.

Quadro 2 - Classificação geral do município por critério. Várzea Grande 2012

Dimensão/Sub-dimensão/Critério	Classificação
I-Acessibilidade Organizacional	
1.1. Seleção de Medicamentos	
1.1.1. Existência de REMUME	Situação incipiente
1.1.2. Acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF	Situação incipiente
1.2. Programação	
1.2.1. Existência de Instrumento para controle de estoque.	Situação incipiente
1.3. Aquisição	
1.3.1. Percentual de medicamentos para agravos traçadores na central de abastecimentos	Situação incipiente
1.4. Armazenamento	
1.4.1. Existência de Refrigeração ambiente	Situação intermediária
1.4.2. Existência de geladeira	Situação intermediária
1.4.3. Existência de controle de temperatura ambiente	Situação incipiente
1.4.4. Existência de algum critério para organização do estoque	Situação avançada
1.4.5. Percentual de unidades com medicamentos vencidos	Situação intermediária
1.5. Distribuição	
1.5.1. Percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação	Situação incipiente
1.6. Dispensação	
1.6.1. Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	Situação incipiente
1.6.2. Existência de local para orientação farmacêutica	Situação incipiente
1.7. Educação e treinamento de profissionais envolvidos com a dispensação de medicamentos	
1.7.1. Frequência de capacitação para profissionais envolvidos na Assistência farmacêutica	Situação avançada
II-Acessibilidade geográfica	
2.1. Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	Situação avançada
2.2. Distância da residência a unidade de saúde	Situação avançada

Quadro 3- Unidades segundo classificação qualitativa da situação de implantação da assistência farmacêutica. Várzea Grande-MT (2012)

Dimensão/subdimensão/Critério	Unidades																			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
I-Acessibilidade Organizacional																				
1.1. Seleção de medicamentos																				
Acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF	I	I	I	I	I	I	IT	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
1.2. Programação																				
Existência de Instrumento para controle de estoque.	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
1.3. Aquisição																				
Percentual de medicamentos para agravos traçadores na central de abastecimentos	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	nsa	I
1.4. Armazenamento																				
1.4.1. Existência de Refrigeração ambiente	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	A	IT	IT	I	IT	IT	IT	IT	A	IT	A
1.4.2. Existência de geladeira	IT	A	IT	A	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	I	IT	A	A	IT	IT	
1.4.3. Existência de controle de temperatura ambiente	I	I	I	A	I	I	I	I	I	I	I	I	A	I	I	A	A	I	I	
1.4.4. Existência de algum critério para organização do estoque	A	A	I	A	A	I	A	A	A	A	A	I	I	I	I	A	A	A	A	
1.5. Distribuição																				

Percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
1.6. Dispensação																			
1.6.1. Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	IT	A	IT	IT	IT	I	I	I	I	IT	I	I	I	I	I	I	I	I	IT
1.6.2. Existência de local para orientação farmacêutica	I	A	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Subtotal-acessibilidade organizacional	I	IT	I	IT	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	IT	IT	I	IT
II-Acessibilidade geográfica																			
2.1. Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	A	IT	A	I	A	A	A	IT	IT	A	IT	A	A	A	A	A	A	A	nsa
2.2. Distância da residência a unidade de saúde	A	A	A	I	A	A	A	IT	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	nsa
Subtotal-acessibilidade geográfica	A	A	A	I	A	A	A	IT	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	nsa
Classificação global da unidade	IT	IT	I	I	IT	I	IT	I	I	IT	I	IT	I	IT	I	I	IT	IT	IT

Legenda: A (avançada), IT(Intermediária), I(incipiente). NSA (Não se aplica). Unidades: A-Policlínica Parque do Lago, B-Policlínica do Cristo Rei, C-Policlínica do Jd. Glória, D-Policlínica 24 de Dezembro, E- Policlínica Marajoara, F- Centro de Saúde Cohab Cristo Rei, G-Centro de Saúde da Água Limpa, H-Centro de saúde Jardim Imperial, I-Centro de saúde N. Sra. da Guia, J-Centro de Especialidades Médicas, L-PSF Nova Esperança, M- PSF Vila Arthur, N-PSF Água Vermelha, O-PSF da Manga, P-PSF Capão Grande, Q-PSF São Mateus, R- PSF Unipark, S-PSF Hélio Ponce, T-PSF Souza Lima, U-Almoxarifado central.

Quadro 4 - Conjunto de medicamentos para agravos traçadores

1. Anlodipino 5mg comprimido
2. Anlodipino 10mg comprimido
3. Atenolol 50 mg comprimido
4. Atenolol 100mg comprimido
5. Beclometasona 50mcg/dose aerossol nasal
6. Beclometasona 200mcg/dose solução inalante
7. Beclometasona 250mcg/dose solução inalante
8. Budesonida aerossol nasal 50mcg
9. Captopril 25mg comprimido
10. Carvedilol 3,125mg comprimido
11. Carvedilol 6,25mg comprimido
12. Carvedilol 12,5mg comprimido
13. Carvedilol 25mg comprimido
14. Enalapril 05mg comprimido
15. Enalapril 10mg comprimido
16. Enalapril 20mg comprimido
17. Espironolactona 25mg comprimido
18. Espironolactona 100mg comprimido
19. Furosemida 40mg comprimido
20. Hidroclorotiazida 12,5mg comprimido
21. Hidroclorotiazida 25mg comprimido
22. Ipratrópio aerossol oral 0,02 mg/dose
23. Ipratrópio solução inalante 0,25mg/ml
24. Losartana 50mg comprimido
25. Metoprolol 25mg comprimido de liberação prolongada
26. Metoprolol 50mg comprimido de liberação prolongada
27. Metoprolol 100mg comprimido de liberação prolongada
28. Prednisona comprimido 05mg
29. Propranolol, cloridrato comprimido 10mg
30. Propranolol, cloridrato comprimido 40mg
31. Salbutamol, sulfato aerossol oral 100mcg/dose
32. Salbutamol, sulfato solução inalante 6mg/ml

Tabela 1 - Usuários entrevistados, segundo a distribuição de seus perfis

Sexo	%	Outras Características	%	Transporte usado para acesso a unidade de saúde	%	Escolaridade	%	Preferência pelo genérico na compra de medicamentos	%
Masculino	24	Adulto masculino	12	Bicicleta	7	Analfabeto	18	Prefere genérico	60
Feminino	76	Adulto feminino	38	Carro	7	E.F. Incompleto	34	Não prefere genérico	34
		Acompanhante criança	14	Moto	10	E.F.Completo	15	Não conhece o genérico	6
		Grávida	12	Ônibus	10	E.M. Incompleto	11		
		Idoso	24	Nenhum(a pé)	66	E.M.Completo	22		

Legenda: E.F.(Ensino fundamental); E.M.(Ensino Médio).

Tabela 2- Unidades, segundo classificação quantitativa da situação de implantação da assistência farmacêutica. Várzea Grande 2012.

Dimensão/subdimensão/Critério	Unidades																				Pontuação Máx.	Classificação Geral		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U			n	%
Acessibilidade Organizacional(a)																								
Seleção de medicamentos																								
Acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	100	5	2,5*
Programação																								
Existência de Instrumento para controle de estoque.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	100	0	0*
Aquisição																								
Percentual de medicamentos para agravos traçadores no almoxarifado central	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	1	10	100	1	10*
Armazenamento																								
Existência de Refrigeração ambiente	5	5	5	5	5	4	5	4	4	10	5	5	0	5	4	4	5	10	5	10	10	100	105	52,5**
Existência de geladeira	5	10	4	8	5	5	5	4	5	5	5	4	5	8	0	4	10	10	5	5	10	100	112	56**
Existência de controle de temperatura ambiente	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10	10	0	0	10	100	38	19*

Existência de algum critério para organização do estoque	10	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	100	140	70***	
Distribuição																									
Percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	10	100	12	6*	
Dispensação																									
Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	4	8	4	4	4	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	10	100	37	18,5*	
Existência de local para orientação farmacêutica	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	nsa	10	100	10	5*	
Subtotal: acessibilidade organizacional (a)	26	43	14	35	25	10	25	18	19	30	26	20	5	23	5	8	36	41	21	34	90	100	464	26*	
Acessibilidade geográfica(b)																									
Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	10	5	10	0	10	10	10	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	nsa	10	100	165	87***
Distância da residência a unidade de saúde	10	10	10	0	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	nsa	10	100	175	92***
Subtotal: acessibilidade geográfica(b)	20	15	20	0	20	20	20	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	nsa	20	100	340	89,5***
Total geral: a+b	46	58	34	35	45	30	45	28	34	50	36	40	25	43	25	24	56	61	41	nsa	110	100	756	34,7**	

Legenda: ***(avançada),**(Intermediária),*(incipiente), na(não se aplica). Unidades:A-Policlínica Parque do Lago, B-Policlínica do Cristo Rei, C-Policlínica do Jd. Glória, D-Policlínica 24 de Dezembro, E- Policlínica Marajoara, F- Centro de Saúde Cohab Cristo Rei, G-Centro de Saúde da Água Limpa, H-Centro de saúde Jardim Imperial, I-Centro de saúde N. Sra. da Guia, J-Centro de Especialidades Médicas, L-PSF Nova Esperança, M- PSF Vila Arthur, N-PSF Água Vermelha, O-PSF da Manga, P-PSF Capão Grande, Q-PSF São Mateus, R- PSF Unipark, S-PSF Hélio Ponce, T-PSF Souza Lim, U-Almoxarifado central.

Tabela 3- Critérios, segundo distribuição de classificação. Várzea Grande 2012.

Dimensão/subdimensão/Critério	Classificação						Pontuação máxima	
	Incipiente		Intermediário		Avançado		n	%
	n	%	n	%	n	%		
I-Acessibilidade Organizacional								
1.1. Seleção de medicamentos								
Acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF	19	95	1	5	0	0	20	100
1.2. Programação								
Existência de Instrumento para controle de estoque.	20	100	0	0	0	0	20	100
1.3. Armazenamento								
1.3.1. Existência de Refrigeração ambiente	1	5	16	80	3	15	20	100
1.3.2. Existência de geladeira	1	5	15	75	4	20	20	100
1.3.3. Existência de controle de temperatura ambiente	16	80	0	0	4	20	20	100
1.3.4. Existência de algum critério para organização do estoque	6	30	0	0	14	70	20	100
1.4. Distribuição								
Percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação	19	100	0	0	0	0	19	100
1.5. Dispensação								
1.5.1. Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	13	65	6	30	1	5	20	100
1.5.2. Existência de local para orientação farmacêutica	18	95	0	0	1	5	19	100
II-Acessibilidade geográfica								
2.1. Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	1	5	4	21	14	74	19	100
2.2. Distância da residência a unidade de saúde	1	5	1	5	17	90	19	100

Anexo 1 - Resultado Método Delphi -Primeira Rodada

Dimensão	Sub-dimensão	Critério	Padrão	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Expert 5	Média	Desvio Padrão
Acessibilidade organizacional	Seleção de medicamentos	Existência da REMUME	REMUME elaborada por critérios técnicos explícitos e publicada	10	10	10	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Seleção de medicamentos	Divulgação da REMUME ou RENAME nos consultórios médicos e nas unidades de dispensação	Existência de REMUME nos consultórios médicos e nas unidades de dispensação	10	10	10	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Programação	Existência de Instrumento para controle de estoque.	Instrumento para o controle de estoque de fácil manejo e em utilização	10	6	10	10	10	9,2	1,78885
Acessibilidade organizacional	Aquisição	Percentual de medicamentos traçadores(ver apêndice 3) na central de abastecimentos	Acima de 80%	10	10	10	10	10	10	0

Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de Refrigeração ambiente	Refrigeração em tempo integral com temperaturas recomendadas para a conservação dos medicamentos	10	6	10	7	10	8,6	1,94936
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de geladeira	Geladeira em funcionamento com temperatura ajustada para x graus	10	10	10	6	10	9,2	1,78885
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de controle de temperatura ambiente	Registro das temperaturas em diversos horários do dia	10	10	10	7	10	9,4	1,34164
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de algum critério para organização do estoque	Critérios para organização de estoque explícitos(ordem alfabética, classe terapêutica, forma farmacêutica) e seguidos rotineiramente.	10	10	10	8	10	9,6	0,89443
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Percentual de unidades com medicamentos vencidos	Não deve haver medicamentos vencidos junto com medicamentos a serem dispensados.	10	10	8	10	10	9,6	0,89443

Acessibilidade organizacional	Distribuição	Percentual de medicamentos traçadores (Ver apêndice 3) disponíveis nas unidade de dispensação	Acima de 80%	10	10	10	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Dispensação	Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	O farmacêutico da unidade dispensadora trabalha em tempo integral e realiza atividades de orientações aos usuários	10	10	10	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Dispensação	Existência de local para orientação farmacêutica	O local reservado a atenção farmacêutica permite a privacidade necessária a orientação terapêutica	10	10	10	9	8	9,4	0,89443
Acessibilidade organizacional	Educação e treinamento de profissionais envolvidos com a dispensação de medicamentos	Frequência de capacitação para profissionais envolvidos na Assistência farmacêutica	Deve haver ao menos uma capacitação anual com conteúdo voltado para a atividade de dispensação	10	8	10	8	10	9,2	1,09545

Acessibilidade organizacional	Atenção farmacêutica	Tempo gasto na dispensação em minutos	Deve corresponder ao tempo necessário a adequada orientação ao usuário (com pelo menos 3 minutos reservados para este fim)	10	0	10	8	0	5,6	5,17687
Acessibilidade geográfica	Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	15' a pé	10	10	10	10	9	9,8	0,44721
Acessibilidade geográfica	Distância da residência a unidade de saúde	Distância da residência a unidade de saúde	Inferior a 5 Km na existência de transporte coletivo. Na ausência de transporte coletivo deve ser inferior a 1 Km.	10	10	10	10	9	9,8	0,44721

Anexo 2 - Método Delphi - Segunda Rodada

Dimensão	Sub-dimensão	Critério	Padrão	Expert 1	Expert 2	Média	Desvio Padrão
Acessibilidade organizacional	Seleção de medicamentos	Existência da REMUME	REMUME elaborada por critérios técnicos explícitos e publicada	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Seleção de medicamentos	Divulgação da REMUME ou RENAME nos consultórios médicos e nas unidades de dispensação	Existência de REMUME nos consultórios médicos e nas unidades de dispensação	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Programação	Existência de Instrumento para controle de estoque.	Instrumento para o controle de estoque de fácil manejo e em utilização	6	10	8	2,828427125

Acessibilidade organizacional	Aquisição	Percentual de medicamentos traçadores(ver apêndice 3) na central de abastecimentos	Acima de 80%	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de Refrigeração ambiente	Refrigeração em tempo integral com temperaturas recomendadas para a conservação dos medicamentos	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de geladeira	Geladeira em funcionamento com temperatura ajustada para x graus	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de controle de temperatura ambiente	Registro das temperaturas em diversos horários do dia	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Existência de algum critério para organização do estoque	Critérios para organização de estoque explícitos(ordem alfabética, classe terapêutica, forma farmacêutica) e seguidos rotineiramente.	10	8	9	1,414213562
Acessibilidade organizacional	Armazenamento	Percentual de unidades com medicamentos vencidos	Não deve haver medicamentos vencidos junto com medicamentos a serem dispensados.	10	10	10	0

Acessibilidade organizacional	Distribuição	Percentual de medicamentos traçadores (Ver apêndice 3) disponíveis nas unidade de dispensação	Acima de 80%	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Dispensação	Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	O farmacêutico da unidade dispensadora trabalha em tempo integral e realiza atividades de orientações aos usuários	10	10	10	0
Acessibilidade organizacional	Dispensação	Existência de local para orientação farmacêutica	O local reservado a atenção farmacêutica permite a privacidade necessária a orientação terapêutica	6	10	8	2,828427125
Acessibilidade organizacional	Educação e treinamento de profissionais envolvidos com a dispensação de medicamentos	Frequência de capacitação para profissionais envolvidos na Assistência farmacêutica	Deve haver ao menos uma capacitação anual com conteúdo voltado para a atividade de dispensação	8	10	9	1,414213562
Acessibilidade organizacional	Atenção farmacêutica	Tempo gasto na dispensação em minutos	Deve corresponder ao tempo necessário a adequada orientação ao usuário (com pelo menos 3 minutos reservados para este fim)	0	10	5	7,071067812

Acessibilidade geográfica	Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	15' a pé	10	10	10	0
Acessibilidade geográfica	Distância da residência a unidade de saúde	Distância da residência a unidade de saúde	Inferior a 5 Km na existência de transporte coletivo. Na ausência de transporte coletivo deve ser inferior a 1 Km.	10	10	10	0