



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**



**FERNANDA DE FARIAS RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE  
EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA**

**Salvador - Bahia**  
**2014**

**FERNANDA DE FARIAS RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE  
EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira

**Salvador - Bahia  
2014**

**FERNANDA DE FARIAS RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE  
NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito obrigatório à obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães**  
**Faculdade de Farmácia /UFBA**

---

**Dra. Gisélia Santana Souza**  
**Faculdade de Farmácia /UFBA**

---

**Dra. Maria Guadalupe Medina**  
**Instituto de Saúde Coletiva/UFBA**

---

**Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira**  
**Instituto de Saúde Coletiva/UFBA**

Dedico este trabalho a minha família, meu bem mais precioso e meu porto seguro. Ao meu pai José, minha mãe Eleonora, meus irmãos Josele, João e Felipe, meus sobrinhos Davi e Lis, meu cunhado Emerson, Vô, tia Ana, tia Elaine, tio Rodriguinho, Ivonete, Diego e Juliana, Sônia, Lene e Dainha.

Destaco uma dedicação especial ao meu irmão e **nosso guerreiro João**, que ao longo desse processo venceu tantas outras batalhas, onde cada vitória se transformava num novo aprendizado em nossas vidas.

Dedico a todos vocês, pois essa luta foi de todos nós!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder força, luz e sabedoria em todos os momentos.

À minha família, pelo apoio e pela torcida durante toda essa trajetória.

À minha querida orientadora Professora Rosana Aquino, a quem tive a honra de conhecer e receber os ensinamentos que contribuíram e contribuirão para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às Professoras Maria do Carmo Guimarães, Guadalupe Medina e Gisélia Souza, pelas ricas contribuições na banca de qualificação.

À Professora Ana Luiza Vilas Boas, pela oportunidade e experiências vivenciadas no tirocínio, junto a uma turma de excelentes alunos.

À Professora Alcione Brasileiro, pela preciosa colaboração, lá no início, para que delimitasse meu pré-projeto e ingressasse nesse mestrado.

Ao GRAB, pela acolhida e grandes contribuições, com um agradecimento especial para Valéria, um anjo que, certamente, todos podem contar.

Ao ISC, pela oportunidade.

Aos amigos, Litiane, Evandro, Ivani, Everton, Carol, Luciana, Alcione, Edivan e minha linda afilhada Liz, por entenderem as minhas renúncias.

Aos meus chefes, na SESAB e na SMS, em especial, Lindemberg Costa, pelo apoio e compreensão quando precisava me dedicar menos aos trabalhos para voltar minhas energias ao mestrado.

Aos antigos e novos amigos e colegas de trabalho na SESAB, Franciane, Giovanna, Izamara, Josenice, Daniel, Luciano, Willian, Ana Carla, Lis, Fernando e Maridete, pela motivação e apoio, com destaque para Ana Carla pelas contribuições de doutoranda.

Aos queridos colegas e amigos da CAFAB, Cláudia, Diego, Elisangela, Liana, Márcia, Suelen e Rubinalva, pelo apoio de todos durante um longo período dessa jornada.

Aos colegas do mestrado, pela agradável convivência e pela oportunidade de dividir conhecimentos com pessoas de nível tão elevado.

Aos 18 colegas que se disponibilizaram a compartilhar seus conhecimentos e participar de uma etapa muito importante deste trabalho, a etapa do consenso.

À SMS – Salvador, pela anuência para realização dessa pesquisa.

Aos profissionais e pacientes entrevistados nesse estudo, pela colaboração, receptividade e total disponibilidade.

## RESUMO

Os desafios para o controle da tuberculose, no SUS, vêm sendo cada dia maiores, e as ações de controle da doença no Brasil, coordenadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), priorizam o cuidado ao paciente nos serviços de atenção primária à saúde (APS). Neste nível do sistema de saúde, os serviços da Assistência Farmacêutica mostram-se fundamentais, os quais podem interferir no alcance das metas previstas para o controle da doença. Esse estudo teve como objetivo geral avaliar o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica no cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de atenção primária à saúde no município de Salvador – Bahia. Foi realizado um estudo de avaliação de estrutura e processo de trabalho dos serviços de Assistência Farmacêutica em duas unidades de saúde do município, unidade A e unidade B, que disponibilizavam medicamentos para o tratamento da tuberculose e contavam com a presença do profissional farmacêutico. Para avaliação da estrutura foram definidos três critérios: instalações prediais, recursos materiais e recursos humanos. Para avaliação de processo de trabalho, os critérios foram agrupados em duas dimensões; serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e serviços farmacêuticos técnico-assistenciais. A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas e de observação sistemática guiada por roteiro nas duas unidades. Foram entrevistados os farmacêuticos responsáveis pela gestão do componente estratégico na Subcoordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, e nas duas unidades foram entrevistados os farmacêuticos atuantes, seus respectivos gerentes e uma amostra de pacientes atendidos nas mesmas. O estudo demonstrou que não há disponibilidade de cuidado ao paciente com tuberculose em 100% das unidades de atenção primária à saúde, o que contraria as diretrizes do PNCT. Em relação às unidades selecionadas, verificaram-se dois cenários distintos no que diz respeito à estrutura e ao processo de trabalho dos profissionais para assegurar o cuidado ao paciente com tuberculose. A unidade A apresentou deficiências na estrutura quando comparada com a unidade B, a qual contou com melhor estrutura para o serviço. Em relação ao processo de trabalho, verificou-se que, no que dizia respeito ao desenvolvimento dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, as duas unidades apresentaram semelhanças, embora algumas dessas atividades ocorressem com maior dificuldade na unidade A. Os serviços técnico-assistenciais eram plenamente realizados na unidade B, sendo pouco executado na unidade A. A farmácia da unidade A alcançou 65% dos critérios utilizados para avaliação, e a farmácia da unidade B, 97%. Recomenda-se a ampliação e melhor organização dos serviços farmacêuticos na atenção primária do município de Salvador e a unidade B pode servir como referência para as demais unidades da rede para o cuidado ao paciente com tuberculose.

**Palavras-chave:** Serviços farmacêuticos. Estrutura. Processo de trabalho. Cuidado ao paciente. Tuberculose.

## ABSTRACT

The challenges for tuberculosis control in the SUS, have been growing larger day, and efforts to control the disease in Brazil, coordinated by the National Tuberculosis Control Programme (PNCT), prioritize patient care in primary care services health care (APS). At this level of the health system, the services of Pharmaceutical Care show to be essential, which can interfere with achieving the goals envisaged to control the disease. This study aimed to evaluate the overall functioning of the Pharmaceutical Care services in the care of patients with tuberculosis in units of primary health care in the city of Salvador - Bahia. An evaluation study of structure and work processes of pharmaceutical assistance services in two health facilities in the municipality, Unit A and Unit B, which provide what medicines to treat tuberculosis and counted with the presence of the pharmacist was performed. To review the structure three criteria were defined: building facilities, material resources and human resources. For evaluation of the work process, the criteria were grouped into two dimensions; pharmaceutical technical-managerial services, and technical-pharmaceutical care services. Data collection was conducted through semi-structured interviews and systematic observation guided by a script on both units. Pharmacists managing the strategic component in Pharmaceutical Care Coordination Body of the Municipal Health were interviewed, and both the active pharmaceutical in the units, their respective managers and a sample of patients attending the same were interviewed. The study demonstrated that there is no availability of care for patients with tuberculosis in 100% of the units of primary health care, which is contrary to the guidelines of the NTP. Regarding the selected units, there were two distinct scenarios with regard to the structure and working process of the professionals to ensure patient care with tuberculosis. Unit A has shortcomings in the structure when compared to the B unit, which had better structure for the service. In relation to the work process, it was found that, in regard to the development of technical and managerial pharmaceutical services, both units showed similar, although some of these activities occur with greater difficulty in Unit A. The technical assistance services were fully performed in Unit B, with little run in unit A. The pharmacy Unit A reached 65% of the criteria used for evaluation, and the pharmacy Unit B, 97%. It is recommended to expand and better organization of primary care pharmacy services from the city of Salvador and Unit B can serve as reference for other units in the network of care for the patient with tuberculosis.

Keywords: pharmacy services. Structure. The work process. Patient care. Tuberculosis.

## LISTA DE TABELA E QUADROS

Tabela 1. Número total e por tipo de unidades de saúde de atenção primária à saúde (APS), e número e percentual de unidades que fazem dispensação de medicamentos para tuberculose (TB) e dispõem de farmacêutico, por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2013	49
Quadro 1. Critérios e padrões de estrutura: Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais	53
Quadro 2. Critérios e padrões de processo de trabalho dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA	54
Quadro 3. Grupos de entrevistados: profissionais e pacientes	56
Quadro 4. Perfil de idade, sexo e escolaridade dos usuários entrevistados	58
Quadro 5. Número de salas segundo tipo nas Unidades A e B, Salvador-2013	63
Quadro 6: Pontuações dos critérios e padrões de estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose, avaliados nas farmácias das unidades A e B	96
Quadro 7: Percentual final de estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose, nas farmácias das unidades A e B, considerando-se a técnica de consenso realizada	101



## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1. Mapa do Município de Salvador definido pelos 12 Distritos Sanitários	48
Figura 2. Planta da farmácia da Unidade A	64
Figura 3. Planta da farmácia da Unidade B	65
Gráfico 1. Avaliação de estrutura e processo de trabalho nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais para o cuidado ao paciente com tuberculose na farmácia da unidade A	99
Gráfico 2. Avaliação de estrutura e processo de trabalho nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais para o cuidado ao paciente com tuberculose na farmácia da unidade B	100

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**AF** – Assistência Farmacêutica

**CEME** – Central de Medicamentos

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CFT** – Comissão de Farmácia e Terapêutica

**CMM** – Consumo Médio Mensal

**CS** – Centro de Saúde

**DAF** – Departamento de Assistência Farmacêutica

**DOTS** – Directly Observed Treatment Short-course

**DS** – Distrito Sanitário

**HEOM** – Hospital Especializado Octávio Mangabeira

**HIPERDIA** – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

**NOB** – Norma Operacional Básica

**NOAS** – Norma Operacional da Assistência à Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PDR/BA** – Plano Diretor Regional - Bahia

**PGRSS** – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

**PNCT** – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

**POP** – Procedimento Operacional Padrão

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**RAM** – Reação Adversa a Medicamentos

**RENAME** – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**RM** – Requisição de Materiais

**SAME** – Serviço de Prontuário de Paciente

**SESAB** – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

**SISFARMA** – Sistema de Controle de Farmácia

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TB** – Tuberculose

**TB-MDR** – Tuberculose multidroga-resistente

**TGO** – Transaminase Glutâmico-oxalacética

**TGP** – Transaminase Glutâmico-pirúvica

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1. Tuberculose no Brasil: situação da doença e das ações de controle	23
2.2. Assistência Farmacêutica como serviço de saúde	28
2.3. Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde	41
3. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	45
4. OBJETIVOS	46
4.1. Objetivo Geral	46
4.2. Objetivos Específicos	46
5. METODOLOGIA	47
5.1. Desenho do estudo	47
5.2. Local do estudo	47
5.3. Procedimentos de seleção da unidade de análise	49
5.4. Definição dos critérios e padrões	50
5.5. Procedimentos de coleta de dados	56
5.6. Processamento e análise de dados	58
5.7. Aspectos éticos	61
6. RESULTADOS	62
6.1. Características do Nível Central da Assistência Farmacêutica do município	62
6.2. Características das unidades de atenção primária à saúde	63
6.3. Características da Assistência Farmacêutica nas unidades da Atenção Primária à Saúde	64
6.3.1. Aspectos relacionados com a estrutura dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose	64
a) Instalações Prediais	64
b) Recursos Materiais	70
c) Recursos humanos	73
6.3.2. Aspectos relacionados com o processo de trabalho do profissional farmacêutico no cuidado ao paciente com tuberculose	76

a) Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais	76
b) Serviços farmacêuticos técnico-assistenciais	81
6.3.3. Síntese dos resultados	94
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
8. REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	117
APÊNDICE I - Roteiro de entrevista: Coordenação da Assistência Farmacêutica - Nível Central	118
APÊNDICE II - Roteiro de entrevista: Farmacêutico da unidade de saúde	119
APÊNDICE III - Roteiro de entrevista: Gerente da unidade de saúde	121
APÊNDICE IV - Roteiro de entrevista: Usuário do serviço de saúde	122
APÊNDICE V - Roteiro de observação sistemática: Serviço de Farmácia da unidade de saúde	124
APÊNDICE VI – Ofício para solicitação de anuência à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador	127
APÊNDICE VII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado ao Profissional	129
APÊNDICE VIII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido destinado ao Usuário	130
ANEXOS	131
ANEXO I - Parecer Consubstanciado do CEP nº 490.975	132
ANEXO II – Carta de Anuência	135

## APRESENTAÇÃO

Os desafios para o controle da tuberculose pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vêm sendo cada dia maiores. A doença, que tem dimensão mundial, está entre as principais causas de morte por doenças infecto-contagiosas, e sua ocorrência está relacionada com fatores tais como as condições sanitárias da população e desigualdades sociais (BARREIRA & GRANGEIRO, 2007). A situação atual aponta para a necessidade de envidar esforços em todos os países acometidos pela doença, e estratégias importantes vêm sendo estabelecidas através do programa STOP-TB, coordenado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (RUFFINO-NETO, 2002).

Com vistas a fortalecer as ações implementadas desde o STOP-TB, tem-se buscado expandir a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-course), e incentivar a descentralização das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária à Saúde – APS (MS, 2010), priorizando-se ampliar a adesão terapêutica e reduzir as taxas de abandono do tratamento pelos pacientes. No Brasil, as ações de controle da tuberculose são coordenadas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o qual tem diretrizes definidas para a execução das ações propostas pelo STOP-TB. Atualmente, um dos principais desafios nesse processo é a descentralização do cuidado ao paciente com tuberculose para a APS, a qual deve estar devidamente organizada para atingir as metas previstas, sendo este nível de atenção o local onde o mesmo deve ser acolhido, tratado e acompanhado.

Nesse contexto, os serviços de Assistência Farmacêutica devem estar inseridos para assegurar o acesso e promoção do uso racional dos medicamentos aos pacientes, podendo contribuir para a adesão terapêutica no tratamento, bem como para o alcance das metas previstas no controle da doença. O desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica está relacionado com o nível de organização dos serviços, incluindo-se os aspectos de estrutura e processo de trabalho.

Dessa forma, verifica-se a relevância de um estudo de avaliação de estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos, no sentido de contribuir para a ampliação do conhecimento na área de avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde, bem como na elaboração de instrumentos norteadores para

estudos de avaliação na referida área, e para utilização da gestão na avaliação e monitoramento dos serviços farmacêuticos do SUS. Destacando-se que o enfoque desse estudo é no cuidado ao paciente com tuberculose, o mesmo poderá nortear ações efetivas nesse cuidado, favorecendo, portanto, a adesão terapêutica dos mesmos.

## 1. INTRODUÇÃO

As diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), no Brasil, priorizam que o cuidado ao paciente deve ser assegurado nos serviços de atenção primária à saúde (APS). Estes serviços, estando mais próximos dos pacientes, de suas famílias e comunidade onde vivem, são o *locus* preferencial para o desenvolvimento de ações que tenham impacto na redução da doença, especialmente, aumentando a adesão dos pacientes ao tratamento. Neste contexto, serviços de assistência farmacêutica, que têm como objetivo garantir o acesso e o uso racional de medicamentos pela população, apresentam papel relevante no âmbito da APS, na atenção aos pacientes de tuberculose.

A atenção primária à saúde deve ser desenvolvida por todos os municípios, sendo o gestor municipal e sua equipe de profissionais os principais atores para a execução dessas ações. Desde a implementação do SUS, documentos e normas complementares vem sendo publicados para assegurar a sua regulamentação, tais como as Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS 91, 92, 93 e 96), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01 e 02/2002), o Pacto pela Saúde (2006) e, por fim, o Decreto nº. 7.508/2011, que enfatizam o fortalecimento da atenção primária à saúde. Com o Pacto pela Saúde, o gestor municipal passa a assumir definitivamente a responsabilidade das ações e serviços de saúde da APS oferecidos em seu território (BRASIL, 2006). Estes serviços estão definidos na Política Nacional de Atenção Básica, a qual garante a sua implementação, contando inclusive com as ações da Assistência Farmacêutica, no sentido de favorecer o acesso da população aos mesmos (BRASIL, 2011).

Também descrita por outros sinônimos como Atenção Básica, Atendimento Primário e Cuidados Primários de Saúde, a Atenção Primária à Saúde é considerada como um serviço essencial, responsável por resolver a maior parte dos problemas de saúde da população. Estando em pleno funcionamento, estima-se um melhor aproveitamento e otimização de serviços e recursos utilizados nos níveis de média e alta complexidade, visto que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011).



Os serviços da APS devem ser desenvolvidos com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, correspondendo ao contato preferencial dos usuários e principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). Portanto, a organização desse serviço mostra-se essencial para assegurar o acesso universal à saúde.

No Brasil, tem-se a Estratégia de Saúde na Família como relevante para a implementação e o fortalecimento da APS, a qual conta com o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta estratégia tem o propósito de atuar na prevenção e promoção da saúde, provocando a antecipação da demanda e melhor reorganização dos serviços de saúde (CAMPINAS & ALMEIDA, 2004). Posteriormente, foi instituído no âmbito da APS um dispositivo para fortalecer a Estratégia de Saúde na Família: os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações desse nível de atenção, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2011).

A cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado da Bahia, em 2013, foi de aproximadamente 65% e em Salvador, no mesmo ano, de 22%, o que contribui para a incipiência da implantação deste nível do sistema de saúde, especialmente, neste município, dado que não existem outras estratégias alternativas para a organização da APS (Brasil, 2014). Baixas coberturas da atenção primária à saúde, certamente, implicam em problemas para o cuidado ao paciente com tuberculose, pois é neste nível de atenção que o mesmo deve ter seu cuidado assegurado. A não garantia do acesso oportuno a estes serviços pode levar ao agravamento dos casos, gerando sobrecarga nos serviços de saúde com maior nível de complexidade.

Além de problemas relacionados com a baixa cobertura dos serviços da APS, outro fator que interfere no cuidado ao paciente com tuberculose, é o nível de envolvimento dos profissionais atuantes com este cuidado. Como forma de assegurar o envolvimento desses profissionais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a necessidade de qualificação das equipes de saúde para que assumam as responsabilidades com as ações de controle da tuberculose (MONROE et al., 2008).

Assegurar o envolvimento dos profissionais, nesse contexto, corresponde ao desenvolvimento de ações de descentralização e inserção do controle da doença nos serviços da APS. Tal aspecto é visto como um grande desafio para a ampliação de estratégias como o tratamento diretamente observado (DOTS) aos pacientes com tuberculose, bem como para o alcance das metas estabelecidas de cura dos mesmos. Em estudo realizado por Monroe et al. (2008), verificou-se que há um grande número de profissionais que atuam no nível da APS que consideram as atividades relacionadas à tuberculose como competência exclusiva dos centros de referência para tratamento da doença, o que contribui para a ausência de responsabilização local para o seu controle.

A organização dos serviços de saúde para o paciente com tuberculose é essencial para assegurar a adesão ao tratamento. A baixa adesão é tida como a principal causa do não alcance das metas previstas pelo Ministério da Saúde (MS) para a tuberculose: 85% de cura e redução do abandono para menos de 5%. Os determinantes da adesão ao tratamento da tuberculose estão relacionados com questões individuais e sociais do paciente – desemprego, baixa escolaridade, tabagismo, uso de álcool ou drogas – e com questões relacionadas aos serviços de saúde, tais como as suas características, a disponibilidade de profissionais, de estrutura para diagnóstico e de medicamentos para o tratamento (SOUZA et.al., 2009).

O cuidado ao paciente com tuberculose, prioritariamente, desenvolvido na APS, engloba ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, no qual os medicamentos necessários devem ser disponibilizados oportunamente (BRASIL, 2011a). A disponibilidade oportuna de medicamentos é assegurada pelas ações da Assistência Farmacêutica, a qual tem como principal objetivo garantir o acesso e o uso racional de medicamentos pela população. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento da utilização e a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos, tendo o paciente como foco principal (MARIN, 2003).

A Assistência Farmacêutica mostra-se como um importante serviço para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos, devendo estar organizado para assegurar o cuidado à população. Esse serviço se destaca entre os principais

responsáveis por atender às necessidades de saúde prioritárias da população, tendo em vista a complexidade requerida no cuidado à saúde na atenção básica, destacando-se como problemas de saúde relevantes doenças como hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose.

Dois conceitos importantes foram adotados por Barreto & Guimarães (2010), o de Assistência Farmacêutica básica como um conjunto de práticas que envolvem atividades de regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais na rede de atenção básica da saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos de forma descentralizada e compartilhada, além do conceito de gestão da Assistência Farmacêutica na atenção básica da saúde como a capacidade de formular, articular e criar condições de implementação e de sustentabilidade da Assistência Farmacêutica Básica de forma descentralizada e compartilhada no âmbito municipal. A partir desses conceitos é possível destacar as duas dimensões da Assistência Farmacêutica: a dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e a dos serviços farmacêuticos técnico-assistenciais.

Quanto à dimensão dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, destacam-se os aspectos relacionados com as práticas de regulação, planejamento, distribuição, bem como formulação e articulação para assegurar a implementação e sustentabilidade da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica. Para assegurar estas ações é relevante dispor de infraestrutura adequada na farmácia, contando-se com: espaço reservado para o armazenamento dos medicamentos com os equipamentos e mobiliários necessários, tais como pallets, estantes, prateleiras, armários, geladeira, com o ambiente climatizado; espaço organizado para dispensação dos medicamentos aos pacientes; computador com sistema de gestão de estoque informatizado. Quanto à dimensão dos serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, destacam-se os aspectos relacionados com as práticas de dispensação e orientação quanto ao uso de medicamentos essenciais na rede de atenção básica da saúde pública, garantindo o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.

No Brasil, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, desde 2004, além de definir as ações necessárias para assegurar o acesso oportuno e a qualidade dos medicamentos, preconiza a importância da interação do profissional farmacêutico com o

usuário, no sentido de assegurar a farmacoterapia racional e a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2004). Em estudo, realizado por Vieira (2010), verificou-se que as práticas da Assistência Farmacêutica apresentam um enfoque muito maior no gerenciamento do medicamento, vinculando o serviço farmacêutico com o modelo curativo centrado na consulta médica e no pronto-atendimento. Esse aspecto pode interferir na qualidade no cuidado ao paciente com tuberculose, pois dificulta a prática de orientação aos usuários.

O Estado da Bahia tem implementado dentre suas ações de saúde a Política Estadual de Assistência Farmacêutica, a qual tem como diretrizes principais promover o acesso qualificado a medicamentos, bem como seu uso racional. Além disso, enfatiza a necessidade de promoção da organização e estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde (BAHIA, 2010). Em se tratando da tuberculose, tais diretrizes mostram-se relevantes para favorecer a adesão terapêutica dos pacientes, sendo este fator determinante para a melhoria dos índices da doença registrados na Bahia.

O serviço de Assistência Farmacêutica no cuidado ao paciente com tuberculose mostra-se como determinante para a adequada conduta junto ao mesmo e na qualificação do seu atendimento. É fundamental que a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica seja organizada e estruturada, de maneira que promova o acesso oportuno dos medicamentos estratégicos de tuberculose aos pacientes. Buscando-se assegurar as ações de Assistência Farmacêutica, políticas importantes foram elaboradas, tais como a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004), sendo instrumentos norteadores para a consolidação das práticas da Assistência Farmacêutica, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Em se tratando das ações de Assistência Farmacêutica no âmbito da APS, Oliveira et.al. (2010) verificou em seu estudo que há dificuldades na implementação dessas ações em grande parte dos municípios brasileiros, os quais apresentam fragilidades em sua organização. Considerando-se a questão da promoção do acesso aos medicamentos essenciais, dentre os quais se incluem os de tuberculose, esses municípios apresentam em sua estrutura organizacional baixa disponibilidade e

descontinuidade da oferta dos mesmos. Além disso, há problemas na dispensação dos medicamentos em virtude de os profissionais envolvidos nesse processo terem baixa qualificação para a devida orientação aos pacientes. Estes fatores podem interferir no processo de cuidado ao paciente com tuberculose, o qual requer um sistema de saúde confiável para garantir a sua adesão ao tratamento.

As atividades que envolvem a Assistência Farmacêutica, na atenção básica, são desenvolvidas, de forma geral, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em espaços reduzidos, organizados como um local apenas de armazenamento de medicamentos até que os mesmos sejam dispensados (ARAÚJO et.al., 2008). Para tanto, torna-se necessária a reorientação em relação a esta realidade no sentido de promover o cuidado efetivo aos usuários.

Nesse contexto, faz-se necessária a efetiva atuação dos gestores da saúde para assegurar o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica municipal, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos (OLIVEIRA, et.al., 2010). No cuidado ao paciente com tuberculose, é relevante assegurar a organização da Assistência Farmacêutica, no sentido de favorecer a oferta dos serviços farmacêuticos, complementando a atuação de outros serviços de atenção à saúde, contribuindo de maneira eficaz e efetiva na qualidade de vida do paciente (ARAÚJO et. al., 2005). A disponibilização do medicamento ao paciente com tuberculose, em momento oportuno, é fator determinante para assegurar o tratamento do mesmo, inclusive em relação à adesão a este tratamento.

Estes medicamentos são padronizados em esquemas terapêuticos, disponibilizados no SUS, os quais são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, através do componente estratégico do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2007). Os medicamentos são distribuídos, pelo Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde, as quais são responsáveis pela distribuição dos mesmos aos seus respectivos municípios. Seguindo-se as diretrizes do PNCT, no nível municipal, deve-se priorizar a disponibilização desses medicamentos no âmbito da APS, já que é neste âmbito que os serviços de cuidado ao paciente com tuberculose devem estar prioritariamente organizados.

Problemas organizacionais na rede de atenção à saúde podem ser extremamente prejudiciais para as intervenções em áreas estratégicas, como por exemplo, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e AIDS (ARRAIS et al, 2007). Tratando-se especificamente da tuberculose, tais problemas podem resultar no abandono do tratamento, devido a dificuldades de acesso ao serviço ou a deficiência nas orientações dadas aos pacientes.

Souza et.al (2009), em estudo realizado em unidades de referência e unidades básicas de saúde no município de Salvador, identificou baixo percentual de cura (69,9%) e alto percentual de abandono (6,5%) no ano de 2006. O estudo aponta que a presença da equipe multidisciplinar considerada como completa – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e agente comunitário de saúde – no cuidado ao paciente com tuberculose, contribuíram para a adesão terapêutica dos pacientes, pois nas unidades que contavam com esta equipe, considerando-se a população inscrita nos respectivos programas de controle de tuberculose, os percentuais de cura e abandono encontravam-se mais próximos do preconizado pela OMS.

O profissional farmacêutico deve estar inserido na equipe multidisciplinar, visto que o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos por este profissional, voltados ao cuidado ao paciente com tuberculose, pode contribuir para assegurar o seu tratamento. Nesse contexto, representa o indutor para implementação das ações previstas pelas políticas de Assistência Farmacêutica e seu consequente fortalecimento. Tem-se como característica essencial para a atuação do profissional farmacêutico a necessidade de que o mesmo se aproxime, atue de forma integrada com os profissionais das unidades de saúde que dispõem o medicamento, se comprometendo não só com as atividades relacionadas ao processo de programação e aquisição, como também com a relação existente entre o usuário e a utilização adequada dos medicamentos (OLIVEIRA, et.al., 2010).

Em se tratando do cuidado ao paciente com tuberculose, percebe-se a relevância na atuação do profissional farmacêutico na atenção básica, pois a principal estratégia de controle da doença é assegurar a adesão terapêutica do paciente, e o estabelecimento de uma relação com o paciente se torna fator determinante para a promoção do uso racional do medicamento pelo mesmo. Portanto, a atuação do profissional farmacêutico no

cuidado aos pacientes com tuberculose são fatores que podem contribuir de maneira significativa para ampliar a adesão terapêutica e alcançar as metas propostas pelo Ministério da Saúde, aumentando-se a cura e reduzindo-se o abandono de tratamento pelos pacientes.

Vale ressaltar que embora a estratégia DOTS tenha como ações importantes a realização de tratamento padronizado com a supervisão da tomada dos medicamentos, bem como a promoção do fornecimento e gestão eficazes dos mesmos, o manual de recomendações para o tratamento da doença (BRASIL, 2011a) não destaca o profissional farmacêutico inserido nesse processo. Essas ações são descritas e recomendadas a serem realizadas por profissional treinado, sem especificar sua formação. A participação do profissional farmacêutico no cuidado ao paciente com tuberculose é fundamental, principalmente na realização da orientação farmacêutica, fornecendo informações sobre a utilização dos medicamentos, o tempo de tratamento, as possíveis reações adversas aos mesmos, contribuindo para a construção do vínculo do paciente com o serviço de saúde.

Analisando-se os estudos disponíveis sobre organização dos serviços farmacêuticos, considerando-se os aspectos de estrutura e processo de trabalho do profissional farmacêutico, verificou-se que há poucos estudos que discorrem sobre o tema, relacionando-o com o cuidado ao paciente com tuberculose. Percebe-se, portanto, a necessidade de realização de novos estudos para avaliar a estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Tuberculose no Brasil: situação da doença e das ações de controle**

A tuberculose é considerada um sério problema de saúde mundial, visto que o número de óbitos pela doença, tida como curável e evitável, mostra-se elevado, com maior ocorrência nas regiões metropolitanas (BRASIL, 2011a). Outro aspecto relevante é que acomete em maior escala uma importante parcela da população, adultos jovens na sua fase produtiva, o que ocasiona elevado custo social (XAVIER & BARRETO, 2006).

Como fatores determinantes para a ocorrência da tuberculose, mundialmente, são destacados o empobrecimento, a urbanização e a favelização, os quais evidenciam as desigualdades sociais e as diferentes condições sanitárias da população (SÀ et.al., 2011). Além disso, outros aspectos agravantes desse quadro são a alta prevalência dos casos de multirresistência e de associações à infecção do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), bem como as deficiências existentes nos sistemas de saúde (BARREIRA & GRANGEIRO, 2007). O controle da doença permanece um desafio para o Sistema Único de Saúde, revelando-se limitações dos serviços de saúde em relação à cobertura, qualidade e equidade, pois em se tratando de óbito evitável, para o qual existem ações programáticas, há persistência de taxas elevadas de mortalidade, ao lado da sua distribuição desigual no espaço urbano (Mota et al, 2003).

Em 1993, a situação da tuberculose foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como estado de urgência, criando-se, a partir de então, estratégias para o controle da doença, como o programa STOP-TB (RUFFINO-NETO, 2002). Tal iniciativa foi apoiada por um conjunto de instituições internacionais, e estabeleceu como objetivo para 2015 a redução pela metade das taxas de prevalência e de mortalidade de tuberculose em todos os Estados Membros das Nações Unidas, incluindo-se o Brasil, tendo como parâmetro o ano de 1990 (BARREIRA & GRANGEIRO, 2007).

O programa STOP-TB/OMS apresenta componentes para sua operacionalização, tais como o estabelecimento de mecanismos para expansão e aperfeiçoamento da qualidade da estratégia DOTS (Estratégia de Tratamento Diretamente Observado), o



tratamento da coinfeção TB/HIV e dos casos de tuberculose multidroga-resistente (TB-MDR) com ênfase na implementação de atividades colaborativas TB/HIV, prevenção e controle da TB-MDR, bem como o tratamento às pessoas privadas de liberdade e outras populações vulneráveis. O programa prevê também estratégias de contribuição para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, envidando esforços para melhorar as políticas de saúde, de recursos humanos, de financiamento, de gestão, de atenção e os sistemas de informação, além de estratégias de empoderamento dos portadores da doença e comunidades (WHO, 2009).

A amplitude do problema da tuberculose pode ser comprovada verificando-se a realidade de alguns países além do Brasil, como países asiáticos e africanos, os quais apresentam condições econômicas menos favorecidas no cenário atual de globalização e aumento da desigualdade social. Embora grande parte tenha aderido ao STOP-TB, muitos apresentam sérias dificuldades para redução do abandono do tratamento, bem como a garantia da cura dos pacientes (MATOWE, 2008). Ações de controle da tuberculose também são realizadas em países desenvolvidos, como por exemplo, os EUA e o Canadá, nos quais estratégias importantes são desenvolvidas a fim de assegurar a adesão terapêutica dos pacientes, como a distribuição universal de incentivos para motivá-los, aconselhamento sobre adesão, divulgação e prevenção do abandono (DAVIDSON et.al., 2000).

Cerca de 95% dos casos de tuberculose, no mundo, ocorrem nos países em desenvolvimento (RUFFINO-NETO, 2002). Dentre estes, em 22 países concentram-se 80% dos casos estimados, incluindo-se o Brasil, que ocupa, atualmente a 16ª posição neste grupo (BRASIL, 2014). Dentre os entraves para o controle da doença nestes países, destacam-se as deficiências na comunicação interpessoal nas equipes de saúde, fragilidades estruturais de suporte clínico e ausência de definições de prioridades resultando em falhas nas estratégias de reintrodução dos pacientes no serviço de saúde quando o mesmo abandona o tratamento, como observado na Índia (JAISWAL et.al., 2003) e no Nepal, onde também enfrenta-se deficiência na disponibilização dos medicamentos, fator determinante para alcance do percentual de cura dos pacientes com tuberculose (WARES et.al., 2003).

Em países africanos, como Quênia, Ruanda, Tanzânia e Uganda, verificam-se fragilidades no processo de aquisição e disponibilização dos medicamentos para o tratamento da tuberculose, o que tem sido alvo de iniciativas internacionais, no sentido de fortalecer a gestão do abastecimento farmacêutico, buscando-se a ampliação da disponibilidade dos medicamentos e insumos para o cuidado ao paciente com tuberculose (MATOWE, 2008). Enquanto na Rússia, destaca-se o contexto sociocultural, dado que o abuso de álcool e outras drogas são problemas importantes relacionados com o controle da doença (GELMANOVA et.al., 2007).

Embora o enfrentamento da tuberculose tenha sido definido como prioritário desde 2003, no Brasil, verifica-se situações semelhantes às descritas anteriormente em outros países em desenvolvimento, pois há deficiências na execução das políticas nacionais estabelecidas, o que interfere no processo de cuidado aos pacientes com tuberculose. Tais deficiências estão relacionadas tanto com os determinantes sociais, quanto com as questões de estrutura dos serviços de saúde disponíveis aos pacientes (BRASIL, 2011a).

No Brasil, foi estabelecido o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), na década de 1970, como ferramenta essencial para implementação das ações previstas pelo STOP-TB. O PNCT tem como objetivo a promoção do cuidado ao paciente, a prevenção do surgimento de bacilos resistentes, e o alcance das metas de cura e redução do abandono do tratamento (OLIVEIRA et al, 2010). Seguindo-se a recomendação da OMS, foram definidas metas de índices de cura acima de 85% dos casos detectados e redução das taxas de abandono para menos de 5% dos casos em tratamento (BRASIL, 2011a). Para o alcance dos objetivos propostos pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, foram definidas estratégias para favorecer a atenção adequada aos pacientes com tuberculose, tais como o incentivo à descentralização das ações de controle da tuberculose na Atenção Básica e a ampliação e fortalecimento da estratégia DOTS (Estratégia de Tratamento Diretamente Observado), a qual visa o aumento da adesão dos pacientes ao tratamento (MS, 2012a).

Em 2013, a taxa de incidência da doença no Brasil foi de 35,4/100 mil habitantes, tendo sido registrado o percentual de cura de 70,6% e taxa de abandono de 10,5% referentes aos casos novos detectados no ano de 2012 (BRASIL, 2014).

Comparando-se a situação epidemiológica com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, verifica-se elevada incidência, percentual de cura inferior à meta estabelecida, embora este índice venha apresentando aumento gradativo desde 2002, e taxa de abandono muito acima da meta prevista. Tais resultados caracterizam-se como patamares que indicam a necessidade do cumprimento das ações de controle da tuberculose propostas pelo programa nacional.

Para a execução das estratégias definidas pelo PNCT, verifica-se a necessidade de responsabilização dos três entes federados. Assim, o nível federal tem como atribuição, dentre outras, estabelecer as normas técnicas e operacionais a serem executadas pelos estados e municípios, bem como assegurar o fornecimento dos medicamentos e insumos necessários para o controle da doença. O nível estadual é responsável por gerenciar a execução das medidas de controle no seu âmbito, bem como garantir a logística de fornecimento dos medicamentos para os respectivos municípios e unidades de saúde. Já o nível municipal é responsável por executar as ações que envolvem o cuidado direto ao paciente, além das ações de controle e monitoramento da doença, no que diz respeito à sua detecção e prevenção (BRASIL, 2011a). Sendo assim, as três esferas de governo devem atuar para assegurar a disponibilidade de serviços de saúde de forma organizada e estruturada a fim de garantir o cuidado ao paciente com tuberculose.

No Estado da Bahia, em 2013, a taxa de incidência de tuberculose foi em torno de 32,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2014), próxima à média nacional. Considerando o período de 2003 a 2013, verifica-se, até 2007, uma leve redução no número de casos e, deste ano até 2009, estabilização dos mesmos, reduzindo um pouco nos últimos anos. No entanto, os dados ainda permanecem elevados, reforçando-se a necessidade de investigação em relação às ações realizadas para o controle da tuberculose no estado. Analisando-se a incidência da doença para a capital baiana, Salvador, no mesmo período, 2013, verifica-se uma taxa de 62,3/100 mil habitantes (BRASIL, 2014), sendo um índice muito elevado, que justifica a cidade ser considerada como prioritária para a implementação das estratégias de controle da doença, previstas pelo PNCT, inclusive a ampliação da estratégia DOTS.

Em estudo realizado no município de Salvador, Mota et.al. (2003) reforça que as condições sociais estão diretamente relacionadas com a ocorrência da doença, e que os coeficientes de mortalidade de tuberculose apresentam-se mais elevados nas áreas situadas na periferia da cidade, onde as condições de vida e habitação são mais precárias, tornando os indivíduos mais expostos e susceptíveis a doenças como a tuberculose. Outro estudo relata que embora as taxas de mortalidade por tuberculose, entre os anos 1981 e 2000, tenham apresentado tendência decrescente, as taxas de incidência da doença permanecem elevadas, havendo uma forte correlação com o percentual de abandono de tratamento (XAVIER; BARRETO, 2006). No ano de 2013, a taxa de abandono para o município de Salvador foi de 10,1%, sendo esse percentual referente aos casos novos do ano de 2012 (BRASIL, 2014), indicando a necessidade de adoção de medidas para o controle da doença.

Caracterizando-se a situação da tuberculose no Brasil, na Bahia e em Salvador, faz-se necessária a disponibilidade de serviços organizados por meio de políticas públicas que garantam a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, conforme já previsto pelo Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990). A atenção primária à saúde tem um papel fundamental, visto que deve ser responsável por detectar, acolher e tratar os pacientes com tuberculose (BRASIL, 2011). Desde 1978, a Declaração de Alma Ata já preconizava a importância dos cuidados primários, os quais devem ser desenvolvidos para resolver a maior parte dos problemas de saúde de uma população, incluindo-se aí as doenças endêmicas, dentre as quais está incluída a tuberculose.

## 2.2. Assistência Farmacêutica como serviço de saúde

A Assistência Farmacêutica é um serviço de saúde que tem como principal objetivo garantir o acesso e o uso racional de medicamentos pela população. Segundo Marin (2003),

“Corresponde ao grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento da utilização e a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos.” (p. 123)

Este serviço mostra-se como determinante para a adequada conduta do profissional farmacêutico na rede de saúde, e na qualificação do atendimento à população. Portanto, é necessário que seja fortalecido em todos os níveis de atenção, em cada esfera governamental – federal, estadual ou municipal –, conforme previsto nas políticas nacionais e estadual vigentes: a de Medicamentos e as de Assistência Farmacêutica.

A Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), conforme já prevista a sua necessidade na Lei nº. 8.080/90, em seu artigo 6º, inciso VI, foi elaborada com a proposta de reduzir os problemas relacionados com a dificuldade de acesso aos medicamentos por parte da população e a necessidade de garantia da qualidade dos medicamentos produzidos e distribuídos no Brasil. Essa política representa um instrumento norteador para a organização dos serviços farmacêuticos, bem como para a sua articulação com os demais serviços de saúde.

Vale ressaltar que a Política Nacional de Medicamentos apresenta diretrizes para assegurar que as três esferas de governo atuem juntas e garantam o acesso da população aos medicamentos seguros, eficazes, de qualidade e com o menor custo possível. Dentre as diretrizes, podem ser destacadas a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a regulamentação sanitária de medicamentos, a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a

garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Posteriormente, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) foi formulada, visto que havia a necessidade de complementar e fortalecer as propostas da Política Nacional de Medicamentos. Assim, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi publicada na perspectiva de favorecer a integralidade de ações, tais como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao SUS.

A referida política tem delineado como eixos estratégicos importantes: a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo necessariamente a Assistência Farmacêutica; a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, articulados entre as três esferas governamentais, nos diferentes níveis de atenção, com a descentralização das ações e definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras; modernização, ampliação da capacidade instalada e estruturação dos serviços, assim como a valorização, fixação e capacitação de recursos humanos; utilização da RENAME, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica; além da promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

É importante destacar que as duas políticas nacionais, a de Medicamentos e a de Assistência Farmacêutica, mostram-se como essenciais para o desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção e em cada esfera governamental. Através dessas políticas, é possível organizar e definir as ações prioritárias relacionadas com o uso de medicamentos em cada serviço de saúde, exigindo uma gestão adequada dos mesmos a fim de garantir o seu uso correto.

A partir dessas políticas, o conceito de Assistência Farmacêutica tem destaque por se tratar de um serviço relevante na cadeia dos serviços de saúde. De acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) o seu conceito é:

“Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.”

Portanto, as ações que envolvem a Assistência Farmacêutica constituem as etapas necessárias para assegurar a disponibilidade oportuna dos medicamentos à população. O seu fortalecimento visa além da execução dessas etapas, às atividades associadas à promoção da saúde e prevenção de enfermidades, relacionadas à dispensação e ao acompanhamento do uso dos medicamentos prescritos, bem como as atividades relacionadas à intervenção da prescrição e a utilização de medicamentos de forma racional.

Mais recentemente, no ano de 2010, foi publicada a Política Estadual de Assistência Farmacêutica da Bahia, a qual apresenta diretrizes semelhantes às da política nacional tanto em relação à garantia à população do acesso a medicamentos, quanto à promoção do seu uso racional (BAHIA, 2010). A referida política destaca a necessidade de assegurar a qualidade e o atendimento humanizado nos serviços farmacêuticos, além de fomentar a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde.

A proposta atual da efetivação da Assistência Farmacêutica, focada na promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e do seu uso racional, torna necessária a reflexão acerca de conceitos importantes, tais como: medicamentos essenciais, promoção do acesso e uso racional de medicamentos (OLIVEIRA, 2004). Segundo a Organização Mundial da Saúde, os medicamentos essenciais são aqueles de importância máxima e imprescindível para atender as necessidades de saúde prioritárias da população. Devem estar disponíveis permanentemente, nas formas apropriadas a todos os segmentos da sociedade. Os medicamentos essenciais têm um profundo impacto na saúde, visto que constituem uma das principais ferramentas necessárias para melhorar e manter o nível de atenção à saúde e, dentre estes se incluem os medicamentos utilizados para o tratamento da tuberculose.

Em relação à promoção do acesso, de acordo com a OMS, significa garantir uma disponibilidade e uma provisão equitativa dos medicamentos essenciais, considerando fatores como: seleção racional de medicamentos, baseado no desenvolvimento de uma lista de medicamentos essenciais e de diretrizes de tratamento; preços acessíveis para os governos, os agentes provedores dos serviços de saúde e os consumidores; financiamento sustentável, como receita pública e seguro de saúde social; sistema confiável de distribuição, que inclua uma combinação de serviços de distribuição pública e privada (OLIVEIRA, 2004). Sob o ponto de vista do paciente, acesso significa ter o medicamento em local próximo a sua residência, ser geograficamente acessível, em serviços de saúde devidamente organizados e estruturados.

No que diz respeito ao uso racional de medicamentos, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos, pode ser definido como o processo que compreende a prescrição apropriada, com disponibilidade oportuna a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998).

Promover o uso racional de medicamentos significa garantir a participação efetiva de todos os profissionais que compõem os serviços de saúde junto ao usuário, visto que o processo envolve desde a prescrição até a utilização do medicamento, o qual deve ser desenvolvido em serviços de saúde com estrutura adequada para atender às necessidades da população (OMS, 2004). Portanto, é necessário através da organização na gestão da Assistência Farmacêutica permitir a integração entre todos os profissionais de saúde dos municípios, resultando numa prescrição adequada, numa dispensação efetiva e conseqüente uso racional dos medicamentos.

Considerando o conceito definido pela política nacional, a Assistência Farmacêutica passa a ser concebida como um ciclo de atividades, considerando-se que as mesmas apresentam características de natureza técnica, científica e operativa que se inter-relacionam de forma sistêmica, sendo então denominado de Ciclo da Assistência Farmacêutica (MARIN, 2003). O Ciclo da Assistência Farmacêutica é definido pelas atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização englobando a prescrição, dispensação e uso dos medicamentos.



No entanto, percebe-se a necessidade de ampliar a discussão em torno da Assistência Farmacêutica, não apenas como um ciclo de atividades encerradas entre si, mas como um grupo de serviços de saúde com vistas a favorecer a sua promoção. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2009), definiu as diretrizes de estruturação de farmácias no âmbito do SUS, com enfoque para a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS. Tais diretrizes estão relacionadas com a necessidade de dispor de farmácias no SUS com infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica. São, portanto, relevantes para a mudança da concepção da Assistência Farmacêutica como um ciclo de atividades, para a sua orientação como serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, sendo esta abordagem norteadora da realização do presente estudo.

Os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais são aqueles responsáveis por assegurar as condições necessárias para disponibilizar o medicamento ao paciente, e correspondem à seleção, programação e aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. Considerando que para o tratamento dos pacientes com tuberculose, os medicamentos disponíveis já foram previamente selecionados e seus esquemas terapêuticos definidos em protocolos, pelo Ministério da Saúde, a atividade de seleção destes medicamentos não é realizada nos serviços farmacêuticos das unidades de saúde.

Os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais englobam as atividades de dispensação, orientação farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico (BRASIL, 2009). Ressalta-se que os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais estão imbricados, sendo que os gerenciais são suportes essenciais para o funcionamento da farmácia, e os assistenciais são responsáveis por prover o cuidado direto ao paciente, sendo este o foco principal na Assistência Farmacêutica. Destaca-se também que para a realização desses serviços, é necessária a estrutura adequada na farmácia, e cada um deles tem seu processo de trabalho definido. Além disso, é necessário dispor de recursos humanos devidamente capacitados e atualizados.

Em relação aos serviços técnico-gerenciais, tem-se que a programação de medicamentos corresponde à atividade de planejamento de quantos e quais

medicamentos, previamente selecionados, serão necessários para atender às necessidades dos pacientes em um determinado período de tempo, tendo como objetivo garantir a disponibilidade oportuna dos medicamentos aos mesmos, evitando-se a descontinuidade do seu abastecimento. Ressalta-se que a viabilidade desta atividade depende da utilização de informações gerenciais disponíveis e fidedignas, da análise da situação local de saúde, e do conhecimento sobre os medicamentos selecionados, suas indicações e perspectiva de emprego na população-alvo (MARIN, 2003).

Para realizar uma programação adequada, recomenda-se que sejam utilizados critérios técnicos, que refletem em métodos específicos de programação. Analisando-se a literatura, verifica-se que existem quatro métodos para programar medicamentos. Segundo Marin (2003) os métodos são os seguintes: 1. Perfil epidemiológico; 2. Oferta de serviços; 3. Consumo histórico; 4. Consumo ajustado.

O método de programação pelo perfil epidemiológico é realizado tomando-se por base dados de incidência e prevalência dos principais problemas de saúde que acometem uma determinada população, considerando-se o perfil demográfico, os esquemas terapêuticos preconizados, a oferta de serviços e estrutura oferecida à população e a possível ocorrência de fenômeno de sazonalidade. Este seria um método ideal, porém, se houver inconsistências nos dados coletados nos registros epidemiológicos, pode haver falhas nos quantitativos programados.

O método de programação pela oferta de serviços trabalha somente com as informações referentes à rede instalada para o cuidado aos pacientes, ou seja, somente com informações sobre o que foi ofertado e demandado pela parcela da população atendida por determinado serviço. Este método pode acarretar em falhas na programação, pois não considera possíveis ineficiências na oferta de prestação de serviço, tais como demandas não atendidas.

O método de programação pelo consumo histórico é realizado tomando-se por base os registros de movimentação de estoques, de dados de demanda atendida, demanda não atendida, série histórica de consumo dos medicamentos nos últimos 12 meses, bem como as informações de variações sazonais. Este método permite estimar necessidades de medicamentos fundamentadas na frequência e intensidade dos mesmos ao longo de determinado período. Apresenta-se como um método seguro na estimativa

de quantidades de medicamentos, desde que os registros sejam confiáveis, sendo, portanto, o método de programação mais utilizado.

O método de programação pelo consumo ajustado é utilizado sempre que não há disponibilidade de todos os dados necessários para esta ação, sejam dados de consumo ou de perfil epidemiológico. Neste caso, a programação é realizada por extrapolação de dados de consumos de outras regiões ou sistemas, sendo estes considerados padrões para o serviço chamado alvo. Considerando-se que este método dá uma estimativa grosseira, ressalta-se que o mesmo deve ser utilizado nos casos em que seja necessário conhecer as demandas iniciais de medicamentos não existentes anteriormente no serviço.

Após a escolha de um ou mais métodos de programação de medicamentos, o farmacêutico deve executá-la periodicamente, seja mensal, semestral ou anualmente, a depender do nível de organização do serviço. O processo de programação deverá ser descentralizado e ascendente, iniciando-se nas unidades para o nível central, e após a sua realização, os medicamentos devem ser adquiridos.

Os medicamentos adquiridos necessitam ser armazenados em locais específicos. O armazenamento dos medicamentos é o serviço farmacêutico técnico-gerencial que tem como finalidade assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas e controle de estoque eficaz, além de garantir a disponibilidade dos mesmos em todos os locais de atendimento, assegurando-se a qualidade do produto desde o recebimento até sua entrega ao usuário (MARIN, 2003).

Os procedimentos envolvidos no armazenamento de medicamentos apresentam características técnicas e administrativas, destacando-se as seguintes atividades: 1. Recebimento de medicamentos, que corresponde ao ato de examinar e conferir todo o material quanto à quantidade e documentação; 2. Estocagem ou guarda dos medicamentos, que se refere à arrumação dos mesmos em área definida, de forma organizada, com maior aproveitamento de espaço possível e dentro dos parâmetros que permitam segurança e rapidez; 3. Manutenção da Segurança, definida como a capacidade de manter os medicamentos sob cuidados contra danos físicos ou extravios; 4. Conservação dos medicamentos, que se refere à capacidade para manter asseguradas as características dos produtos durante o período de estocagem; 5. Controle de estoque,

que corresponde ao monitoramento da movimentação física dos medicamentos, como entradas e saídas; 6. Entrega de medicamentos, correspondendo à entrega dos mesmos de acordo com as necessidades do solicitante, garantindo adequadas condições de transporte, preservação da identificação até o consumidor final e sua rastreabilidade (MARIN, 2003).

Os aspectos gerais, para assegurar as condições adequadas de armazenamento e conservação dos medicamentos em estoque são os seguintes: os locais devem estar limpos; as instalações devem estar em boas condições sanitárias; pisos, paredes e teto em bom estado de conservação; deve haver equipamentos e mobiliários suficientes; o ambiente deve ter boa ventilação; os produtos devem estar protegidos da luz solar e do calor; a área deve estar livre de umidade; os medicamentos não devem estar em contato direto com o solo e paredes; os medicamentos devem estar armazenados de forma sistemática; deve existir sistema refrigerado para acondicionar os medicamentos termolábeis; deve haver programa de desinsetização; deve dispor de equipamento para combater incêndio (CANABARRO & HAHN, 2009).

Os aspectos descritos acima, bem como as atividades que definem os procedimentos de armazenamento de medicamentos, compõem o Manual de Boas Práticas de Armazenamento, o qual deve estar disponibilizado na farmácia a todos os profissionais envolvidos, servindo como referência para manutenção do serviço. O Manual de Boas Práticas disponibilizado pelo Ministério da Saúde foi desenvolvido para a antiga Central de Medicamentos (CEME), e pode servir como base para a elaboração dos documentos locais, a serem utilizados nas farmácias das unidades de saúde (VALERY, 1989).

Assegurar o armazenamento adequado dos medicamentos requer tempo e profissional habilitado, tendo em vista a complexidade que envolve o seu processo, já que deve ser adequado a cada forma farmacêutica, considerando os aspectos que podem interferir na estabilidade físico-química dos medicamentos, comprometendo sua eficácia e segurança. Os medicamentos devem estar dispostos em seus locais, organizados e identificados quanto à substância, dosagem, forma farmacêutica, lote e validade. Além disso, é imprescindível o registro de controle de estoque dos mesmos, pois a sua

inexistência ou existência parcial, pode dificultar o seu processo de dispensação (CANABARRO & HAHN, 2009).

O armazenamento dos medicamentos adequado favorece o processo de distribuição dos mesmos, atividade esta que compõe os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais. A distribuição corresponde à atividade de entrega dos medicamentos nas quantidades necessárias dentro dos prazos determinados, em quantidade e qualidade adequadas (ALENCAR & NASCIMENTO, 2011). Esta atividade é realizada a partir de centrais de abastecimento farmacêutico para as unidades, caracterizando o processo de abastecimento de medicamentos das mesmas, ou seja, as unidades participam do processo de distribuição como receptoras dos produtos, mas o gerenciamento desta é coordenado pelo nível central da Assistência Farmacêutica.

Todas as atividades descritas até então, correspondem aos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, sendo estes essenciais para assegurar os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais. Considerando-se que o principal objetivo da Assistência Farmacêutica é promover o acesso e o uso racional dos medicamentos para a população, os serviços técnico-assistenciais mostram-se como “atividades chave”, pois se caracterizam como aqueles que estabelecem uma relação direta do paciente com a farmácia na unidade de saúde. Tais serviços estão relacionados com atividades de atenção farmacêutica, sendo essencialmente a dispensação de medicamentos, a orientação farmacêutica e o seguimento farmacoterapêutico junto aos pacientes.

A dispensação de medicamentos é o processo de entrega do medicamento ao paciente na dose prescrita, na quantidade adequada, com o fornecimento de informações suficientes para o uso correto. Esta atividade mostra-se relevante no cuidado ao paciente, pois encerra a sua relação com a unidade de saúde após o atendimento médico, de enfermagem ou odontológico, constituindo-se numa oportunidade de realizar uma adequada orientação ao mesmo em relação à prescrição, evitando-se ou reduzindo-se riscos ou falhas relacionadas à terapêutica medicamentosa (ALENCAR et al., 2011). É importante que todos os profissionais envolvidos com a dispensação, farmacêutico e auxiliares de farmácia, sejam treinados para assegurar uma boa comunicação com o paciente e otimizar os benefícios no atendimento.

Ressalta-se que, em virtude da rotina do serviço, o tempo para dispensação dos medicamentos torna-se reduzido e as informações repassadas, em muitos casos, são superficiais. Para dar seguimento ao processo de dispensação, uma atividade que a complementa é a orientação farmacêutica, que corresponde a um serviço de orientar o paciente quanto ao correto uso dos medicamentos, identificando-se previamente a farmacoterapia do paciente, para realizar as intervenções nos pontos avaliados com algum problema.

A orientação farmacêutica mostra-se relevante, pois é fundamental que o tratamento proposto atinja os objetivos desejados e, para tanto, o paciente precisa receber informações sobre as possíveis reações adversas dos medicamentos, as interações com outros medicamentos e com alimentos, a importância sobre a manutenção do tratamento durante o período definido, e a compreensão correta do esquema terapêutico (SANTOS & NITRINI, 2004). A dispensação de medicamentos seguida de orientação farmacêutica torna possível a promoção do seu uso racional, pois considerando que os mesmos também podem causar danos à saúde, o procedimento adquire um caráter de serviço de saúde, pois oferece, além do medicamento, as informações necessárias para o seu uso adequado (ANGONESI, 2008).

Ressalta-se que a orientação farmacêutica é uma atividade de natureza complexa, pois envolve essencialmente as relações interpessoais, e os fatores intrínsecos ao paciente, como estilo de vida, uso álcool e drogas, podem interferir no processo. No entanto, o profissional farmacêutico tem papel relevante sendo imprescindível seu envolvimento no estabelecimento da relação de confiança entre o paciente e o serviço, permitindo assim o estabelecimento do diálogo (ARAÚJO, 2008). A OMS preconiza que o farmacêutico destine à orientação, pelo menos três minutos por paciente. No entanto, para que isso ocorra, a farmácia deve apresentar estrutura física adequada e, os profissionais envolvidos, principalmente o farmacêutico, devem contar com um programa de educação continuada, com enfoque na qualificação para orientação aos pacientes.

Completando os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, pode-se destacar o seguimento farmacoterapêutico, uma importante atividade para atender às necessidades de pacientes que requerem um cuidado maior em relação à utilização de medicamentos.

O seguimento farmacoterapêutico compreende o processo no qual o farmacêutico realiza o acompanhamento farmacológico do paciente tendo como principais objetivos responsabilizar-se junto ao paciente para que o medicamento prescrito seja utilizado na posologia correta, resultando no efeito terapêutico desejado, e detectar ao longo do tratamento possíveis problemas relacionados com o medicamento, tais como reações adversas, que possam ser resolvidos de imediato (ARAÚJO, 2005).

Para a realização do seguimento farmacoterapêutico, o farmacêutico deverá realizar acompanhamento criterioso dos tratamentos medicamentosos propostos para os pacientes. A preferência deve ser dada aos pacientes que apresentam problemas na adesão ao tratamento, co-morbidades e/ou fazem uso de um quantitativo elevado de medicamentos. A abordagem ao paciente pode ser realizada pelo farmacêutico através de entrevista composta pela apresentação, anamnese farmacológica, avaliação das informações obtidas e o desenvolvimento do processo educativo, de orientação ao paciente. Todas as informações obtidas e as propostas de intervenção farmacêutica para o tratamento do paciente devem ser registradas, para que seja avaliada a evolução do paciente durante o processo, especialmente nos casos em que forem detectadas reações adversas ou problemas relacionados à má adesão medicamentosa (ANGONESI, 2008).

Salienta-se que, para o desenvolvimento do seguimento farmacoterapêutico junto aos pacientes, a participação ativa do profissional farmacêutico é fundamental, visto que suas práticas contribuem com os demais profissionais da equipe multidisciplinar, uma vez que colaboram para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos (CANABARRO & HAHN, 2009). Isso demonstra a relevância dos serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, tendo em vista que assumem como ponto central o cuidado aos pacientes e contribuem para a melhoria dos indicadores de saúde da população.

Vale ressaltar que em torno da discussão sobre as atividades que compõem a Assistência Farmacêutica, a utilização de denominações diferentes por outros autores. Araújo et. al. (2005) define a Assistência Farmacêutica em duas áreas imbricadas, porém distintas, onde uma está relacionada à tecnologia da gestão, focada na garantia da promoção do acesso aos medicamentos, e a outra está relacionada com a tecnologia do

uso do medicamento, na qual o objetivo final é o uso correto e efetivo dos medicamentos.

A tecnologia de gestão está relacionada com as atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, e a tecnologia de uso do medicamento está relacionada com a disponibilização do medicamento ao paciente através de uma dispensação orientada, e requer a criação do vínculo entre os pacientes e os profissionais (ARAÚJO, 2005). Fazendo-se um comparativo com as definições das atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica propostas pelo Ministério da Saúde através das diretrizes de estruturação e qualificação deste serviço no SUS, percebe-se equivalência entre as mesmas. Portanto, é possível referir-se aos serviços técnico-gerenciais como sinônimo da tecnologia da gestão, assim como os serviços técnico-assistenciais como sinônimo da tecnologia do uso do medicamento.

A Assistência Farmacêutica é uma das áreas mais críticas da assistência à saúde, pois a falta de medicamentos compromete a resolutividade dos serviços, podendo ocasionar complicações à saúde dos pacientes, e provável aumento dos custos para o sistema de saúde (MEROLA, 2008). Portanto, é necessário que as ações da Assistência Farmacêutica sejam planejadas, já que visa o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, tendo o medicamento como insumo principal.

Vale salientar que, para que tenha efetividade, a Assistência Farmacêutica deve contar com profissionais capacitados e comprometidos com o adequado funcionamento, compondo assim a rede dos serviços de saúde. Nesse contexto, o profissional responsável por coordenar e desencadear o desenvolvimento deste serviço é o farmacêutico. Este profissional deve estar inserido na equipe multidisciplinar de saúde promovendo a utilização adequada e segura dos medicamentos por parte da população, visto que é o profissional detentor privilegiado do conhecimento sobre o medicamento (ARAÚJO et.al., 2005). O farmacêutico é capaz de compreender os princípios de garantia de qualidade aplicados aos medicamentos, de conhecer as atividades que compõem a Assistência Farmacêutica, de deter e disponibilizar informações técnicas sobre os medicamentos, de aconselhar pacientes, além de constituir a interface entre a prescrição e a dispensação dos medicamentos (OMS, 2004).



Considerando os aspectos descritos, relacionados com a prática do profissional farmacêutico para garantir a efetivação da Assistência Farmacêutica, percebe-se a sua importância na consolidação deste serviço de saúde. Sendo assim, o farmacêutico deve se mostrar atuante, liderando todo o processo de reorientação dos serviços de Farmácia, envolvendo os profissionais de saúde, além da comunidade (VIEIRA, 2007), com vistas ao fortalecimento da Assistência Farmacêutica, na promoção do uso racional dos medicamentos. É importante destacar também que os gestores representam fator determinante para que as ações da Assistência Farmacêutica sejam efetivadas, pois são responsáveis por viabilizar os recursos financeiros, humanos e materiais, para que o planejamento dessas ações seja concretizado.

### **2.3. Avaliação de serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde**

Avaliar consiste em fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (Contandriopoulos et al, 1997). Segundo este autor, os objetivos de uma avaliação podem ser classificados em quatro tipos: 1. Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; 2. Fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer; 3. Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; 4. Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

A avaliação pode ser definida como normativa ou como uma pesquisa avaliativa, sendo que a avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando-se os recursos empregados para a sua operacionalização com critérios e normas. Já a pesquisa avaliativa trata de construir, a partir de um quadro teórico referencial, os parâmetros de referência para o processo avaliativo, viabilizando o estabelecimento de novos critérios e normas relativas à intervenção avaliada (Contandriopoulos et al., 1997).

Alguns aspectos são destacados por Donabedian (2003) como fundamentais para a realização de estudos de avaliação em serviços de saúde tais como a definição da abordagem, critério e padrão. A abordagem é definida pela tríade estrutura-processo-resultado, sendo que a estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais existentes, o processo diz respeito a tudo o que medeia a relação profissional-usuário, e o resultado está relacionado com o produto das ações, bem como a modificação do estado de saúde dos indivíduos e da população.

Nos estudos de avaliação, a abordagem estrutura é utilizada para designar as condições em que os cuidados são prestados, em relação aos recursos materiais, como instalações e equipamentos, aos recursos humanos, tais como o número, variedade e qualificação dos profissionais e pessoal de apoio, e às características organizacionais, como a conformação das equipes de profissionais, a presença de ensino e pesquisa, tipos de supervisão, planos de carreiras e salário (Donabedian, 2003a).

Donabedian (2003a) considera que a estrutura tem uma influência importante sobre a forma como os profissionais desenvolvem seus processos de trabalho e, conseqüentemente, sobre a qualidade do atendimento oferecido no serviço. Portanto, entende que a estrutura poderia ser um dos determinantes da qualidade dos cuidados que os serviços de saúde devem oferecer aos usuários, destacando-se que alguns atributos de estrutura são mais facilmente observáveis e mais facilmente documentados.

O processo se refere às atividades que constituem os cuidados de saúde, tais como diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente, sendo geralmente realizadas por profissionais habilitados, e contando com as contribuições dos usuários e suas famílias. As características detalhadas dos processos de cuidados de saúde podem fornecer julgamentos sobre a qualidade do atendimento, visto que "a qualidade do atendimento" pode ser entendida como "qualidade do processo de cuidado". Porém, ressalta que não necessariamente, esta qualidade é inerente às características do próprio processo, pois depende de diversos fatores, tais como os inerentes aos profissionais envolvidos. Destaca-se que os processos de atendimento, por estarem ocorrendo continuamente, podem oferecer indicações de qualidade atuais, ou até imediatas (Donabedian, 2003a).

Segundo Donabedian (2003a), critérios e padrões são veículos pelos quais os conceitos gerais e atributos de qualidade são traduzidos para as medições reais. Critério corresponde a um atributo de estrutura, processo ou resultado que é usado para desenhar uma inferência sobre a qualidade, e padrão significa uma medida quantitativa especificada de magnitude ou frequência que expressa o que é bom ou nem tanto. Além disso, destaca que cada critério é acompanhado por um padrão a ele relacionado, os quais devem ser especificados de maneira que seja fácil e preciso de medir.

De acordo com Rossi & Freeman (2004), a definição de critérios para estudos de avaliação é relevante, pois realizar uma avaliação significa não somente descrever o desempenho do programa ou serviço, mas também avaliar se é satisfatório ou não. Para tanto, é necessário estabelecê-los, pois servirão como referência para o estabelecimento dos padrões que se deseja alcançar. Outro aspecto importante destacado por esses autores, diz respeito aos estudos de avaliação de processo, destacando-se como atividade essencial a documentação sistemática e contínua dos aspectos-chave de

desempenho do programa ou serviço avaliado, verificando-se se o programa está funcionando como pretendido ou de acordo com algum padrão definido.

A definição dos critérios e padrões deve resultar na elaboração da imagem-objetivo da avaliação, a qual deve servir de referência para novos estudos. Para a definição da imagem-objetivo são amplamente utilizadas técnicas de obtenção de consenso, realizadas entre grupos de especialistas no tema abordado, sendo o método Delfos uma dessas técnicas. O método Delfos é realizado utilizando-se questionários, respondidos individualmente por especialistas selecionados, onde as respostas obtidas são tratadas estatisticamente e repassadas aos participantes. Posteriormente, realiza-se uma segunda rodada de questionários, onde os participantes podem manter ou modificar as respostas anteriores, e realiza-se então um segundo tratamento estatístico. Novas rodadas de questionários e análises devem ser realizados até que seja obtido um grau de consenso considerado satisfatório (SOUZA, L.E.P.F. et.al., 2009).

Esses aspectos conceituais são relevantes para a compreensão acerca do estudo realizado, o qual se refere à avaliação de estrutura e processo de trabalho da Assistência Farmacêutica na atenção primária no cuidado ao paciente com tuberculose. Pesquisando-se estudos de avaliação da Assistência Farmacêutica com enfoque para os serviços de atenção primária, podem ser destacados alguns autores importantes.

Canabarro & Hahn (2009) realizaram estudo de avaliação das condições de armazenamento e dispensação de medicamentos na Estratégia de Saúde da Família, destacando inclusive a escassez de estudos com esta temática. Estes autores verificaram problemas em relação ao acesso dos medicamentos pela população em virtude do desabastecimento periódico de produtos essenciais, pela ausência do profissional qualificado, o farmacêutico, ressaltando que essas atividades eram desempenhadas por profissionais enfermeiros ou médicos. Tal situação obrigava a população a buscar os medicamentos fora do seu território, sendo este um fator desfavorável para a promoção do acesso aos mesmos. Por fim, o estudo destacou necessidade da inserção do farmacêutico na saúde da família, no sentido de assegurar a continuidade e qualidade dos medicamentos, bem como a sua dispensação adequada à população.

Em estudo de avaliação realizado por Araújo et. al. (2005), verificou-se que os profissionais farmacêuticos nos serviços de farmácia do SUS centravam suas atividades

nas ações relacionadas com os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, ou como definido pelo autor, na tecnologia de gestão do medicamento, no sentido de disponibilizar e promover o acesso da população ao mesmo. Inclusive nas atividades de orientação ao paciente, verificou-se a predominância de informações relacionadas com o controle quantitativo do medicamento.

Outro estudo importante, realizado por Barreto & Guimarães (2010), avaliou a organização da Assistência Farmacêutica na atenção básica no âmbito da gestão, destacando problemas importantes na execução desses serviços em dois municípios baianos. Verificou-se a ausência do profissional farmacêutico para operacionalizar atividades importantes como a programação e a dispensação de medicamentos, fator este que comprometia o desenvolvimento da assistência farmacêutica no SUS municipal do estado da Bahia. Além disso, verificaram também fragilidades nas articulações intra-setoriais, representando um baixo grau de inter-relação dos serviços de Assistência Farmacêutica com os demais, o que representa dificuldades também para executar as ações inerentes a estes serviços.

Correia et.al. (2009), realizaram estudo definindo-se indicadores para avaliação da Assistência Farmacêutica através de técnicas de consenso, no qual ficou evidenciado o desafio na definição desses indicadores baseada na combinação da fundamentação teórico-científica com métodos de consenso existentes. Destacou ainda que mesmo cientes da necessidade de avaliação de serviços, ainda são poucos os municípios brasileiros que fazem avaliação contínua da Assistência Farmacêutica, e os trabalhos nesta área, muitas vezes, são pontuais, avaliando-se somente alguns componentes deste serviço.

Diante do exposto, verifica-se a importância para a ampliação de estudos de avaliação dos serviços de Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde, no sentido de favorecer a sua qualificação. Considerando que o estudo proposto tem o enfoque para o cuidado ao paciente com tuberculose, a sua relevância é destacada, visto que a promoção do acesso e utilização adequada dos medicamentos são características essenciais para promover o cuidado, e conseqüente cura, dos pacientes com a doença.

### **3. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO**

- ✓ Em que medida os serviços farmacêuticos estão organizados para assegurar o cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de atenção primária à saúde no município de Salvador, Bahia?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo Geral:**

- ✓ Avaliar o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica no cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de atenção primária à saúde no município de Salvador – Bahia em 2013.

### **4.2. Objetivos específicos:**

- ✓ Caracterizar os serviços de Assistência Farmacêutica na atenção básica do município em relação ao cuidado com o paciente com tuberculose;
- ✓ Aferir a suficiência de estrutura para o funcionamento dos serviços farmacêuticos em unidades de atenção primária à saúde que dispõem de tratamento para o controle da tuberculose;
- ✓ Analisar o processo de trabalho dos serviços farmacêuticos em unidades de atenção primária à saúde para favorecer o cuidado ao paciente com tuberculose.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. Desenho do estudo**

Foi realizado um estudo de avaliação de estrutura e processo de trabalho para o desenvolvimento dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no Município de Salvador. A abordagem sobre a estrutura se deu a partir da avaliação da infraestrutura dos serviços, e a abordagem sobre o processo de trabalho correspondeu à avaliação das ações e práticas desenvolvidas pelos profissionais farmacêuticos para assegurar o cuidado ao paciente com tuberculose, essencialmente as ações de dispensação de medicamentos, orientação farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico.

### **5.2. Local do estudo**

O estudo foi realizado no município de Salvador, capital do Estado da Bahia, que tem população aproximada de 2,7 milhões de habitantes (IBGE, 2010). O município, de acordo com o Plano Diretor Regional – PDR/BA vigente, está inserido na macrorregião Leste, na qual é município polo para os serviços de saúde à população, e compõe nesta macrorregião, junto a outros nove municípios, a microrregião de Salvador (SESAB, 2013). Além disso, por contar com uma rede assistencial de maior porte, dispõe de diversos serviços de saúde como referência para os demais municípios do Estado.

A rede assistencial de Salvador é composta por serviços de saúde sob a gestão do setor público – municipal, estadual e federal –, e sob a gestão do setor privado. Tais serviços estão inseridos em todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção primária aos cuidados em âmbito ambulatorial e hospitalar, os quais representam a média e alta complexidade.

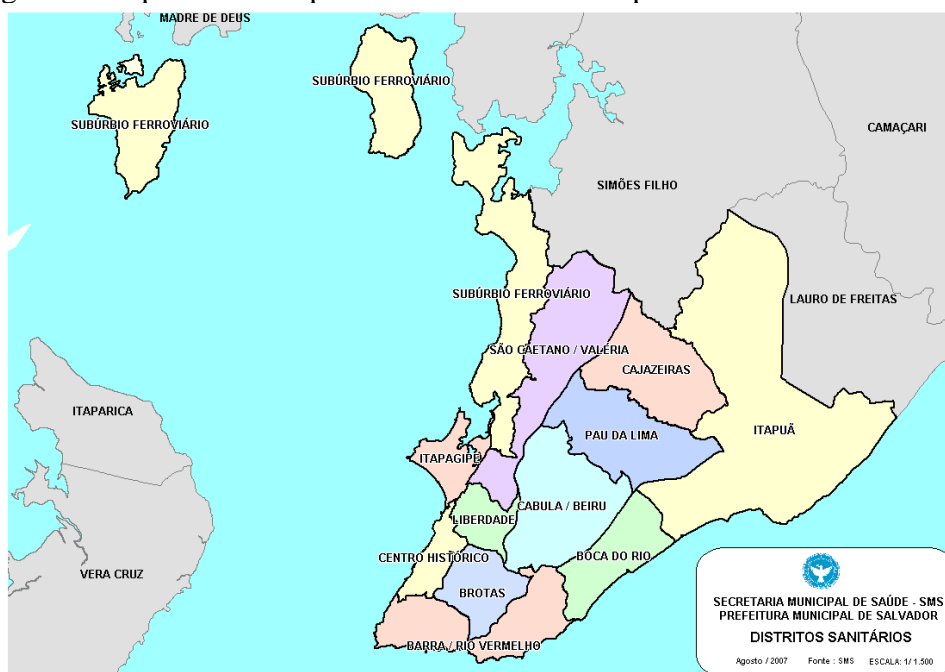
Em relação à rede hospitalar gerida pelo setor público, 14 unidades hospitalares estão sob a responsabilidade estadual e 03 unidades sob a responsabilidade federal. Os demais hospitais, cerca de 40 unidades, estão inseridos na rede privada. A rede



ambulatorial de média complexidade encontra-se, em sua maior parte, representada pelas clínicas médicas, sob a gestão do setor privado (MS, 2013).

As unidades de atenção primária à saúde (APS) estão sob a gestão do setor público, especificamente na esfera municipal. No Município de Salvador os serviços são organizados em 12 Distritos Sanitários, que coordenam as ações de saúde, onde se incluem as unidades de Atenção Primária à Saúde (Figura 1).

Figura 1: Mapa do município de Salvador definido pelos 12 Distritos Sanitários



Fonte: PMS-SSA 2010-2013 (Elaborado por SILVA, Matheus Luis)

A rede de atenção primária à saúde do município é composta por 115 unidades, dentre elas, Centros de Saúde (CS), Postos Médicos, Unidades Básicas de Saúde (UBS), e Unidades de Saúde da Família (USF). Em relação ao cuidado ao paciente com tuberculose, de acordo com informações obtidas através da Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, das 115 unidades, 81 realizam dispensação dos medicamentos para o tratamento da tuberculose e, dessas, 24 contam com o profissional farmacêutico em uma estrutura de farmácia para realizar a dispensação dos mesmos. A distribuição desses serviços é descrita na tabela 1, a seguir:

**Tabela 1.** Número total e por tipo de unidades de saúde de atenção primária à saúde (APS), e número e percentual de unidades que fazem dispensação de medicamentos para tuberculose (TB) e dispõem de farmacêutico, por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2013

Distrito Sanitário	Nº Unidades de Saúde APS			Nº e % Unidades dispensadoras de medicamentos TB	Nº e % Unidades dispensadoras com farmacêutico
	TOTAL	CS/ Posto/ UBS	PSF		
Barra/ Rio Vermelho	9	5	4	7 (77,7)	3 (42,8)
Boca do Rio	5	3	2	4 (80,0)	1 (25,0)
Brotas	5	4	1	3 (60,0)	1 (33,3)
Cabula/ Beiru	17	14	3	9 (52,9)	3 (33,3)
Cajazeiras	8	1	7	7 (87,5)	0 (0,0)
Centro Histórico	9	7	2	9 (100,0)	4 (44,4)
Itapagipe	5	3	2	3 (60,0)	1 (33,3)
Itapuã	7	4	3	5 (71,4)	3 (60,0)
Liberdade	5	3	2	4 (80,0)	4 (100,0)
Pau da Lima	10	9	1	3 (30,0)	2 (66,6)
São Caetano/ Valéria	11	4	7	8 (72,7)	1 (12,5)
Subúrbio Ferroviário	24	5	19	19 (79,2)	1 (5,3)
<b>TOTAL</b>	<b>115</b>	<b>62</b>	<b>53</b>	<b>81 (70,0)</b>	<b>24 (29,6)</b>

Fonte: SMS-Salvador, 2013

O principal enfoque para o controle da doença é a descentralização do cuidado para os serviços de atenção primária à saúde. De forma complementar à rede de APS, é preconizada, através das diretrizes estabelecidas pelo PNCT, a existência de unidades de referências secundária e terciária, para os casos de resistência e/ou multirresistência aos medicamentos que compõem o esquema terapêutico preconizado (BRASIL, 2011a). Em Salvador, são definidas como referências secundárias três unidades: um centro de saúde da rede municipal, um instituto filantrópico e um hospital especializado da rede estadual, sendo este último, também, referência terciária para todo o Estado da Bahia (BAHIA, 2012).

### 5.3. Procedimentos de seleção da unidade de análise

A unidade de análise nesse estudo correspondeu aos serviços de Assistência Farmacêutica de unidades de atenção primária à saúde com desenvolvimento de ações

de controle de tuberculose, bem como disponibilização dos medicamentos aos pacientes, contando-se com a presença do profissional farmacêutico.

Para a realização do estudo, foram selecionadas unidades de saúde considerando-se a magnitude em relação ao número de casos notificados de tuberculose, bem como a consolidação das ações de Assistência Farmacêutica para o cuidado ao paciente com tuberculose. As informações relacionadas com a magnitude do número de casos notificados da doença foram obtidas através do Tabnet Salvador (SMS-Salvador, 2013b) e, após consulta e colaboração do nível central da Assistência Farmacêutica, foram selecionadas duas unidades de saúde, unidades A e B, as quais apresentaram realidades distintas em relação à consolidação dos serviços farmacêuticos. A unidade A encontrava-se em fase inicial de consolidação dos serviços farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose, e a unidade B encontrava-se com estes serviços consolidados.

#### **5.4. Definição de critérios e padrões**

Foram definidos critérios e padrões para avaliação, a partir da proposta de indicadores disponíveis no método para aplicação do planejamento da Assistência Farmacêutica – Planejar é Preciso (Brasil, 2006a) e dos estudos de Barreto & Guimarães (2010) e Correia et. al. (2009). Para avaliação da estrutura foram definidos três critérios: instalações prediais, recursos materiais e recursos humanos (Quadro 1). Para avaliação de processo de trabalho, os critérios foram agrupados em duas dimensões; serviços farmacêuticos técnicos-gerenciais e serviços farmacêuticos técnico-assistenciais (Quadro 2).

Foram definidos três critérios na dimensão técnico-gerencial: programação para solicitação de medicamentos, forma de organização dos medicamentos, e registro e conferência de controle de estoque (registro de informações). Na dimensão serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, foram definidos os seguintes critérios: entrega do medicamento ao paciente conforme prescrição, fornecimento de informações aos pacientes sobre o uso de medicamentos, fornecimento de informações sobre possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) e interações, realização de anamnese, registro e preenchimento do prontuário, intervenção farmacêutica, interação/ articulação do

profissional farmacêutico com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose e relação do farmacêutico com os níveis da gestão.

Após elaboração dos critérios e padrões, foi necessário atribuir pesos aos mesmos, com o propósito de quantificar os dados obtidos nas entrevistas e observação sistemática, o que assegurou melhor qualidade na análise e discussão dos resultados. Foi utilizada técnica de consenso, para a atribuição dos pesos aos critérios, obedecendo-se aos seguintes passos:

### **Etapa I**

- a. Elaboração de um instrumento com os critérios, indicadores e parâmetros de estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos e do contexto da gestão no cuidado ao paciente com tuberculose;
- b. Distribuição do instrumento entre 16 especialistas, profissionais farmacêuticos do nível central da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, e que também atuam ou já atuaram em serviços farmacêuticos de unidades básicas de saúde;
- c. Atribuição de pesos a cada indicador, pelos especialistas de acordo com o seu conhecimento e a sua experiência, considerando a seguinte codificação:
  - **Peso 4:** Imprescindível para o funcionamento do serviço;
  - **Peso 3:** Necessário, e sua inexistência interfere no funcionamento do serviço;
  - **Peso 2:** Necessário, porém a sua inexistência não é motivo para o serviço não funcionar.

Após obtenção das respostas dos especialistas, comentários e sugestões de alguns deles, verificou-se a necessidade de reformulação do instrumento, pois alguns itens avaliados se apresentaram em duplicidade para alguns parâmetros estabelecidos, o que acarretaria em possíveis vieses no processo de avaliação proposto. Dessa forma, foi reformulado o instrumento, e realizada uma segunda etapa da técnica para o consenso.

## **Etapa II**

- a. Elaboração de novo instrumento, a partir da discussão do instrumento anterior, sendo estabelecidos como itens para julgamento, todos os critérios e padrões de estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos técnico-assistenciais e técnico-gerenciais no cuidado ao paciente com tuberculose;
- b. Distribuição do instrumento entre 18 especialistas, profissionais farmacêuticos do nível central da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, e que também atuam ou já atuaram em serviços farmacêuticos de unidades básicas de saúde. Neste grupo foram incluídos os mesmos profissionais da primeira etapa e dois novos profissionais, que se disponibilizaram a participar do processo;
- c. Atribuição de pesos a cada critério e padrão, pelos especialistas de acordo como o seu conhecimento e a sua experiência, considerando a mesma codificação utilizada na etapa anterior.

Após a obtenção dos pesos atribuídos pelos especialistas, as informações foram tabuladas, e o método de cálculo escolhido para o referido consenso foi a utilização da moda estatística, onde foi adotado, para cada critério, o peso mais citado entre os 18 participantes. Dessa forma, foi estabelecida a imagem-objetivo com os critérios, padrões e respectivos pesos atribuídos, para a realização do estudo, os quais são descritos a seguir nos quadros 1 e 2.

**Quadro 1:** Critérios e padrões de **estrutura:** Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais

Critérios	Padrões	Peso
<b>Instalações Prediais</b>	01 Sala contendo espaço suficiente para armazenamento dos medicamentos; 01 Sala contendo espaço suficiente para dispensação dos medicamentos; 01 Sala contendo espaço suficiente para realizar orientação farmacêutica junto aos pacientes; Ambiente climatizado com ar-condicionado, com temperatura e umidade nos parâmetros adequados (temperatura entre 15 a 30°C, e umidade relativa em até 70%).	4
<b>Recursos Materiais</b>	<u>- Equipamentos e mobiliários:</u>  Pallets, estantes e/ou armários; Geladeira para acondicionamento, exclusiva, dos medicamentos termolábeis; 01 estação de atendimento (guichê) para cada auxiliar; 01 computador com internet por estação de atendimento; 01 cadeira por estação de atendimento para o atendente; Escaninhos e prateleiras para acondicionar os medicamentos; 01 mesa para cada sala; 01 cadeira para o farmacêutico; 01 cadeira para o paciente na sala de orientação farmacêutica; 01 computador com internet na sala de orientação farmacêutica.	4
	<u>- Material técnico e software disponível para suporte ao serviço:</u>  01 Formulário Nacional Terapêutico; 01 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; 01 Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil; 01 Manual de Boas Práticas de Armazenamento; 01 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); Sistema/ software utilizado para gerenciamento dos estoques dos medicamentos e registro de dispensação dos medicamentos aos pacientes.	3
<b>Recursos Materiais</b>	<u>- Material educativo para os pacientes:</u>  Cartilhas, folhetos, folders elaborados pelas áreas técnicas envolvidas (Assistência Farmacêutica e Programa de Controle da Tuberculose) para orientação aos pacientes na adesão ao tratamento da tuberculose.	2

<b>Recursos Humanos</b>	01 profissional farmacêutico, para atendimento aos pacientes com tuberculose, em todo o horário de funcionamento da unidade;	4
	01 auxiliar administrativo por guichê.	3

**Quadro 2:** Critérios e padrões de **processo de trabalho** dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA

<b>Dimensões</b>	<b>Critérios</b>	<b>Padrões</b>	<b>Peso</b>
Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais	Programação para solicitação de medicamentos	Programação mensal, utilizando método de programação de medicamentos: - Utilização do método Consumo Histórico - Utilização de métodos Perfil Epidemiológico ou Oferta Ajustada	4
	Forma de organização dos medicamentos	- Conferência dos medicamentos no recebimento da programação mensal; - Organização dos medicamentos em pallets, estantes e/ou armários; - Acondicionamento adequado dos medicamentos termolábeis em geladeira; - Medicamentos identificados com nome da substância, dosagem, apresentação, lote e data de validade; - Conservação dos medicamentos em condições adequadas para assegurar as características físico-químicas dos mesmos.	4
	Registro e conferência de controle de estoque (registro de informações)	- Conferência, registro e controle da movimentação física, de entrada e saída, dos medicamentos, de forma sistemática; - Utilização de sistema informatizado.	3

## Serviços farmacêuticos técnico-assistenciais

Entrega do medicamento ao paciente conforme prescrição	- Leitura da prescrição para o paciente em todas as dispensações.	3
Fornecimento de informações aos pacientes sobre o uso de medicamentos	- Orientação sobre a utilização dos medicamentos, como modo de uso, via de administração, posologia e horário de uso em todas as dispensações.	4
Fornecimento de informações sobre possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) e interações	- Orientação para todos os pacientes, sobre as possíveis reações adversas e interações medicamentosas, na primeira dispensação de cada esquema terapêutico.	3
Realização de anamnese	- Aplicação de entrevista aos pacientes para obter informações sobre as características intrínsecas, estilo de vida, patologias e tratamentos coexistentes na admissão do paciente.	3
Registro e preenchimento do prontuário	- Prontuário preenchido com as informações obtidas e atualizadas em todas as dispensações.	4
Intervenção farmacêutica	- Identificação de problemas relacionados a medicamentos e execução de plano de intervenção farmacêutica, quando necessário.	3
Interação/ articulação do profissional farmacêutico com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose	Existência de mecanismos junto aos demais profissionais envolvidos no controle da tuberculose para resolução de problemas dos pacientes	3
Relação do farmacêutico com os níveis da gestão	Existência de comunicação do profissional farmacêuticos com o nível da gerência da UBS, e o nível central da SMS para resolução de problemas técnico-gerenciais	3



### 5.5. Procedimentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas e de observação sistemática guiada por roteiro, no período de dezembro-2013 a abril-2014. Na Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica foram entrevistados os dois profissionais farmacêuticos responsáveis pela gestão do componente estratégico da Assistência Farmacêutica, onde se incluem as ações de controle da tuberculose. Em relação às unidades A e B, foram entrevistados todos os farmacêuticos atuantes, sendo dois profissionais em cada unidade, seus respectivos gerentes e grupos de pacientes atendidos nas mesmas, sendo seis pacientes em cada, correspondendo a uma amostra por conveniência. Para a composição dos grupos de pacientes foi definido como critério estar em uso do esquema básico (fase I ou II) do tratamento de tuberculose, excluindo-se aqueles que estivessem realizando quimioprofilaxia, priorizando-se os dias de maior número de atendimentos aos pacientes com tuberculose.

Os roteiros utilizados para a realização dessas entrevistas constam nos apêndices I, II, III e IV e o quadro 3 apresenta a forma que os entrevistados foram denominados.

**Quadro 3. Grupos de entrevistados: profissionais e pacientes**

<b>Local de Entrevista</b>	<b>Entrevistados</b>
AF Nível Central – Gestão	Gestor AF 1
	Gestor AF 2
Unidade A	Gerente A
	Farmacêutico 1 A
	Farmacêutico 2 A
	Usuário 1 A
	Usuário 2 A
	Usuário 3 A
	Usuário 4 A
	Usuário 5 A
	Usuário 6 A
Unidade B	Gerente B
	Farmacêutico 1B
	Farmacêutico 2B
	Usuário 1B
	Usuário 2B
	Usuário 3B
	Usuário 4B
	Usuário 5B
	Usuário 6B

Em relação aos profissionais do nível central, foram entrevistados dois farmacêuticos, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, com faixa etária entre 27 e 58 anos, e variação de tempo de formação entre 3 e 31 anos, com especializações nas áreas de Farmacologia Clínica e Análises Clínicas, e tempo de experiência na gestão entre um e dez anos.

Quanto aos farmacêuticos das unidades, foram entrevistados quatro profissionais, sendo um do sexo masculino e três do sexo feminino, com faixa etária entre 25 a 54 anos, com variação de tempo de formação entre 02 a 32 anos, com especializações nas áreas de Gestão em Saúde, Farmácia Hospitalar, Administração Hospitalar e mestrado em Nutrição, tempo de experiência na Atenção Básica entre 1 a 12 anos, e tempo de experiência nas respectivas unidades entre 1 a 11 anos.

No que diz respeito aos gerentes, foram entrevistados dois profissionais, sendo um enfermeiro com especialização em UTI e Emergência, com um ano de experiência na APS, que corresponde ao tempo que possui à frente da gerência da unidade (Gerente A), e um médico com especialização em Cirurgia, com dez anos de experiência na APS, nove anos como responsável pela gerência da unidade B.

Em relação aos usuários, foram entrevistados doze, sendo seis na unidade A e seis na unidade B. Desse total, sete foram do sexo masculino e cinco do sexo feminino, apresentando uma variação de idade entre 22 a 59 anos, e em relação ao grau de instrução, verificou-se variação entre ensino fundamental, ensino médio, superior incompleto e superior completo (Quadro 4). Ressalta-se que deste grupo de pacientes, dois residem em bairros pertencentes ao distrito sanitário em que a unidade de saúde que são atendidos está inserida. Os demais residem em bairros pertencentes a outros distritos sanitários, inclusive um paciente reside em município da Região Metropolitana de Salvador. Todos os pacientes foram tratados nas unidades com o esquema básico para a tuberculose, com exceção de uma paciente que apresentou reações alérgicas ao referido esquema, e necessitou utilizar esquemas alternativos.

**Quadro 4.** Perfil de idade, sexo e escolaridade dos usuários entrevistados

<b>Usuários</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridade</b>
Usuário 1 A	59	Masculino	Ensino Fundamental
Usuário 2 A	30	Feminino	Superior Completo
Usuário 3 A	47	Masculino	Ensino Médio
Usuário 4 A	42	Feminino	Superior Completo
Usuário 5 A	35	Masculino	Ensino Médio
Usuário 6 A	49	Masculino	Ensino Médio
Usuário 1B	37	Masculino	Superior Incompleto
Usuário 2B	52	Masculino	Ensino Médio
Usuário 3B	22	Feminino	Ensino Médio
Usuário 4B	51	Masculino	Ensino Médio
Usuário 5B	26	Feminino	Ensino Médio
Usuário 6B	53	Feminino	Ensino Médio

Destaca-se que na unidade A, os usuários foram entrevistados no espaço reservado para a fila de espera de atendimento da farmácia, em um banco, sempre em momentos que a farmácia se encontrava com pouco movimento. Na unidade B, as entrevistas foram realizadas na sala de atendimento dos pacientes com tuberculose, sendo um espaço reservado.

A observação sistemática foi realizada através de um roteiro (apêndice V), o qual pontuou todos os aspectos relacionados com a infraestrutura das farmácias das unidades A e B, necessários para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos. Foram observados todos os critérios estabelecidos, registrando-se informações quanto à sua existência e suficiência, as quais foram julgadas pelo próprio pesquisador.

## **5.6. Processamento e análise de dados**

Os dados obtidos, tanto nas entrevistas quanto no roteiro de observação sistemática, foram tabulados, utilizando-se planilhas no software Excel. Foi elaborada uma matriz, especificando-se os critérios estabelecidos nos quadros 1 e 2, nos quais foram registradas as informações pertinentes, obtidas na coleta. Esta matriz foi um instrumento norteador para a elaboração textual dos resultados encontrados na pesquisa realizada. Foi verificada a existência de possíveis discordâncias nas respostas obtidas entre os entrevistados nas unidades de saúde, confirmando-se que não houve

contradições. Dessa forma, nas duas unidades, A e B, as informações fornecidas pelos farmacêuticos, gerentes e usuários, coincidiram e se complementaram, possibilitando maior clareza na elaboração textual dos resultados.

A organização dos resultados, em formato de texto, viabilizou a sua análise de forma criteriosa, e possibilitou a avaliação quanto à existência e suficiência de estrutura e processo de trabalho nas farmácias das unidades A e B, para assegurar o cuidado ao paciente com tuberculose. Portanto, os critérios e padrões estabelecidos no estudo, tiveram pontuações atribuídas, em percentual, as quais posteriormente foram utilizadas para a elaboração de gráficos no formato radar. Estes gráficos permitiram a comparação entre as duas unidades, o que subsidiou a discussão dos resultados no trabalho realizado.

De forma geral, os critérios e padrões de estrutura foram pontuados observando-se a existência (pontuação = 100%) ou não (pontuação = 0), com exceção dos padrões relacionados com o critério instalações prediais, em que foram consideradas as condições dos espaços para o desenvolvimento do processo de trabalho, além dos padrões relacionados com o critério equipamentos e mobiliários (recursos materiais) em que foram observadas as condições de uso e funcionamento dos mesmos, inclusive as características ergonômicas dos móveis utilizados, justificando as pontuações variadas obtidas pelos mesmos.

Em relação aos critérios e padrões da abordagem processo de trabalho, os mesmos também foram pontuados considerando-se a existência (pontuação = 100%) ou não (pontuação = 0), ressaltando-se que houve a necessidade de considerar as condições para a realização das atividades relacionadas, o que justificou, em algumas situações, a ocorrência de pontuações variadas. Esse aspecto foi observado em critérios como forma de organização dos medicamentos, registro e conferência de controle de estoque, e aqueles relacionados com a entrega dos medicamentos, fornecimento de informações aos pacientes e intervenção farmacêutica.

Para o critério forma de organização dos medicamentos, considerou-se a estrutura existente para a sua realização, destacando-se que no padrão “Medicamentos identificados com nome da substância, dosagem, apresentação, lote e data de validade”, cada item descrito equivaleria a 20%, totalizando os 100% correspondente ao mesmo. Da mesma forma, para o critério registro e conferência de controle de estoque,

considerou-se no padrão “Conferência, registro, entrada e saída de medicamento” que cada item equivaleria a 25%, totalizando 100%.

Os critérios e padrões relacionados com entrega do medicamento ao paciente, fornecimento de informações sobre o uso, reações adversas e interações dos medicamentos, e intervenção farmacêutica, foram avaliados observando-se se eram realizados total ou parcialmente. Nesses casos, foram pontuados com 100% os critérios cumpridos para todos os pacientes, e pontuados com 50% quando cumpridos de forma parcial.

Destaca-se que, a partir das pontuações obtidas, foram calculados os percentuais totais para cada unidade, no sentido de responder à pergunta proposta no estudo sobre em que medida os serviços farmacêuticos estão organizados para assegurar o cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de atenção primária à saúde no município de Salvador-BA. Para este cálculo, levaram-se em consideração os pesos atribuídos aos critérios através do consenso realizado entre os 18 especialistas, onde a pontuação máxima a ser atingida na abordagem estrutura seria 20 pontos, e a pontuação máxima para a abordagem processo de trabalho seria 37 pontos. Foi definido que estrutura equivaleria a 40% e processo de trabalho, 60%, totalizando assim o percentual de 100%. Para os cálculos referidos, foram realizados os seguintes passos:

- Cálculo da pontuação final de cada critério, considerando o peso atribuído no consenso;
- Soma das pontuações dos critérios para cada abordagem – estrutura e processo de trabalho;
- Conversão das pontuações obtidas para estrutura e processo de trabalho, nos percentuais correspondentes, sendo respectivamente, 40% e 60%;
- Totalização desses percentuais, para demonstração do cumprimento dos critérios e padrões estabelecidos no estudo, entre as duas unidades avaliadas.

Após descrição dos resultados, atribuição das pontuações aos critérios e padrões e construção dos gráficos, foi realizada a discussão dos mesmos, a partir da síntese dos

principais achados, relacionando-os com os referenciais teóricos disponíveis. Foram aferidas as condições de estrutura e processo de trabalho para realização dos serviços farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose das unidades A e B, discutindo-se também a relação entre essas abordagens. Posteriormente, discorreu-se sobre as limitações do estudo, bem como os seus pontos positivos, e a proposição de hipóteses, finalizando-se com as recomendações.

### **5.7. Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sendo aprovado através do parecer consubstanciado do CEP nº 490.975 (ANEXO I). Foi solicitada a anuência do Secretário Municipal de Saúde, através de ofício (APÊNDICE VI) para a realização da coleta dos dados, a qual foi concedida conforme demonstrado no anexo II. As entrevistas foram realizadas após esclarecimento de cada informante quanto aos propósitos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo um termo específico para os profissionais e outro para os usuários (APÊNDICES VII e VIII).

## **6. RESULTADOS**

### **6.1. Características do nível central da Assistência Farmacêutica do município**

A Assistência Farmacêutica no nível central da Secretaria Municipal de Saúde está representada por uma Subcoordenadoria, inserida na Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde, a qual está subordinada à Diretoria Geral de Atenção à Saúde, que tem por finalidade formular políticas, planejar, coordenar, apoiar, monitorar e avaliar as ações e serviços de promoção e assistência à saúde no Município. A Subcoordenadoria de Assistência Farmacêutica é responsável por desenvolver atividades como: planejar, coordenar e avaliar as ações relacionadas a medicamentos e insumos de saúde; acompanhar o controle do estoque nas unidades e na Central de Abastecimento Farmacêutico; supervisionar as atividades realizadas pelos farmacêuticos distritais e unidades de saúde; desenvolver ações direcionadas para a qualidade de medicamentos e farmacovigilância; supervisionar e avaliar a aquisição, distribuição de materiais, insumos e equipamentos hospitalares para as unidades de saúde (SMS, 2014).

A Subcoordenadoria de Assistência Farmacêutica é composta por um coordenador e sete farmacêuticos. Dentre estes, dois farmacêuticos são responsáveis por avaliar e emitir pareceres aos processos administrativos encaminhados pelos pacientes; um farmacêutico é responsável por elaborar as respostas às ações judiciais; dois farmacêuticos são responsáveis pelo gerenciamento do SISFARMA e pelas questões relacionadas aos profissionais da rede; e dois farmacêuticos são responsáveis pelos programas estratégicos, como o de controle da tuberculose, gerenciando o programa no nível central e acompanhando as unidades, e também são responsáveis pela aquisição e entrega dos medicamentos de ação judicial.

Além disso, há a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), instituída em 2013, com composição ampliada na Secretaria, havendo reuniões mensais com a participação de pelo menos quatro farmacêuticos da Subcoordenadoria de Assistência Farmacêutica. Esta comissão apresenta caráter multidisciplinar e é responsável pela seleção dos medicamentos a serem disponibilizados nos serviços de saúde do município.

## 6.2. Características das unidades de atenção primária à saúde

As unidades onde foi realizado o estudo, unidade A e unidade B, são consideradas como referência para os respectivos distritos sanitários. A unidade A dispõe de atendimento ambulatorial e de diagnóstico e terapia, contando com serviços de atenção ao paciente com tuberculose, de pneumologia, de atenção ao pré-natal e à saúde reprodutiva, serviços de saúde bucal, vigilância em saúde e serviço de farmácia. Esta unidade conta com cerca de 62 (sessenta e dois) profissionais de saúde, onde se incluem os dois farmacêuticos que trabalham com carga horária de 20 horas semanais, sendo um no turno da manhã e o outro no turno da tarde.

A unidade B conta com serviços de atenção ao paciente com tuberculose, de pneumologia, de atenção ao pré-natal de risco habitual, serviços de saúde bucal, serviço de atenção psicossocial, serviço de controle do tabagismo, serviço de diagnóstico laboratorial e serviço de farmácia. O quadro pessoal é composto por cerca de 116 (cento e dezesseis) profissionais de saúde, onde se incluem os dois farmacêuticos, que trabalham em turnos opostos na farmácia.

As unidades A e B possuem um número variado de salas para o desenvolvimento dos serviços de saúde, incluindo-se os serviços farmacêuticos. O quadro 05 demonstra o número e tipo de salas utilizados para realização desses serviços.

**Quadro 5.** Número de salas segundo o tipo nas Unidades A e B. Salvador, 2013

Tipos de salas/ espaços	Nº de salas/ espaços	
	Unidade A	Unidade B
Clínicas básicas	5	10
Clínicas especializadas	2	1
Odontologia	1	2
Outros consultórios não médicos	8	11
Sala de curativo	1	1
Sala de enfermagem	1	4
Sala de imunização	1	1
Farmácia	1	1
SAME (Serviço de Prontuário de Paciente)	1	1
Central de Esterilização de materiais	1	1
Serviço Social	-	1
Sala de Nebulização	-	1

Fonte: MS, 2014



### 6.3. Características da Assistência Farmacêutica nas unidades da Atenção Primária à Saúde

6.3.1. Aspectos relacionados com a estrutura dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose

#### a) Instalações Prediais

O serviço farmacêutico da Unidade A funciona em um espaço único, onde são desenvolvidas todas as atividades da farmácia, além da área para acesso dos pacientes aos guichês de dispensação (Figura 2). A farmácia da unidade B é dividida em quatro espaços, a sala de armazenamento de medicamentos, a área de dispensação de medicamentos, a sala de orientação farmacêutica, e uma copa, além da área para acesso dos pacientes (Figura 3).

**Figura 2.** Planta da farmácia da unidade A

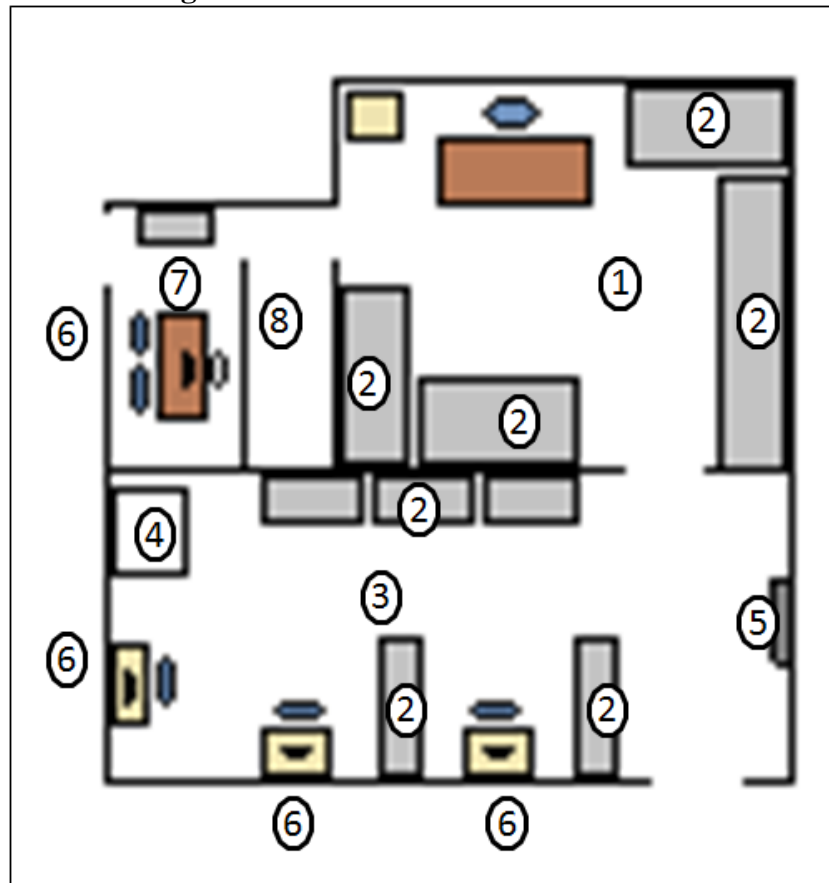


Fonte: figura elaborada pelo autor

#### **Legenda:**

- 1- Espaço para armazenamento e acondicionamento dos medicamentos para dispensação, com mesa e computador para o farmacêutico;
- 2- Prateleiras;
- 3- Espaço para dispensação dos medicamentos com bancada e três computadores;
- 4- Geladeira;
- 5- Ar-condicionado;
- 6- Área de acesso dos pacientes.

**Figura 3.** Planta da farmácia da unidade B



Fonte: figura elaborada pelo autor

**Legenda:**

- 1- Sala de armazenamento dos medicamentos com mesa, cadeira, armários e prateleiras;
- 2- Prateleiras;
- 3- Sala para dispensação dos medicamentos com três guichês e prateleiras com escaninhos para acondicionamento dos medicamentos;
- 4- Geladeira;
- 5- Ar-condicionado;
- 6- Área de acesso dos pacientes;
- 7- Sala de orientação farmacêutica, com mesa, cadeira e computador para o farmacêutico, cadeiras para os pacientes, e estante com materiais técnicos;
- 8- Copa.

i. Espaço para armazenamento e dispensação de medicamentos

A unidade A não apresenta espaço específico destinado ao armazenamento de medicamentos. Os medicamentos estão organizados em prateleiras seguindo-se a lógica de armazenamento, não havendo escaninhos identificados para a dispensação dos

mesmos. Dessa forma, as atividades de armazenamento e dispensação de medicamentos dividem o mesmo espaço, o qual é insuficiente para a alocação de prateleiras menores e mais próximas dos profissionais do atendimento, pois os mesmos já têm a sua circulação comprometida no setor.

Ressalta-se que para realizar a entrega dos medicamentos aos pacientes, há uma bancada com três computadores com internet e cadeiras para três atendentes. No entanto, pela inexistência das prateleiras menores com os escaninhos, os atendentes mantêm, nesta bancada, caixas menores dos medicamentos mais dispensados diariamente, para evitar levantar e circular na farmácia em todos os atendimentos. Relatos dos profissionais farmacêuticos da unidade A reforçam para as dificuldades enfrentadas em relação à estrutura física da farmácia:

“Em termos de estrutura física, a gente não tem estrutura adequada porque a gente não tem uma área de recebimento de medicamentos e uma área exclusiva para dispensação, a gente está fazendo tudo no mesmo lugar, e o espaço é pequeno, temos empilhar todas as coisas até o teto” (*Farmacêutico 2A*)

“Há dificuldade em relação ao layout da farmácia, que apesar de ter sofrido reforma há pouco tempo, não ajudou porque não foi consultada a parte técnica, como deveria, pra prestar o serviço”.

*Farmacêutico 1A*

Em relação à inexistência de sala específica para armazenamento, há relatos de um dos farmacêuticos que apontam sobre problemas que poderão ocorrer, principalmente para realizar a programação de medicamentos:

“Agora, vamos ter um problema devido ao espaço reduzido depois da reforma, pois vamos ter que aumentar o pedido mais ainda, porque depois da reforma aumentou o número de consultórios e conseqüente aumento de fluxo de pacientes na unidade. Esses pacientes vão vir pra a farmácia. Temos um problema pela questão do espaço de armazenamento”.

*Farmacêutico 2A*

No serviço da Unidade B, há uma sala de armazenamento separada da área de dispensação de medicamentos. O espaço reservado para armazenamento de medicamentos conta com estantes e armários. A área de dispensação dos medicamentos é destinada exclusivamente para esta atividade, contendo prateleiras com escaninhos organizados para acondicionamento dos medicamentos, mesas, cadeiras e computadores com internet para cada atendente, sendo três estações de atendimento em funcionamento.

## ii. Sala para orientação farmacêutica

A Unidade A não possui sala de específica para orientação farmacêutica. Quando há necessidade deste tipo de atendimento ao paciente com tuberculose, o farmacêutico deve se deslocar para a sala da enfermeira responsável pelo programa de tuberculose na unidade, e dividir o espaço com a mesma. Conforme relatos dos farmacêuticos da unidade, há dificuldades operacionais em virtude da inexistência desse espaço na farmácia:

“Isso é outra questão porque nós não temos um espaço para orientar o paciente, para atendimento e acompanhamento farmacoterapêutico também. Eu não consigo nem orientar quanto mais isso (o seguimento), pois a gente não tem esse espaço.” *Farmacêutico 2A*

“Não temos o espaço adequado pra desenvolver as atividades como a gente queria fazer. A gente queria selecionar esses pacientes, nem que fosse um grupo específico, pra trabalhar com eles. No caso de pacientes com tuberculose, ter uma área pra estar prestando uma orientação e um maior cuidado pra esses pacientes.” *Farmacêutico 1A*

Adicionalmente, a sala do programa de tuberculose da Unidade A fica distante da farmácia:

“A sala do programa de tuberculose fica lá em cima, em frente à gerência. Antes, a farmácia era do lado, quando eu tinha que trocar informação, não comprometia tanto as atividades. Mas hoje a gente precisa subir lá sempre que surge um paciente pra confirmar alguma coisa, conversar alguma coisa. Nos dias que estamos muito sobrecarregados, muito cheios, usamos nossos celulares. Quando não tem jeito, quando é uma coisa que tem que me mostrar ou eu tenho que orientar o paciente, eu vou pra lá”. *Farmacêutico 2A*

Na unidade B, o serviço farmacêutico dispõe de uma sala específica para orientação farmacêutica, sendo um ambiente reservado com porta, contendo mesa com cadeiras para o farmacêutico e o paciente, computador com internet, disponibilidade de formulários de registro de atendimento dos pacientes. Ainda assim, há relatos de um dos profissionais farmacêuticos sobre a estrutura da farmácia em que destaca que ainda não contam com a estrutura ideal, sendo necessárias diversas improvisações (*Farmacêutico 1B*).

### iii. Climatização e manutenção das instalações prediais

Em relação à climatização, a unidade A, conta com o ambiente da farmácia climatizado com ar condicionado. Há termômetro, sendo realizado o controle e registro diário da temperatura, conforme recomendado, e em relação à umidade relativa, não há medição e controle. Para acondicionamento dos medicamentos termolábeis, há geladeira exclusiva, havendo também a medição e o controle diário de sua temperatura interna.

A climatização do ambiente foi destacada pelos farmacêuticos como um ponto positivo para contribuir no processo de trabalho:

“Uma coisa que melhorou depois da reforma foi a climatização, inclusive tem a climatização para os pacientes no guichê”.  
*Farmacêutico 2A*

No que diz respeito à manutenção dos equipamentos de ar-condicionado, foi destacada pela gerente da unidade a existência de cronograma de manutenção do equipamento para todo o posto, sendo realizadas visitas mensais no mesmo.

Em relação à manutenção das instalações prediais da farmácia na unidade A, há relatos de um dos farmacêuticos sobre pontos positivos da estrutura atual:

“A estrutura da farmácia, que embora pequena, está limpa. Antigamente tinha mofo nas paredes e tinha os problemas de goteira que foram resolvidos também”. *Farmacêutico 2A*

Além disso, a gerente da unidade A relata que, para a manutenção das instalações, é seguido cronograma para todo o posto, havendo lavagem do tanque a cada seis meses, além de desratização e desinsetização periodicamente.

No que diz respeito à climatização, a farmácia da unidade B, apresenta todos os ambientes climatizados com ar-condicionado. Há termômetro, sendo realizado o controle e registro diário da temperatura, através de profissional especificamente designado para esta ação. Em relação à umidade relativa, não há medição e controle, já que não possui o higrômetro. Para acondicionamento dos medicamentos termolábeis, há geladeira exclusiva, havendo também a medição e o controle diário de sua temperatura interna. A climatização do ambiente também foi destacada pelos farmacêuticos desta unidade como um ponto positivo para contribuir no processo de trabalho.

Em relação à manutenção dos equipamentos de ar-condicionado e geladeira, foi destacada pela gerente da unidade B, a dependência da Secretaria Municipal de Saúde para a resolução de quaisquer problemas, relatando recorrer sempre à Secretaria nestes casos. Da mesma forma, no que diz respeito à manutenção das instalações prediais da farmácia na unidade B, a gerente relata que não há seguimento de cronograma de manutenção, reforçando a dependência da SMS, assim como destacado em relação ao ar-condicionado anteriormente.

## b) Recursos Materiais

### i. Equipamentos e Mobiliários

Em relação aos equipamentos e mobiliários, na farmácia da unidade A verificou-se a existência dos mesmos. Há um armário, há computadores com internet para todos os trabalhadores, sendo três computadores na bancada de atendimento, e um na mesa do farmacêutico, há mesas e cadeiras para todos os trabalhadores, mas do ponto de vista ergonômico, não são adequadas, conforme destacado por um dos farmacêuticos, que refere sentir dores no corpo ao final de um dia de trabalho (*Farmacêutico IA*).

Não há escaninhos e prateleiras específicas para dispensação. Não há pallets, e os medicamentos são armazenados em prateleiras, onde estão colocados também para dispensação, como referido anteriormente. Há relatos de um dos farmacêuticos sobre a necessidade de um arquivo de pasta suspensas, para atender às demandas dos processos administrativos, já que os farmacêuticos também desenvolvem essa atividade (*Farmacêutico IA*).

Na farmácia da unidade B, há equipamentos e mobiliários para o desenvolvimento da rotina, contando-se com estantes, armários, mesa e cadeiras na área reservada para o armazenamento dos medicamentos, além de geladeira para acondicionamento dos medicamentos termolábeis. Na área de dispensação há mesa, cadeira e computador com internet em cada estação de atendimento, totalizando três estações, além de escaninhos em prateleiras para acondicionar os medicamentos para dispensação. Na sala de orientação farmacêutica há mesa, cadeiras, computador com internet e estante para o material técnico. Os mobiliários existem em quantidade, mas necessitam ser substituídos, conforme reforçado pelos farmacêuticos da unidade.

### ii. Material técnico e software disponível para suporte ao serviço

Na farmácia da unidade A, há materiais técnicos disponíveis, tais como: Formulário Nacional Terapêutico, Relação de Medicamentos Essenciais (Nacional e

Estadual), Notas técnicas elaboradas pelo Programa Municipal de Controle da Tuberculose, Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose o Brasil. É utilizado o Manual de Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos elaborado pela Anvisa/MS, não há o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Há o software para gerenciamento das atividades na farmácia, o SISFARMA, que realiza cadastro de pacientes, dispensação de medicamentos, permite gerenciar os estoques de medicamentos e apresenta ferramentas de programação de medicamentos (CMM, Consumo Mensal e Movimentação Diária).

Em relação ao software, há relatos de um dos farmacêuticos sobre a sua relevância para a gestão dos medicamentos na farmácia:

“O sistema de controle de estoque, o Sisfarma, veio pra controlar a dispensação e a quantidade de medicamentos perdidos pela falta de controle, e à medida que a gente foi utilizando, a gente foi mostrando nossas necessidades e foi melhorando o sistema” *Farmacêutico IA*

Na farmácia da unidade B há materiais técnicos disponíveis, tais como: Formulário Nacional Terapêutico, Relação de Medicamentos Essenciais (Nacional e Estadual), Notas técnicas elaboradas pela Assistência Farmacêutica, Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Há um arquivo contendo artigos relacionados com o tema, os quais subsidiam a construção dos indicadores da unidade, que conta com sites como Micromedex, a partir da qual são elaboradas listas de interação de medicamentos geral com os de tuberculose. Não há um Manual de Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos especificamente, mas existem os Procedimentos Operacionais Padrões (POPs), os quais detalham todas as atividades a serem desenvolvidas para assegurar o padrão de qualidade no armazenamento dos medicamentos e outras atividades, havendo cumprimento por parte de todas as ações propostas. Não há o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

Há o software para gerenciamento das atividades na farmácia, o SISFARMA, que realiza cadastro de pacientes, dispensação de medicamentos, permite gerenciar os estoques de medicamentos e apresenta ferramentas de programação de medicamentos.



Destaca-se que há disponibilidade de material de consumo como papel, caneta, formulários e pastas para o desenvolvimento das atividades.

Ainda em relação ao software, há relato de um dos profissionais do nível central da Assistência Farmacêutica sobre sua contribuição no trabalho dos profissionais farmacêuticos nas unidades de saúde:

“Se há alguma necessidade dos farmacêuticos para melhorarem o seu ritmo de trabalho em relação ao programa que é utilizado, de gestão, o SISFARMA, eles podem entrar em contato com o pessoal de tecnologia da informação para fazer essas melhorias. Algumas coisas já foram alcançadas.” *Gestor AFI*

### iii. Material educativo para os pacientes

Os materiais educativos disponibilizados na farmácia da unidade A são os folhetos, cartilhas e folders elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF).

Na farmácia da unidade B, há disponibilidade de materiais de orientação aos pacientes, sendo que os folhetos, cartilhas e folders elaborados pelo Ministério da Saúde (DAF e PNCT) são entregues pelo serviço de enfermagem vinculado ao programa de controle da tuberculose da unidade. São elaborados folhetos, cartilhas e folders pela Assistência Farmacêutica com orientações sobre o uso correto dos medicamentos. Há também disponibilidade de planilha de orientação quanto aos horários e uso dos medicamentos, que é impressa e entregue ao paciente no atendimento, no próprio serviço de farmácia.

### c) Recursos humanos

A farmácia da unidade A conta com dois farmacêuticos, que trabalham com carga horária de 20 horas semanais em turnos opostos, garantindo a presença do profissional farmacêutico em todo o horário de funcionamento da farmácia. A farmácia conta com três atendentes, que trabalham por escala, sendo mantidos dois destes profissionais por turno, ocupando-se então dois guichês a cada turno, e não há estagiários do curso de Farmácia. As atividades desenvolvidas na farmácia são divididas entre os farmacêuticos, os quais destacam a necessidade de elaborar um plano de ação para o ano que segue. Destaca-se a percepção da gerente da unidade A, em que considera o farmacêutico necessário para o serviço de saúde, em especial para o paciente com tuberculose, para dar as orientações relevantes.

Em relação à capacitação dos farmacêuticos, há relatos de que a última atividade direcionada aos mesmos foi realizada no ano anterior, através da Assistência Farmacêutica no nível central. Portanto, é salientada pelos farmacêuticos dessa unidade, a necessidade de novos treinamentos e capacitações. Em relação à capacitação dos atendentes foi relatado que há dificuldades para compatibilizar os horários de todos e realizar reuniões, sendo então utilizado o livro de ocorrência para registro de qualquer alteração da rotina, onde cada farmacêutico fica responsável por repassar as informações aos técnicos dos respectivos turnos. É salientado pelos farmacêuticos que os atendentes são profissionais que já atuam nesta farmácia há muitos anos, e já têm conhecimento da sua rotina, sendo considerados bons profissionais técnicos.

A farmácia da unidade B também conta com dois farmacêuticos, que trabalham com carga horária de 20 horas semanais em turnos opostos, havendo profissional farmacêutico em todo o horário de funcionamento da farmácia. Além disso, há outro profissional que tem seu vínculo como nível médio, mas tem graduação em Farmácia e, portanto, desenvolve algumas atividades farmacêuticas em cooperação com os outros dois profissionais estatutários. Há cinco atendentes, que trabalham por escala, mantendo-se sempre três auxiliares administrativos por turno ocupando as três estações de atendimento dos pacientes nos dois turnos. No momento, não há estagiários do curso de Farmácia, mas a unidade recebe estagiários, através de convênio existente entre a

Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que vêm pelo programa da disciplina de Estágio durante o semestre letivo, e os farmacêuticos da unidade desenvolvem atividade de preceptoria.

Os farmacêuticos da unidade B são os responsáveis pela orientação e supervisão dos atendentes, sendo considerada pelos mesmos como uma boa equipe, bem treinada e ciente de suas responsabilidades quanto ao acolhimento do paciente. No entanto, são relatadas algumas dificuldades relacionadas a estes profissionais tais como: encaminhamento, em algumas situações, de funcionários para a farmácia sem treinamento e/ou como punição; e problemas relacionados aos funcionários com atestados médicos de longa duração sem, no entanto serem substituídos no período em questão.

Destaca-se a percepção da gerente da unidade B em relação ao serviço, de forma positiva, pois a mesma relata contar com profissionais na farmácia bastante comprometidos, reforçando como um serviço excelente para a comunidade:

“Porque eles não têm suporte, inclusive de pessoal, que durante a abordagem ao paciente é necessário. Então, eles precisavam de pessoal de apoio e isso eles não têm, mas eles têm procurado fazer um serviço que agrada muito. O elogio maior é da própria comunidade.” *Gerente B*

Em relação às ações desenvolvidas pelo nível central quanto às capacitações, não há programação definida com datas, no entanto, é referida a necessidade desta ação. Relatos de um dos farmacêuticos do nível central destacam a relevância para a realização destas capacitações:

“Que esse ano (2014) a gente consiga focar o trabalho interno da Assistência Farmacêutica na capacitação, em fortalecer a necessidade de atendentes de farmácia, que é extremamente importante. Que a gente tenha pessoas capacitadas e interessadas em fazer o trabalho certo, para desafogar, deslocar o farmacêutico de algumas atividades que ele faz atualmente, e tentar deixar ele um pouco mais livre para desenvolver outras atividades mais de assistência mesmo.” *Gestor AFI*

Destaca-se que um dos farmacêuticos relatou sobre a proposta de se realizar reuniões com os farmacêuticos da rede, definindo-se um tema e convidando-se um profissional especialista naquele tema para falar sobre sua experiência, sendo esta, alternativa, para capacitação dos profissionais, além de promover maior integração entre os mesmos. Foi relatado também que o programa municipal de controle da tuberculose já tem capacitações programadas junto ao Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM), em que se pretende incluir os profissionais farmacêuticos que trabalham com programa nas unidades de saúde da rede municipal.

### 6.3.2. Aspectos relacionados com o processo de trabalho do profissional farmacêutico no cuidado ao paciente com tuberculose

#### a) Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais

##### i. Programação para solicitação de medicamentos

Os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, nas duas unidades, tiveram seu desenvolvimento de forma semelhante, pois correspondiam a atividades executadas pelos farmacêuticos seguindo-se procedimentos previamente padronizados. A programação para solicitação de medicamentos é realizada, nas duas unidades A e B, pelos farmacêuticos através do sistema informatizado, o SISFARMA, seguindo-se cronograma estabelecido pela Assistência Farmacêutica no nível central, para o período de um mês. O pedido é finalizado, encaminhado ao farmacêutico distrital, que autoriza e repassa para o almoxarifado realizar o atendimento. Há uma exceção para o mês de novembro, pois o pedido deve ser realizado para dois meses, já que o almoxarifado do município não faz atendimento no mês de dezembro por estar realizando o inventário anual.

A programação é realizada tomando-se por base as informações de consumo médio mensal (CMM) e de movimentação diária dos medicamentos, número de pacientes atendidos, além de considerar também os aspectos relacionados com a sazonalidade, que interferem no aumento ou redução de uso de alguns medicamentos. Segundo relatos dos farmacêuticos, essas informações são obtidas no sistema SISFARMA. Quando ocorre falta de medicamentos, são realizadas programações extras, fora das datas previamente estabelecidas no cronograma.

Na unidade B, destacou-se que para o cálculo dos quantitativos de medicamentos necessários, os farmacêuticos utilizam como critério o consumo médio mensal (CMM) dos mesmos, levando-se em conta as particularidades de consumo de cada medicamento, como por exemplo, a sazonalidade. As informações de CMM são registradas previamente em planilha de Excel, que segundo um dos farmacêuticos já era

um instrumento utilizado antes da implantação do SISFARMA, onde são feitos os cálculos e, posteriormente, digitados no sistema.

Para a programação dos medicamentos de tuberculose é seguido o mesmo fluxo, mas, de acordo com relatos dos farmacêuticos da unidade A, é solicitado pelo nível central da Assistência Farmacêutica que seja enviado, junto à programação, o relatório com o número de pacientes atendidos por fase de tratamento, inclusive os que fazem quimioprofilaxia e, no caso desta unidade que é referência secundária para o tratamento da doença, o relatório dos pacientes que fazem uso de esquemas alternativos. Ressalta-se que a maioria dos pacientes atendidos para os esquemas alternativos correspondem a demandas externas, ou seja, são pacientes encaminhados por outras unidades. As informações, de todos os pacientes cadastrados no programa da unidade A, onde se incluem os atendidos por demanda externa, são mantidas em documento elaborado pelos próprios farmacêuticos.

Destaca-se que problemas com a regularidade do fornecimento dos medicamentos foi uma das dificuldades apontadas pelos farmacêuticos da unidade B, fator que pode interferir na programação de medicamentos e comprometer o serviço, em virtude de possíveis desabastecimentos.

Vale salientar que a solicitação, através do nível central, das informações sobre os pacientes de tuberculose em tratamento, e aqueles em quimioprofilaxia, é realizada para assegurar o atendimento às programações realizadas pelas unidades de saúde. Como são medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), as referidas informações são solicitadas pela SESAB. A Assistência Farmacêutica municipal vincula o atendimento dos medicamentos ao fornecimento das referidas informações, através de planilhas, embora haja dificuldades para obtê-las de todas as unidades. Considerando essas dificuldades, o nível central trabalha também com informações de consumo histórico dos medicamentos, conforme relatos dos farmacêuticos do nível central:

“A gente não recebe sempre essas planilhas, porque é uma dificuldade do pessoal do distrito também de coletar esses dados, então a gente trabalha um pouco com estimativa.” *Gestor AF 1*

“A gente tem uma dificuldade, que não é de hoje, já há tempo isso ocorre, em relação aos registros. A gente recebe registros bastante incompletos, muitos não enviam, e isso dificulta a nossa programação mensal. Então para fazermos uma programação racional, pelo menos pra evitar perdas, pra evitar faltas, a gente pede as informações de consumo histórico.”

*Gestor AF2*

Ainda em relação à programação dos medicamentos, foi ratificada, pelos farmacêuticos do nível central, a elaboração de um cronograma de atendimento das unidades, o qual é divulgado previamente através de e-mails e ofícios circulares. Esses profissionais relataram também que há flexibilidade em relação às datas de atendimento nos casos em que as unidades necessitam realizar programações extras de medicamentos, seja por aumento da demanda ou por não ter recebido na última programação. Além disso, é realizado o monitoramento do abastecimento dessas unidades, principalmente quando ocorrem faltas dos medicamentos, ocasionadas por problemas no Ministério da Saúde ou na SESAB.

## ii. Forma de organização dos medicamentos

A organização dos medicamentos ocorre de forma semelhante nas duas farmácias. O processo é iniciado quando os medicamentos são entregues pelo almoxarifado através de um profissional designado, o auxiliar de almoxarifado. O almoxarifado emite um documento constando todos os itens solicitados pela programação mensal, a Requisição de Materiais (RM), com os quantitativos atendidos. Cada item é conferido, sendo registrado o lote, a quantidade, validade e fabricante na RM. Posteriormente, essas informações são lançadas no SISFARMA, para inclusão dos novos quantitativos de medicamentos no referido sistema, permitindo a dispensação dos mesmos aos pacientes.

Na farmácia da unidade A, o farmacêutico presente na unidade é o responsável pelo recebimento e conferência dos mesmos, ressaltando-se que o atendimento aos pacientes não é interrompido. Já na unidade B, quando o medicamento é entregue, a farmácia tem suas atividades suspensas, e toda a equipe colabora na conferência dos

itens recebidos, atividade que é realizada na presença do funcionário do almoxarifado, verificando-se se há avaria no invólucro ou apresentação do medicamento, bem como as condições de temperatura para seu armazenamento.

Após conferência e inclusão no sistema, os medicamentos podem ser então armazenados nas prateleiras. Na farmácia da unidade A, o armazenamento é realizado por grupos terapêuticos (Farmácia Básica, Hipertensão, Processos Administrativos e Tuberculose), por ordem alfabética, com identificação da substância, dosagem, lote e validade dos medicamentos, sendo os termolábeis armazenados na geladeira. No caso de medicamento com dois ou mais lotes diferentes, segue-se a lógica do primeiro que chega ser o primeiro a sair, sendo mantido apenas um lote disponível para dispensação, e os outros lotes armazenados em outra prateleira na mesma área, já que o espaço de armazenamento e dispensação de medicamentos é o mesmo, como já referido. Essa regra não é aplicada aos medicamentos termolábeis, que têm sua organização por lote realizada em uma única geladeira.

Ainda em relação à organização dos medicamentos da farmácia da unidade A, há relatos de um dos farmacêuticos que tratam de dificuldades enfrentadas, pela falta de espaço para o armazenamento e para o recebimento dos medicamentos:

“Estamos sem área de recebimento de medicamentos, sem almoxarifado, então todos os medicamentos que a gente recebe fica aqui. Como temos que fazer a conferência antes de colocar junto com os medicamentos que já estavam, normalmente eu faço o possível pra esvaziar as prateleiras, mas isso não resolve o problema, e coloco sempre no topo das prateleiras.”

*Farmacêutico 2A*

Na farmácia da unidade B, os medicamentos são armazenados nas prateleiras, na área de armazenamento, pelos grupos terapêuticos (Esquistossomose, Hipertensão, Suplementação de Ferro e Tuberculose), os demais por ordem alfabética, obedecendo ao critério de ordem de validade, ficando à frente os que estiverem com validades mais próximas, (Método Primeiro que Vence é o Primeiro que Sai – PVPS), e os termolábeis na geladeira. É realizado o controle de temperatura, e são obedecidas as regras de



empilhamento (empilhamento máximo descrito em cada caixa), de distância da parede, e entre os medicamentos.

### iii.Registro e conferência de controle de estoque (registro de informações)

O controle de estoque dos medicamentos na farmácia da unidade A é realizado mensalmente, através do SISFARMA, acompanhando-se as informações de estoques existentes e a validade dos mesmos, a partir de relatórios emitidos pelo sistema. É realizado o levantamento mensal de medicamentos a vencer, e verificada a possibilidade de troca entre unidades que façam uso dos medicamentos antes do seu vencimento, e quando não é possível, a empresa responsável é acionada para realizar o seu descarte.

Através do SISFARMA, é possível rastrear erros de dispensação dos medicamentos, bem como verificar e corrigir possíveis irregularidades entre o estoque físico e o estoque do sistema. Para manter o estoque regular, é padronizada a realização do inventário a cada seis meses, que quando planejado, a farmácia deve estar fechada, sem atendimento aos pacientes, e a gerência ser devidamente comunicada. No entanto, quando as divergências dos estoques ficam muito grandes, é realizado outro inventário, fora da programação, conforme relatado por um dos farmacêuticos da unidade A. Ressalta-se que essas atividades não estão definidas em Procedimentos Operacionais Padrões (POP's), correspondem a rotinas já estabelecidas na farmácia, e registradas sempre no livro de ocorrência.

Conforme relatos dos farmacêuticos da unidade A, antes da reforma da unidade, como havia espaço específico para armazenamento de medicamentos, o controle de estoque era realizado através de fichas de prateleiras, onde se registravam as movimentações dos medicamentos entre o almoxarifado e a área de dispensação de forma manual. Com a mudança da estrutura, algumas dificuldades são destacadas por um dos farmacêuticos:

“Quando houve a reforma, esse espaço foi perdido, e ainda estamos estruturando como fazer esse controle. Atualmente só contamos com o SISFARMA, então a gente tem que estar conferindo sempre a quantidade que tem no sistema e a

quantidade que tem no físico pra verificar se há divergências. O controle manual era mais seguro, porque tinha o controle pela anotação. Agora sem espaço, não temos como fazer esse controle, pois não temos como manter esses medicamentos separados. Veremos como fazer isso, se diariamente vamos ter que conferir o que foi dispensado com a produção diária.”

#### *Farmacêutico IA*

O controle de estoque dos medicamentos da farmácia da unidade B também é realizado através do SISFARMA, onde são emitidos e arquivados, diariamente, relatórios de estoque e de erros de dispensação pra rastrear as possíveis divergências. São definidos os Procedimentos Operacionais Padrões (POP's) para as atividades de entrada, saída e controle de validade. O procedimento de entrada de medicamentos foi descrito anteriormente, no item b. O procedimento de saída é realizado, registrando-se a saída do medicamento do almoxarifado para a área de dispensação em fichas.

Já o procedimento para controle de validade dos medicamentos é realizado a partir de emissão de relatório no SISFARMA, no qual são verificados os medicamentos com validade para os próximos seis meses. Para evitar perdas, verifica-se com outras unidades a possibilidade de remanejamento, e quando não é possível, é realizado o descarte dos mesmos através da empresa responsável, de forma semelhante à farmácia da unidade A.

#### b) Serviços farmacêuticos técnico-assistenciais

##### i. Entrega do medicamento ao paciente conforme prescrição

A entrega dos medicamentos aos pacientes com tuberculose na farmácia da unidade A segue um fluxo específico e está ligado diretamente ao serviço de enfermagem responsável por coordenar o programa de controle de tuberculose da unidade. Todos os pacientes, incluindo-se aqueles que não são atendidos pelo médico da unidade, devem estar vinculados ao programa. Durante todo o tratamento, os pacientes

são atendidos por este serviço, para registros e evolução nos prontuários, e depois encaminhados para a farmácia.

No primeiro mês de tratamento, o paciente, ainda bacilífero, não pega a fila da farmácia e recebe o medicamento na sala do programa de tuberculose, através da enfermeira, que verifica se há necessidade de alguma orientação específica do farmacêutico. Em caso positivo, o farmacêutico é solicitado para prestar as orientações ao paciente. Nos meses seguintes, o paciente continua se dirigindo ao serviço de enfermagem, onde serão prescritos os medicamentos necessários, e passa a ser atendido na farmácia. A prescrição é elaborada em duas vias, registrando-se um visto de autorização com quantidade e período para dispensação do medicamento na farmácia.

A entrega dos medicamentos aos pacientes com tuberculose, na farmácia da unidade A, é realizada pelos atendentes, através do SISFARMA, sendo necessária a apresentação do documento de identidade e cartão do SUS do paciente. Em cada atendimento é realizada a conferência dos dados do paciente e da prescrição, a qual é lançada no sistema para registrar a dispensação dos medicamentos ao paciente.

De acordo com relatos de pacientes atendidos na farmácia da unidade A, os mesmos demonstram satisfação no atendimento, o qual se restringe à entrega do medicamento. As orientações de utilização dos medicamentos, conforme referido pelos mesmos, foram fornecidas pelas enfermeiras do programa e pelos médicos.

Em relação à farmácia da unidade B, a entrega dos medicamentos aos pacientes com tuberculose é realizada exclusivamente pelo profissional farmacêutico, na sala de atendimento farmacêutico. Durante todo o tratamento os pacientes são atendidos pelos profissionais farmacêuticos, os quais realizam a leitura das prescrições médicas com as devidas orientações, e registram sua evolução no prontuário. É necessário que os pacientes apresentem o documento de identidade e cartão do SUS, junto à prescrição médica, e o tratamento é dispensado para o período de trinta dias.

Vale salientar que, em relação aos procedimentos para entrega dos medicamentos aos pacientes com tuberculose nas unidades, a Assistência Farmacêutica no nível central destaca como instrumento norteador o protocolo do Ministério da Saúde. No entanto, cita a criação de um projeto que vem sendo desenvolvido no último

ano, para fortalecer o cuidado ao paciente com tuberculose, inclusive estabelecer normas e procedimentos para esse cuidado no âmbito da Assistência Farmacêutica.

- ii. Fornecimento de informações aos pacientes sobre o uso de medicamentos, possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) e interações medicamentosas

O fornecimento de informações, aos pacientes de tuberculose da unidade A, mostra-se comprometido, pois os farmacêuticos não dispõem de espaço específico para prestar orientação farmacêutica, como referido anteriormente. Quando é possível, são fornecidas informações relacionadas à importância do uso dos medicamentos, quantidade dos medicamentos, período de tratamento, além de informações sobre riscos de resistência da doença. Destacam-se relatos de um dos farmacêuticos ratificando as dificuldades para o desenvolvimento desta atividade:

“A gente presta esse atendimento ao paciente juntamente com a orientação que pode dar, na correria do dia a dia. Pela quantidade de pacientes que a gente atende, e a gente não tem um local específico pra estar prestando a orientação farmacêutica, na medida do possível a gente orienta o paciente na parte da administração [do medicamento].” *Farmacêutico IA*

Salienta-se que, quando requisitados para orientações mais detalhadas, os farmacêuticos se dirigem à sala do programa de tuberculose da unidade A, e têm a possibilidade de abordar os problemas relacionados com as reações adversas a medicamentos (RAM) e interações medicamentosas, conforme relatado por um desses profissionais:

“A gente explica também a parte de RAM, as mais leves, informando o que pode acontecer e que ele deve retornar, caso sinta alguma coisa. A gente orienta sobre interação medicamentosa, alimentação, mudança de cor da urina, e sintomas que deve ficar atenta para que tenha controle, por exemplo, ototoxicidade, pra que retorne à unidade e busque

resolver. Pra ele ter certeza que a gente pode acompanhar e buscar resolver, e isso aproxima o paciente.” *Farmacêutico 2A*

A realidade descrita é confirmada com relatos de pacientes atendidos na farmácia da unidade A, onde somente um paciente referiu ter recebido orientações sobre as reações que o medicamento pode causar através do farmacêutico, na sala do programa de tuberculose. Os demais referiram ter recebido as informações sobre o uso dos medicamentos apenas pelos médicos ou enfermeiros que os atenderam previamente. E outro paciente refere não ter recebido nenhum tipo de informação por qualquer profissional que tenha lhe atendido, conforme relato a seguir:

“Ninguém me disse como fazer. Ninguém explicou, em termos de procedimentos, o que pode causar o uso do medicamento, se posso perder noite. Nem na consulta com a enfermeira. Percebi a alteração na urina, mas não tinha recebido nenhuma informação antecipada.” *Usuário 5A*

Salienta-se ainda a percepção da gerência da unidade A, em relação à orientação aos pacientes para utilização dos medicamentos, a qual confirma a necessidade do profissional farmacêutico para esta orientação, reforçando a atual limitação para este serviço:

“Os pacientes são leigos, e precisam de orientação. O farmacêutico é necessário para essa orientação. Na sala atual, onde os pacientes são atendidos, as enfermeiras não orientam tudo, deixam de dar alguma informação. Elas focam na orientação e acompanhamento, no sentido do acolhimento. Muitas vezes o paciente deixa de tomar os medicamentos ou diminui a dose, no sentido de tentar diminuir os efeitos colaterais e reações adversas.” *Gerente A*

No que diz respeito à farmácia da unidade B, o fornecimento de informações, aos pacientes de tuberculose, é realizado exclusivamente pelos farmacêuticos, na sala de

orientação farmacêutica. As informações prestadas se referem ao modo de uso dos medicamentos e as possíveis reações, conforme relato de um dos farmacêuticos:

“Oriento o paciente falando sobre a importância do horário correto, dosagem correta, a forma de uso (em jejum), riscos de reações adversas, interações com alimentos, principalmente o leite e derivados, interações com outros medicamentos e com o álcool. A orientação é feita todas as vezes que o paciente vem à unidade durante todo o tratamento, é reafirmada. Eles repetem o que receberam de orientação. Reforçamos também o comprometimento com o tratamento para os pacientes que fumam.” *Farmacêutico 1B*

Relatos de pacientes atendidos na farmácia da unidade B, ao serem questionados sobre as informações recebidas na orientação farmacêutica, ratificam as atividades descritas pelos seus farmacêuticos:

“Sempre foram ótimos, são pessoas atenciosas que estão sempre passando todas as orientações. No início sobre o horário de medicamento, a quantidade de medicamento, algumas recomendações como não tomar em jejum.” *Usuário 1B*

“Recebi orientações para o uso na hora certa, alimentação na hora certa. Não ficaram dúvidas.” *Usuário 2B*

“A forma de tomar o remédio, que não poderia parar de jeito nenhum, que não poderia beber, que devido à medicação que varia de organismo pra organismo, que eu não deveria tomar sol, perder noite, e se alimentar de forma adequada.” *Usuário 3B*

“As orientações pelo farmacêutico são usar nos horários certos, manter sempre nos horários, alimentação nos horários certos também, que eu não poderia parar.” *Usuário 5B*

### iii. Realização de anamnese, registro e preenchimento do prontuário

As atividades de anamnese farmacêutica, registro e preenchimento de prontuários dos pacientes não são desenvolvidas na farmácia da unidade A. Há o desenvolvimento de uma atividade de registro em fichas de acompanhamento com um grupo pequeno de pacientes, cerca de 12 a 15 pacientes, sendo aqueles sinalizados pelo programa de tuberculose da unidade para a necessidade de acompanhamento mais próximo com o farmacêutico. Essas fichas pertencem ao serviço da própria farmácia, onde são inseridos dados dos pacientes, informações sobre os medicamentos utilizados e possíveis problemas relacionados com o seu uso, porém não são inseridas no prontuário.

Na farmácia da unidade B, a anamnese é uma das atividades desenvolvidas na orientação farmacêutica ao paciente com tuberculose. De acordo com relatos dos farmacêuticos, para iniciar o seguimento farmacoterapêutico, é realizada uma entrevista ao paciente, sendo registradas informações no seu prontuário, sobre os seguintes aspectos: 1. Informações sobre o nome, endereço, data de nascimento, idade, nome da mãe; 2. Escolaridade, para saber o nível de entendimento que as informações prestadas serão assimiladas e cumpridas; 3. Uso de drogas, pois muitos fazem uso de álcool, maconha, cocaína e crack; 4. Outras patologias e medicamentos utilizados; 5. Perfil social, verificando-se informações sobre condições de moradia, trabalho e hábitos sociais.

Além do registro dessas informações, no prontuário do paciente é registrado e desenvolvido todo o tratamento proposto, considerando-se as ações a seguir: 1. Descrição de resumo clínico do paciente; 2. Levantamento dos os problemas para o diagnóstico; 3. Definição do plano terapêutico; 4. Registro de problemas relacionados com medicamentos, como reações adversas a medicamentos (RAM); 5. Registro de resultados de exames; 6. Evolução clínica do paciente, mensalmente, onde são registrados todos os aspectos do tratamento, seja a evolução para a cura, ou problemas de resistência.

#### iv. Intervenção farmacêutica

A intervenção farmacêutica, na farmácia da unidade A, só é realizada para o grupo pequeno de pacientes, referido no item anterior. Conforme relatos de um dos farmacêuticos, a prioridade é dada para pacientes que apresentam maiores complicações, sendo destacada a perspectiva de melhoria de fluxo de atendimento a esses pacientes:

“Consigo realizar com aqueles pacientes mais complicados, com todos é inviável. Uso como critérios: doenças associadas (Hipertensão, Diabetes, Câncer, HIV e casos de retratamento), ou que já tenha desenvolvido reações adversas a medicamentos (RAM) mais pronunciadas, como anafilaxia. A gente está estabelecendo agora uma ponte melhor com o SAME, pois se identificamos uma demanda do paciente já encaminhamos pra o SAME como prioridade pra marcar pra que ele seja atendido logo, em consultas especializadas.” *Farmacêutico 2A*

Destaca-se que um dos pacientes entrevistados relatou a ocorrência de processos alérgicos no início do tratamento com o esquema básico para a tuberculose. Nesse caso, houve necessidade de intervenção farmacêutica, onde um dos profissionais farmacêuticos acompanhou e orientou quanto ao esquema alternativo proposto, encaminhando-o para a unidade de referência terciária, para que tivesse acesso ao medicamento proposto.

“Inclusive Ofloxacino que não tem no posto, só tem no HEOM, ele manteve contato com uma pessoa, me ajudou nisso. Aí quando eu fui pra lá (HEOM), já tinha uma pessoa sabendo que eu ia buscar a medicação.” *Usuário 2A*

A intervenção farmacêutica, na farmácia da unidade B, é realizada com todos os pacientes de tuberculose que necessitem, através da ficha de intervenção farmacêutica, onde se registra a sua evolução clínica, constante no prontuário. Esta atividade está inserida no Programa de Atenção Farmacêutica, desenvolvido pela unidade, no qual envolve um grupo multidisciplinar. São observados os aspectos relacionados com a doença, principalmente a existência de outras patologias, pois com frequência, é



verificada a utilização de outros medicamentos que interagem com o tratamento da tuberculose. Dessa forma, são realizadas as intervenções pertinentes para que não haja prejuízos em nenhum dos tratamentos. Conforme relato de um dos farmacêuticos, é estabelecido o vínculo com o paciente, para assegurar o melhor cuidado no seu tratamento:

“Deixamos o paciente aberto para retornar ao serviço sem precisar passar pelo médico, caso ele tenha algum problema. É realizada a intervenção farmacêutica, por exemplo, com analgésicos, antialérgicos, vitaminas do complexo B. Fazemos sugestões de exames, como TGO, TGP, glicemia, para ver se há interferência dos medicamentos.” *Farmacêutico 1B*

Destaca-se ainda que, há uma ação social de distribuição de cestas básicas, coordenada pelos farmacêuticos da unidade. Essas cestas são adquiridas através de doações dos profissionais da unidade, parentes e amigos de funcionários, para os pacientes que, de acordo com o perfil social, não apresentam condições de se alimentar adequadamente, devido ao desemprego e saúde comprometida.

v. Interação/ articulação do profissional farmacêutico com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose

A interação/ articulação dos farmacêuticos da unidade A com os demais profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com tuberculose, é considerada pelos mesmos como uma facilidade para o desenvolvimento do trabalho, principalmente em relação à enfermeira que atualmente está responsável pelo programa. É enfatizada por um dos farmacêuticos a percepção atual dos demais profissionais, acerca da sua relevância para o cuidado a esses pacientes:

“A gente já conseguiu algum avanço em relação à importância do farmacêutico no programa, as enfermeiras viram a necessidade de ter um farmacêutico exclusivo pra o programa, ou que eu tivesse uma sala específica para atender próxima do

médico e da enfermagem, e está em andamento.” *Farmacêutico 2A*

Conforme relatos de um dos farmacêuticos da unidade A (*Farmacêutico 2A*), os mesmos vêm conseguindo estabelecer uma relação mais próxima com o programa, tanto com os enfermeiros, quanto com os médicos. Além disso, é destacada por um dos farmacêuticos a sua relação com os médicos da unidade, inclusive quando há necessidade de intervenções farmacêuticas:

“E toda vez que o médico ou a equipe de enfermagem nos solicita, para prestar algum esclarecimento de algum medicamento a gente faz. Os médicos que trabalham aqui, já estão há muito tempo, principalmente os pneumologistas. Temos o contato, conversamos, tiramos dúvida, inclusive temos pneumologista pediátrico, os médicos são acessíveis. Fazemos a lista do que temos pra os médicos prescreverem o que temos disponível na farmácia.” *Farmacêutico 1A*

“Quando há algum problema na prescrição, a gente preenche um formulário e informa ao médico o necessário. Coloco meu carimbo, e o paciente tem que retornar ao médico pra ele prescrever de forma adequada, e venha receber o medicamento aqui.” *Farmacêutico 1A*

Na percepção da gerente da unidade A, é estabelecida uma boa relação entre os farmacêuticos e demais profissionais do programa, a qual salienta a proposta atual de articulação entre os mesmos. Além disso, são referidas pela gerência, algumas ações desenvolvidas que colaboram para o cuidado ao paciente com tuberculose, e estão relacionadas com todos os profissionais, sendo uma delas a proposta de capacitação dos técnicos, convidando-se profissionais externos para abordar temas relevantes como humanização do paciente.

Em relação à farmácia da unidade B, a interação/ articulação dos profissionais farmacêuticos com os demais profissionais, envolvidos com o cuidado ao paciente com tuberculose, caracteriza-se de forma consolidada. Conforme relatado pelos

farmacêuticos, o trabalho é desenvolvido com a colaboração de todos os profissionais, sendo estabelecida fácil comunicação.

A interação com os médicos ocorre, principalmente, para discussão de casos e sugestões quando necessário, já com a enfermagem, para solicitação de exames necessários e também nos casos em que necessidade de complementação das informações prestadas pelo paciente. Há interação também com o serviço social, nos casos de avaliação das condições financeiras e sociais do paciente, bem como no auxílio quanto à burocracia de INSS e demais Instituições, quando envolvidas no processo de regularização dos pagamentos devidos. Além disso, há articulação com a Central de Regulação, para encaminhamentos dos pacientes para consultas externas, quando necessário.

Outros atores fundamentais, envolvidos no cuidado ao paciente com tuberculose na unidade B são os próprios funcionários, os quais colaboram no processo de organização de cestas básicas, que são fornecidas aos pacientes, a partir de suas doações. Além disso, há os agentes comunitários de saúde da unidade B, que fazem visitas domiciliares que, em alguns casos, identificam sintomáticos respiratórios e também acompanham alguns pacientes em tratamento na Unidade, dando sempre retorno ao serviço em relação à situação e o cuidado do paciente.

Considerando a percepção da gerente da unidade B, há uma boa articulação entre os profissionais da unidade envolvidos com o cuidado ao paciente com tuberculose. Há uma boa comunicação entre os farmacêuticos e os médicos da unidade, inclusive em relação às informações dos medicamentos disponíveis na farmácia para facilitar as prescrições médicas. Além disso, são realizadas reuniões periódicas com os profissionais da unidade, sendo reuniões entre os profissionais de nível superior, e reuniões com todos os profissionais da unidade.

Em relação à interação, no nível central, entre a Assistência Farmacêutica e o programa municipal de controle da tuberculose, foi relatado pelos farmacêuticos o trabalho, que vem sendo desenvolvido, com o objetivo de aproximar as duas áreas. Há alguns meses, o programa municipal se encontrava desestruturado, e um novo profissional assumiu a sua coordenação. De acordo com relatos dos farmacêuticos, as duas áreas vêm se aproximando, e a Assistência Farmacêutica vem participando das

reuniões realizadas pelo programa municipal, tais como reuniões com os supervisores dos programas nos distritos sanitários, reuniões do Comitê Baiano de Enfrentamento da Tuberculose, e reuniões da visita do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Além disso, destacam que se colocam sempre à disposição para atender às necessidades do referido programa, no que estiver ao seu alcance.

Outra questão importante, referida por um dos farmacêuticos, é a articulação que vêm estabelecendo com o hospital especializado para o controle da tuberculose. Esses profissionais vêm participando das reuniões realizadas pelo programa de controle da tuberculose do hospital, os quais buscam possibilidades para os farmacêuticos nas unidades de saúde interagirem com os demais profissionais que compõem os programas dessas unidades. Segundo relatos de um dos farmacêuticos, as informações obtidas até o momento estão relacionadas com as dificuldades encontradas pelos grupos no que diz respeito ao diagnóstico, a busca ativa aos pacientes, bem como a adesão ao tratamento da doença.

#### vi. Relação do farmacêutico com os níveis da gestão

No que diz respeito à relação dos farmacêuticos da unidade A com os níveis da gestão, foram referidos tanto o nível central da Assistência Farmacêutica, como a gerência da unidade. Em relação ao nível central, foi destacada, por um dos farmacêuticos, a existência de interação com este nível, em virtude de sua participação no projeto desenvolvido para a inserção do farmacêutico no cuidado aos pacientes com tuberculose. Neste projeto, o qual será descrito a seguir, este farmacêutico vem comparecendo às reuniões e colaborando na formulação de propostas para sua inserção na equipe multidisciplinar de saúde. Em relação à gerência da unidade, a quem o serviço da farmácia está subordinado, foi referida por um dos farmacêuticos a existência de boa relação:

“Todas as vezes que eu precisei ela ouviu, mesmo não dando a resolução porque não dependia dela.” *Farmacêutico IA*

Da mesma forma, de acordo com relato da gerência da unidade A, é estabelecida boa relação com os farmacêuticos da unidade, conforme descrito a seguir:

“É uma boa relação. Discutimos os problemas, às vezes fico impotente, mas tento resolver. Por exemplo, o problema da reforma, sobre o espaço físico da farmácia, ainda não consegui resolver. Mas o que está ao meu alcance, faço pela equipe.”

*Gerente A*

Outro aspecto pertinente à relação dos farmacêuticos com a gerência da unidade A, diz respeito aos encaminhamentos dos relatórios mensais da farmácia. São elaborados relatórios relativos aos programas de saúde, onde se inclui o de tuberculose, relatórios de pacientes atendidos e outros relatórios relacionados à resolução de problemas na farmácia da unidade A, e todos devem ser encaminhados para a gerência da unidade, a qual segue os procedimentos necessários para a resolução dos problemas.

No que diz respeito à relação dos farmacêuticos da unidade B com os níveis da gestão, foram referidos o nível central da Assistência Farmacêutica, a Assistência Farmacêutica distrital, além da gerência da unidade. Em relação ao nível central, um dos farmacêuticos relata realizar o encaminhamento periódico das ações planejadas na farmácia, bem como os indicadores do serviço da unidade B, além de também participar do projeto referido por um dos farmacêuticos da unidade A, o qual será descrito posteriormente. Em relação à Assistência Farmacêutica distrital, é relatada pelos farmacêuticos a existência de cooperação para o desenvolvimento do trabalho, assim como na relação com a gerência da unidade. Os farmacêuticos relatam ter liberdade para trabalhar e implantar os serviços planejados.

Vale destacar a percepção da gerência da unidade B, em relação à atuação dos farmacêuticos da referida unidade:

“Eu tenho três farmacêuticos comprometidos com o serviço, e eu como gerente não tenho a última palavra. E a comunidade elogia muito o serviço da farmácia.” *Gerente B*

No que diz respeito à atuação da Assistência Farmacêutica do nível central em relação ao cuidado farmacêutico ao paciente com tuberculose, há relatos de proposta

para ampliação e fortalecimento deste serviço. De acordo com os farmacêuticos do nível central, vem sendo desenvolvido um projeto com o objetivo de favorecer a inserção do farmacêutico no programa de tuberculose nas unidades de saúde, bem como ampliar a sua interação com os demais profissionais envolvidos. De acordo com relatos de um dos farmacêuticos do nível central, a proposta do projeto está relacionada com ampliação das atividades assistenciais do farmacêutico e sua inserção na equipe multidisciplinar de saúde:

“A gente percebeu que o farmacêutico está muito à parte, em quase todos os programas, em relação à atenção direta ao paciente, porque há um acúmulo de questões burocráticas. Eles não têm auxiliares suficientes, com uma estrutura muito precária, e acaba perdendo o contato com o paciente. Esse projeto é pra tentar inserir o farmacêutico em algum tipo de programa, e acredito que o melhor programa seja o de tuberculose. Esse programa hoje está praticamente nas mãos de médicos e enfermeiros, então todo contato do paciente é com a enfermagem. Então para a adesão do paciente acontecer precisa-se de uma equipe multiprofissional, e o farmacêutico é o profissional pra trabalhar com o paciente, fazer a atenção farmacêutica, e fortalecer essa adesão e reduzir o abandono.”

*Gestor AF2*

Salienta-se que esse projeto permanece em construção, sendo iniciado a partir de visitas a unidades, realização de reuniões na própria Secretaria, e posterior divulgação para um grupo de farmacêuticos da rede. Foi proposto um cronograma de reuniões mensais, nas quais há trocas de experiências entre os profissionais que já desenvolvem alguma atividade mais próxima ao paciente, com aqueles que pretendem iniciar tais atividades no serviço das unidades que atuam. Posteriormente, pretende-se estender para todos os farmacêuticos que atuam nas unidades que contam com o programa de tuberculose no município.

### 6.3.3. Síntese dos resultados

Considerando-se os critérios elaborados para responder à pergunta proposta nesse estudo, sobre em que medida os serviços farmacêuticos estão organizados para assegurar o cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de atenção primária à saúde no município de Salvador-BA, observou-se a farmácia da unidade A não cumpriu plenamente os critérios estabelecidos, e a farmácia da unidade B cumpriu em quase sua totalidade. Estes aspectos podem ser observados no Quadro 6, que apresenta o percentual de cumprimento dos critérios e padrões definidos no estudo, seguido pelos gráficos 1 e 2, os quais permitem a comparação entre as unidades avaliadas, e ilustram o grau de consolidação dos serviços farmacêuticos em cada uma delas.

A unidade A apresentou deficiência nas instalações prediais, equipamentos e mobiliário, destacando-se entre as principais limitações, a inexistência de espaços delimitados para o desenvolvimento das atividades de armazenamento, dispensação e orientação farmacêutica. O serviço farmacêutico técnico-gerencial programação para solicitação de medicamentos é plenamente realizado, e os demais serviços, organização dos medicamentos e registro e conferência de controle de estoque, são desenvolvidos parcialmente. Os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, entrega de medicamentos conforme prescrição, fornecimento de informações sobre uso, reações adversas e interações medicamentosas, e intervenção farmacêutica, são realizados parcialmente. Já os serviços técnico-assistenciais realização de anamnese e registro e preenchimento do prontuário, não são desenvolvidos nesta farmácia. Destaca-se a existência de boa relação dos farmacêuticos da unidade A com os demais profissionais envolvidos com o cuidado ao paciente com tuberculose, e com os níveis da gestão, gerência da unidade e Subcoordenadoria de Assistência Farmacêutica – SMS (Quadro 6 e Gráfico 1).

A farmácia da unidade B apresenta poucas deficiências em relação às instalações prediais, visto que conta com os espaços necessários para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, mas com necessidades de reformas e substituição de equipamentos e mobiliários. Ressalta-se que o serviço técnico-gerencial relacionado com a forma de organização dos medicamentos não apresentou execução total, pois informações como lote e validade dos produtos

armazenados não foram verificadas. Contudo, os demais serviços farmacêuticos, técnico-gerenciais e técnico-assistenciais são plenamente realizados nesta farmácia. Salienta-se que os profissionais farmacêuticos desta unidade, mantêm relação consolidada com a gerência da unidade, com a coordenação do nível central da Assistência Farmacêutica e com os demais profissionais da unidade inseridos no serviço de cuidado ao paciente com tuberculose (Quadro 6 e Gráfico 2).



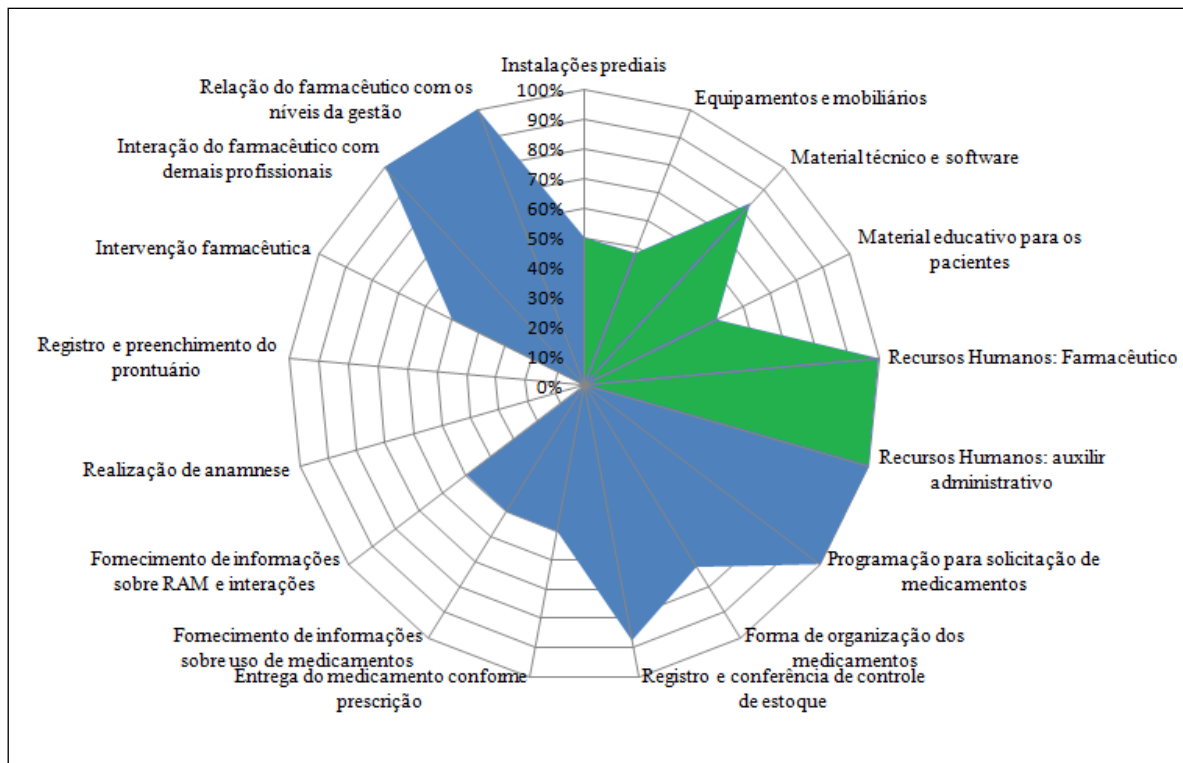
**Quadro 6:** Pontuações dos critérios e padrões de estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose, avaliados nas farmácias das unidades A e B

<b>ESTRUTURA</b>					
<b>Crítérios</b>	<b>Padrões</b>	<b>Unidade A</b>		<b>Unidade B</b>	
		<b>Pontuação por padrão (%)</b>	<b>Pontuação final (média)</b>	<b>Pontuação por padrão (%)</b>	<b>Pontuação final (média)</b>
<b>Instalações prediais</b>	01 Sala contendo espaço suficiente para armazenamento dos medicamentos;	50%	<b>50%</b>	100%	<b>95%</b>
	01 Sala contendo espaço suficiente para dispensação dos medicamentos;	50%		100%	
	01 Sala contendo espaço suficiente para realizar orientação farmacêutica junto aos pacientes;	0%		80%	
	Ambiente climatizado com ar-condicionado, com temperatura e umidade nos parâmetros adequados (temperatura entre 15 a 30°C, e umidade relativa em até 70%).	100%		100%	
<b>Recursos materiais: Equipamentos e mobiliários</b>	Pallets, estantes e/ou armários;	100%	<b>48%</b>	100%	<b>90%</b>
	Geladeira para acondicionamento, exclusiva, dos medicamentos termolábeis;	100%		100%	
	01 estação de atendimento (guichê) para cada auxiliar;	100%		80%	
	01 computador com internet por estação de atendimento;	100%		100%	
	01 cadeira por estação de atendimento para o atendente;	80%		80%	
	Escaninhos e prateleiras para acondicionar os medicamentos;	0%		100%	
	01 mesa para cada sala;	0%		80%	
	01 cadeira para o farmacêutico;	0%		80%	
	01 cadeira para o paciente na sala de orientação farmacêutica;	0%		80%	
01 computador com internet na sala de orientação farmacêutica;	0%	100%			
<b>Recursos materiais: Material técnico e software para suporte ao serviço</b>	01 Formulário Nacional Terapêutico;	100%	<b>83%</b>	100%	<b>75%</b>
	01 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais;	100%		100%	
	01 Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil;	100%		100%	
	01 Manual de Boas Práticas de Armazenamento;	100%		50%	
	01 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;	0%		0%	
	Sistema/ software utilizado para gerenciamento dos estoques dos medicamentos e registro de dispensação dos medicamentos aos pacientes.	100%		100%	

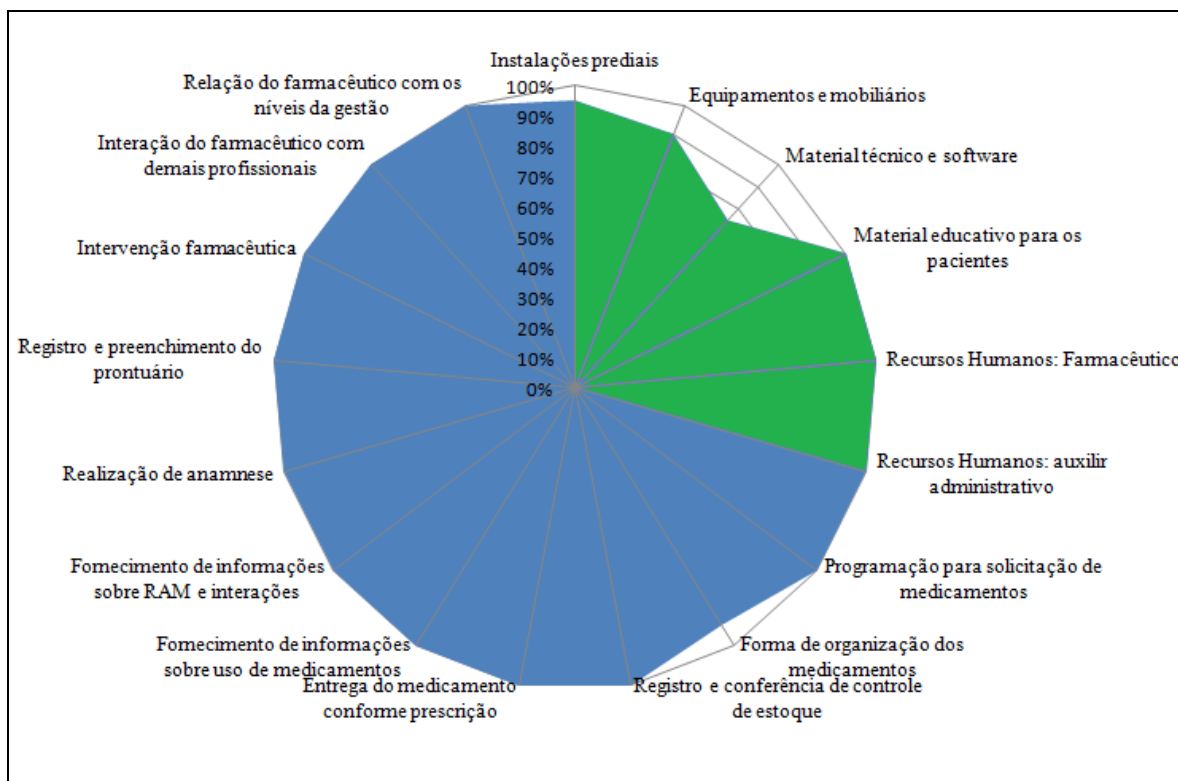
<b>Recursos materiais: Material educativo para os pacientes</b>	Cartilhas, folhetos, folders elaborados pela Assistência Farmacêutica para orientação aos pacientes na adesão ao tratamento da tuberculose.	0%	<b>50%</b>	100%	<b>100%</b>
	Cartilhas, folhetos, folders elaborados pelo Programa de Controle da Tuberculose para orientação aos pacientes na adesão ao tratamento da tuberculose.	100%		100%	
<b>Recursos Humanos: farmacêutico</b>	01 profissional farmacêutico, para atendimento aos pacientes com tuberculose, em todo o horário de funcionamento da unidade;	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
<b>Recursos Humanos: auxiliar</b>	01 auxiliar administrativo por guichê.	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
<b>PROCESSO DE TRABALHO</b>					
<b>Crítérios</b>	<b>Padrões</b>	<b>Unidade A</b>		<b>Unidade B</b>	
		<b>Pontuação por padrão (%)</b>	<b>Pontuação final (média)</b>	<b>Pontuação por padrão (%)</b>	<b>Pontuação final (média)</b>
Programação para solicitação de medicamentos	Programação mensal, utilizando método de programação de medicamentos:	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
	a. Utilização do método Consumo Histórico	100%		100%	
	b. Utilização de métodos Perfil Epidemiológico ou Oferta Ajustada	100%		100%	
Forma de organização dos medicamentos	1. Conferência dos medicamentos no recebimento da programação mensal;	100%	<b>72%</b>	100%	<b>92%</b>
	2. Organização dos medicamentos em pallets, estantes e/ou armários;	50%		100%	
	3. Acondicionamento adequado dos medicamentos termolábeis em geladeira;	100%		100%	
	4. Medicamentos identificados com nome da substância, dosagem, apresentação, lote e data de validade;	60%		60%	
	5. Conservação dos medicamentos em condições adequadas para assegurar as características físico-químicas dos mesmos.	50%		100%	
Registro e conferência de controle de estoque (registro de informações)	1. Conferência, registro e controle da movimentação física, de entrada e saída, dos medicamentos, de forma sistemática;	75%	<b>88%</b>	100%	<b>100%</b>
	2. Utilização de sistema informatizado.	100%		100%	

Entrega do medicamento ao paciente conforme prescrição	- Leitura da prescrição para o paciente em todas as dispensações.	50%	<b>50%</b>	100%	<b>100%</b>
Fornecimento de informações aos pacientes sobre o uso de medicamentos	Orientação sobre a utilização dos medicamentos, como modo de uso em todas as dispensações.	50%	<b>50%</b>	100%	<b>100%</b>
	Orientação a sobre a utilização dos medicamentos, como via de administração em todas as dispensações	50%		100%	
	Orientação a sobre a utilização dos medicamentos, como posologia e horário de uso em todas as dispensações.	50%		100%	
Fornecimento de informações sobre possíveis reações adversas a medicamentos (RAM) e interações	Orientação para todos os pacientes, sobre as possíveis reações adversas na primeira dispensação de cada esquema terapêutico.	50%	<b>50%</b>	100%	<b>100%</b>
	Orientação para todos os pacientes, sobre as interações medicamentosas, na primeira dispensação de cada esquema terapêutico.	50%		100%	
Realização de anamnese	- Aplicação de entrevista aos pacientes para obter informações sobre as características intrínsecas, estilo de vida, patologias e tratamentos coexistentes na admissão do paciente.	0%	<b>0%</b>	100%	<b>100%</b>
Registro e preenchimento do prontuário	- Prontuário preenchido com as informações obtidas e atualizadas em todas as dispensações.	0%	<b>0%</b>	100%	<b>100%</b>
Intervenção farmacêutica	- Identificação de problemas relacionados a medicamentos e execução de plano de intervenção farmacêutica, quando necessário.	50%	<b>50%</b>	100%	<b>100%</b>
Interação/ articulação do profissional farmacêutico com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose	Existência de mecanismos junto aos demais profissionais envolvidos no controle da tuberculose para resolução de problemas dos pacientes	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
Relação do farmacêutico com os níveis da gestão	Existência de comunicação do profissional farmacêutico com o nível da gerência da UBS para resolução de problemas técnico-gerenciais	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>

**Gráfico 1:** Avaliação de estrutura e processo de trabalho nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais para o cuidado ao paciente com tuberculose na farmácia da unidade A



**Gráfico 2:** Avaliação de estrutura e processo de trabalho nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais para o cuidado ao paciente com tuberculose na farmácia da unidade B



Considerando-se os resultados obtidos e demonstrados nos gráficos 1 e 2, bem como a proposta de responder à pergunta sobre em que medida os serviços farmacêuticos estão organizados para assegurar o cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de atenção primária à saúde no município de Salvador-BA, observou-se que a farmácia da unidade A cumpria 65% dos critérios utilizados, e a farmácia da unidade B, 97%, conforme demonstrado no Quadro 7. Esta avaliação levou em consideração a existência e suficiência de estrutura quanto às instalações prediais, recursos materiais e humanos, bem como o processo de trabalho na realização dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, tomando-se por base os pesos atribuídos através da técnica de consenso.

**Quadro 7:** Percentual final de estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose, nas farmácias das unidades A e B, considerando-se a técnica de consenso realizada

<b>Crítérios de Estrutura</b>	<b>Unidade A</b>	<b>Unidade B</b>	<b>Pontuação máxima</b>
Instalações prediais	2	3,8	4
Equipamentos e mobiliários	1,9	3,6	4
Material técnico e software	2,5	2,2	3
Material educativo para os pacientes	1	2	2
Recursos Humanos: Farmacêutico	4	4	4
Recursos Humanos: auxiliar administrativo	3	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>14,4</b>	<b>18,65</b>	<b>20</b>
<b>Pontuação em percentual</b>	<b>29%</b>	<b>37%</b>	<b>40%</b>
<b>Crítérios de Processo de Trabalho</b>	<b>Unidade A</b>	<b>Unidade B</b>	<b>Pontuação máxima</b>
Programação para solicitação de medicamentos	4	4	4
Forma de organização dos medicamentos	2,88	3,68	4
Registro e conferência de controle de estoque	2,63	3	3
Entrega do medicamento conforme prescrição	1,5	3	3
Fornecimento de informações sobre uso de medicamentos	2	4	4
Fornecimento de informações sobre RAM e interações	1,5	3	3
Realização de anamnese	0	3	3
Registro e preenchimento do prontuário	0	4	4
Intervenção farmacêutica	1,5	3	3
Interação do farmacêutico com demais profissionais	3	3	3
Relação do farmacêutico com os níveis da gestão	3	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>22,01</b>	<b>36,68</b>	<b>37</b>
<b>Pontuação em percentual</b>	<b>36%</b>	<b>59%</b>	<b>60%</b>
<b>Pontuação final em percentual (Estrutura e Processo de trabalho)</b>	<b>65%</b>	<b>97%</b>	<b>100%</b>

## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A rede de atenção básica do Município de Salvador, em relação ao cuidado ao paciente com tuberculose, está em desacordo com as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (Brasil, 2011a), que preconizam que o cuidado ao paciente com tuberculose deve ser assegurado em 100% das unidades de atenção primária à saúde, tendo em vista a ênfase na descentralização das medidas de controle da doença para este nível de atenção à saúde. No município, cerca de um terço das unidades básicas não realizavam uma das principais ações de controle da doença, que é a dispensação dos medicamentos. Além disso, entre as unidades que dispensavam medicamentos, a maioria não contava com profissionais farmacêuticos, os quais deveriam ser responsáveis por essa atividade, sendo bastante desigual a distribuição das unidades básicas que dispunha deste profissional farmacêutico, entre os distritos sanitários.

Campinas e Almeida (2004), em seu estudo, destacam a importância das equipes de saúde da família para o cuidado ao paciente com tuberculose, pois a sua atuação proporciona a melhoria na busca ativa de casos da doença, no diagnóstico e tratamento oportuno. Proporciona também uma assistência qualificada, pela possibilidade de melhor conhecimento da realidade de cada paciente dessas equipes, em sua área de abrangência. Portanto, fica demonstrada a necessidade de ampliação de cobertura do referido programa no município.

Outro aspecto verificado foi o reduzido número de unidades com o programa de controle da tuberculose que contassem com o profissional farmacêutico em sua equipe, como responsável pelo cuidado ao paciente na dispensação e orientação farmacêutica em relação ao uso dos medicamentos. A OMS (2004) destaca que o profissional farmacêutico é relevante por conhecer as atividades que compõem a Assistência Farmacêutica, por deter e disponibilizar informações técnicas sobre os medicamentos. Para Araújo et.al. (2005), o farmacêutico deve estar inserido na equipe multidisciplinar de saúde promovendo a utilização adequada e segura dos medicamentos por parte da população, visto que é o profissional detentor privilegiado do conhecimento sobre o medicamento. A sua inserção no cuidado ao paciente com tuberculose pode assegurar a

dispensação dos medicamentos com qualidade, contribuindo para ampliar a adesão terapêutica do paciente e assegurar o seu tratamento de forma integral.

Na avaliação das unidades selecionadas, observaram-se duas realidades distintas em relação à estrutura, onde o principal problema foi relacionado ao espaço e suas instalações prediais. A unidade A apresentou espaço reduzido e inadequado ao desenvolvimento dos serviços farmacêuticos, mesmo tendo sido reformada há cerca de quatro meses. E a unidade B apresentou espaço adequado, embora com necessidade de reformas e substituição de alguns equipamentos e mobiliários, em virtude de desgastes pelo tempo de uso.

Segundo Marin (2003), a estocagem dos medicamentos deve ser realizada em área definida, de forma organizada, com maior aproveitamento de espaço possível e dentro dos parâmetros que permitam segurança e rapidez. De acordo com as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS (Brasil, 2009), o espaço físico para dispensação deve ter os equipamentos e mobiliários necessários para assegurar a logística, o fluxo de trabalho, bem como a capacidade de atendimento do serviço; e, o espaço destinado à orientação farmacêutica deve ser reservado, de forma que permita diálogo entre o paciente e o profissional sem interferências externas, que ofereça conforto e sensação de acolhimento, onde tanto o farmacêutico quanto o paciente estejam sentados, sendo relevante a realização da orientação por escrito ao usuário.

Verificou-se que em relação aos recursos materiais, no que diz respeito aos equipamentos e mobiliários, a unidade A apresentou mais deficiências em relação à unidade B. Em estudo realizado por Moura, et.al. (2010), os equipamentos e mobiliários se inserem na estrutura necessária para propiciar a prestação dos serviços de saúde, os quais devem estar adequados para o conjunto de ações propostas, onde se incluem as ações de Assistência Farmacêutica.

Em relação aos materiais técnicos e software para suporte ao serviço, e de materiais educativos para os pacientes, as duas farmácias apresentaram realidades semelhantes, as quais dispunham de grande parte dos materiais necessários para o desenvolvimento dos serviços. Considerando ainda as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS (Brasil, 2009), a farmácia deve disponibilizar informações técnico-científicas atualizadas através de formulários terapêuticos, consensos



terapêuticos, informes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, literatura reconhecida e documentos oficiais, além de acesso à base de dados sobre medicamentos. Portanto, o serviço de farmácia deve dispor de acesso à internet, telefone e material bibliográfico, bem como pessoal qualificado para a busca e disponibilização desse tipo de informação de forma adequada às necessidades concretas do serviço de saúde. Destaca-se que os materiais educativos devem ter critérios na sua elaboração, considerando-se os elementos técnico-científicos aceitáveis, e podem ser disponibilizados por meio de orientações individuais em salas específicas, ou por meio de palestras, quando possível, a realização de trabalhos em grupo (Marin, 2003).

No que diz respeito aos recursos humanos, verificaram-se semelhanças entre as duas farmácias, tanto em relação à existência do profissional farmacêutico durante todo o horário de funcionamento, como dos atendentes nos guichês. A relevância do profissional farmacêutico nas farmácias foi destacada nas falas dos respectivos gerentes, que o consideraram como essencial ao serviço de saúde. De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (1998), os profissionais farmacêuticos e atendentes, devem ter assegurado o contínuo desenvolvimento e capacitação, para permitir que o serviço possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade. A incipiência em relação às capacitações, como referido pelos farmacêuticos do nível central, vem tentando ser suprida pelo projeto em construção para o fortalecimento dos serviços farmacêuticos no cuidado aos pacientes com tuberculose da rede de atenção primária à saúde do Município de Salvador.

Em relação ao processo de trabalho, verificou-se que os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais são desenvolvidos pelas duas unidades de forma semelhante, por se tratar de procedimentos previamente definidos e executados pelos profissionais farmacêuticos. No entanto, na unidade B foi verificado o desempenho com mais facilidades do que na unidade A, haja vista as limitações existentes nesta unidade por conta dos problemas de estrutura, as quais influenciam nos quantitativos de medicamentos a serem programados e na forma de organização dos medicamentos, considerando-se o espaço reduzido.

Segundo Marin (2003), a programação de medicamentos tem por objetivo garantir a disponibilidade dos mesmos nas quantidades adequadas e no tempo oportuno

para atender às necessidades da população, os quais devem estar em condições adequadas de armazenamento e de controle de estoque eficaz para assegurar a sua qualidade. Em estudo realizado por Vieira (2008), verificou-se que deficiências na programação e controle de estoque indica que a aquisição de medicamentos é realizada sem a utilização de parâmetros concretos, podendo ser adquiridos ou em quantidade muito superior ao necessário, ocasionando perdas, ou em quantidade muito inferior, prejudicando o acesso da população. Além disso, condições inadequadas de armazenamento podem ocasionar perdas de medicamentos, e o controle eficiente de estoques dos mesmos é determinante para evitar faltas, bem como evitar perdas por validade expirada.

Os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, dispensação, orientação e intervenção farmacêutica são desenvolvidos plenamente na unidade onde o serviço de assistência farmacêutica está consolidado, a unidade B, sendo pouco executados na unidade A, pelo problema da falta de estrutura, além de problemas relacionados com a interação entre os profissionais que compõem o serviço de cuidado ao paciente com tuberculose na unidade. Isso é percebido nas falas dos usuários, onde na unidade B é universal a percepção quanto ao serviço farmacêutico prestado no seu cuidado, já na unidade A essa percepção só é abordada na fala de um usuário, o qual precisou de cuidado específico, pois o serviço de enfermagem sinalizou a necessidade de intervenção farmacêutica.

A dispensação de medicamentos é compreendida como processo informativo referente ao tratamento, acompanhamento e avaliação farmacoterapêutica da prescrição, requerendo, portanto a presença do profissional farmacêutico como essencial para sua realização (Barreto e Guimarães, 2010). Destaca-se que a dispensação ideal de medicamentos deve ser realizada aliando-se o caráter técnico do procedimento de entrega, que garanta o recebimento dos mesmos, dentro dos padrões de qualidade e segurança, como os elementos filosóficos da atenção farmacêutica que garantam o uso adequado e apropriado dos medicamentos (Angonesi, 2008).

A orientação farmacêutica, por sua vez, deve ser prestada pelo farmacêutico na dispensação, destacando-se o fornecimento de toda a informação necessária para o uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos de acordo com as necessidades individuais

do usuário, as quais podem ser reforçadas por escrito ou com material de apoio adequado. Devem ser abordadas as contra-indicações, interações e possíveis efeitos secundários do medicamento no momento da dispensação, por meios adequados para ficar ciente de que o paciente não tem dúvidas sobre o seu tratamento. Assim, a orientação e a educação sobre o uso correto dos medicamentos são formas de prevenção de problemas, que podem ser detectados na anamnese farmacológica e, dependendo do problema, a educação do paciente também pode ser uma forma de resolvê-lo (Angonesi, 2008).

No presente estudo, verificou-se que os profissionais da farmácia da unidade B apresentaram maior autonomia para realizar intervenções farmacêuticas, quando necessário, em relação aos da unidade A. De acordo com Castro et.al. (2006), a intervenção farmacêutica corresponde ao ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário, para resolver ou prevenir problemas que possam interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico. Estudo realizado por Nunes et.al. (2008), reforçam a ideia de que a intervenção farmacêutica, ao reduzir o número de eventos adversos, aumenta a qualidade na assistência ao paciente.

Em relação à interação/ articulação do profissional farmacêutico com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose, verificou-se que a unidade B tem esta ação plenamente consolidada, e a unidade A pouco consolidada, pois embora haja uma boa relação entre os profissionais, a forma de organização do programa na unidade, não favorece a autonomia do profissional farmacêutico para o cuidado com tuberculose. Esse fator contribui para a melhor atuação do profissional farmacêutico no cuidado aos pacientes. Conforme Canabarro & Hahn (2009), a participação ativa do farmacêutico na assistência ao paciente, na dispensação de medicamentos e no seguimento do tratamento farmacoterapêutico são práticas que cooperam com os demais profissionais da saúde, uma vez que colaboram para a redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos.

De forma geral, observando-se a realidade da unidade A verifica-se que a deficiência das instalações prediais, de equipamentos e mobiliários, interfere na execução plena das atividades da farmácia. A existência de profissional farmacêutico,

em todo o horário de funcionamento da farmácia, assegura o desenvolvimento pleno da programação para solicitação de medicamentos, pois se trata de um procedimento previamente estabelecido e executado exclusivamente por este profissional. Os demais serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, organização dos medicamentos e controle de estoque dos mesmos, embora também tenham procedimentos estabelecidos, têm seu desenvolvimento dificultado, em virtude das deficiências na estrutura da farmácia, pois dependem de espaço adequado.

Ainda em relação à farmácia da unidade A, os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais são comprometidos pela deficiência da estrutura da farmácia, interferindo na promoção do cuidado ao paciente com tuberculose, bem como no estabelecimento da relação farmacêutico-paciente para assegurar esse cuidado, mesmo considerando os esforços envidados pelos farmacêuticos da unidade. Embora seja estabelecida boa relação dos farmacêuticos com os demais profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com tuberculose, a organização do programa na unidade A mantém sob a responsabilidade do serviço de enfermagem, a primeira dispensação dos medicamentos e a autorização para as dispensações seguintes, até a conclusão do tratamento do paciente. Nesse sentido, a entrega de medicamentos, o fornecimento de informações e a intervenção farmacêutica são realizados parcialmente pelo profissional farmacêutico.

Já em relação à farmácia da unidade B, destaca-se que a existência de profissional farmacêutico, em todo o horário de funcionamento da farmácia, a boa relação desses profissionais com os demais profissionais envolvidos com o cuidado ao paciente com tuberculose na unidade, a existência de um serviço na farmácia para dispensação, orientação e seguimento farmacoterapêutico dos pacientes com tuberculose, favorecem o estabelecimento da relação farmacêutico-paciente, e asseguram o cuidado farmacêutico aos mesmos.

Conclui-se que a estrutura física adequada na farmácia das unidades de saúde, a disponibilidade de recursos materiais e humanos, com autonomia do profissional farmacêutico para o cuidado ao paciente com tuberculose, estabelecida através de uma boa relação com os profissionais envolvidos nesse cuidado, favorecem a consolidação e o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos. Portanto, através de serviços farmacêuticos consolidados, é possível promover o efetivo cuidado ao paciente com

tuberculose, na utilização adequada dos medicamentos, estabelecendo-se o fortalecimento da relação farmacêutico-paciente e consequente ampliação da adesão terapêutica do mesmo.

No presente estudo, algumas limitações foram encontradas, principalmente no processo de coleta de dados e na elaboração dos instrumentos para a avaliação proposta. Percebeu-se que a observação sistemática poderia ter sido mais intensa, não focando apenas nas questões de estrutura das farmácias, mas também acompanhando os processos de trabalho dos profissionais farmacêuticos. Houve dificuldades para descrever nos resultados algumas observações que não constavam no roteiro previamente elaborado, e não foram referidas pelos entrevistados.

Ainda na coleta de dados, no processo de entrevista dos usuários, foi percebido que as respostas obtidas, em grande parte eram breves, com poucos detalhes, talvez pelo grau de instrução da maioria, ou pelo estigma da doença em não se sentir à vontade para falar sobre o assunto. Além disso, percebeu-se a abordagem sobre estrutura poderia ter sido incluída nas entrevistas aos usuários, no sentido de conhecer a sua percepção em relação às instalações dos serviços oferecidos.

A outra limitação está relacionada com a técnica de consenso utilizada para a elaboração dos instrumentos da avaliação proposta, visto que poderia ter sido realizada com maior antecedência, para que fossem realizadas reuniões com os especialistas, ampliando-se a discussão e o debate entre os participantes, para enriquecer o resultado final.

O estudo destacou a relevância dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose, o qual deve ter assegurada a estrutura necessária para o desenvolvimento dos processos de trabalho envolvidos. Além disso, permitiu articular os conhecimentos relacionados com as três áreas: Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde; cuidado ao paciente com tuberculose; e avaliação dos serviços de saúde. Dessa forma, apresentou como principal potencialidade os instrumentos elaborados para nortear a avaliação, os quais poderão servir como modelos para outros estudos de avaliação na área de Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde. Além disso, poderão servir também como instrumentos para os gestores, para avaliação

e monitoramento dos serviços farmacêuticos sob sua responsabilidade, no sentido de assegurar a melhoria contínua da qualidade desses serviços.

Recomenda-se, portanto, a ampliação e melhor organização dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose na rede de atenção primária do município de Salvador, tendo em vista que é possível desenvolver efetivamente estes serviços, técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, como verificado em uma das unidades estudadas. Esta unidade pode servir como referência para as demais unidades da rede, onde por intermédio da Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica, devem ser realizadas reuniões, articulações e capacitações, processo este que vem sendo iniciado, conforme descrito nas falas dos gestores do nível central.

## 8. REFERÊNCIAS

ALENCAR, T.O.S.; NASCIMENTO, M.A.A. **Assistência farmacêutica no programa saúde da família: encontros e desencontros do processo de organização.** Ciências & Saúde Coletiva. 2011, 16(9):3939-3949.

ALENCAR, T.O.S. et al. **Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2011.

ALMA-ATA, **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata.** URSS, 1978.

ANGONESI, D. **Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup):629-640, 2008.

ARAÚJO, A.L.A. et. al. **Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde.** Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 26, n.2, p. 87-92, 2005.

ARAÚJO, A.L.A. et. al. **Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 13(Sup): 611-617, 2008.

ARRAIS, P.S.D.; BARRETO, M.L.; COELHO, H.L.L. **Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):927-937, abr, 2007.

BAHIA. Secretaria da Saúde, **Decreto nº. 11.935**, de 19 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a Política Estadual de Assistência Farmacêutica e dá outras providências.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Controle da tuberculose em hospitais, unidades de pronto atendimento, urgências e emergências.** Protocolo. 2012.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. **Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil.** Rev. Saúde Pública, 41 (Supl. 1): 4-8. 2007.

BARRETO, J.L.; GUIMARÃES, M.C.L. **Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil.** Caderno saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6); 1207-1220, jun, 2010.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.916/ MS/ GM**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Resolução n.º. 338/ CNS**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Planejar é preciso**: uma proposta para aplicação à Assistência Farmacêutica. 1.ed. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a (74p.).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b (72p.)

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (44 p.).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. vol. 44, n.02 – 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/10/Boletim-Tuberculose-2014.pdf>. Acesso em 19 abr 2014.

CAMPINAS, L.L.S.L.; ALMEIDA, M.M.M.B. **Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família**. Bol Pneumol Sanit. 2004; 12(3): 145-154.



CANABARRO, I.M.; HAHN, S. **Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(4):345-355, out-dez 2009.

CASTRO, M.S. et.al. **Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos.** Rev Bras Hipertens vol.13(3): 198-202, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **A avaliação na área da saúde:** conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1.

CORREIA, A.R.F. et.al. **Definição de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Fortaleza-Ceará (Brasil) baseada em Métodos de Consenso.** Latim American Journal of Pharmacy, 2009; 28(3): 366-74.

DAVIDSON, H. et.al. **The effects of increasing incentives on adherence to tuberculosis directly observed therapy.** The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 4(9):860–865, 2000.

DONABEDIAN, A. **Evaluación de la calidad de la atención médica.** In: Whuite, K. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.382-404. (OPS. Publicacion Cientifica, 534).

DONABEDIAN, A. **Formulating criteria and standards.** In: The an introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003. p.59-76.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford, New York: 2003a.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde:** a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

GELMANOVA, I.Y. et.al. **Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation:** non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. Bulletin of the World Health Organization. September 2007, 85 (9)

GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GONÇALVES, H. et al. **Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul:** na perspectiva do paciente. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(4): 777-787, out-dez, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. IBGE Cidades@. Bahia. **Salvador-BA**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 05 mai 2013.

JAISWAL, A. et.al. **Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, India**. Tropical Medicine and International Health, vol.8 n°. 7, pp 625–633. July, 2003.

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

MATOWE, L. et.al. **A strategy to improve skills in pharmaceutical supply management in East Africa: the regional technical resource collaboration for pharmaceutical management**. Human Resources for Health: 2008, 6:30.

MENDES, A.M.; FENSTERSEIFER, L.M. **Tuberculose: por que os pacientes abandonam o tratamento?** Bol. Pneumol. Sanit. 2004; 12(1): 25-36.

MEROLA, Y. R. et al. **Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: um projeto em discussão**. Revista Eletrônica de Farmácia Vol 5(1), 95-100, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Cad. 7. Secretaria de Vigilância em Saúde: 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Situação Epidemiológica – Dados e indicadores da Tuberculose – Número de casos novos**. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos\\_novos\\_tb\\_1990\\_2010\\_atual\\_31\\_05\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_novos_tb_1990_2010_atual_31_05_11.pdf)> Acesso em 01 set. 2011b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)**. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31101](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101) > Acesso em 15 ago. 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNESNet – **Consultas – Estabelecimento por Endereçamento**. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome\\_Por\\_Estado\\_Municipio.asp?VEstado=29&VMun=292740&VEsf=00](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome_Por_Estado_Municipio.asp?VEstado=29&VMun=292740&VEsf=00). Acesso em: 04 mai 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNESNet – **Consultas – FCES Ficha do Estabelecimento de Saúde**. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome.asp?VTipo=0](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0). Acesso em: 04 abr 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Acesso em 13 abr 2014.

MONROE, A. A. et al. **Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose.** Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):262-7

MOTA, F.F.; SILVA, L.M.V.; PAIM, J.S.; COSTA, M.C.N. **Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4): 915-922, jul-ago.2003

MOURA, B.L.A. et.al. **Atenção primária à saúde:** estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S69-S81 nov., 2010.

NUNES, P.H.C. et.al. **Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, vol. 44, n. 4, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, M.J.L. **Assistência Farmacêutica:** a percepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luís (MA). Porto Alegre: UFRGS, 2004.

OLIVEIRA, L.C.F. et al. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde:** da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL,S.; CHRISPIM, P.P.M. **Tratamento diretamente supervisionado:**estratégias para o controle da tuberculose. Rev. APS, Juiz de Fora, v.13, n.3, p.357-364, jul./set. 2010a.

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

ROSSI, P.H.; LIPSEY. M.W.; FREEMAN, H.E. **Evaluation:** a systematic approach. 7.ed. Califórnia-EUA: SAGE Publications, 2004.

RUFFINO-NETO, A. **Tuberculose:** a calamidade negligenciada. Revista da Sociedade Brasileira Tropical. Uberaba, v. 35, n. 01, p. 51-58, 2002.

SÀ, L.D. et.al. **Intersetorialidade e vínculo no controle da tuberculose na Saúde da Família.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(2), mar-abr 2011.

SANTOS, V.; NITRINI, S.M.O.O. **Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde.** Rev Saúde Pública 2004; 38(6) : 819-26.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – BAHIA. Plano Diretor Regional 2012. Regiões de Saúde do Estado Bahia. **Municípios da Região de Saúde Salvador.**

Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/result\\_REGIAO\\_SAUDE.asp?REGIAO\\_SAUDE=Salvador](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/result_REGIAO_SAUDE.asp?REGIAO_SAUDE=Salvador). Acesso em: 05 mai 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SALVADOR. **Unidades de Saúde – Distrito Sanitário**. Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=234&Itemid=60](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=234&Itemid=60). Acesso em: 26 abr. 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2010-2013**. Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS\\_final.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf). Acesso em: 02 mai 2013a.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SALVADOR. **Tabnet - Salvador**. Subcoordenação de Informações em Saúde. Notificação individual a partir de 2007 - Tuberculose. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/deftohtm.exe?sinannet/notindivinet.def>. Acesso em: 29 abr. 2013b.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SALVADOR. **Organograma**. Cadastro Organizacional. Disponível em: [http://www.saude.salvador.ba.gov.br/gasec/cadastro\\_organizacional\\_sms.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/gasec/cadastro_organizacional_sms.pdf). Acesso em: 14 abr. 2014.

SOUZA, L.E.P.F. et.al. **Conferencia de consenso sobre la imagen-objetivo de la descentralización de la atención de la salud en Brasil**. In: HARTZ, Z.M.A. & VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Evaluación em Salud. De los modelos teóricos a La práctica em La evaluación de programas y sistemas de salud. 1.ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.

SOUZA, M.S.P.L. et.al. **Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose**. Rev. Saúde Pública, 43(6): 998-1005. 2009.

VALERY, Pedro Paulo Trigo. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. Brasília: Central de Medicamentos, 1989.

VIEIRA, F. S. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde**. Temas livres – Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(1): 213-220, 2007.

VIEIRA, F.S. **Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil**: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(2):91-100.

VIEIRA, F. S. **Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil**. Rev. Panam. Salud Publica. 2010; 27(2): 149 – 56.

WARES, D. F. et.al. **Non-adherence to tuberculosis treatment in the eastern Tarai of Nepal**. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 7(4):327–335, 2003.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing**. Geneva, 2009.

XAVIER, Maria Izabel Mota; BARRETO, Maurício Lima. **Tuberculose na cidade de Salvador:** tendências das taxas de incidência e de mortalidade no período de 1981 a 2000. Bol. Pneumol. Sanit. 2006: 14(1) p.7-15.

XAVIER, Maria Izabel Mota; BARRETO, Maurício Lima. **Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil:** o perfil na década de 1990. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 445-453, fev.2007.

# APÊNDICES

## APÊNDICE I

	<p>Universidade Federal da Bahia          Instituto de Saúde Coletiva          Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva          Mestrado em Saúde Coletiva          Aluna: Fernanda de Farias Rodrigues          Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira</p>	
---	---	---

**Projeto de pesquisa: Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA**

Roteiro de entrevista: Coordenação da Assistência Farmacêutica - Nível Central

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Tempo de formação: \_\_\_\_\_



Especialização: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na Gestão da Assistência Farmacêutica: \_\_\_\_\_

**Perguntas:**

1. Como está organizada a Assistência Farmacêutica no nível central? Há profissional(is) responsável(is) pelas ações relacionadas com tuberculose?
2. A Assistência Farmacêutica municipal participa das discussões sobre as diretrizes propostas pelo PNCT, junto ao Programa Municipal de Controle da Tuberculose? Como se dá essa articulação?
3. São definidas normas e procedimentos para os serviços de Assistência Farmacêutica das unidades de saúde do município? E para o cuidado ao paciente com tuberculose? Você poderia explicar de que forma?
4. São desenvolvidas atividades de capacitação para os profissionais farmacêuticos das unidades de saúde? De que forma? Dentre as atividades de capacitações, há aquelas com enfoque para o controle da tuberculose, destinadas aos profissionais atuantes nas unidades que contam com o programa?

## APÊNDICE II

	<p>Universidade Federal da Bahia          Instituto de Saúde Coletiva          Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva          Mestrado em Saúde Coletiva          Aluna: Fernanda de Farias Rodrigues          Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira</p>	
---	---	---

**Projeto de pesquisa: Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA**

Roteiro de entrevista: Farmacêutico da unidade de saúde

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Especialização: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência na Atenção Básica: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência nesta unidade: \_\_\_\_\_

**Perguntas:**



1. Como você desenvolve suas atividades nesta farmácia? Você poderia descrever?
2. Quais são as principais dificuldades e/ou facilidades para desenvolver os serviços farmacêuticos nesta farmácia?
3. Você costuma planejar as atividades a serem desenvolvidas na farmácia? A quem se remete?
4. Em relação à programação de medicamentos, descreva como realiza. Qual é a frequência? Você usa algum tipo de critério?
5. Quando você recebe o medicamento, como você procede? Como é realizado o armazenamento dos medicamentos?



6. Como é realizado o controle de estoque dos medicamentos nesta farmácia? Há procedimentos definidos para entrada, saída e monitoramento de validade dos medicamentos? Você poderia descrever?
7. Como é realizada a dispensação dos medicamentos para os pacientes com tuberculose nesta farmácia?
8. Como você orienta o paciente com tuberculose? Que informações são repassadas ao mesmo?
9. Como você realiza o seguimento farmacoterapêutico com os pacientes com tuberculose? Que aspectos são considerados para desenvolver esse serviço?

Há comunicação/ articulação entre você e os demais profissionais da unidade envolvidos com o cuidado ao paciente com tuberculose? De que forma?

## APÊNDICE III

	<p>Universidade Federal da Bahia          Instituto de Saúde Coletiva          Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva          Mestrado em Saúde Coletiva          Aluna: Fernanda de Farias Rodrigues          Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira</p>	
---	---	---

**Projeto de pesquisa: Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA**

Roteiro de entrevista: Gerente da unidade de saúde

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Formação: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Especialização: \_\_\_\_\_



Tempo de experiência na Atenção Básica: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência nesta unidade: \_\_\_\_\_

**Perguntas:**

1. Qual a sua percepção em relação ao serviço da farmácia desta unidade? E no que diz respeito ao cuidado ao paciente com tuberculose nesta unidade?
2. Como é a sua relação com o(s) farmacêutico(s) desta unidade?
3. Você desenvolve atividades que articulam os diversos profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico? Quais são elas?
4. Há no planejamento da unidade, cronograma de manutenção periódica das instalações prediais e dos equipamentos da farmácia? Caso sim, qual a periodicidade e de que forma é executado?

## APÊNDICE IV

	<p>Universidade Federal da Bahia          Instituto de Saúde Coletiva          Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva          Mestrado em Saúde Coletiva          Aluna: Fernanda de Farias Rodrigues          Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira</p>	
---	---	---

**Projeto de pesquisa: Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA**

Roteiro de entrevista: Usuário do serviço de saúde

Inicialmente, serão levantadas suas informações pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino            ( ) Masculino

Escolaridade:

( ) Ens. Fundamental    ( ) Ens. Médio    ( ) Sup. incompleto    ( ) Sup. Completo

Bairro de residência: \_\_\_\_\_

Em seguida, conversaremos sobre o seu problema de saúde atual, a sua doença, a tuberculose:

1. O(a) senhor(a) se lembra quando descobriu que estava doente (há quantos meses)?

2. É a primeira vez que vem nesta unidade?

a. Caso não:



i. O(a) senhor(a) se lembra de quando iniciou o tratamento (há quantos meses)?

ii. O(a) senhor(a) vem todo mês à farmácia para receber o medicamento?

iii. Como foram os atendimentos anteriores na farmácia? O(a) senhor(a) foi orientado em relação ao tratamento? Como?

3. Em relação a hoje, como o(a) senhor(a) foi atendido(a)?
4. Quais informações o(a) senhor(a) recebeu na farmácia? Através de qual profissional? Escrita ou falada?
5. Caso não tenha recebido, quais informações acha que deveria ter recebido?
6. O(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento? O(a) senhor(a) acha que está claro para o(a) senhor(a)? Poderia descrever?
7. O(a) senhor(a) ficou satisfeito(a) com esse atendimento? O(a) senhor(a) poderia explicar o por quê?

## APÊNDICE V

	<p>Universidade Federal da Bahia          Instituto de Saúde Coletiva          Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva          Mestrado em Saúde Coletiva          Aluna: Fernanda de Farias Rodrigues          Orientadora: Rosana Aquino Guimarães Pereira</p>	
---	---	---

**Projeto de pesquisa: Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA**

Roteiro de observação sistemática: Serviço de Farmácia da unidade de saúde

1. Existência de sala de atendimento farmacêutico:

( ) Sim                      ( ) Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- ( ) Ambiente reservado com porta  
 ( ) Mesa com cadeiras (para o farmacêutico e para o paciente)  
 ( ) Computador  
 ( ) Material gráfico: formulários de registro de atendimento do paciente  
 ( ) Ambiente climatizado com ar-condicionado  
 ( ) Controle de temperatura e umidade do ambiente
- 
- 

2. Existência de material técnico para suporte ao serviço:

( ) Sim                      ( ) Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- ( ) Formulário Nacional Terapêutico e Relações de Medicamentos Essenciais  
 ( ) Notas técnicas elaboradas pela Assistência Farmacêutica  
 ( ) Notas técnicas elaboradas pelo Programa Municipal de Tuberculose  
 ( ) Manuais elaborados pelas áreas técnicas envolvidas (Assistência Farmacêutica e Programa municipal de Controle da Tuberculose, definindo-se as diretrizes para o cuidado ao paciente com tuberculose)
- 
- 

3. Disponibilidade de materiais de orientação aos pacientes com tuberculose:

( ) Sim                      ( ) Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- Distribuição dos folhetos, cartilhas e folders elaborados pelo Ministério da Saúde (Assistência Farmacêutica - DAF e PNCT)
- Elaboração de folhetos, cartilhas, folders pela Assistência Farmacêutica
- Elaboração de folhetos, cartilhas, folders pelo Programa Municipal de Controle da Tuberculose
- 
- 
- 

4. Há climatização do ambiente da farmácia?

- Sim                       Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- Existência de ar-condicionado
- Existência de termohigrômetro, para controle de temperatura entre 15 a 30°C e umidade relativa em até 70%
- Existência de geladeira para acondicionamento dos medicamentos termolábeis (\*PPD)
- Realização de registro para controle diário da temperatura e umidade
- 
- 
- 

5. Existência de espaço reservado para armazenamento de medicamentos em estoque:

- Sim                       Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- Ambiente separado da área de dispensação de medicamentos
- Existência de pallets, estantes e/ou armários
- Ambiente climatizado
- 
- 
- 

6. Existência de Manual de Boas Práticas de Armazenamento de medicamentos:

- Sim                       Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- Detalhamento de todas as atividades a serem desenvolvidas para assegurar os padrões de qualidade na armazenamento dos medicamentos
- Cumprimento, por parte de todos, das ações propostas no manual
- Atualização periódica do manual
- 
- 
- 

7. Existência de espaço específico para dispensação de medicamentos aos pacientes:

- Sim                       Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- Ambiente específico com espaço físico contendo prateleiras com escaninhos organizados para acondicionamento dos medicamentos
  - Existência de mesa, cadeiras para atendentes
  - Existência de computador com internet
  - Ambiente climatizado
- 
- 
- 

8. Existência de Sistema Informatizado para gestão de estoques dos medicamentos e de informações dos pacientes:

- Sim                       Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- Realiza cadastro dos pacientes
  - Realiza dispensação de medicamentos
  - Permite gerenciar o estoque dos medicamentos
  - Apresenta ferramentas de programação de medicamentos
- 
- 
- 

9. Existência de equipamentos e mobiliários para o desenvolvimento da rotina da farmácia:

- Sim                       Não

Caso Sim, como se caracteriza?

- Existência de mesas e cadeiras para todos os trabalhadores
  - Existência de armários, arquivos (mobiliário para operacionalização dos serviços)
  - Disponibilidade de material de consumo como papel, caneta, formulários e pastas para desenvolvimento das atividades
- 
- 
- 

10. Disponibilidade dos Recursos Humanos para o desenvolvimento das atividades na farmácia:

- Profissional(is) farmacêutico(s) para atendimento aos pacientes com tuberculose, em todo o horário de funcionamento da unidade
  - Existência de 01 auxiliar administrativo por guichê de atendimento
  - Existência de estagiário (estudante do curso de Farmácia) para compor o grupo de trabalho
- 
- 
-

## APÊNDICE VI

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

Rua Basílio da Gama, S/N – Campus Canela – Salvador – Bahia – Brasil 40110-040

**Ilmo. Sr Secretário Municipal de Saúde de Salvador-Ba  
Dr. José Antonio Rodrigues Alves**

Solicitamos autorização para realização da pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA”, de autoria de Fernanda de Farias Rodrigues, estudante regular do mestrado acadêmico em Saúde Coletiva e orientação da professora doutora Rosana Aquino Guimarães Pereira.

A pesquisa tem por objetivo avaliar o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica no cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de Atenção Básica no município de Salvador – Bahia em 2013, no sentido de contribuir para a melhoria no cuidado aos pacientes com tuberculose, considerando-se o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. A intervenção terá duração de seis meses, e visa como público-alvo os profissionais farmacêuticos inseridos nos serviços de cuidado ao paciente com tuberculose. Não apresenta riscos aos participantes e agrega benefícios à produção dos conhecimentos sobre o tema.

Para a realização do estudo, foram selecionadas duas unidades de saúde, após consulta junto ao nível central da Assistência Farmacêutica. Considerando-se as unidades que apresentam elevado número de casos notificados, além do desenvolvimento de serviço de Assistência Farmacêutica voltado para o cuidado ao paciente com tuberculose, foram selecionados para o estudo o 2º Centro de Saúde – UBS Ramiro de Azevedo, no distrito sanitário do Centro Histórico, e o 3º Centro de Saúde – UBS Professor Bezerra Lopes.

A coleta de dados está prevista para ser realizada em outubro deste ano de 2013, sendo realizados os seguintes procedimentos:

1. Realização de observação sistemática guiada por roteiro, nas unidades selecionadas;
2. Realização de entrevistas com os profissionais farmacêuticos das unidades selecionadas;
3. Realização de entrevistas às gerências das referidas unidades;
4. Realização de entrevistas aos pacientes em tratamento de tuberculose, usuários dessas unidades;
5. Realização de entrevista à Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica de Salvador-BA.



As unidades serão visitadas antes da coleta de dados, quando serão apresentados os objetivos e metodologia, após ter obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA. A coleta de dados será iniciada, somente, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. A participação na pesquisa será voluntária, podendo ser interrompida pelos participantes em qualquer momento da coleta dos dados. Cabe esclarecer que a participação na pesquisa não envolve benefícios ou despesas financeiras aos entrevistados ou às pesquisadoras.

Ao final do processo os resultados serão apresentados aos gestores e serão elaborados artigos científicos, bem como outros trabalhos acadêmicos.

Atenciosamente,

---

Fernanda de Farias Rodrigues

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira

Parecer do secretário:

Favorável (  ) Desfavorável (  ) Especificar os motivos:

---

---

---

Assinatura e carimbo do Secretário Municipal de Saúde

## APÊNDICE VII



**Universidade Federal da Bahia**

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, Campus Universitário, Canela.

Salvador - Bahia

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA**, realizado pela aluna do mestrado em Saúde Coletiva (ISC) Fernanda de Farias Rodrigues, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Rosana Aquino Guimarães Pereira, pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia ISC-UFBA.

O objetivo desse estudo é avaliar o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica no cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de Atenção Básica no município de Salvador – Bahia em 2013. A sua participação consiste em permitir que seja realizada uma entrevista, a qual será gravada, para saber sobre a sua atuação no cuidado aos pacientes com tuberculose no município de Salvador-BA.

Salientamos que este estudo não trará riscos para sua integridade física ou moral. Todos os dados serão guardados e utilizados em sigilo e sua identidade e participação serão confidenciais. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal.

A pesquisadora responsável por este estudo é Rosana Aquino Guimarães Pereira (Tel.: 71 3283-7402), a qual poderá ser contactada para maiores esclarecimentos.

### **Declaração**

Tomei conhecimento da declaração de consentimento, tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas e estou de acordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE VIII



**Universidade Federal da Bahia**

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, Campus Universitário, Canela.

Salvador - Bahia

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIO)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA**, realizado pela aluna do mestrado em Saúde Coletiva (ISC) Fernanda de Farias Rodrigues, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Rosana Aquino Guimarães Pereira, pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia ISC-UFBA.

O objetivo desse estudo é avaliar o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica no cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de Atenção Básica no município de Salvador – Bahia em 2013. A sua participação consiste em permitir que seja realizada uma entrevista, a qual será gravada, para conhecer a sua percepção em relação ao serviço farmacêutico realizado com o enfoque no seu cuidado para o controle da tuberculose.

Salientamos que este estudo não trará riscos para sua integridade física ou moral. Todos os dados serão guardados e utilizados em sigilo e sua identidade e participação serão confidenciais. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal.

A pesquisadora responsável por este estudo é Rosana Aquino Guimarães Pereira (Tel.: 71 3283-7402), a qual poderá ser contactada para maiores esclarecimentos.

#### Declaração

Tomei conhecimento da declaração de consentimento, tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas e estou de acordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador: \_\_\_\_\_

# ANEXOS

## ANEXO I

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA

**Pesquisador:** Fernanda Rodrigues

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21220813.1.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 490.975

**Data da Relatoria:** 24/09/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de avaliação no qual serão observados os aspectos relacionados com a estrutura e processo de trabalho das ações de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA. Serão realizadas entrevistas estruturadas, bem como observação sistemática guiada por roteiro. As entrevistas serão aplicada aos profissionais farmacêuticos e gerentes das unidades selecionadas, pacientes atendidos nas mesmas, bem como para a Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica de Salvador-BA.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica no cuidado ao paciente com tuberculose em unidades de Atenção Básica no município de Salvador-Bahia em 2013. Caracterizar os serviços de Assistência Farmacêutica na atenção básica do município em relação ao cuidado com o paciente com tuberculose; Aferir a suficiência de estrutura para o funcionamento dos serviços farmacêuticos em unidades de atenção primária à saúde que dispõem de tratamento para o controle da tuberculose; Analisar o processo de trabalho dos serviços farmacêuticos em unidades de atenção primária à saúde para favorecer o cuidado ao paciente com tuberculose.

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-040  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7441 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 490.975

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A autora avalia que o estudo não apresenta riscos para a integridade física ou moral dos entrevistados, considerando o sigilo e a confidencialidade da identidade e dados dos participantes. Apresenta como benefício o fato do trabalho permitir uma avaliação das ações de Assistência Farmacêutica direcionadas ao cuidado aos pacientes com tuberculose, possibilitando o fortalecimento destas e o aumento da adesão.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora é farmacêutica de formação e apresenta no trabalho informações sobre a tuberculose, suas taxas no Brasil, na Bahia e em Salvador, assim como seu tratamento e desafios. Trata-se de uma doença que, embora tratável, apresenta taxas de mortalidade ainda altas em Salvador, cidade considerada prioritária para a implementação das estratégias de controle da doença, previstas pelo PNCT. Discute-se que a organização dos serviços de atenção à saúde do paciente com tuberculose, com participação do profissional farmacêutico é determinante para a adesão ao tratamento. Neste sentido, a relatora reconhece a relevância do estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta folha de rosto, termo de anuência das instituições, termo de consentimento livre e esclarecido, projeto de pesquisa em português, declaração de orçamento próprio e currículos Lattes da autora e da orientadora. O termo de consentimento livre e esclarecido está redigido na forma de convite e em linguagem clara e acessível. Porém, a autora apresenta um único TCLE para profissionais e usuários, e redigiu este em forma de perguntas e respostas. Os currículos das pesquisadoras demonstram experiência e competência adequadas à área de pesquisa.

**Recomendações:**

Recomenda-se que a autora redija termos de consentimento livre e esclarecido diferentes para profissionais e para usuários. O formato perguntas-respostas mostra-se pouco adequado à melhor compreensão do documento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando a utilidade do estudo para avaliação das ações de assistência farmacêutica, podendo contribuir para o aumento da adesão ao tratamento e redução das taxas da doença, a relatora reconhece a sua relevância. Salvo melhor juízo, considera o estudo aprovado com recomendação de alteração do termo de consentimento livre e esclarecido.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br



**INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA**



Continuação do Parecer: 490.975

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva e UFBA analisou, na sessão do dia 29/10/2013 o processo no. 490.955 referente ao projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA, tendo como pesquisador/a principal Fernanda Rodrigues.

Tendo apresentado pequenas pendências na época da sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

SALVADOR, 12 de Dezembro de 2013

**Assinador por:**  
**Mônica de Oliveira Nunes**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n  
**Bairro:** Canela **CEP:** 40.110-040  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7441 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

## ANEXO II



**Secretaria Municipal da Saúde  
 Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
 Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal**

Salvador, 17 de outubro de 2013.


**CARTA DE ANUÊNCIA**

A Secretaria Municipal da Saúde de Salvador está ciente da realização do estudo "*Avaliação dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde no cuidado ao paciente com tuberculose no município de Salvador-BA*", que será realizado nas unidades: Centro de Saúde Ramiro de Azevedo e Centro de Saúde Professor Bezerra Lopes.

Este estudo está sendo desenvolvido por Fernanda de Farias Rodrigues, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, tendo como orientadora Prof.<sup>ª</sup> Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira. A pesquisadora apresentou o seu projeto de pesquisa à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal dessa Secretaria, obtendo parecer favorável.

Atenciosamente,

  
**Maria do Socorro Tanure Telles**  
 Coordenadora da CDRH/SMS

  
**Almir Silva Ferreira**  
 Técnico/CDRH/ Capacitação/SMS

**Almir Silva Ferreira**  
 Matrícula - 12433  
 Técnico - CDRH/SMS