



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Planificação e Gestão
Doutorado em Saúde Pública**

ROSA MALENA FAGUNDES XAVIER

**POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA:
ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NO SUS EM UM
MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**

Salvador

2014



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Planificação e Gestão
Doutorado em Saúde Pública

ROSA MALENA FAGUNDES XAVIER

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA:
ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NO SUS EM UM
MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ediná Alves Costa.

Salvador

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

X3p Xavier, Rosa Malena Fagundes.

Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica: acesso aos medicamentos essenciais no SUS em um município do Estado da Bahia / Rosa Malena Fagundes Xavier. – Salvador: R.M.F.Xavier, 2014.

179f.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Ediná Alves Costa.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Política Nacional de Medicamentos. 2. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. 3. Assistência Farmacêutica na Saúde da Família. 4. Acesso a Medicamentos Essenciais. 5. Indicadores de Prescrição. I. Título.

CDU 614



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

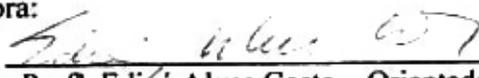
ROSA MALENA FAGUNDES XAVIER

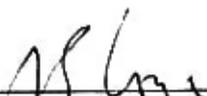
Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica: acesso aos medicamentos essenciais no SUS em um município do Estado da Bahia.

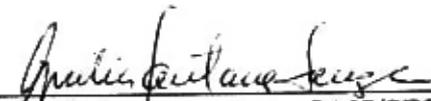
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

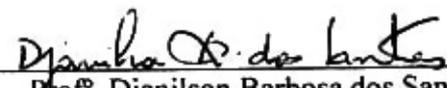
Data de defesa: 30 de Abril de 2014

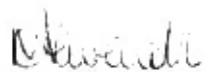
Banca Examinadora:


Profª. Edina Alves Costa – Orientadora – ISC/UFBA


Profª. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza – ISC/UFBA


Profª. Gisélia Santana Souza – SAIS/SESAB


Profª. Djanilson Barbosa dos Santos – UFRB


Profª. Margô Gomes de Oliveira Karnikowski – UNB

**Salvador
2014**

*“Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou...,
ensinou a amar a vida e não desistir da luta..., renunciar a
palavras e pensamentos negativos..., acreditar nos valores
humanos e ser otimista...”*

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor incondicional, minha fortaleza, proteção, inspiração e confiança.

Aos meus familiares, pelo carinho, amor e pelas orações permanentes.

À Prof^a. Ediná Alves Costa, pelo carinho, confiança, generosidade e competência na orientação da tese e na minha história de vida.

À Prof^a. Margô Gomes de Oliveira Karnikowski, pela atenção e valiosas contribuições na construção da tese.

À Prof^a Gisélia, pela amizade, por acreditar no meu trabalho e apoiar a minha vida acadêmica.

Ao Prof. Luis Eugênio, pelo incentivo na docência e contribuições na minha vida acadêmica.

À Prof. Djanilson, por estar presente em momentos especiais da minha trajetória acadêmica e profissional.

À Diretoria do Instituto de Saúde Coletiva-UFBA, em especial à Prof^a Isabela Pinto, pelo carinho e apoio.

À equipe da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva-UFBA em especial à Prof^a Maria da Glória Teixeira e às Secretárias Anunciação e Ana Cardoso, pela colaboração e atenção.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva-UFBA, em especial aos professores do doutorado, Ligia Maria Vieira, Carmen Teixeira e Jairnilson Paim, por compartilhar os novos conhecimentos, as experiências e orientações.

Ao Prof. Eduardo Mota, pela ajuda no desenvolvimento da pesquisa.

Às Profa. Maria Enoy, pela amizade e pelo incentivo na minha vida acadêmica.

À Prof^a Vânia Sampaio, pela amizade, carinho e estímulo na minha trajetória acadêmica.

À Vinício, pela amizade e disponibilidade constante durante o doutoramento.

A Kelly, Yara, Iracema e Bianca, pelo apoio e carinho.

Aos funcionários do laboratório de informática e administração do Instituto de Saúde Coletiva-UFBa, pelo apoio e pela disponibilidade.

Aos queridos colegas do Doutorado em Saúde Pública, por partilhar momentos tão especiais na Saúde Coletiva, especialmente Catharina Matos pela amizade e pelo apoio.

A Carlos Teles e Diorlene, pela consultoria estatística e a Gustavo, pela composição do banco de dados.

As colaboradoras, Rosenilde, Renata, Amana, Emily, Larissa, Luara, Mariana e Vagner, pela ajuda na coleta dos dados em Camaçari.

Aos professores do Curso de Farmácia da UNEB, pelo apoio e em especial às Prof^{as} Edesina, Milleno, Aníbal, Carol Tannus, Patrícia Sodré e Ana Patrícia pela ajuda, aten o e pelo incentivo.

  Secretaria Municipal de Camaçari, pela autoriza o para a realiza o desta pesquisa.

Aos Farmacêuticos e   Coordena o da Assistência Farmacêutica de Camaçari, pelo acolhimento e pela participa o na pesquisa.

Aos usuários das USF-SUS em Camaçari, pelo acolhimento e pela participa o nesta pesquisa.

A todos os que não foram mencionados, mas de alguma forma contribuíram para constru o deste trabalho, minha gratidão.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AF - Assistência Farmacêutica

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico

CEFARBA - Central Farmacêutica da Bahia

CEME - Central de Medicamentos

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DCB - Denominação Comum Brasileira

DCI - Denominação Comum Internacional

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DASF - Diretoria de Assistência Farmacêutica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FTN - Formulário Terapêutico Nacional

GTAF - Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

MSF - Médicos Sem Fronteiras

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PSF - Programa de Saúde da Família

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RESME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais

RME - Relação de Medicamentos Essenciais

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SCTIE - Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUS - Sistema Único de Saúde

SAFTEC - Superintendência de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

VISA – Vigilância Sanitária

LISTA DE TABELAS

Artigo II - Acesso aos medicamentos essenciais nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari Bahia.

Tabela 1: Características sociodemográficas e ocupacional dos usuários das USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Tabela 2: Características das prescrições no acesso aos medicamentos essenciais pelos usuários das USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Tabela 3: Classificação dos medicamentos presentes nas prescrições dos usuários baseada no Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) classification and DDD (Defined Daily Dose) assignment (WHO, 2012), no acesso aos medicamentos essenciais nas USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Artigo III - Percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari Bahia

Tabela 1: Características sociodemográficas e ocupacional dos usuários das USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Tabela 2: Percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos nas USF no SUS. Camaçari-Ba, 2012.

Tabela 3: Orientação da guarda dos medicamentos na percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos nas USF no SUS, segundo grau de escolaridade. Camaçari-Ba, 2012.

Tabela 4: Percepção dos usuários sobre a prescrição dos medicamentos nos serviços farmacêuticos nas USF no SUS. Camaçari-Ba, 2012.

Tabela 5: Percepção dos usuários no uso dos medicamentos genéricos nos serviços farmacêuticos nas USF no SUS, segundo escolaridade. Camaçari-Ba, 2012.

Tabela 6: Percepção dos usuários no uso dos medicamentos genéricos nos serviços farmacêuticos nas USF no SUS, segundo renda pessoal. Camaçari-Ba, 2012.

SUMÁRIO

1. Apresentação -----	11
2. Introdução -----	14
3. Objetivos -----	23
3.1. Objetivo Geral -----	23
3.2. Objetivos Específicos -----	23
4. Marco Referencial -----	24
4.1. Políticas públicas, Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica -----	24
4.2. Acesso aos Serviços de Saúde -----	29
4.3. Acesso aos Medicamentos Essenciais -----	31
5. Estratégias Metodológicas -----	34
5.1. Desenho do estudo-----	34
5.2. Caracterização do Município -----	34
5.3. População do estudo -----	38
5.4. Fontes de dados -----	38
5.5. Técnicas de produção de dados-----	39
5.6. Plano de Análise-----	41
5.7. Aspectos Éticos -----	42
6. Resultados -----	44
6.1 ARTIGO I – Política de assistência farmacêutica no município de Camaçari–Bahia: a experiência nas Unidades de Saúde da Família (USF)-----	44
6.2 ARTIGO II - Acesso aos medicamentos essenciais nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari– Bahia -----	75
6.3 ARTIGO III - Percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari–Bahia -----	105
7. Considerações finais -----	141
8. Referências -----	144
9. Apêndices -----	156
10. Anexos -----	170

1. Apresentação

Este estudo teve por finalidade analisar a Política de Assistência Farmacêutica no município de Camaçari-Bahia, quanto à sua organização nas USF, atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades no trabalho dos farmacêuticos, acesso aos medicamentos essenciais, percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos, tendo em vista os princípios da Atenção Básica. A Política de Assistência Farmacêutica tem sido abordado em discussões científicas, principalmente no âmbito acadêmico e nos serviços de saúde. Possivelmente, devido ao fato dos inúmeros problemas relacionados à organização e gestão dos serviços farmacêuticos, ao acesso aos medicamentos considerados essenciais e à gravidade dos eventos adversos ocasionados pela utilização inadequada dos medicamentos. Algumas pesquisas têm sido realizadas na atenção básica sobre assistência farmacêutica. Por outro lado, são escassos os estudos, principalmente sobre a assistência farmacêutica na atenção básica e o acesso aos medicamentos essenciais na estratégia de saúde da família.

A presente Tese de Doutorado é apresentada na forma de artigos, com abordagens sobre a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, bem como o acesso aos medicamentos essenciais nas Unidades de Saúde da Família (USF) no Sistema Único de Saúde (SUS) de Camaçari-Bahia. O primeiro artigo discute a organização da Assistência Farmacêutica nas USF, atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades no trabalho dos farmacêuticos, considerando os princípios da atenção primária no SUS. O segundo artigo é resultado de uma análise do acesso aos medicamentos essenciais, identificando as características sociodemográficas, ocupacional dos usuários e as características da prescrição de medicamentos. O terceiro artigo diz respeito a percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas USF.

A Introdução contextualiza o problema e o objeto de estudo, apresenta a sua importância para a Saúde Coletiva, destaca a magnitude da problemática que envolve o acesso aos medicamentos essenciais e seu uso racional no Brasil e no mundo e justifica a pesquisa com pressupostos relevantes para o desenvolvimento da tese. Em seguida, faz uma breve revisão sobre o estado da arte do conhecimento e aborda um marco referencial relacionado às políticas públicas, particularmente à Política Nacional de

Medicamentos e à de Assistência Farmacêutica, bem como enfatiza o acesso aos Serviços de Saúde e aos medicamentos essenciais.

O capítulo da metodologia inicia-se com o desenho do estudo e apresentação geral da arquitetura e organização lógica da pesquisa como um todo. Os aspectos particulares relativos a cada artigo foram apresentados em suas respectivas seções subseqüente. Esta pesquisa foi realizada na assistência farmacêutica em Camaçari-Bahia, no período de setembro a novembro de 2012 com 270 usuários selecionados, aleatoriamente, à procura de medicamentos nas farmácias das USF, sorteadas para participar do estudo, com a gestora responsável pela organização da assistência farmacêutica no município e com os farmacêuticos responsáveis pelas USF.

Os resultados da pesquisa foram apresentados sob a forma de artigos. O primeiro, intitulado “*Política de assistência farmacêutica no município de Camaçari-Bahia: a experiência nas Unidades de Saúde da Família (USF)*”. Trata-se de um estudo descritivo sobre a organização da Assistência Farmacêutica nas USF, mostrando as atividades desenvolvidas pelos serviços farmacêuticos, tendo em vista os princípios da atenção primária. Além disso, identificou-se e discutiu-se os fatores que facilitam e/ou dificultam o trabalho dos profissionais farmacêuticos da assistência farmacêutica no SUS no Município de Camaçari–Bahia.

O segundo artigo é intitulado “*Acesso aos medicamentos essenciais nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari–Bahia*”, apresenta a caracterização do acesso aos medicamentos essenciais pelos usuários do SUS no município de Camaçari-Bahia, abordando as características sociodemográficas e ocupacional dos usuários selecionados para a pesquisa, identificando e discutindo os fatores que facilitam e/ou dificultam seu acesso visando o acesso ao uso racional.

No terceiro artigo, intitulado “*Percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari-Bahia*”, pretendeu-se descrever as características sociodemográficas e ocupacional dos usuários selecionados para a pesquisa, identificando e discutindo a percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas USF no município de Camaçari-Bahia.

A tese foi concluída com um capítulo de considerações finais, em seguida com as seções de apêndices e anexos com o questionário de entrevista para usuários, roteiros de entrevistas para farmacêuticos e gestor; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários, farmacêuticos e gestores e Organização Regional das Unidades de Saúde da Família em Camaçari-Bahia.

2. Introdução

O acesso racional aos medicamentos essenciais é assegurado pelo SUS, mediante a reorientação da Assistência Farmacêutica, diretriz prioritária determinada pela Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), que tem como propósito “*garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais*”.

Para que o acesso aos medicamentos seja racional, é necessário que estejam disponíveis para cada finalidade específica e que atendam às necessidades da população. É importante considerar a localização do serviço e do usuário, os custos dos serviços, as condições socioeconômicas dos usuários e que também sejam consideradas as suas expectativas frente ao cuidado prestado pelos serviços e à qualidade dos produtos (WHO, 1978).

Alguns estudos apontam que, nos países subdesenvolvidos, o acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde se constitui ainda como um importante problema de saúde pública; por exemplo: em Gana, na África, a maioria (62%) da população rural tem que se deslocar em mais de 30 minutos para uma unidade de saúde, em comparação com apenas 20% da população urbana. No Rajastão (Índia), cerca de 50% dos domicílios estão distantes, em torno de 20 km, de um centro de saúde pública ou de um hospital público ou privado. Por sua vez, na Tanzânia, 73% dos domicílios estão distantes cerca de 5 km de um centro de saúde e 86% dos domicílios, na mesma distância de uma farmácia (WHO, 2004).

Cerca de 1,2 bilhão de pessoas no mundo vivem abaixo da linha internacional da pobreza, sobretudo em 3 regiões (África subsaariana, Ásia e América Latina) e um terço da população mundial não tem acesso aos medicamentos essenciais (ONU, 2010). Estima-se que, nos países da África e Ásia, mais de 50% da população vivem em condições inacessíveis aos medicamentos (WHO, 2000).

O impacto da iniquidade na saúde mundial se constata quando se observa que os países menos desenvolvidos concentram 84% da população mundial, sendo responsáveis por menos de 11% dos gastos mundiais com saúde e representam 93% da carga mundial de enfermidades. Portanto, enfrentar essa problemática se constitui em um desafio para

garantir a proteção social na saúde; contribuir para a eliminação das desigualdades no acesso à saúde; garantir serviços de qualidade e proporcionar aos grupos sociais excluídos a oportunidade de receber atenção integral; satisfazer às necessidades e demandas de saúde da população (WHO, 2006).

Apesar do percentual da população mundial sem acesso a medicamentos essenciais ter caído, nos últimos anos, de 37% em 1987 para 30% em 1999, o número de indivíduos sem acesso permanece no patamar de 2 bilhões de pessoas, concentradas particularmente na África e na Índia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que tal situação está relacionada aos outros indicadores de desempenho do sistema de saúde, como a baixa esperança de vida ao nascer e as limitações das listas de medicamentos e da concorrência dos preços, quando comparados com países desenvolvidos. De 135 países pesquisados, mais de 40% não tinham nenhuma regulação de preços dos medicamentos, sendo que apenas 22% dos países desenvolvidos responderam não utilizar a regulação dos preços, quando comparados aos países em desenvolvimento que atingiram um percentual de cerca de 50% (WHO, 2004).

O surgimento de novas epidemias, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o recrudescimento das doenças infecciosas, como a tuberculose, a aparição de resistência microbiana e o aumento das enfermidades crônicas em muitos países têm ativado a discussão sobre os gastos com medicamentos. Por exemplo, o tratamento multirresistente pode custar em torno de 20 a 30 vezes mais do que aquele preconizado no tratamento diretamente observado e alguns tratamentos com antirretrovirais podem custar aproximadamente US\$ 400-2500 por ano (WHO, 2002).

Segundo a Organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) morrem por dia, no mundo, 35.000 indivíduos de doenças infecciosas consideradas negligenciadas, tais como: HIV/AIDS, malária, doença de Chagas, dengue, leishmaniose, tuberculose e hanseníase. (MSF, 2011). Geralmente essas doenças estão associadas à situação de pobreza, às precárias condições de vida, às iniquidades em saúde e ao fato dos investimentos em pesquisa não estarem priorizando essa área para o desenvolvimento de novas drogas e vacinas (WHO, 2006). Dos 1.556 novos medicamentos aprovados, entre 1975 e 2004, só 21 (1,3%) foram desenvolvidos especificamente para as doenças negligenciadas, mesmo quando essas doenças representam 11,4% das doenças mundiais (MSF, 2011).

Nove oligopólios farmacêuticos detêm 80% do mercado mundial de produção de medicamentos e chegaram ao ano de 2000 com uma rentabilidade média de 45,3%, contra 16,7% dos bancos, 15,6% da indústria química, 15,6% dos fabricantes de automóveis e 10,9% das telecomunicações (COSTA-COUTO & NASCIMENTO, 2008). Essa produção concentra-se nos EUA, Japão e Europa Ocidental, representando cerca de 72% de toda produção mundial. No Brasil, as multinacionais controlam mais de 60% do mercado interno de medicamentos (PAULA, 2001).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aponta que o consumo per capita de medicamentos varia em torno de US\$ 400,00/ano, em países desenvolvidos, e US\$ 4,00/ano em países em desenvolvimento e, em termos de valores percentuais, apenas 15% da população mundial consome cerca de 90% da produção mundial de medicamentos (OPAS, 2005).

Apesar da universalização do acesso a medicamentos essenciais ser considerada uma das metas associadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e dos governos dos países desenvolvidos se comprometeram a proporcionar o acesso aos medicamentos essenciais a preços razoáveis aos países em desenvolvimento (ONU, 2000), o acesso aos medicamentos essenciais ainda é limitado, principalmente em países pobres, devido aos preços elevados desses produtos quando comparados à média de rendimento de suas populações. Ademais, os medicamentos necessários ao tratamento das doenças mais prevalentes não se encontram disponíveis (COSENDEY, 2000a).

Observam-se, portanto, no contexto mundial, muitas crises de financiamento dos sistemas de saúde; de incapacidades da maioria das sociedades em promover e proteger a saúde das pessoas; crises do modelo de atenção; crises nas relações entre os profissionais de saúde e a população; e a necessidade de redefinir os papéis da produção social em saúde (WHO, 2006).

Assim, no Brasil, de acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) cerca de 40% da população brasileira recebe até 3 salários mínimos; os gastos com saúde aparecem em quarto lugar entre os gastos familiares e cerca de 60 milhões da população brasileira não têm poder aquisitivo suficiente para comprar os produtos farmacêuticos de que necessitam (IBGE, 2011).

Carvalho et al. (2005), ao caracterizar a utilização de medicamentos na população brasileira, utilizando os dados da Pesquisa Mundial de Saúde, observaram que, dentre os indivíduos que tiveram prescrição de medicamentos no último atendimento, 13,0% não conseguiram adquirir todos esses produtos, sendo que 55,0% alegaram que não puderam pagar. Já Rozenfeld et al. (2008) investigaram e observaram que, aproximadamente, 50% dos pacientes não encontram, na rede pública, algum medicamento de que necessitam. Outra investigação nesta área partiu do estudo sobre acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões sul e nordeste do Brasil. Os resultados desse trabalho mostraram que o acesso aos medicamentos de uso contínuo foi menor na região nordeste do que na região sul, sendo que a maioria da população avaliada nessa região pertence aos estratos econômicos D e E, dependendo, portanto, do setor público para a obtenção de medicamentos (PANIZ, et al. 2008).

A atenção à saúde, considerada um direito constitucional assegurado pelo Estado à população, e a equidade no acesso aos medicamentos se configuram, portanto, como necessidades em saúde, uma vez que a assimetria do mercado de medicamentos inviabiliza o acesso, principalmente às populações de baixa renda (GUERRA JÚNIOR e ACÚRCIO, 2003).

No Brasil, em 1971, foi criada a Central de Medicamentos (CEME) (BRASIL, 1971). Apesar de, inicialmente, apresentar uma proposta ampla para a assistência farmacêutica, esta apenas se configurou como um sistema centralizado de aquisição, distribuição de medicamentos básicos e de programas estratégicos para os estados. Naquela ocasião, os estados e muito menos os municípios não tinham nenhuma autonomia frente à gestão dos medicamentos, restringiam-se somente ao recebimento do nível federal e distribuição. Essa distribuição, muitas vezes, não levava em consideração o perfil epidemiológico da região e do município e, portanto, não atendia às necessidades de saúde local, gerando muitas perdas, gastos desnecessários com medicamentos e, sobretudo, a insatisfação da população pela ausência de acesso aos medicamentos (MAYORGA, et al. 2004).

Com o estabelecimento do SUS e a afirmação da universalidade do acesso a serviços e produtos de saúde (BRASIL, 1988, 1990), contemplou-se a assistência farmacêutica como direito. Esta tem sido compreendida como um conjunto de ações de saúde de natureza multiprofissional para garantia do acesso aos medicamentos com qualidade,

assegurando o uso racional para atender às necessidades sanitárias e sociais da população, não se restringindo, portanto, apenas ao abastecimento dos medicamentos. Nessa direção, estabeleceu-se na legislação do SUS a garantia da assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica:

Art. 4º: O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantedoras do Poder Público, constituem o SUS.

Com a extinção da CEME, em 1997 (BRASIL, 1997), sob fortes denúncias de corrupção, foi-se configurando a necessidade de regulamentar as atividades da assistência farmacêutica mediante a formulação e implementação de uma política que articulasse diversos setores e fosse um norteador do setor, definindo melhor as atribuições dos estados e municípios. Naquele período, num cenário de ampla discussão e mobilização social, envolvendo representantes de vários segmentos da sociedade civil, foi aprovada, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998). De acordo com as diretrizes prioritárias dessa política, foi estabelecida a reorientação da Assistência Farmacêutica, contemplando a Assistência Farmacêutica Básica, os Medicamentos Estratégicos, os Medicamentos Excepcionais e os Medicamentos para a Saúde Mental. Essa política instituiu ainda responsabilidades para os gestores federal, estadual e municipal do SUS, dentre as quais, a garantia de acesso ao medicamento essencial, contemplando o acesso e a utilização racional, tendo como finalidade a resolutividade das ações de saúde.

Até o ano de 2000, a assistência farmacêutica não estava inserida na estrutura organizacional do Ministério da Saúde e funcionava como uma assessoria técnica ligada à Secretaria de Políticas de Saúde. Em 2003, mediante o decreto nº. 4.276 (BRASIL, 2003a), criou-se a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que atua dentre outras na formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Também foi criado o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), que substituiu a Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (GTAF), existente entre 2000 e 2003 (BRASIL, 2003a).

O Ministério da Saúde – MS e os profissionais de saúde, juntamente com organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e Organização

Mundial da Saúde – OMS, articularam, em anos recentes, diversas discussões sobre a Assistência Farmacêutica no Brasil, em espaços como: oficinas; reuniões; conferências (municipal, estadual e nacional); pré-congressos; congressos; fóruns; lista de discussão com o propósito de debater e formular propostas sobre a temática (OPAS, 2002).

Em outubro de 2003, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2003b), que teve como propósito traçar um panorama sobre a situação dessa área no SUS. Como resultado dessa conferência, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde, mediante a Resolução n°. 338/2004, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a). Naquele mesmo ano, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Ciência e Tecnologia e o Ministério da Educação, realizaram a 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, com o objetivo de aprovar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Esses acontecimentos representaram etapas importantes na consolidação da Assistência Farmacêutica no Brasil.

No Estado da Bahia, a situação não diverge da realidade retratada em relação ao cenário nacional, uma vez que aos estados e municípios era facultada a implementação das políticas formuladas pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que, nos anos 80, a BAHIAFARMA – empresa estatal de produtos farmacêuticos, se destacava na produção de medicamentos e desenvolvia naquela época, as ações que, a partir da constituição do SUS, passariam a ser denominadas assistência farmacêutica. Em 1999, a BAHIAFARMA foi extinta através de um decreto governamental (BAHIA, 1999), o que se configurou como um retrocesso para o acesso da população baiana aos medicamentos.

Em 1996, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) criou um Grupo de Trabalho para organizar a Assistência Farmacêutica no SUS-Bahia e, posteriormente, foi criado um Comitê Estadual de Assistência Farmacêutica (BAHIA, 1996), para implementar o Sistema Integral de Assistência Farmacêutica da Bahia. Naquele período, a distribuição dos medicamentos e produtos farmacêuticos no Estado passou a ser realizada pela Central Farmacêutica da Bahia (CEFARBA) cuja implantação apresentou dificuldades, principalmente pela falta de acompanhamento dessa distribuição.

Em 1998, a Bahia sediou o I Encontro de Assistência Farmacêutica. Neste mesmo ano foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998). Em 2003, realizou-se a primeira Conferência Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia, após as conferências municipais e regionais, que teve como propósito subsidiar a Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica realizada em outubro deste mesmo ano (BRASIL, 2003b).

Recentemente, a Superintendência de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde (SAFTEC) e a Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF) do Estado da Bahia lançaram a nova Política Estadual de Assistência Farmacêutica (BAHIA, 2010). Esta política define ações voltadas para a reestruturação da Assistência Farmacêutica no Estado e assume como prioridade de governo, dentre outras, a reativação da BAHIAFARMA com a produção pública de medicamentos e a atualização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais – RESME (BAHIA, 2009).

A Assistência Farmacêutica se constitui como política norteadora de outras políticas setoriais, incluindo a política de medicamentos, na perspectiva de garantir o acesso da população às ações de saúde (OPAS, 2002). Nesse sentido, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica considera a assistência farmacêutica como uma atividade multiprofissional inserida na atenção integral à saúde, enfocando a promoção da saúde, com a finalidade primordial de estabelecer a integralidade das ações de saúde, incluindo o acesso com qualidade aos medicamentos essenciais.

Para redirecionar a assistência farmacêutica, considera-se necessário ter como ponto de partida um dos princípios norteadores do SUS: a descentralização da gestão da saúde, como forma de assegurar a promoção do uso racional de medicamentos; a otimização e a eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução dos preços dos produtos, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 2001).

Recentemente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) estabeleceu as normas de execução e financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde, com a finalidade de definir o Elenco de Referência de medicamentos, regulamentar o Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, otimizando a utilização dos recursos pelos gestores. Na atenção básica, os recursos

financeiros se definem de acordo com a relação de medicamentos essenciais, para atender às ações da atenção básica de cada município, conforme os critérios e requisitos estabelecidos na legislação para qualificar os estados e municípios na obtenção do incentivo para a assistência farmacêutica básica.

Dentre as várias iniciativas implementadas pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2010, destacam-se: a criação do Programa de Farmácia Popular (BRASIL, 2004b), que teve como objetivo ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais e diminuir o impacto dos preços dos medicamentos no orçamento familiar; o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (BRASIL, 2006a), com ampla representatividade, e que teve como finalidade coordenar todas as propostas e ações direcionadas à promoção do uso racional de medicamentos; e a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, utilizada como instrumento norteador da assistência terapêutica no SUS (BRASIL, 2010).

No Brasil, diversos esforços têm sido empreendidos com o propósito de implementar as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos, haja vista que o acesso aos medicamentos essenciais se configura como um problema de ampla magnitude para a saúde pública. Diversos países vêm discutindo formas para o enfrentamento dessa problemática, considerando a assimetria do mercado de medicamentos, o que inviabiliza a utilização dos medicamentos pela população mais carente (BRASIL, 1998).

Para assegurar o uso racional dos medicamentos, faz-se necessária uma prescrição adequada com disponibilidade dos medicamentos e a preços acessíveis. Outras recomendações incluem a dispensação em condições apropriadas, garantindo uma dose segura, em intervalos definidos e tempo indicado; a seleção de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade; a educação dos usuários acerca da utilização dos medicamentos; a promoção do uso de medicamentos genéricos mediante sua prescrição em conformidade com a Lei nº. 9.787/99, que tem sido reconhecida como uma política facilitadora do acesso aos medicamentos essenciais pela população e do uso racional dos medicamentos (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, os medicamentos genéricos correspondem àqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca de acordo a Denominação Comum Brasileira – DCB e Denominação Comum Internacional (DCI)

(BRASIL, 1999). Estes desenvolvem um importante papel na ampliação do acesso da população aos medicamentos e propiciam o uso racional dos mesmos.

Apesar da implementação da Política Nacional de Medicamentos, da Política de Assistência Farmacêutica, da Lei dos Genéricos e da revisão da RENAME, inúmeras dificuldades – a exemplo de escassos recursos destinados à saúde, aumento dos preços dos medicamentos, desabastecimento de medicamentos essenciais nas unidades de saúde – persistem e comprometem a garantia do acesso racional aos medicamentos essenciais pela população. Diante desse panorama, torna-se necessário desenvolver políticas voltadas para a garantia da equidade no acesso aos medicamentos essenciais e ao uso racional dos medicamentos. É importante sinalizar a necessidade de desenvolver estudos para o aprofundamento da discussão desta temática e subsidiar decisões técnicas e políticas na área. A partir dessas considerações preliminares sobre o tema, o presente projeto de tese de doutorado pretende responder a seguinte questão central: **Como se caracteriza a política de assistência farmacêutica no município de Camaçari-Bahia, quanto à sua organização nas Unidades de Saúde da Família (USF), atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades no trabalho dos farmacêuticos, acesso aos medicamentos essenciais e percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos, tendo em vista os princípios da Atenção Básica?**

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

- Analisar a Política de Assistência Farmacêutica no município de Camaçari-Bahia, quanto à sua organização nas USF, atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades no trabalho dos farmacêuticos, acesso aos medicamentos essenciais, percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos, tendo em vista os princípios da Atenção Básica.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a Política de Assistência Farmacêutica no município de Camaçari-Bahia, quanto à sua organização nas USF, atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades no trabalho dos farmacêuticos, tendo em vista os princípios da Atenção Básica;

- Caracterizar e analisar o acesso aos medicamentos essenciais nas USF do SUS de Camaçari-Bahia, identificando as características sociodemográficas, ocupacional dos usuários e as características da prescrição de medicamentos;

- Identificar e discutir as características sociodemográficas, ocupacionais e a percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas USF no município Camaçari-Bahia.

4. Marco Referencial

Para a abordagem da questão do acesso aos medicamentos essenciais no SUS, esta tese se ancora num marco teórico e conceitual que contempla o escopo das políticas públicas de saúde, particularmente a Política Nacional de Medicamentos – PNM e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF com recorte para o acesso a serviços de saúde e aos medicamentos essenciais.

4.1. Políticas públicas, Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

A PNM teve como elemento fundamental a formalização de um compromisso público do governo com a regulação do setor farmacêutico e com a promoção do acesso a medicamentos, organizando a administração e racionalizando a utilização dos recursos alocados para o desenvolvimento das ações orientadas por essa política (BERMUDEZ et. al. 2008). Nesse sentido, a PNM se configura como parte da Política Nacional de Saúde e se constituiu como um eixo estruturante para o desenvolvimento de estratégias e ações para a melhoria da saúde da população, mediante o acesso ao uso racional de medicamentos.

Oliveira et al. (2007) apontam que a institucionalização do SUS impulsionou o Ministério da Saúde na implementação da PNM, considerada a primeira das políticas setoriais da área da saúde. Essa Política foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT e pelo CNS, definiram-se, então, diretrizes e estratégias como o estabelecimento de prioridades para a ação governamental na área de medicamentos.

Nesse sentido, a PNM (BRASIL, 1998) aponta como uma das diretrizes prioritárias a adoção de relação de medicamentos essenciais¹, considerados básicos e indispensáveis para atender à maioria dos problemas de saúde da população. Esses medicamentos devem satisfazer às necessidades de saúde prioritárias da população, devem estar

¹ Os medicamentos essenciais são conceituados pela OMS como aqueles necessários para atender às necessidades de cuidados de saúde da maioria da população. Estes devem estar acessíveis, dentro do contexto de funcionamento dos serviços de saúde, em todos os momentos, em quantidades e formas farmacêuticas adequadas, com assegurada qualidade e informações apropriadas, a preço que a população possa pagar (WHO, 2002).

disponíveis nos serviços de saúde em todos os momentos, em quantidades adequadas, em formas farmacêuticas apropriadas, com assegurada qualidade e adequada informação, a preço que a população possa pagar (WHO, 2002).

Na PNM (BRASIL, 1998), a Assistência Farmacêutica encontra-se definida como grupo de atividades relacionadas ao medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde oferecidas à população. Abrange a conservação e o controle de qualidade dos medicamentos; a segurança e a eficácia terapêutica; o acompanhamento e a avaliação da utilização; o acesso à informação e à educação permanente dos recursos humanos e da população para garantir o uso racional de medicamentos.

Posteriormente, foi aprovada a PNAF (BRASIL, 2004a) com o estabelecimento de seus princípios gerais e eixos estratégicos pautados no conceito adotado para a assistência farmacêutica, como um conjunto de ações que envolvem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas ações incluem, dentre outras, a pesquisa, a produção e a utilização de medicamentos com o foco na melhoria da qualidade de vida da população.

Como uma política de saúde, a Assistência Farmacêutica vem sendo definida nos últimos anos como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais, dentre as quais destacam-se: as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos. Espera-se ainda que esta política possa garantir a intersetorialidade e envolver em sua implantação tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004a).

O acesso universal e equitativo às ações e aos serviços de saúde, princípios finalísticos do SUS, foi garantido na Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), a qual estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse marco é considerado fundamental para a reorganização da AF e para a utilização racional dos medicamentos nos serviços de saúde. Nesse sentido, as ações da AF estão incluídas no campo de atuação do SUS mediante a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

[...] ao SUS compete à execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica [...]

Recentemente, a Lei nº 8.080/90 foi alterada mediante a Lei nº 12.401/11 (BRASIL, 2011a) que dispôs sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em

saúde no âmbito do SUS. E, nesse mesmo ano, o decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011b) dispôs sobre a garantia do usuário ao acesso universal e igualitário à assistência terapêutica integral. Santos-Pinto et al. (2013) sinalizam dificuldades na gestão dos medicamentos essenciais no Brasil, principalmente no que tange aos aspectos gerenciais, dentre outros, uma vez que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei nº 12.401/11 (BRASIL, 2011a) atualizou a RENAME (BRASIL, 2013), que anteriormente constava com um elenco de 350 medicamentos, foi ampliado para 810, o que, segundo autores (SANTOS-PINTO et al. 2013), deveria ser revisado, uma vez que muitos dos medicamentos incorporados não deveriam ser disponibilizados no SUS.

Segundo Marin (2003), a assistência farmacêutica no Brasil está relacionada a diversas atividades, inclusive à atenção farmacêutica – principalmente quando enfoca ações específicas da atividade do profissional farmacêutico no que diz respeito à assistência à população, tanto no âmbito individual quanto coletivo e a promoção do uso racional de medicamentos. A autora refere-se ao ciclo da assistência farmacêutica, como uma estratégia importante e norteadora para o uso racional dos medicamentos. Pondera que para executar suas etapas – seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (prescrição, dispensação e uso) – faz-se necessário dispor de gerenciamento, financiamento, recursos humanos, sistema de informações, controle e avaliação (MARIN, 2003).

Atualmente, devido ao grande número de especialidades farmacêuticas e para evitar a terapêutica duvidosa, elevados preços – especialmente dos medicamentos novos – e aumento nos custos dos tratamentos, alguns autores assinalam que a seleção dos medicamentos é um importante elemento para a resolução dessa problemática, uma vez que ajuda estabelecer prioridades, favorecendo maior eficiência administrativa, adequada resolubilidade terapêutica, racionalidade na prescrição e utilização dos medicamentos (MARIN, 2003).

Vários fatores são condicionantes para se obter um acesso aos medicamentos essenciais. Dentre esses fatores, destacam-se: seleção racional e criteriosa, preços acessíveis, financiamento assegurado e organização do sistema de saúde. A seleção dos medicamentos essenciais está vinculada ao estabelecimento de protocolos clínicos baseados em evidências. Essa estratégia tem sido considerada uma medida decisiva para

favorecer o acesso e a atenção à saúde de qualidade, bem como promover o uso racional de medicamentos (WHO, 2002).

A escolha dos medicamentos considerados essenciais é de responsabilidade de cada país e a sua seleção deve ser baseada na situação de saúde da população, levando em consideração a segurança, eficácia e os custos. Países que institucionalizarem a seleção racional dos medicamentos deverão priorizar a elaboração da lista de medicamentos essenciais. No entanto, existe uma diferença significativa entre ter uma lista e usá-la eficazmente (WHO, 2002).

A OMS tem desenvolvido modelo de lista de medicamentos essenciais a partir de 1977 (WHO, 1977), que serviu como referência para os países elaborarem suas próprias listas. A primeira lista modelo de medicamentos essenciais foi publicada um ano antes da Declaração de Alma Ata de Saúde para Todos e constava de cerca de 200 substâncias ativas. Aproximadamente, a cada dois anos, a OMS atualiza a lista com base nas avaliações apresentadas por uma comissão de especialistas (WHO, 2004). Assim sendo, essas listas devem orientar a aquisição e a utilização de medicamentos no setor público, permitindo uma melhoria na qualidade da atenção à saúde, na gestão dos medicamentos e no melhor aproveitamento dos recursos financeiros, por vezes, tão escassos.

Atualmente, estima-se que 141 países elaboraram suas listas de medicamentos essenciais baseadas na Lista Modelo adotada pela OMS, 88 países aprovaram suas políticas nacionais de medicamentos e 62 países elaboraram e utilizam o Formulário Terapêutico Nacional - FTN (BERMUDEZ, 2000). A implementação dessas iniciativas reduz o número de produtos (o que facilita o controle sanitário), o risco de uso inadequado e os custos, bem como contribui para o acesso aos medicamentos essenciais pela população.

A lista Modelo da OMS se divide em uma lista principal e uma lista complementar, limitando-se a um número entre 300 e 400 fármacos, suficientes para a utilização racional pelos serviços de saúde públicos a nível nacional. Os medicamentos são especificados de acordo com a indicação da DCB e DCI, sem fazer referência aos nomes comerciais e de fabricantes específicos. Essa lista tem como finalidade identificar os medicamentos que apresentam custo-eficácia para as afecções prioritárias, fundamentados nos protocolos clínicos baseados em evidências. O procedimento de

atualização da Lista Modelo é recomendado pela OMS e deverá ser realizado de forma transparente com a participação de representantes de diversos segmentos da sociedade (WHO, 2002).

No Brasil a RENAME foi elaborada inicialmente na década de 60, como instrumento norteador de acesso aos medicamentos essenciais, o que pode favorecer o uso racional de medicamentos e se constituir como elemento facilitador da organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Apresenta-se como possibilidade a adaptação da relação aos perfis específicos de morbimortalidade das populações pelos estados, municípios e pelo Distrito Federal (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica envolve as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerada norteadora da oferta, da prescrição e da dispensação de medicamentos nos serviços do SUS.

A RENAME deverá ser atualizada de acordo com a seleção de medicamentos registrados no Brasil, em conformidade com a legislação sanitária, considerando: o perfil de morbimortalidade da população brasileira, a existência de valor terapêutico comprovado para o medicamento e a identificação do princípio ativo pela DCB e DCI. Os medicamentos selecionados na RENAME devem apresentar no FTN informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas do medicamento e atentar sempre para o menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle, resguardada a segurança, a eficácia e a qualidade do produto farmacêutico (BRASIL, 2010).

Diversos fatores interferem na seleção dos medicamentos, dentre os quais podem ser destacados: as mudanças do perfil epidemiológico da população, o envelhecimento populacional gerando novas demandas, a falta de acesso aos medicamentos essenciais no contexto dos serviços de saúde. Assim, a RENAME e o FTN juntos deveriam ser instrumentos essenciais no auxílio da melhor escolha terapêutica para a população usuária do SUS.

Nesse cenário, o mercado farmacêutico apresenta sérios problemas e irregularidades relacionadas à qualidade dos produtos e que demandam ações de controle sanitário para o saneamento deste setor; as instituições públicas de saúde que desenvolvem uma função importante para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e aos

medicamentos essenciais e mudanças no padrão de consumo, assim como os aspectos epidemiológicos do consumo que resultam de fatores socioculturais e regionais e algumas vezes são fortalecidos pelas práticas de saúde predominantes (PERINI, 2003). A promoção efetiva ao acesso da população brasileira aos medicamentos, inserindo a assistência farmacêutica nas unidades de saúde, constitui uma diretriz e uma prioridade para a atenção à saúde. Ampliar o acesso e racionalizar o uso dos medicamentos se constitui em um grande desafio para o SUS.

4.2. Acesso aos Serviços de Saúde

No tocante ao conceito de acesso foram encontrados alguns debates teóricos sobre a temática como acesso aos serviços de saúde (ADAY & ANDERSEN, 1974, 1992; WHO, 1978; PENCHANSKY & THOMAS, 1981; ANDERSEN, et al. 1983; ANDERSEN, 1995; GOLD, 1998; GIOVANELLA & FLEURY, 1995; TRAVASSOS & MARTINS, 2004; PAIM & VIEIRA DA SILVA, 2010; SANCHEZ & CICONELLI, 2012; SOARES, 2013) e como acesso a medicamentos (BERMUDEZ & BONFIM, 1999; GUERRA JÚNIOR & ACÚRCIO, 2003; SCHENKEL, et al. 2004; WHO, 2004; BERMUDEZ, et al. 2008) e alguns estudos empíricos (FARIAS, et al. 2007; OPAS, 2005; NAVES & SILVER, 2005; SANTOS & NITRINI, 2004; COLOMBO, et al. 2004; CUNHA, et al. 2002; MARCONDES, 2002; CARNEIRO, et al. 2000; SIMÕES & FALVO, 2000; SIMÕES & MOTTA, 1997; LOPES, et al. 1996; PEPE, 1994).

Sobre o acesso a serviços de saúde, Aday e Andersen (1974, 1992) mencionam o acesso na perspectiva de mudanças na utilização de um serviço de saúde e na satisfação dos consumidores com o atendimento desses serviços. Os autores apresentam a construção de um quadro teórico sobre o acesso e discutem que, para compor este quadro teórico deve-se fazê-lo preceder pela elaboração de um modelo teórico que inclua uma caracterização do sistema de saúde, dos riscos à saúde de uma população (inputs) e dos resultados (outputs), que incluem a utilização atual dos serviços de saúde e satisfação dos usuários com esses serviços. Nessa perspectiva, Andersen et al. (1983) afirmam que o acesso pode ser definido como a dimensão que descreve o uso do sistema de saúde por uma determinada parcela da população. O componente de disponibilidade do sistema de saúde refere-se ao volume e a distribuição de recursos médicos em uma área. Essa característica do sistema de saúde é uma propriedade estrutural e toma como base

dados disponíveis a nível geopolítico de agregação e não atributos dos próprios indivíduos.

Posteriormente, Andersen (1995) desenvolveu um modelo para explicar como os serviços de saúde eram utilizados pela população e o como se dá a equidade no acesso aos serviços de saúde. Nesse modelo, o acesso é apresentado como parte dos sistemas de saúde, que envolvem fatores predisponentes - tendência do indivíduo para a utilização do sistema de saúde como suas características demográficas; fatores capacitantes – possibilidades que facilitam o acesso aos serviços de saúde como renda, escolaridade e necessidades de saúde – condições de saúde percebidas pelos indivíduos ou diagnosticadas por profissionais de saúde. Assim, o autor define acesso equitativo quando as variáveis demográficas e as necessidades de saúde são consideradas na utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

A OMS também apresenta quatro dimensões do acesso – acessibilidade geográfica relacionada à localização dos serviços de saúde; acessibilidade econômica ou custos dos serviços e formas de pagamento; acessibilidade funcional relativa a oferta de serviços oportunos para atender às necessidades da população e acessibilidade cultural ou adequação dos serviços aos hábitos e costumes dos usuários. (WHO, 1978).

Já Penchansky e Thomas (1981) definiram acesso como o "*grau de ajuste entre os clientes e o sistema*" representado nas cinco dimensões para o acesso (disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade de pagamento e aceitabilidade). Os autores mencionam as seguintes dimensões: disponibilidade (*availability*), refere-se ao volume de recursos e serviços oferecidos relacionados às necessidades dos usuários; oportunidade (*accessibility*) ou existência dos serviços no lugar e no momento em que é requerido pelos usuários; adequação (*accomodation*) ou maneira como os recursos são organizados para receber usuários; poder aquisitivo (*affordability*), relacionado aos custos dos serviços e à capacidade de pagamento dos usuários; aceitabilidade (*acceptability*), refere-se, também, às atitudes tanto de provedores quanto dos usuários a respeito das práticas que caracterizam o serviço.

Nesse sentido, o acesso tem sido adotado como uma categoria de análise das políticas de saúde no Brasil. Alguns autores enfatizam a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, considerando os aspectos relacionados à oferta e a demanda, ao

planejamento e organização da rede de serviços, a participação social e as representações sociais dos usuários sobre o acesso (GIOVANELLA e FLEURY, 1995).

Paim e Vieira da Silva (2010) discutem as noções de universalidade, integralidade e equidade relacionando-as com o acesso aos serviços de saúde. Desta forma os autores afirmam:

[...] no SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica física ou cultural, bem como, a equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial, alvo especial das intervenções (p.114).

Recentemente estudos (TRAVASSOS & MARTINS, 2004; SANCHEZ & CICONELLI, 2012; SOARES, 2013) analisaram a multiplicidade de conceitos e abordagens no campo analítico do acesso a serviços de saúde, apontando para uma busca constante de uma definição consensual, construção de modelos explicativos consistentes, enfatizando a complexidade do conceito de acesso e dificuldades na mensuração.

4.3. Acesso aos Medicamentos Essenciais

Nas concepções acerca do acesso a medicamentos, Bermudez & Bonfim (1999) definem o acesso como a relação estabelecida entre a disponibilidade dos medicamentos e o atendimento das necessidades da população, com garantia de qualidade e informação suficiente, considerando também a localização do serviço e a capacidade de pagamento do usuário.

Nessa perspectiva, Schenkel et al. (2004) discutem que acesso não significa apenas a disponibilidade do medicamento, requerendo uma articulação das ações da assistência farmacêutica com o conjunto de políticas públicas, visando ao uso racional e seguro dos medicamentos. Nas palavras dos autores acesso corresponde a:

[...] relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (SCHENKEL et al. 2004. p.199).

Nesse âmbito, deve significar acesso ao medicamento adequado, para uma finalidade específica, em dosagem correta, por tempo adequado e cuja utilização racional tenha

como consequência a resolutividade das ações de saúde (WHO, 2004; BERMUDEZ, et al. 2008).

Já Guerra Júnior e Acúrcio (2003) enfatizam, especialmente, a acessibilidade geográfica da população aos serviços de saúde, considerando a localização do serviço e do usuário. Outro fator que os autores apontam está relacionado ao preço e à capacidade de pagamento, ou seja, o custo dos serviços deve ser economicamente viável ao sistema de saúde. Também, consideram a disponibilidade dos produtos (disponíveis de forma contínua e compatível às necessidades da população), atentando para os hábitos e costumes da população usuária. Essas quatro dimensões – acessibilidade geográfica, acessibilidade econômica, acessibilidade funcional e acessibilidade cultural – são apresentadas pela OMS e, quando analisadas conjuntamente, representam o acesso da população aos medicamentos.

No que se refere aos estudos empíricos (FARIAS, et al. 2007); (OPAS, 2005); (NOBREGA, et al. 2005); (NAVES & SILVER, 2005); (SANTOS & NITRINI, 2004); (KARNIKOWSKI, et al. 2004) (COLOMBO, et al. 2004); (CUNHA, et al. 2002); (MARCONDES, 2002); (CARNEIRO, et al. 2000); (SIMÕES & FALVO, 2000); (SIMÕES & MOTTA, 1997); (LOPES, et al. 1996); (PEPE, 1994), a discussão sobre acesso aos medicamentos essenciais aparece com temáticas que abordam disponibilidade; perfil de utilização; automedicação; padrão de consumo; adesão à terapia; política de medicamentos e assistência farmacêutica; avaliação da assistência farmacêutica; demandas judiciais e gastos. Entretanto, observa-se que as metodologias empregadas nesses estudos transitam no campo das pesquisas quantitativas e qualitativas, tais como: corte transversal; base populacional; inquéritos domiciliares; inquéritos em serviços de saúde; indicadores de prescrição propostos pela OMS; indicadores de avaliação da assistência farmacêutica; estudos descritivos e de trajetória dos usuários.

Os estudos realizados no Brasil apontam que grande parte dos municípios brasileiros sofre com a baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos essenciais e as condições de armazenamento são inapropriadas nas unidades de saúde (OLIVEIRA, et al. 2010). Dessa forma, os estudos sobre utilização de medicamentos caracterizam-se como estudos sobre a comercialização, distribuição, prescrição, dispensação e uso de medicamentos em uma sociedade, e suas consequências sanitárias

e socioeconômicas (WHO, 1977; CHAVES, 1999; OSORIO DE CASTRO, 2000). Baseados nesse conceito, diversos estudos tem sido realizados, dentre os quais se destacam: estudos de oferta de medicamentos; estudos quantitativos de consumo de medicamentos; estudos qualitativos sobre qualidade da prescrição; estudos de hábitos da prescrição; estudos de cumprimento da prescrição; vigilância orientada a problemas específicos (CHAVES, 1999; CROZARA & RIBEIRO, 2008).

A OMS considera que os estudos de utilização se constituem numa prioridade na área de pesquisa, uma vez que auxiliam na tomada de decisão por parte dos gestores, profissionais e usuários dos sistemas de saúde, pois analisam fatores relacionados à prescrição e uso dos medicamentos pela população usuária, além de identificarem problemas de funcionamento do sistema de saúde (WHO, 1994). No Brasil, os estudos sobre a utilização de medicamentos têm focado a utilização de produtos presentes nas listas de medicamentos essenciais e utilizando indicadores preconizados pela OMS, uma vez que permitem avaliar com rapidez e segurança fatores relacionados à área de atenção primária à saúde. Tais indicadores são classificados de acordo a prescrição, a assistência ao paciente e quanto aos serviços (CARNEIRO, et al. 2000; CASTRO, 2000; SIMÕES, 2001; CUNHA, et al. 2002; MELO, et al. 2006; CROZARA & RIBEIRO, 2008; LEITE, et al. 2008; DAL PIZZOL, et al. 2010).

Dessa forma, no Brasil, os estudos sobre a utilização de medicamentos têm discutido fatores relevantes para a saúde coletiva, enfatizando condições de vida da população e seus aspectos sanitários mais importantes, procurando proporcionar informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores e que possam ser utilizadas para modificar a realidade observada.

5. Estratégias Metodológicas

5.1. Desenho do estudo

A insuficiência de estudos empíricos, que respondam aos questionamentos sobre o acesso a medicamentos essenciais, no SUS, justifica a opção metodológica pelo estudo de caso (YIN, 2005). Portanto, este estudo teve como campo empírico de investigação a Secretária de Saúde Municipal de Camaçari–Bahia.

Esta escolha da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari, enquanto unidade de análise, deveu-se ao fato dessa Secretaria desenvolver ações descentralizadas de assistência farmacêutica na saúde da família, dispondo de uma rede de serviços que inclui, dentre outros, uma Central de Abastecimento Farmacêutico e Unidades de Saúde. Esta condição permite apontar a Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari como um caso complexo e relevante.

Para a pesquisa com os usuários das Unidades de Saúde da Família-USF, realizou-se um estudo transversal cujo lócus foi o município de Camaçari, situado na região metropolitana de Salvador no Estado da Bahia no período de setembro a novembro de 2012.

Os estudos transversais são definidos como estudos que estimam, em uma delimitada população, a exposição e o efeito simultaneamente durante sua realização. Os estudos transversais, quando aplicados à utilização de medicamentos em serviços de saúde podem fornecer informações que contribuam com o planejamento e a organização da assistência farmacêutica nesses serviços, favorecendo o conhecimento de determinantes e padrões de utilização dos medicamentos pela população, possibilitando a reorganização das ações da assistência farmacêutica com vista ao uso racional de medicamentos (COELHO & SANTOS, 2011).

5.2. Caracterização do Município

O Município de Camaçari foi criado em 22 de março de 1920, denominado inicialmente, como “*Distrito de Camaçari*”; em 30 de março, mediante o decreto 10.724, o município passou a ser chamado de “*Camaçari*”. Este nome tem origem tupi-guarani e era chamado Camassary, significado “leite e lágrimas, árvore que chora”.

Neste período, o município era composto pela sede e os distritos de Vila de Abrantes, Monte Gordo e Dias D'Ávila, este último emancipado em 1985 (CAMAÇARI, 2012).

Do ponto de vista econômico o município caracteriza-se como um importante polo econômico e industrial, estruturado no complexo químico e petroquímico estabelecido no território. Considerado como um dos municípios de maior PIB do Brasil é responsável por 30% do PIB baiano e pela exportação de US\$ 2,3 bilhões ao ano (CAMAÇARI, 2009).

Localizado no litoral norte do Estado da Bahia, é considerado o maior território da região metropolitana de Salvador, da qual também fazem parte os seguintes municípios: Lauro de Freitas, Candeias, Simões Filho, São Francisco do Conde, Vera Cruz, Dias D'Ávila, Itaparica e Madre Deus, Possui o clima tropical úmido, com três áreas de proteção ambiental: rio joanes/ipitanga, rio capivara e lagoas de guarajuba. Ainda possui dunas, manguezais, mata atlântica, além de ser banhado pelo Oceano Atlântico. Camaçari também tem uma rede hoteleira e de turismo favorecida pela extensa área de orla e pela proximidade com a capital baiana (CAMAÇARI, 2009).

Atualmente, o Município de Camaçari tem 784,658 km² e 42 quilômetros de faixa costeira, com uma divisão administrativa envolvendo os distritos Sede que abrange 70% do total da população, Vila de Abrantes com 19% da população e Monte Gordo com 11%. Limita-se ao norte com os municípios de Mata de São João e Dias D'Ávila; ao sul, com Lauro de Freitas; a oeste com Simões filho e a leste com o Oceano Atlântico (CAMAÇARI, 2009).

De acordo com o último censo do IBGE, realizado em 2010, a população do município era de 242.970 habitantes e a população estimada para 2013 era de 275.575 habitantes. A densidade demográfica é de 309,65 hab/km². A população urbana soma 231.973 (95,5%) habitantes e a população rural é composta de 10.997 (4,5%) habitantes. Para o ano de 2010, a distribuição da população de Camaçari por sexo foi de 120.704 (49,7%) do sexo masculino e 122.266 (50,3%) do sexo feminino, percebendo-se um relativo equilíbrio entre os sexos (IBGE, 2013). População residente alfabetizada é de 200.636 pessoas. A maioria da população responsável pelos domicílios em Camaçari possuía, em 2000, de 4 a 7 anos de estudos, portanto, menos de oito anos de estudos, sendo classificado analfabeto funcional (CAMAÇARI, 2009).

Na classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Índice de Gini que era de 0,6 em 2000 passou para 0,43 em 2003 (IBGE, 2011). Em Camaçari, as informações para o ano de 2000 demonstraram que o rendimento médio mensal de 24% das famílias estava na faixa de 2 a 5 salários mínimos (SM), seguido de famílias que possuíam renda de 1 a 2 salários mínimos (23,8 %) e famílias que possuíam renda de até 1 salário (23,1 %). Cumpre destacar que 15,2 % das famílias foram classificadas como sem rendimento, o que indica a necessidade de estímulo à geração de trabalho e renda (CAMAÇARI, 2009).

A taxa de mortalidade geral no município em 2009 foi de 4,2 por mil hab, sendo que a taxa de mortalidade geral brasileira é de 5,7 por mil hab. Para os principais grupos de causas definidas, observa-se que as doenças cardiovasculares estão dentre as principais causas de morte seguidas das causas externas, das neoplasias, das doenças relacionadas ao aparelho respiratório e das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, salienta-se que 72% dos óbitos no município correspondem aos grupos acima citados (CAMAÇARI, 2009).

De acordo com o PMS 2010-2013 (CAMAÇARI, 2009) os principais problemas relacionados aos serviços de saúde, apontados na conferência municipal de saúde foram: baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família; inadequação no quadro de recursos humanos; insatisfação dos usuários pela falta de qualidade do atendimento do setor saúde; irregularidade no fornecimento de medicamentos, insumos e materiais e na manutenção dos equipamentos.

O município de Camaçari habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 1998, mediante a resolução nº 62 da CIB/BA de 16/12/1998. A rede própria de serviços de saúde municipal, atualmente, é composta por 37 Unidades de Saúde (US); 01 Centro de Atenção Psicossocial I; 01 Unidade de Atendimento Pré-hospitalar de Atenção às Urgências – SAMU 192 com 02 núcleos, 05 Unidades de Prontos Atendimento (UPA); 01 Central de Regulação, 01 Hospital Geral, 01 Policlínica de Especialidades, 01 Unidade de Saúde do Trabalhador e 01 Centro de Referência para DST/AIDS (CAMAÇARI, 2012).

A sua rede de Atenção Básica é constituída por 09 Unidades Básicas Convencionais de Saúde (UBS) e 29 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo destas 19 Unidades de Saúde da Família compostas por 1 equipe de Saúde da Família e 10 unidades, por duas equipes com cobertura de 68%. As UBS realizam o apoio matricial às Unidades de Saúde da Família.

A escolha por desenvolver esta pesquisa sobre acesso aos medicamentos essenciais no SUS nas USF em Camaçari se configurou mediante a proposta da Saúde da Família como a estratégia de mudança e reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS e como instrumento de política de universalização da cobertura da atenção básica, considerada um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde no nível da atenção primária (TEIXEIRA & VILASBÔAS, 2014).

A primeira USF foi inaugurada em outubro de 1998 e, no processo de territorialização o município foi dividido em 05 regionais em saúde com apoio matricial de nove UBS às USF. Da primeira à quarta regional, a rede foi organizada com duas UBS para o apoio matricial às USF, portanto foram selecionadas duas USF por regional, já a quinta regional é composta apenas de uma UBS, sendo selecionada uma USF, totalizando 9 USF selecionadas no território para compor o escopo da pesquisa.

Na primeira regional, foram selecionadas a USF Parque Florestal I (inaugurada em junho de 2007) e Parque das Mangabas I e II (inaugurada em setembro de 2010); na segunda, a USF Lama Preta (inaugurada em setembro de 2006) e USF Gravatá II (inaugurada em março de 2010); na terceira, a USF Piaçaveira II (inaugurada em agosto de 2007) e USF PHOC III (inaugurada em julho de 2007); na quarta, a USF Buris de Abrantes (inaugurada em dezembro de 2006) e a USF Areias (inaugurada em maio de 1999) e na quinta regional, a USF Barra do Jacuípe (inaugurada em novembro de 2001).

A assistência farmacêutica no município atualmente é composta de 20 farmacêuticos, 1 na Coordenação da AF no município, 5 distribuídos nas Unidades de Saúde da Família, 9 nas Unidades Básicas de Saúde (Tradicional) 1 no PDME (Programa de Dispensação de Medicamentos Especiais), 1 no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 1 no CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e 2 na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico).

5.3. População do Estudo

As USF foram selecionadas mediante um sorteio a partir das UBS as quais estão ligadas pelo apoio matricial, compondo as regionais assistenciais (Anexo 1). De cada UBS-apoio matricial foi sorteada uma USF. Para participar dessa pesquisa foi selecionada, aleatoriamente, uma população de referência de trinta usuários à procura de medicamentos nas farmácias das USF, no período de setembro a novembro de 2012.

Optou-se por entrevistar 30 usuários como amostragem das nove USF sorteada mediante orientação do “*Rapid Pharmaceutical Management Assessment*” (RPMA) (PAHO, 1995) e (PINHEIRO, et al. 2011). Foram incluídos usuários com prescrição para usos específicos, classificados como mulher em idade fértil, gestante, menopausada, homem, idoso, acompanhantes de criança, dentre outros. Foram entrevistados todos os usuários que atenderam aos critérios de inclusão e que demonstram interesse em participar da entrevista após o término do atendimento do serviço de farmácia da USF.

A Farmácia foi escolhida como lócus da coleta para evitar um possível viés de informação na coleta pós atendimento de consulta, de acordo com recomendações da OPAS (PAHO, 1995) porquanto a abordagem direta aos usuários nos serviços de saúde poderia influenciar o comportamento dos prescritores, de modo que os resultados poderiam não ser representativos. Foram excluídos os usuários menores de 18 anos e os que não tinham prescrição.

Também foram realizadas entrevistas com os farmacêuticos responsáveis pelas USF, com a gestora responsável pela organização da assistência farmacêutica no município e com os farmacêuticos responsáveis pela central de abastecimento farmacêutico e licitação.

5.4. Fontes de dados

Como fonte primária de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os usuários das Unidades de Saúde da Família mediante aplicação de um questionário (Apêndice 1), a fim de aprofundar os aspectos inerentes ao acesso aos medicamentos essenciais no SUS.

Também foram realizadas oito (8) entrevistas, sendo cinco (5) com farmacêuticos responsáveis pelas USF, uma (1) farmacêutica responsável pelo processo licitatório no município e uma (1) responsável pela central de abastecimento farmacêutico. Além desses, foi entrevistada a gestora da assistência farmacêutica do município. Todos os entrevistados foram escolhidos por ocuparem cargos e funções privilegiadas, o que se configura como um fator relevante para o desenvolvimento da pesquisa.

Os roteiros aplicados foram elaborados de acordo com o lugar ocupado pelo entrevistado: o roteiro 1 (Apêndice 2), utilizado para a entrevista dos farmacêuticos responsáveis pelas USF; o roteiro 2 (Apêndice 3), aplicado na entrevista com o gestor; e o roteiro 3 (Apêndice 4), empregado na entrevista com os farmacêuticos responsáveis pela Central de Abastecimento Farmacêutico-CAF e processo licitatório.

5.5. Técnicas de produção de dados

Como ponto de partida, foi realizado um levantamento e revisão bibliográfica (TOBAR & YALOUR, 2001) referente à temática, compreendendo: artigos, livros, teses, dissertações, monografias, jornais e revistas. Para a pesquisa bibliográfica, foram utilizadas diferentes bases de dados e de periódicos científicos, empregando os seguintes descritores: acesso; medicamentos; acesso a medicamentos; medicamentos essenciais; medicamentos para a atenção básica; política nacional de medicamentos; política nacional de assistência farmacêutica; assistência farmacêutica; atenção farmacêutica; estudos de utilização; indicadores de prescrição; prescrição de medicamentos; uso de medicamentos. A análise do estado da arte dessa temática na literatura nacional e internacional² incluiu artigos, teses e dissertações com predomínio dos estudos epidemiológicos.

O levantamento bibliográfico incluiu a identificação de documentos (portarias, leis, resoluções, decretos e relatórios de gestão) relativos à Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. A pesquisa de documentos foi estendida à consulta de sites oficiais e aos arquivos de instituições governamentais, como a OPAS e OMS sobre acesso a medicamentos essenciais e o Ministério da Saúde sobre PNM e PNAF,

² Foram consultadas as bases de dados *Lilacs*, *Scielo*, *Medline*, *web of Science* e banco de teses da CAPES.

inclusive na própria Secretaria Municipal da Saúde de Camaçari-Bahia com o Plano Municipal de Saúde.

Para a etapa de observação, foram selecionados espaços e cenários institucionais que constituíram o campo de produção de dados empíricos. A observação direta foi realizada em conformidade com os objetivos da pesquisa nas USF que compõem a rede básica de atenção à saúde em Camaçari-Bahia. As observações sobre as atividades de entrega dos medicamentos nas unidades de saúde foram sistematicamente registradas em diário de campo.

Para a construção dos roteiros de entrevistas com os farmacêuticos responsáveis pelas unidades de saúde da família, gestores da organização da assistência farmacêutica no município e questionários semiestruturado para os usuários das unidades selecionadas, foram utilizados alguns referenciais de avaliação da assistência farmacêutica (WHO, 1994; Cosendey, 2000a; 2000b; OPAS, 2005; Marin, et al. 2003; Brasil, 2006b; Siqueira, et al. 2008; Barreto, & Guimarães, 2010; Rieck & Borges, 2010; Frohlich & Mengue, 2011), bem como Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) classification and DDD (Defined Daily Dose) assignment (WHO, 2012) para a classificação dos medicamentos presentes na prescrição.

Os dados foram produzidos mediante a realização de entrevistas com os usuários, conduzidas por meio da aplicação de um questionário semiestruturado - instrumento norteador, do qual constaram questões relacionadas às características sócio-demográficas, indicadores de prescrição, cuidado e uso racional de medicamentos, acesso do usuário aos medicamentos e características relacionadas ao serviço (Apêndice 1).

As informações sobre as características da organização das unidades de entrega dos medicamentos no município foram fornecidas mediante entrevistas com os farmacêuticos responsáveis pelas USF e pelos gestores responsáveis pela organização da assistência farmacêutica no município. As entrevistas com a equipe da Assistência Farmacêutica no município foram realizadas no período de 05 a 21 de dezembro de 2012, nas USF e na coordenação da Assistência Farmacêutica no nível central do município. Todos os instrumentos de coleta deste estudo foram submetidos a pré-testes, com o propósito de avaliar a consistência das questões e realizar os ajustes necessários.

As entrevistas foram realizadas em local privativo com o objetivo de preservar o anonimato dos informantes-chave e a confidencialidade das informações.

O roteiro de entrevista com os farmacêuticos foi composto de questões relativas às atividades da assistência farmacêutica; à implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT; à disponibilidade da Relação de Medicamentos Essenciais – RME; ao guia farmacoterapêutico; aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; a programação; a aquisição; o armazenamento; à distribuição, à dispensação; às relações com outros setores da SMS; à capacitação/qualificação; às fontes de informação sobre medicamentos; às notificações de eventos adversos; ao Plano Municipal de AF, às facilidades e dificuldades no desenvolvimento do ciclo da AF nas USF.

5.6. Plano de análise

Como estratégia de sistematização e análise do material empírico, foram utilizados os dados coletados a partir das entrevistas com os usuários das farmácias das USF, selecionadas para o estudo, pertencentes à rede básica do município. Os dados produzidos conformaram um banco sistematizado com utilização do *software* EPI DATA Entry versão 3.1 e EPI DATA Analysis versão 2.2 e All statistical analyses were carried out using statistical software package STATA versão 11; Stata Corp., College Station TX. Os gráficos foram confeccionados no programa Microsoft Office Excel 2007. Os dados coletados mediante a transcrição das entrevistas com os farmacêuticos foram revisados e sistematizados em um banco com utilização do *software* QSRNVivo® versão 2.0.

Trata-se de uma abordagem que envolve triangulação de diferentes fontes de evidências tendo em vista o estudo aprofundado de um caso (BRUYNE, et al. 1977; BECKER, 1994; BAUER, 2002; MINAYO, 2005; YIN, 2005). Para a interpretação dos dados, foi empreendida leitura exaustiva dos conteúdos relativos às categorias temáticas com a finalidade de apreender sentidos sobre sua totalidade e particularidades. Posteriormente, foi realizada uma descrição e análise dos sentidos imanentes do conjunto das categorias temáticas à luz do referencial teórico adotado, articulando com os objetivos do estudo.

5.7. Aspectos Éticos

Em todas as etapas de desenvolvimento deste projeto de pesquisa, foram observados os princípios da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos, regulamentados pela Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do CNS (BRASIL, 1996) e pela Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS (BRASIL, 2012). Nesta direção, foi assegurada a participação voluntária dos sujeitos nas etapas de coleta de dados da pesquisa, não havendo nenhuma coerção pessoal e institucional.

Aos sujeitos da pesquisa foram garantidos o direito de informação e o esclarecimento de eventuais dúvidas quanto à pesquisa e/ou sua participação, bem como a possibilidade de retirada de seu consentimento em qualquer momento de desenvolvimento do trabalho sem que esta decisão resultasse em qualquer prejuízo ou represália. Foi assegurado a confidencialidade, privacidade e a garantia de que este estudo não ofereceu nenhum tipo de dano ao entrevistado, obedecendo ao princípio da não-maleficiência.

A participação dos sujeitos na pesquisa foi condicionada aos esclarecimentos quanto aos seus objetivos e assinatura do TCLE (Apêndices 5 e 6). Aos sujeitos foi facultada a possibilidade de retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa e garantido o sigilo quanto à sua identidade ou outras informações que poderiam causar prejuízos a seu anonimato. As entrevistas com os usuários foram realizadas e supervisionadas pela pesquisadora em local reservado e protegido de interferências externas. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Os entrevistados foram informados de que poderia não haver benefícios diretos e imediatos para ele, porém, conforme os objetivos propostos, a pesquisa poderia produzir contribuições para a Instituição, os trabalhadores e usuários, conforme o princípio da beneficência. Os entrevistados foram informados sobre a relevância social do estudo, que, além de atender aos princípios anteriores, atenderia também ao princípio da justiça e equidade, colaborando com conhecimentos acerca do acesso de medicamentos essenciais no SUS e propiciando a formulação de novas propostas para a melhoria da assistência farmacêutica no município de Camaçari-BA.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal da Saúde de Camaçari-Bahia-SMS com o objetivo de obter o consentimento institucional para o desenvolvimento do estudo (Anexo 2). Em seguida, após a autorização da SMS, foi submetido, para apreciação, ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA) (Anexo 3), seguindo as orientações da Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS (BRASIL, 2012). Esses trâmites precederam à entrada em campo e à execução dos procedimentos para a coleta de dados.

6. Resultados

6.1. ARTIGO I

Política de Assistência Farmacêutica no município de Camaçari–Ba: a experiência nas Unidades de Saúde da Família (USF)

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI–BAHIA: A EXPERIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF)

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar a política de assistência farmacêutica no município de Camaçari-Bahia no tocante à sua organização nas Unidades de Saúde da Família (USF), as atividades desenvolvidas pelos serviços farmacêuticos e os fatores que facilitam e/ou dificultam o trabalho dos farmacêuticos, tendo em vista os princípios da Atenção Básica. A estratégia metodológica utilizada foi o estudo de caso descritivo, que teve como campo empírico de investigação a Secretária de Saúde Municipal de Camaçari–Bahia, que desenvolve ações descentralizadas de AF na Saúde da Família. Foram realizadas: análise documental, observação de campo e entrevistas com informantes-chaves. Os dados foram estratificados nas seguintes categorias analíticas: atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos, dificuldades e facilidades no desenvolvimento das atividades da AF nas USF. As principais dificuldades encontradas na realização das atividades dos farmacêuticos foram: deficiências na infra-estrutura dos serviços, principalmente recursos materiais, como mobiliário, equipamentos, internet e veículos; com relação aos recursos humanos, identificou-se carência de pessoal, carga horária insuficiente, falta de qualificação e de melhores salários, falta de autonomia na gestão de recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades, bem como dificuldades de acesso a fontes de informação isentas e fidedignas, indisponibilidade dos medicamentos essenciais e a não permanência do farmacêutico na unidade de saúde em todo o horário de funcionamento, fato este que compromete o desenvolvimento das atividades nos serviços farmacêuticos. As principais facilidades identificadas no desenvolvimento das atividades foram: articulação da equipe de AF no município, inserção do farmacêutico nas USF e a relação com as equipes de saúde. Observou-se que o planejamento é centrado no ciclo logístico da AF, com dificuldades na organização de práticas voltadas à atenção integral aos pacientes, às suas famílias e à comunidade e ainda foi observado que as atividades da assistência farmacêutica nas USF são programadas sem enfoque no território, devido, principalmente, a dificuldades para a permanência do farmacêutico em tempo integral na unidade de saúde e ausência de auxiliares permanentes na farmácia.

Palavras-chave: Política nacional de assistência farmacêutica; assistência farmacêutica na atenção básica; saúde da família.

POLICY OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN CAMAÇARI MUNICIPALITY OF, BAHIA, BRAZIL: THE EXPERIENCE IN THE FAMILY HEALTH CARE UNITS (USF)

ABSTRACT

This article aims at to analyze the implementation of a pharmaceutical care policy involving the organization of pharmaceutical care (AF) by taking into consideration Family Health Care Units (USF), activities carried out under the principles of Primary Health Care and its positive and negative factors. This is a descriptive study case focusing the Health Secretariat of the Municipality of Camaçari, State of Bahia, Brazil, which develops decentralized AF within the Family Health Care Program. Field observation and interviews were carried out with key informants. Data was stratified by the following analytical categories: activities carried out by pharmaceutical professionals; difficulties and advantages found in the development of AF activities within USFs. The major difficulties observed were: lack of services infra-structure, especially material resources such as furniture, equipments, internet access and motor vehicles; lack of personnel, inadequate work journey, lack of qualification and of appropriate wages, as well as poor autonomy for financial management. Besides, it was also observed difficulties to access impartial and reliable information, as well as lack of essential medicines and pharmaceutical personnel in the USF during work hours, which turns the development of pharmaceutical care services difficult. The main advantages in the development of AF activities in USF were: articulation of municipality AF staff, insertion of pharmaceuticals in the USF and relationship with USF teams. It was observed that planning is centered in logistic cycles, and faces difficulties in the organization of practices towards the integral health care of patients, their families and the community. Pharmaceutical care activities in USFs are planned without a territorial framework, especially due to difficulties concerning the lack of a full time pharmaceutical professional in the USF and lack of permanent assistances in pharmacy facilities.

Key words: National policy of pharmaceutical assistance; pharmaceutical services primary health care; family health.

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) é definida pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) como um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento, com a finalidade de apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas: a conservação e o controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e, ainda, a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Os serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde, segundo diretrizes da OPAS (OPAS, 2013), caracterizam-se como um conjunto de ações nos sistemas de saúde que visam à atenção integral no atendimento às necessidades e aos problemas de saúde da população coletiva e individual, contribuem para o acesso equitativo e uso racional, tomando, neste sentido, o medicamento como elemento essencial.

Nessa concepção, a atenção primária orienta-se por atributos específicos, como a porta de entrada do sistema de saúde, responsabilidade longitudinal pelo paciente, cuidado integral com o enfoque nas necessidades em saúde, coordenação das ações e serviços, orientação à população e à família como centro do cuidado, englobando também seus aspectos culturais (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008; AQUINO et al. 2014).

A atenção primária refere-se a um conjunto de práticas de saúde, individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de Atenção Básica à Saúde. A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida mediante práticas gerenciais e sanitárias, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) tem como princípio organizativo a priorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Inicialmente denominado “programa” passou a consolidar-se como “estratégia”, ao integrar e organizar as

atividades do cuidado em saúde em um determinado território (BRASIL, 2011). A adscrição de uma população à uma Unidade de Saúde Família (USF), a partir do delineamento de uma base territorial, permite diagnosticar uma realidade de saúde mediante a análise das condições de vida da população e organização do cuidado para atender às necessidades de saúde.

Neste sentido, considera-se a saúde da família como um novo modo de conceber as práticas de saúde, com a responsabilidade de incorporar ao trabalho em equipe as ações de assistência farmacêutica dentro do contexto da integralidade da atenção, para atender às demandas de saúde de forma integral e assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

No agir sobre necessidade em saúde (PAIM, 1980; TEIXEIRA, et al. 2003), a assistência farmacêutica deve atuar junto à família e, por consequência, com clientela adscrita a um território definido, buscando, dessa forma, a articulação do trabalho multiprofissional e interdisciplinar entre os profissionais da assistência farmacêutica e da saúde da família, possibilitando a consolidação do trabalho em equipe, no território e favorecendo a integralidade das ações de saúde.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem analisar as condições de vida das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas, econômicas e epidemiológicas; e, por outro lado, identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco na sua área de abrangência e caracterizar os serviços disponíveis à população (BARATA, 2008). Neste contexto, entre os profissionais de saúde incluem-se, especialmente, os farmacêuticos.

Apesar da PNM e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 1998, BRASIL, 2004), estarem inseridas no escopo das políticas de saúde do país, norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, estabelecidos pelo SUS desde a década de 1980 (BRASIL, 1990), sua implantação ainda requer estratégias mais efetivas para o desenvolvimento das atividades farmacêuticas. Neste sentido, a atuação do farmacêutico é crucial para a consolidação deste componente das políticas de saúde.

A PNM (BRASIL, 1998), instrumento norteador das ações na área dos medicamentos no país aponta, dentre suas diretrizes, a necessidade de dar respostas às inúmeras dificuldades encontradas atualmente no desenvolvimento das ações da assistência farmacêutica, tais como: uso irracional dos medicamentos, problemas na qualidade e no acesso da população aos medicamentos e desorganização dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2006). Portanto, a reorientação da assistência farmacêutica deve direcionar-se pelo fortalecimento das práticas de saúde, melhoria na organização de gestão da assistência farmacêutica, principalmente com relação à qualidade dos medicamentos utilizados na atenção básica e no seu uso correto pela população.

Dentre as prioridades estabelecidas na PNAF, aprovada pela Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004 (BRASIL, 2004), destaca-se a reorientação da assistência farmacêutica que, nesse contexto, foi definida como *“conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individuais como coletivas, tendo o medicamento como um insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional”* (BRASIL, 2004). Mudanças significativas na qualidade de vida da população, com enfoque para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, são elementos estruturantes para a implementação da PNAF, de forma mais ampla e integral.

O ciclo logístico da assistência farmacêutica tem as seguintes etapas constitutivas: seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, visando à organização e gestão dos serviços farmacêuticos. Neste sentido, a dispensação é considerada como uma etapa atribuída às atividades desenvolvidas pelo farmacêutico de forma qualificada (BRASIL, 2006). Para tanto, se torna imprescindível a atuação desse profissional, munido de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à realização das atividades farmacêuticas de forma efetiva.

No âmbito da AB, preconiza-se que a dispensação de medicamentos seja realizada pelas unidades de saúde que, se constituem como principal porta de entrada do sistema de saúde, fornecendo ações e serviços de atendimento médico, de enfermagem e odontológico, visitas domiciliares, imunização etc. (ARAUJO, et al. 2008). Esses serviços demandam procedimentos relacionados com o acesso ao medicamento e à promoção do uso racional que são áreas importantes de atuação farmacêutica.

Nas unidades de saúde, um dos propósitos primordiais da atividade farmacêutica é a interação do farmacêutico com o usuário (PEREIRA & FREITAS, 2008), com vista a promover a utilização racional dos medicamentos. Na atenção primária, os serviços farmacêuticos contribuem para a proteção e promoção da saúde; prevenção de riscos mediante a educação em saúde e o acompanhamento farmacoterapêutico com enfoque em uma maior racionalidade terapêutica (VIEIRA, 2007). A promoção do uso racional também reforça o elenco das ações que visam à melhoria das prescrições e à dispensação dos medicamentos, favorecendo uma melhor qualidade de vida da população.

Nessa perspectiva, este estudo visa analisar a Política de Assistência Farmacêutica no município de Camaçari-Bahia, quanto à sua organização nas Unidades de Saúde da Família, atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades no trabalho dos farmacêuticos, tendo em vista os princípios da Atenção Básica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que teve como campo empírico de investigação a Secretária de Saúde do Município de Camaçari–Bahia, selecionada por desenvolver ações descentralizadas de assistência farmacêutica na saúde da família.

Inicialmente, foi realizada uma análise documental relacionada às atividades de assistência farmacêutica na AB e observação de campo. Posteriormente, foram elaborados roteiros para entrevistas com os farmacêuticos das unidades de saúde da família, sorteadas para participar da pesquisa (Apêndice 2), com a coordenação da assistência farmacêutica no município (Apêndice 3) e com os farmacêuticos responsáveis pela central de abastecimento farmacêutico e licitação (Apêndice 4), a partir de alguns referenciais de avaliação da assistência farmacêutica (WHO, 1994; Cosendey, 2000; OPAS, 2005; Marin et al. 2003; BRASIL, 2006; Siqueira et al. 2008; Barreto, & Guimarães, 2010; Rieck & Borges, 2010; Frohlich & Mengue, 2011).

Os roteiros foram submetidos a pré-testes, com o objetivo de verificar a pertinência das questões e efetuar as devidas correções. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para o processamento das evidências.

Para a consolidação dos dados, utilizou-se um banco composto de dados qualitativos processados em programa de computador QSR N Vivo®, versão 2.0. Foi construída uma árvore para a análise das informações obtidas, a partir das seguintes categorias de análise: atividades da assistência farmacêutica; implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT); disponibilidade da Relação de Medicamentos Essenciais (RME); guia farmacoterapêutico; protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; programação; aquisição; armazenamento; distribuição; dispensação; relações com outros setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); capacitação/qualificação; fontes de informação sobre medicamentos; notificações de eventos adversos; Plano Municipal de AF e facilidades e dificuldades no desenvolvimento do ciclo da AF nas USF.

Os achados foram analisados mediante a triangulação de informações dos dados de observação com os depoimentos dos entrevistados, documentos e registros (BRUYNE, et al. 1977; BECKER, 1994; BAUER, 2002; MINAYO, 2005; YIN, 2005).

As entrevistas foram realizadas no período de 05 a 21 de dezembro de 2012, nas USF e na coordenação da Assistência Farmacêutica no nível central do município. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, seguindo as orientações da Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS (BRASIL, 2012). Todos os entrevistados demonstraram disponibilidade em participar do estudo; foram informados sobre os objetivos da pesquisa e autorizaram a entrevista, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 5 e 6).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1- Organização da Assistência Farmacêutica nas USF

Infraestrutura

Os profissionais entrevistados destacaram a importância de infraestrutura para o desenvolvimento das atividades farmacêuticas nas USF e enfatizaram a necessidade de pessoal, recursos materiais e financeiros, principalmente a adequação das instalações, dos ambientes e equipamentos. Além disso, a necessidade de qualificação dos profissionais da assistência farmacêutica do município, para possibilitar aos usuários acesso aos medicamentos com qualidade e segurança.

Tem havido investimentos em recursos materiais na farmácia da USF, o que facilita o trabalho desenvolvido pelos farmacêuticos. Embora ainda não tenha sido adotado o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS (COSTA & NASCIMENTO JÚNIOR, 2012), houve uma melhoria no gerenciamento dos medicamentos com a implantação de um sistema informatizado, com benefícios para o serviço, principalmente na organização, controle de estoque e dispensação dos medicamentos, como relata o entrevistado:

“O Sistema informatizado mudou, agora foi unificado, antigamente a licitação, o setor de compras e o almoxarifado usava o sistema LZ, e aqui, na CAF, usava-se o SATA. Então, eram controles diferentes, agora não, agora ficou unificado, todos usam o mesmo sistema...” (E6).

A utilização de sistemas de informação é importante não só para controlar as atividades, como também para reduzir custos e desperdícios. Em um estudo sobre as farmácias de unidades de saúde, esta questão é discutida por Araújo et al (2008) que consideram a informatização dos serviços como tecnologia a ser instalada concomitantemente com a qualificação e capacitação do pessoal da farmácia, como uma forma de evitar a precarização do serviço. Porém, os autores ressaltam que não há nenhuma garantia de que a informatização seja suficiente para atender às demandas do paciente, sugerindo ampliar esta discussão.

Os entrevistados sinalizam que ocorreram algumas melhorias na infraestrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), na área de armazenamento, apontadas

como conquistas importantes para a organização dos serviços farmacêuticos. No entanto, é necessário que se ampliem os investimentos na infraestrutura, inclusive nas farmácias das USF, algumas das quais funcionam em espaço físico inadequado, improvisado, em más condições de conservação e sem condições adequadas de temperatura para o armazenamento dos medicamentos, conforme relatos abaixo:

“A CAF teve uma melhora muito grande na infraestrutura, mudamos o local de armazenamento. Antes o espaço era lotado de caixas, a área foi condenada por um engenheiro, tava a maior bagunça, porque era uma quantidade muito grande de medicamentos e a área não comportava para armazenar” (E8).

“Na CAF, a organização é por ordem alfabética, mas ainda está um pouco bagunçada, porque a gente não tem empilhadeira. Então, quando é caixa fechada, a gente tem que deixar sobre palites, se entrar uma pessoa que não trabalha aqui, vai acabar ficando um pouco perdida. O pessoal usa as escadas, mas evito um pouquinho e só coloco lá em cima o que a gente não vai usar logo, ou, se for estoque maior; mas, se o estoque está baixo ou se a rotatividade é maior, fica em palites aqui em baixo mesmo” (E6).

“...poderia melhorar em relação à infraestrutura, porque muitas vezes tem Programa de Saúde da Família (PSF) com infiltrações na farmácia, aí as medicações ficam mofando. Recebi reclamação de paciente que estava com a medicação esfarelado, eu tive três casos, aí eu falei para a coordenação: “precisamos fazer um levantamento e olhar as farmácias...” (E3).

A situação deficitária da estrutura física das farmácias de unidades de saúde parece ainda ser comum na realidade brasileira. Vieira (2007) e Araújo et al. (2008) constataram que as farmácias em unidades básicas de saúde, em sua maioria, ocupam pequenos espaços, sem condições mínimas de funcionamento, inclusive para conservação dos medicamentos. Vieira (2007) destaca ainda, que, para agravar esta situação muitas dessas farmácias possuem grades separando o usuário do profissional que o atende e que esta realidade reflete a ausência de priorização dos serviços farmacêuticos pelos gestores da saúde.

Essas deficiências de recursos materiais interferem no desenvolvimento das atividades do profissional farmacêutico, sejam as mais simples ou as mais complexas, como o acompanhamento terapêutico dos pacientes. Araújo & Freitas (2006) e Galato et al. (2008) enfatizam que a realização das atividades farmacêuticas ficam comprometidas com as dificuldades na estruturação da farmácia, que, por seu lado revela as deficiências do sistema de saúde. A ampliação do aporte de recursos financeiros para a assistência

farmacêutica e o aumento dos gastos com medicamentos no SUS (VIEIRA & ZUCCHI, 2013), ainda não se traduzem de forma suficiente na solução dos problemas relacionados à gestão da assistência farmacêutica.

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Apesar de estar legalmente constituída no município, a CFT, instância responsável pela elaboração da relação dos medicamentos, ainda enfrenta dificuldades, na composição da equipe multiprofissional, organização das reuniões para analisar solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos na lista oficial, elaboração de pareceres técnicos para mandados judiciais, bem como no fornecimento de subsídios para outras demandas das unidades de saúde, como ilustram os excertos seguintes:

“Quando entrei aqui não tinha comissão, ... tinha somente no papel, mas não era atuante. Botei a comissão pra atuar, aí convidava médico, mesmo que não viesse, mas eu convidava os médicos de outras especialidades” (E8).

“Existe a Comissão de Farmácia e Terapêutica, inclusive, a partir de agora, eu também serei um membro. Eu realmente acho que ela não foi muito atuante no passado, mas provavelmente, a partir de agora, será; a gente foi capacitado pra isso, inclusive eu fiz questão de fazer parte da Comissão de Farmácia e Terapêutica” (E1).

“Olha, eu participei da CFT, tentando reorganizar o grupo, mas foi pouco tempo que eu fiz isso” (E4).

As dificuldades atinentes à CFT se somam às relativas à elaboração e divulgação da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e ao acesso ao guia farmacoterapêutico:

“Nós fizemos a REMUME, mas essa REMUME nunca foi divulgada. Eu divulguei através da internet só para os farmacêuticos. Foi uma dificuldade na impressão. Agora a REMUME será atualizada. Nós fizemos uma nova comissão, saiu agora” (E8).

“A Equipe fez um relatório que passei pra minha coordenadora e falei: “olha, é mais de um PSF, mais de um profissional que está questionando a falta deste medicamento na rede...” eles tiraram alguns medicamentos da lista, ai a equipe me questionou. “Como é que tirou?” No caso, por exemplo, tiraram a nistatina creme vaginal, ai foi uma reclamação conjunta, primeiro a equipe pensou que estava em falta, ai quando eles vieram me questionar eu falei: “não, gente, a nistatina eu esqueci de falar, eles tiraram da rede... “ah...” “Não creio...”. “O único creme vaginal pra gestante! Eu ainda questioneei,

daí me disseram: não tem jeito, saiu mesmo e passa aí pro pessoal” (E3).

“Eu não tenho o guia farmacoterapêutico, a gente tem o DEF, tem uns que os médicos deixa com a gente o CID” (E3).

Visando atender às necessidades de saúde da população no tocante à assistência farmacêutica, a CFT compõe-se de uma equipe multiprofissional formada por farmacêuticos, enfermeiros, médicos, dentistas, entre outros profissionais que atuam em diferentes níveis da atenção à saúde, sejam unidades básicas, unidades de urgência e emergência, hospitais. A CFT é fundamental para a seleção dos medicamentos essenciais e contribui para o adequado gerenciamento do abastecimento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde (REIS & PERINI, 2008).

No contexto da Atenção Básica em saúde a seleção de medicamentos deverá priorizar o atendimento às necessidades da população, ou seja, os medicamentos essenciais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua esses medicamentos como “aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população, tomando por base sua evidência de segurança e eficácia e sua relação custo-efetividade” (WHO, 2002).

Nesse sentido, Wannmacher (2006) destaca que a seleção de medicamentos deve considerar, entre outros elementos, as condições de organização dos serviços de saúde, a capacitação e experiência dos profissionais, a qualidade dos medicamentos registrados e disponibilizados no país e ainda os recursos financeiros para a saúde. Nesses aspectos, Magarinos-Torres et al. (2013) propõem a implantação de um plano de ação para executar a seleção de medicamentos essenciais nas esferas governamentais com o intuito de colaborar com a organização dos serviços farmacêuticos no SUS.

2- Atividades farmacêuticas nas USF

Ciclo Logístico

As atividades farmacêuticas realizadas nas USF relacionavam-se, predominantemente, ao componente administrativo e ao cumprimento de algumas etapas do ciclo logístico da assistência farmacêutica, ou seja: a programação, o abastecimento e controle de estoques. Observou-se um planejamento das atividades farmacêuticas centrado no referido ciclo, com dificuldades na organização de práticas voltadas à atenção integral

aos pacientes, suas famílias e à comunidade. As atividades do ciclo logístico referidas predominam entre as atividades realizadas pelo profissional farmacêutico e o medicamento constitui o foco principal dos serviços de farmácia, conforme excertos abaixo:

“Têm um planejamento, mas, infelizmente, devido às dificuldades, a gente não consegue desenvolver todas as atividades” (E2).

“Acredito assim: as nossas atividades são mais de supervisão das farmácias das USF. Nós fazemos pedidos de medicamentos e controle de estoque, abastecemos as unidades, suprindo as unidades de acordo com as necessidades de cada uma, porque cada unidade, apesar de ser uma próxima da outra, cada uma tem um perfil diferente da população” (E2).

“Fazemos a programação e a aquisição dos medicamentos, recebemos e conferimos tudo que foi pedido, armazenamos em ordem alfabética, e fazemos a dispensação. Basicamente, são as atividades da USF” (E1).

“O período é curto, mas eu tenho que ir lá e ver o que tem de medicamento. Não vou deixar faltar se tiver na CAF. Faço o pedido e faço o controle de estoque e de consumo. Assim, a gente já sabe mais ou menos a quantidade que consome durante o mês” (E5).

As atividades de assistência farmacêutica nas USF eram programadas pela coordenação da AF do município, contudo sem enfoque sobre o território, ou seja, as necessidades da população adscrita. Outro aspecto a ser destacado diz respeito à não permanência do farmacêutico na USF e ausência de auxiliares em tempo integral na farmácia, o que prejudica o desempenho dos serviços farmacêuticos. Os arranjos encontrados pelo município na distribuição dos farmacêuticos nas unidades de saúde não parecem favorecer uma mudança mais significativa da situação, como ilustram os seguintes depoimentos:

“Tinha um projeto de inserção dos farmacêuticos nas USF por zona. Ai, dividi o número de farmacêuticos que estava sendo convocado pelo concurso, assim eles assumiram a responsabilidade por cinco USF” (E8).

“Sou responsável por cinco USF. Nesses dois anos que estou aqui, o que me motiva é a questão do farmacêutico estar inserido na Saúde da Família. Estamos tentando fazer o possível para atender às necessidades dessas unidades” (E2).

“A coordenação chegou à conclusão de que seria viável os farmacêuticos atuarem nos PSF, mesmo sendo como é atualmente, só

meio turno semanalmente, mas resolve o básico dos PSF. O concurso não teve técnico de farmácia, pra ficar uma pessoa direto na farmácia e que tenha capacitação; hoje quem fica na farmácia são os técnicos de enfermagem e não tem um funcionário fixo (E4).

“Se o farmacêutico não estivesse aqui na USF a farmácia seria um depósito de medicamento, sem controle algum” (E5).

Esses achados corroboram com os resultados dos estudos realizados por Araújo & Freitas (2006) e Barreto & Guimarães (2010). Ao investigarem a assistência farmacêutica nas Atenção Básica os autores constataram que as atividades estavam voltadas principalmente ao controle do estoque dos medicamentos, sem a realização de atividades direcionadas à atenção ao paciente e outras orientadas à promoção do uso racional do medicamento.

Atenção Farmacêutica

A atenção farmacêutica foi um tema que emergiu com ênfase nas falas dos entrevistados, que alegaram não realizar atividades desta natureza por não ficarem em tempo integral nas USF e não disporem de tempo para outras atividades além daquelas de natureza administrativa, conforme relatos abaixo:

“... eles distribuíram pra cada farmacêutico cinco ou seis unidades pra atuação. O que é que aconteceu com isso? Então, o farmacêutico não está presente na unidade de saúde família durante todo o tempo do funcionamento. Acaba que a gente não tem muito tempo pra resolver os problemas, implantar a atenção farmacêutica e desenvolver um trabalho como gostaríamos” (E1).

“...poderíamos realizar a atenção farmacêutica nas USF e assim conseguiríamos realizar uma assistência farmacêutica realmente de qualidade, contribuiríamos mais na equipe de saúde, conseguiríamos fazer o programa MEDCASA, com a atuação também do auxiliar de farmácia” (E2).

“...o acompanhamento dos pacientes com o uso do medicamento, aí começa a ter resposta desde esse simples acompanhar. Tem paciente que vem buscar o medicamento, por exemplo: um antidiabetes oral e fala: “olhe, esse aqui não precisa eu tenho”, então como você vai saber quando não está usando o medicamento no horário correto? Por que está sobrando? São coisas simples que você já começa a se aproximar do usuário” (E5).

No entanto, os entrevistados sinalizaram a importância de outras atividades para assegurar a integralidade do cuidado ao usuário do serviço de saúde. As falas denotam preocupação dos farmacêuticos da USF em orientar os pacientes, o que demonstra

interesse em ampliar suas atividades, visando à qualidade da atenção. Apesar das fragilidades relatadas, os entrevistados reconhecem a importância do desenvolvimento das atividades farmacêuticas, como apontam os depoimentos a seguir:

“...hoje, pela manhã, eu estava em uma unidade saúde da família, aí um senhor de oitenta e cinco anos estava com dúvidas de como usar os medicamentos, pois passou por três consultas médicas e cada um médico prescreveu pra ele um anti-hipertensivo diferente. Ele estava utilizando todos os anti-hipertensivos simultaneamente. Então, resolvemos o problema do paciente” (E1).

“...quando eu entrei aqui em Camaçari, os medicamentos, às vezes, infelizmente eram dispensados de forma inadequada. As solicitações também de medicamento eram feitas incorretas, numa quantidade maior que não tinha necessidade. Tinha dispensação sem receita médica, com receita já vencida, havia muita perda, hoje diminuiu. Com a presença de um farmacêutico, há um controle maior. Com a presença do farmacêutico conseguimos diminuir as perdas e também conseguimos orientar a ida do paciente aos consultórios, devido ao vencimento das prescrições. Nossa presença até melhorou, principalmente em relação aos pacientes do programa hiper-dia e da saúde da mulher. Tinha paciente que tinha mais de um ano sem consulta com o médico, nem com o enfermeiro e com a presença do farmacêutico, isso começou a melhorar, porque eles eram orientados a retornar para a consulta” (E2).

As atividades do farmacêutico na Atenção Básica, de acordo com as novas perspectivas de reorientação dos serviços farmacêuticos (OPAS, 2013), devem contemplar: promoção da saúde e prevenção de agravos, mediante análise da situação de saúde da população; dispensação e acompanhamento do uso dos medicamentos prescritos; orientação e documentação das informações dadas ao paciente, família e comunidade; acompanhamento farmacoterapêutico; farmacovigilância e promoção do uso racional dos medicamentos. Assim, o desenvolvimento dessas atividades pelo farmacêutico, são fundamentais para a integralidade da atenção à saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

3- Dificuldades no desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica nas USF

As principais dificuldades no desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica nas USF, segundo os entrevistados, devem-se às deficiências na infraestrutura dos serviços, principalmente recursos materiais, como mobiliário, equipamentos, internet, veículos e recursos humanos. Ademais, são referidas dificuldades na falta de autonomia na gestão de recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de assistência farmacêutica nas USF.

Recursos Humanos

Em relação aos recursos humanos, a insuficiência de pessoal, de carga horária compatível com as atividades, a falta de qualificação profissional e de melhores salários foram elementos apontados como dificuldades para o desenvolvimento das atividades nos serviços farmacêuticos e até mesmo a ausência do farmacêutico na saúde da família, conforme trecho ilustrativo abaixo:

“Anteriormente, nas USF, era assim: os medicamentos não tinham controle, muitos medicamentos venciam na unidade; então, tinha um volume significativo de medicamentos vencidos, deteriorados. Quando a gente fazia uma supervisão nas unidades, a gente tirava muito medicamento deteriorado” (E8).

Os entrevistados manifestaram-se em termos da ausência de um trabalhador que seria o auxiliar técnico na farmácia, considerando tal situação uma dificuldade nos serviços farmacêuticos, uma vez que a farmácia fica sem um funcionário de apoio permanente, com prejuízos para a organização e o desempenho da farmácia. As falas abaixo ilustram essa dificuldade que denota lacunas na política de recursos humanos, especialmente para a AF, adotada no município:

“Antes nós tínhamos auxiliar de farmácia, assim podíamos fazer um acompanhamento diário da dispensação alimentando o sistema. Esse registro nos dava uma ideia real do consumo de cada um dos insumos. Com a demissão de auxiliares, a gente não tem mais condições de fazer isso” (E1).

“O que dificulta é a falta de alguém no PSF pra dar suporte. Porque faço o pedido de um medicamento que não sai muito, quando chego, uma semana depois, o medicamento sumiu! Não tenho como descobrir o que aconteceu, não sei, pergunto a um, pergunto a outro e, no final,

eu fico sem o medicamento. Então, isso pra mim é complicado porque, de uma forma ou de outra sou responsável por aquela farmácia, aquele estoque é de minha responsabilidade e isso pra mim ta solto, não tenho controle. O que gera é a falta de medicamento para o usuário e também o descontrole que fica, porque eu não tenho controle de nada. Preciso de um auxiliar fixo pra abrir e fechar a farmácia, porque, se faltar alguma coisa tenho a quem cobrar. Hoje, qualquer um pode ter acesso à farmácia e qualquer um pode entrar e pode sair, fica ao leu” (E3).

A não permanência do farmacêutico em tempo integral na unidade é reconhecida, pelos entrevistados, como uma dificuldade para o desenvolvimento das atividades farmacêuticas na Saúde da Família. Enfatizou-se a importância deste profissional em número compatível com o quantitativo de unidades de saúde e em tempo integral como membro da equipe de saúde, e também foi reiterada a necessidade de pessoal auxiliar de apoio, conforme excertos abaixo:

“Aqui fazemos tudo, não temos tempo para dar conta de tantas atividades. Falo isso porque temos uma colega que trabalha em outra unidade, e ela falou: “eu estou acabada de tanto pegar peso...” Essa falta de apoio, ficar sozinho com responsabilidade por cinco USF e tendo que fazer o trabalho farmacêutico fica muito difícil” (E5).

“(…) a questão de na saúde família não ter o farmacêutico como parte da equipe mínima, no meu ponto de vista, é uma questão de desvalorização, porque é como se não fosse evidente que o farmacêutico tem muito a contribuir pra saúde pública e é claro que tem uma série de problemas como: a dispensação de medicamentos por pessoas que não têm conhecimento sobre essas atividades, ocasionando situações de dispensação de medicamentos incorreta, troca de medicamento, quantitativo de medicamento incorreto. Muitas vezes, os médicos passam um frasco de Amoxicilina quando no caso seriam três ou quatro necessários pela posologia do paciente e as pessoas que estão na farmácia entregam realmente um frasco, entregam a quantidade de comprimidos inferior, às vezes superior, o que causa problemas até de custo econômico por causa do desperdício” (E1).

Os entrevistados também abordaram a questão da qualificação e de sua importância para a realização das atividades farmacêuticas na Saúde da Família, declarando não terem realizado nenhum treinamento e/ou curso específico por iniciativa institucional. De modo geral, alguma qualificação/capacitação que realizaram se deu por iniciativa própria, independente dos serviços, conforme relatos abaixo:

“Capacitação não existe, mas isso é uma coisa que falo toda vez que eu vou pra uma reunião. E também a criação de cursos voltados pra os

auxiliares de farmácia quando eles estiverem atuando, porque, no momento, não estão...” (E1).

“Fiz capacitação por conta própria, porque, como tenho farmácia, aí quando tem alguma coisa em relação à capacitação, novidades assim no Conselho, tento participar” (E3).

“Não fiz capacitação, só fiz um curso pela Atualiza de toxicologia. Não teve, a gente não teve, inclusive em 2010, a Secretaria incluiu na reunião, a prefeitura se dispôs a pagar um curso, com a autorização, nem recordo mais qual foi o tema, qual era o curso na época, aí depois não aconteceu, assumiu na hora da reunião e depois não autorizou” (E5).

O desenvolvimento da AF nas unidades de Saúde da Família passa a representar, para os entrevistados, a necessidade de qualificação mais ampla, para lidar com o coletivo, a comunidade, de modo a compreender os problemas de saúde e um conjunto de questões relacionadas à própria assistência. Outro aspecto de grande importância são efeitos da atuação do farmacêutico na unidade de saúde, a exemplo de questões atinentes aos prescritores e usuários do serviço, que chamam a atenção pelo impacto que pode produzir na qualidade da atenção. Os depoimentos abaixo são ilustrativos:

“Na Unidade de Saúde da Família, uma médica me convidou para participar da rodoterapia. Gostei bastante, acho importante as atividades dos profissionais junto à comunidade, porque algumas vezes os problemas de saúde não estão ligados simplesmente à questão fisiológica e também, nessas atividades, conseguimos nos integrar com os usuários. Assim, percebo que existe um mundo de questões sobre a assistência que, às vezes, é desconhecida pra nós” (E2).

“O farmacêutico, na Unidade de Saúde da Família, ele tem um impacto positivo porque acompanha a família, verifica as necessidades de saúde, e o uso dos medicamentos. Muitas vezes, as pessoas não têm noção, o próprio paciente não sabe o que está acontecendo quando ele sai da sala do médico, não sabe. Então a gente traz justamente essa orientação” (E1).

“A presença dos farmacêuticos nas USF foi um impacto, principalmente, para os prescritores, nós começamos com a análise de prescrição, houve algumas mudanças, existiam alguns erros nas prescrições, como: ilegíveis, prescrições sem o carimbo do médico, com nome de marca, sem o nome genérico, aí foi mudando aos poucos. Alguns medicamentos eram entregues com quantidade inadequada pro paciente; no início houve certa resistência, mas sempre mostramos as RDC e as leis pra poder modificar” (E2).

As atividades do farmacêutico nas unidades de Saúde da Família desnudam lacunas na formação e capacitação profissional como um ponto crítico na percepção dos entrevistados, para atuar no âmbito de uma política prioritária sem apropriação de suas bases teórico-conceituais, a exemplo dos atributos da atenção primária. Os entrevistados reconhecem a necessidade de incorporar novos conhecimentos e saberes para atuar com a equipe de saúde no cuidado integral e atendimento às necessidades de saúde da população:

“Vejo algumas dificuldades, quando penso na graduação, na nossa formação pra ir pra uma Unidade de Saúde da Família, vejo algumas questões: o desconhecimento do programa, dos termos, muitas vezes os farmacêuticos não conhecem. Comecei a estudar um pouco sobre família, território, situação de saúde, humanização, termos técnicos, termos médicos, prontuário e evoluções porque se você vai fazer atenção farmacêutica numa Unidade de Saúde da Família, você precisa saber entender como funcionar realmente a estratégia de saúde da família. Porque você é colocada num programa e não tem a formação, isso dificulta, na verdade a enfermeira tem uma formação e o próprio médico também e a gente não tem” (E2).

Em documento recente (OPS, 2013), norteador para serviços farmacêuticos na atenção primária em saúde, é apresentando um modelo com orientações para uma atenção integral e contínua no atendimento às necessidades e problemas de saúde da população, tanto individual como coletiva, bem como propostas sobre a gestão dos serviços farmacêuticos, recursos humanos, regulação dos medicamentos dentre outros, porém, o Ministério da Saúde ainda não adotou nenhuma normatização a este respeito.

Rozenfeld (2008) propõe que toda farmácia deve ter no mínimo um farmacêutico presente em tempo integral, apontando a importância das ações deste profissional nos serviços de saúde, especialmente no acompanhamento terapêutico complexo, como pacientes idosos e crônicos. Entretanto, o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (CAMAÇARI, 2009), destacou, entre os principais problemas relacionados aos seus serviços de saúde, as lacunas na política de recursos humanos.

Alguns autores (PROVIN, et al. 2010; OLIVEIRA, et al. 2010; ALENCAR & NASCIMENTO, 2011; SOUZA, et al. 2011) identificaram em seus estudos, a ausência

do farmacêutico em tempo integral nos serviços investigados e enfatizaram a necessidade de sua incorporação à equipe, reforçando assim o caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde. Portanto, as políticas de saúde e a legislação sanitária não têm sido eficazes para assegurar a incorporação do farmacêutico na equipe de saúde, além de não estimular suficientemente sua formação e qualificação com direcionalidade para o SUS.

Essas dificuldades relacionadas à inadequação da formação dos farmacêuticos e à insuficiência na interação com outras categorias profissionais, são desafios a serem enfrentados para a qualificação da assistência farmacêutica no SUS na perspectiva da integralidade do cuidado e produção de conhecimentos na área (NICOLINE & VIEIRA, 2011). Nesse sentido, Schenkel et al. (2004) apontam para a necessidade de articulação entre a academia e os serviços de saúde de modo a fortalecer a reformulação dos currículos com uma formação voltada para o cotidiano dos serviços de saúde, além da educação permanente dos profissionais.

Fontes de informação sobre medicamentos na farmácia da USF

O serviço de Assistência farmacêutica nas USF utiliza algumas fontes de informação sobre medicamentos, porém, não parece haver critérios e orientação para utilização de fontes adequadas do ponto de vista técnico e científico à complexidade e especificidade dos serviços farmacêuticos. Essa dificuldade é potencializada pelas limitações de acesso à internet para a utilização das fontes de informação, ferramentas importantes de apoio às atividades dos farmacêuticos e demais profissionais de saúde da unidade. Os relatos abaixo são ilustrativos:

“Consulto somente os livros pessoais, a literatura e a internet. Nós temos o site da ANVISA que geralmente busco, e tem alguns sites de busca de informação mais pra médico, farmacêutico, mas não estou me lembrando do site em si, mas o de vigilância sanitária é o que mais utilizo; mas sempre a internet não está disponível, sempre tem problema no computador, ou, às vezes, até na própria rede” (E2).

“Tenho internet em casa e tem algumas unidades que os médicos deixam algumas fontes de informação nos consultórios. Não ficam na farmácia, porque, como tem uma entrada e saída muito grande de pessoas, então normalmente se deixa alguma coisa não fica, desaparece, mas os médicos têm livro de consulta, mas na farmácia não” (E3).

“O sistema é muito bom, o que dificulta é a internet, porque às vezes você chega e está sem internet, e às vezes, a configuração também; às vezes aqui mesmo eu fui fazer uma transferência hoje, não tá imprimindo, aí você liga para o setor de informática que conserta, mas após quinze dias, está com o mesmo problema, então o sistema deixa a desejar” (E4).

O sistema de informação é um instrumento importante para a gestão e o controle dos medicamentos (MAGARINOS-TORRES, et al. 2013). Neste sentido, a implementação deste recurso, de forma integrada, com bom funcionamento e provimento de informações atualizadas que subsidiem os gestores no planejamento, monitoramento e avaliação configura-se como indispensável à organização da AF. O acesso ágil aos sistemas de informação em saúde requer atenção dos gestores para que os serviços sejam dotados dos meios indispensáveis, o que favorece a organização e execução de práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes no município.

Relações com outros setores da SMS

Os entrevistados relataram dificuldades nas relações com outros setores da SMS, a exemplo de ações do âmbito da Vigilância Sanitária Municipal para a resolução de problemas relacionados aos medicamentos: encaminhamentos de queixas técnicas, estruturação das ações de farmacovigilância no território, mas também referiram fragilidades na relação com a CAF e na notificação de eventos adversos, como ilustram as falas abaixo:

“A Visa do município não tem apoiado a assistência farmacêutica, eles fazem vistoria e liberam o alvará, mas a parte de farmacovigilância não. Eu queria montar a farmacovigilância junto à Visa, mas eles disseram que não tem estrutura pra fazer isso não, a última vez que chegou uma queixa sobre medicamento, foi até a Metformina, entrei em contato com a indústria e recebi a visita do representante. Houve também um problema, uma vez com o Contracept, aí também entrei em contato com o fabricante e eles mandaram recolher” (E8).

“Às vezes, tem paciente relatando a questão do Captopril, porque causa tosse; tanto é que o uso do Captopril está diminuindo bastante aqui, está sendo substituído por outros medicamentos. Agora, devido às dificuldades de pessoal, a gente não tem como documentar esse acompanhamento” (E4).

“Tive algumas situações com a Prometazina, tinha uma grande quantidade de pacientes referindo que a Prometazina não estava fazendo efeito, então entramos em contato com o CAF, informamos

qual era o lote do medicamento, nós não preenchemos o formulário, eu não tinha o hábito de fazer notificações” (E1).

Eventos adversos a medicamentos são problemas frequentes e incluem tanto as queixas técnicas quanto as reações adversas. Dessa forma, a assistência farmacêutica na Atenção Primária deve desenvolver ações voltadas a notificações desses eventos (OPAS, 2013), e articular ações conjuntas com a vigilância sanitária para o controle sanitário dos medicamentos, dos respectivos resíduos e das instalações onde se processam as atividades farmacêuticas, visando a eficácia e segurança dos medicamentos e a proteção da saúde da população (COSTA & SOUTO, 2014).

A ocorrência de eventos adversos tem se caracterizado como um problema de saúde relevante, principalmente para os pacientes mais idosos, usuários do programa Hipertensão, em uso contínuo de medicamentos anti-hipertensivos e anti-diabetes (ROZENFELD, et al. 2008). Tais eventos podem interferir no perfil de morbimortalidade, com consequências epidemiológicas, econômicas, além de contribuírem gravemente para o sofrimento da população (ARRAIS, et al. 2002; ROZENFELD, 2008; OLIVEIRA, et al. 2013). A busca pela resolução dos problemas relacionados a medicamentos (ARAUJO, et al. 2005; GALATO, et al. 2008) deveria ser realizada de forma sistemática, documentada, com acompanhamento adequado da farmacoterapia, visando assegurar a integralidade do cuidado em saúde.

4- Facilidades no desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica nas USF

As principais facilidades no desenvolvimento das atividades da AF nas USF segundo os entrevistados, dizem respeito ao apoio da coordenação de AF municipal, à articulação da própria equipe da AF das USF, à relação com as equipes de saúde da USF e o estar nestas unidades, relacionar-se com o território e a comunidade, como demonstram os relatos abaixo:

“A facilidade é a disponibilidade da nossa gerência em estar sempre à disposição e o contato de um colega com o outro” (E2).

“Eu encontro facilidade com os farmacêuticos, porque isso é muito bom pra coordenação, posso contar com ajuda de todos os farmacêuticos, todos se preocupam com o problema das farmácias, então, pra mim, isso é uma grande facilidade” (E8).

“O que facilita é a equipe de saúde, a equipe me ajuda bastante, porque como eles têm essa abertura de chegar e dizer “estou com problema tal, tal, tal” ..., então isso facilita muito pra resolver da melhor forma possível” (E3).

“A facilidade é o fato de ser unidade de PSF, ser uma área restrita, com um acesso ao paciente, você conhece a família” (E4).

Além disso, os entrevistados pontuaram a necessidade da inserção do farmacêutico na equipe mínima da saúde da família, sinalizaram interesse, mas também limitações para participar das atividades dessa equipe, devido à não permanência em tempo integral na USF e relataram o reconhecimento dos demais profissionais sobre sua atuação nos serviços farmacêuticos, como exposto nos relatos abaixo:

“Participo com muito boa vontade dessas reuniões, das atividades que acontecem aqui na saúde da família. Já participei de algumas e, às vezes, a própria equipe consegue articular o horário, para que eu possa participar, e uma coisa que me alegra muito é o fato de você ser reconhecida. Mas é difícil acompanhar as atividades, para isto seria necessário ter um farmacêutico em horário integral, assim ele conseguiria participar de todas as atividades” (E2).

“Quando dá, participo das reuniões, porque tenho uma escala fixa, na maioria das vezes não bate com os horários das atividades da equipe, principalmente das reuniões. Às vezes sinto as coisas soltas em relação às informações, aí eu tento participar da reunião daquela semana pra tentar interagir com o pessoal” (E3).

A inserção do farmacêutico na equipe de saúde foi destacada por Cordeiro & Leite (2005) e também por Vieira (2007) como indispensável para a reorientação da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica, uma vez que esta inserção favorece o acesso equitativo e universal, potencializa o desenvolvimento das ações de saúde no território e propicia uma farmacoterapia de qualidade.

A melhoria da qualidade de vida da população, bem como o estímulo ao uso racional de medicamentos, requer atuação multiprofissional, como dispõe a normatização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006). Afirma-se a necessidade de integração dos profissionais de saúde - farmacêuticos, médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, dentre outros – visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

As atividades farmacêuticas assumem um papel importante nos serviços de saúde, no conjunto de ações em torno do acesso aos medicamentos, no acompanhamento das famílias no território, visando à promoção do uso racional de medicamentos. Por outro lado, a ausência dos serviços farmacêuticos pode favorecer a redução da racionalidade terapêutica, o que vem a se configurar como um grave problema para a coletividade (VIEIRA, 2007).

Logo, esse olhar sobre os serviços farmacêuticos e sua relação com a equipe de saúde é fundamental para as atividades a serem desenvolvidas e assim, na atenção primária à saúde. Foppa et al. (2008) também chamam atenção para a importância do trabalho interdisciplinar, uma vez que este contribui para uma melhora na qualidade de vida da população.

Alguns aspectos destacados sobre o trabalho em equipe referem-se à uma boa comunicação, interação entre os profissionais, intervenções técnicas, gestão dos recursos, flexibilização e divisão interna das atividades e especificidades de cada área profissional (PEDUZZI, 2001). Tais critérios são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade, os quais favorecem melhores condições de trabalho aos profissionais, bem como a troca de informações para o enfrentamento dos problemas e as necessidades de saúde da população.

Nessa perspectiva, a OMS (WHO, 1997; 2006; OPS, 2013) propôs o perfil do farmacêutico baseado em competências que se assemelham aos atributos da equipe de saúde na atenção primária, quais sejam: cuidador; tomador de decisão; comunicador; líder; gerente; educador; estudante permanente e pesquisador.

Portanto, é fundamental que durante a formação dos farmacêuticos, sejam desenvolvidas competências relativas às políticas públicas, organização e gestão dos serviços farmacêuticos, análise de situação de saúde relacionada ao paciente, família e comunidade, bem como incorporar ao seu processo de trabalho os atributos da atenção primária (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008) tais como: porta de entrada do sistema de saúde, responsabilidade longitudinal pelo paciente, cuidado integral com enfoque nas necessidades em saúde, coordenação das ações e serviços, orientação à população e a família como centro do cuidado, englobando também seus aspectos culturais.

Apesar dos avanços na implementação da PNM e PNAF no município de Camaçari, os resultados revelam que a organização da AF nas Unidades de Saúde da Família ainda necessita de melhoria satisfatória em vários aspectos que permeiam o desenvolvimento das atividades dos serviços farmacêuticos, os quais contemplam o ciclo da AF, desde questões estruturais como o espaço físico das unidades até a otimização dos recursos financeiros, materiais e humanos, os quais se apresentam como nó crítico para a integralidade do cuidado em saúde e especificamente neste âmbito pela natureza de sua problemática.

As mudanças necessárias ao seu avanço no município contemplam a necessidade de reorientação da formação e qualificação dos profissionais farmacêuticos, reestruturação dos serviços voltada para melhorias na infraestrutura das unidades, gestão do processo de trabalho das equipes, orientação para uma atenção ao usuário na perspectiva da integralidade do cuidado, proporcionando assim a resolução dos problemas e necessidades de saúde da população de forma equitativa. Tais fatores apontam para a necessidade de reformulação da AF no município visando à melhoria e incorporação ampliada desses serviços na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, R.; et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S. & ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, cap. 25, p. 353- 371, 2014.

ALENCAR, T. O. S. & NASCIMENTO, M. A. A. Assistência farmacêutica no Programa de Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16 n. 9, p. 3939-3949, 2011.

ARAÚJO, A. L. A.; et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13(suppl), p. 611-617, 2008.

ARAÚJO, A. L. A & FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, vol. 42, n. 1, jan./mar, p.137-146. 2006.

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

ARRAIS, P. S. D.; et al. Sistema Nacional de Farmacovigilância: propostas de contribuição do Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 210-218, mai-ago, 2002.

BARATA, R. B. **Condições de Saúde da População Brasileira**. In: GIOVANELLA, L. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, cap 5, p.167-213. 2008.

BARRETO, J. L. & GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 26, n. 6, p.1207-1220, 2010.

BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W. & GASTKELL, G. (Orgs.) **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens**,

sensações. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, p.189-217, 2002.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: observação social e estudos de caso sociais.** São Paulo: HUCITEC, p.17-133, 1994.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS (BRASIL, 2012).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916/98 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização.** Brasília: 2006. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

BRUYNE, P.; et. al. **Dinâmica da pesquisa em ciências** sociais: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 201-251, 1977.

COSENDEY, M. A. E., **Análise de Implantação do Programa de Farmácia Básica: Um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2000.

COSTA, K. S. & NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46 suppl. 1, p 91-99, 2012.

COSTA, E. A. & SOUTO, A. C. Área temática de vigilância sanitária. In: PAIM, J.S. & ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, cap. 23, p. 327- 341, 2014.

CORDEIRO, B. C. & LEITE, S. N. **O farmacêutico na atenção à saúde**. 2ª ed. Ed. Univali: Itajaí. 2005. 189 p.

FOPPA, A. A.; et al. Atenção farmacêutica no contexto de estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, out./dez., 2008.

FROHLICH, S. E; MENGUE, S. S. Os Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são Válidos? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, Abr. 2011.

GALATO, D.; et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia.

Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, São Paulo, v. 44, n. 3, jul./set, p. 465-475, 2008.

GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. Cap 16, p.575-625. 2008.

MAGARINOS-TORRES, R.; et al. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cadernos de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 2, p.188-196, 2013.

MARIN, N.; et. al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 20. ed., 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244p.

NICOLINE, C. B. & VIEIRA, R. C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15 n. 39, p. 1127-1144, 2011.

OLIVEIRA, J. R.; et al. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 33-394, jul-set, 2013.

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**, Rio de Janeiro v. 15 (suppl 3), p. 3561-3567, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005. 260p.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. In: Serie: La renovación de la atención primaria de salud

en las Américas, nº 6, Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. 106p.

PAIM, J. S. **As ambigüidades da noção de necessidades de saúde**. Planejamento, 1980, 8 (1,2): 39-46.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p 103-109, 2001.

PEREIRA, L. R. L. & FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

PROVIN, M. P.; et al. Atenção farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.19, n. 3, p.717-723, 2010.

RIECK, E. B. & BORGES, P. E. M. **Indicadores da Gestão Estadual de Assistência Farmacêutica**. In: Assistência Farmacêutica: Contribuições para produção, gestão e utilização de medicamentos. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2010.

REIS, A. M. M. & PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 (suppl), p. 603-610, 2008.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 13 (suppl), p. 561-568, 2008.

ROZENFELD, S.; et al. Drug utilization and polypharmacy among elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 23, n. 1, p. 34-43, 2008.

SCHENKEL, E. P.; et al. Assistência Farmacêutica. In: Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 199-219.

SIQUEIRA, F. et. al. **Avaliação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no Distrito Federal**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Escola Superior de Ciências da Saúde, 2008.

SOUZA, L. S.; et al. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 403-410, 2011.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA C. F.; et al. **O processo de trabalho da vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 60p.

WANMACHER, L. **Medicamentos essenciais: vantagens de se trabalhar com este contexto**. Uso racional de medicamentos: temas selecionados OMS/OPS. Brasília: v. 3, n. 2, jan 2006.

VIEIRA, F. S. & ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no SUS. **Revista Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 1, p.73-84, 2013.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, jan/mar, p. 213-220, 2007.

WHO. World Health Organization. **Indicators for Monitoring National Drug policies, Action Program on Essential Drugs**. Geneva: WHO/DAP/ 94.12; 1994.

WHO. World Health Organization. **The role of the pharmacist in the Health Care System**. Preparing the Future Pharmacist: curricular Development. Report of the third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. 27-29 August 1997. Vancouver, Canadá: WHO; 1997. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2214e/s2214e.pdf>

WHO. World Health Organization. **Selección de Medicamentos Esenciales** Geneva: WHO, n. 4, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf.

WHO. World Health Organization. **Developing pharmacy practice: a focus on patient care.** Handbook. Ginebra: WHO; 2006. Disponível em: <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

6.2. ARTIGO II**Acesso aos medicamentos essenciais nas Unidades de Saúde
da Família (USF) no município de Camaçari Bahia**

ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI BAHIA

RESUMO

Este estudo teve por objetivo caracterizar e analisar o acesso aos medicamentos nas USF do SUS de Camaçari-Bahia, identificando as características sociodemográficas e ocupacionais dos usuários da rede pública de saúde e as características da prescrição de medicamentos. Trata-se de um estudo transversal cujo lócus é a Secretaria Municipal de Saúde do município de Camaçari-Bahia, no período de setembro a novembro de 2012. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com usuários à procura de medicamentos nas farmácias das USF selecionadas. Dos 270 usuários entrevistados, a maioria (79,6%), era do sexo feminino, com predomínio da faixa etária de 31-40 anos (24,1%) e 13,3%, representou a faixa etária de 60 e mais anos. Cerca de 50% dos usuários entrevistados apresentavam grau de escolaridade até o ensino fundamental completo e 80% referiu renda inferior a 2 salários mínimos. Dos 683 medicamentos prescritos, apenas 57,3% foram dispensados. A média de medicamentos prescritos foi 2,5, superior à média de 2,0, estabelecida pela OMS; o percentual de medicamentos prescritos com a denominação genérica foi de 80,8%. O grupo farmacológico predominante nos medicamentos prescritos foi o cardiovascular. O estudo aponta um baixo grau de escolaridade e renda; irregularidades no fornecimento de medicamentos; possível polimedicação e necessidade de ações que promovam a racionalidade das prescrições, contribuindo para a segurança dos pacientes e conseqüentemente, o uso racional dos medicamentos.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos; medicamentos essenciais; medicamentos para a atenção básica; estudos de utilização; prescrição de medicamentos; indicadores de prescrição.

SUS ESSENTIAL MEDICINES ACCESS IN THE FAMILY HEALTH CARE UNITS (USF) CAMAÇARI MUNICIPALITY OF BAHIA, BRAZIL

ABSTRACT

The study aimed to objective characterize and analyze medicine access to medicines in the Family Health Care Units (USF) SUS Camaçari-Bahia, identifying the socio-demographic and occupational characteristics of public health care service users and of prescription medicine. It is a transversal study carried at a Health Secretariat of municipality of Camaçari-Bahia, between September and November of 2012. Semi-structured interviews were carried out with service users who were looking for medicines in pharmacies of selected USF. Out of 270 interviewed users, the majority (79.6%), was female, predominantly from the age group of 31-40 years (24.1%) and 13.3%, represented the age group of those with more than 60 years. About 50% of interviewed subjects had studied until primary school and 80% reported income of less than 2 minimum wages. From a total of 683 prescribed medicines, only 57.3% were released. The average number of prescribed medicines was 2.5 higher than the average 2.0 rate recommended by the WHO; the rate of prescribed medicines denominated as generic was 80.8%. Cardiovascular diseases were predominant among prescribed medicines. This study indicates low education and income level of users; irregularities in the provision of medicines; possible multi medication and the need of actions towards the rationality of prescriptions, contributing to the safety of patients and consequently, the rational use of medicines.

Key words: Medicine access; essential medicines; health care medicines; utilization studies; medicine prescription; prescription indicators.

INTRODUÇÃO

O acesso aos medicamentos essenciais se caracteriza, particularmente, pela disponibilidade dos medicamentos, com ênfase nas doenças mais prevalentes na população, ancorado em quatro eixos: seleção racional de medicamentos baseada na elaboração de uma lista de medicamentos essenciais e de diretrizes e protocolos clínicos norteadores da conduta terapêutica; disponibilidade contínua e adequada às necessidades em saúde; capacidade de pagamento e preços acessíveis para a população; sistema confiável de distribuição e organização da rede de serviços que inclua uma combinação de serviços de distribuição pública e privada (WHO, 2000; GUERRA JÚNIOR & ACÚRCIO, 2003).

Neste sentido, o acesso racional aos medicamentos essenciais, assegurado pela Política Nacional de Medicamentos - PNM (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001), tem como princípio fundamental a promoção do uso racional de medicamentos e a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais.

Guerra Júnior et al. (2004) classificam o acesso nas seguintes dimensões: acesso geográfico, pelo qual os medicamentos podem ser adquiridos dentro de uma área de fácil acesso; disponibilidade contínua dos medicamentos nos serviços de saúde; e acesso econômico, no qual, o usuário pode pagar por eles. Esse tipo de disponibilidade é denominado disponibilidade funcional, caracterizado por serviços e produtos disponíveis de acordo com as necessidades de saúde da população, de forma contínua e com volume adequado à demanda.

Contudo, a universalização do acesso a medicamentos essenciais, considerada uma das metas associadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, nos quais os governos dos países desenvolvidos comprometeram-se a proporcionar o acesso aos medicamentos essenciais a preços razoáveis nesses países (ONU, 2000) constituem-se como um pilar prioritário no acesso aos medicamentos essenciais, uma vez que o mesmo ainda é limitado, principalmente em países pobres, devido aos preços elevados, quando comparados à média de rendimento de suas populações.

Ademais, os medicamentos necessários ao tratamento das doenças mais prevalentes não se encontram disponíveis à população (COSENDEY, 2000a). Esse panorama também

se reflete no Brasil onde as diferenças observadas na disponibilidade de medicamentos estão diretamente relacionadas a questões políticas e gerenciais referentes aos medicamentos essenciais, bem como aos aspectos financeiros.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de dois terços da renda de uma família de classe baixa é destinada à compra de medicamentos. Os medicamentos representam 61% dos gastos das famílias de baixa renda (IBGE, 2010). Dados do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) informam que cerca de 50% da população interrompe o tratamento por falta de recursos (PORTELA, et al. 2010) e cerca de 55% não pode pagar os medicamentos que necessita (IBGE, 2010).

As iniquidades em saúde (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007), consideradas desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias, que incidem sobre as condições de vida e a situação de saúde da população, também estão refletidas no acesso aos medicamentos essenciais. Ao analisarmos alguns dados destacados pela PNM sobre o perfil do consumo de medicamentos no Brasil, segundo faixa de renda da população, observa-se que apenas 15% tem renda superior a 10 salários mínimos e, consome 48% do que é produzido pelo país, enquanto a maioria da população, representada por 51% e com renda inferior a quatro salários mínimos, consome apenas 16% dessa produção (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001; SCHENKEL, et al. 2004).

Segundo a OMS, os medicamentos essenciais são considerados como aqueles necessários para atender às necessidades de cuidados de saúde da maioria da população. Portanto, devem estar acessíveis nos serviços de saúde, em todos os momentos, em quantidades e formas farmacêuticas adequadas, com assegurada qualidade e informações apropriadas, a preço que a população possa pagar (WHO, 2002).

No ano de 2005, um inquérito pesquisou os serviços de saúde e domicílios no Brasil em relação ao acesso a medicamentos, apontando que a disponibilidade para os principais medicamentos foi de 74% nas unidades públicas de saúde e 88% nas farmácias privadas, revelando, que também nesses estabelecimentos, o usuário tem dificuldade de encontrar medicamentos essenciais (OPAS, 2005).

Outro fator de importante destaque refere-se às dificuldades do setor público na provisão de medicamentos, uma vez que o modelo brasileiro é baseado na distribuição gratuita de medicamentos essenciais (OPAS, 2005). A falta de medicamentos, na atenção básica para o tratamento das doenças mais prevalentes, obriga muitas vezes o usuário do SUS a adquiri-los em farmácias privadas, o que acaba comprometendo consideravelmente a renda dos indivíduos que ganham até um salário mínimo. A situação torna-se ainda mais complexa, principalmente para os indivíduos de baixa renda, que não podem pagar os medicamentos que necessitam e, conseqüentemente, não conseguem seguir o tratamento farmacológico prescrito, podendo gerar o agravamento de seu estado de saúde.

O processo de reorientação da AF na PNM conduziu ao surgimento da Lei 9.787/1999 (BRASIL, 1999)³ como estratégia de ampliação do acesso aos medicamentos essenciais (DIAS & ROMANO-LIEBER, 2006), uma vez que, naquele cenário, o mercado farmacêutico praticava preços abusivos sobre os medicamentos e dificultava o acesso pela população.

Outra tentativa de ampliação do acesso aos medicamentos essenciais foi o Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 13 de abril de 2004, mediante Lei nº 10.858 (BRASIL, 2004). Nesse programa, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), órgão do Ministério da Saúde (MS), é sua executora, responsável pela aquisição dos medicamentos e disponibilidade nas Farmácias Populares a baixo custo. Um dos objetivos do programa é beneficiar, principalmente, os usuários dos serviços de saúde que têm dificuldade para adquirir o tratamento farmacológico prescrito devido ao alto custo do medicamento (BRASIL, 2004).

A falta de medicamentos nas Unidades de Saúde leva ao aumento do número de retorno médico e internações. Arrais et al. (2005) verificaram que a falta de acesso a medicamentos para tratamento de doenças prevalentes poderia levar ao agravamento do quadro e aumento dos gastos com a atenção secundária e terciária. As deficiências na

³A Lei nº 9.787 de 1999 estabelece o Medicamento Genérico, no Art. 3º, e define como: “XXI - Medicamento Genérico - medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser como este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada, e designado pela, Denominação Comum Brasileira – DCB, ou na ausência, pela Denominação Comum Internacional (DCI)” (BRASIL, 1999).

cobertura do SUS, acesso insatisfatório da população a medicamentos nas unidades de saúde, também foram alguns dos problemas identificados por Santos et al. (2009) em estudo realizado no município de Salvador-Bahia. Todavia, segundo Fraga, (2005), os problemas existentes, decorrentes das dificuldades do acesso aos medicamentos, não se limitam às questões financeiras e orçamentárias ou à falta de infra-estrutura e recursos humanos; mas se relacionam também com a conduta dos gestores, prescritores, dispensadores, consumidores e da indústria farmacêutica.

Autores apontam que o acesso aos medicamentos de uso contínuo foi menor na região Nordeste, se comparado com as demais regiões do Brasil, demonstrando uma iniquidade no acesso aos medicamentos, principalmente, dentre a população de baixa renda (PANIZ, et al. 2008). O acesso particularmente aos medicamentos do programa HIPERDIA, medicamentos para saúde mental e medicamentos para o PSF apresenta limitações como: baixo percentual na dispensação em relação ao total de prescrições; problemas relacionados às prescrições, uma vez que não conseguem garantir o acesso contínuo e gratuito dos medicamentos.

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da AF, dentro do SUS, de maneira a garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais, aumentando a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e, ao mesmo tempo, minimizando custos (OLIVEIRA, et al. 2010). Dessa forma, tornou imprescindível e prioritária a organização da AF com ênfase na saúde pública.

A atual conformação legal do componente AF no âmbito do SUS é decorrente da construção histórica da PNM do país e de sucessivas tentativas de incrementar o acesso da população aos medicamentos necessários para a sua terapêutica. Autores (BERMUDEZ & BONFIM, 1999; SCHENKEL, et al. 2004; BERMUDEZ, et al. 2008) apontam para a necessidade de implementação de uma PNM inserida nas políticas de saúde, principalmente no âmbito do SUS, com direcionamento para três eixos principais: regulação sanitária de medicamentos, regulação econômica e AF. Esta última, envolvendo um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde da população, que culminaria com o acesso aos medicamentos essenciais.

Contudo, no Brasil, apesar da implementação da Política Nacional de Medicamentos, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, da Lei dos Genéricos, da revisão da RENAME dentre outros, inúmeras dificuldades – a exemplo de escassos recursos destinados à saúde, aumento dos preços dos medicamentos, desabastecimento de medicamentos essenciais nas unidades de saúde e automedicação – persistem e comprometem a garantia do acesso racional aos medicamentos essenciais pela população. Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar o acesso aos medicamentos essenciais nas USF do SUS de Camaçari-Bahia, identificando as características sociodemográficas, ocupacional dos usuários e as características da prescrição de medicamentos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal cujo lócus é a Secretaria Municipal de Saúde do município de Camaçari, situado na região metropolitana de Salvador, Estado da Bahia, no período de setembro a novembro de 2012. O município de Camaçari habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 1998, mediante a resolução nº 62 da CIB/BA de 16/12/1998. A sua rede de Atenção Básica é constituída por nove (09) Unidades Básicas Convencionais de Saúde (UBS) e vinte e nove (29) Unidades de Saúde da Família (USF) (CAMAÇARI, 2012). Foram selecionadas 9 USF mediante um sorteio a partir das UBS, as quais estão ligadas pelo apoio matricial, compondo as regionais assistenciais (Anexo 1). A população de referência consistiu na seleção aleatória de trinta usuários à procura de medicamentos nas farmácias das USF, no período de setembro a novembro de 2012.

Foram entrevistados trinta (30) usuários como amostragem de cada USF, sorteada mediante orientação do “*Rapid Pharmaceutical Management Assessment*” (RPMA) (PAHO, 1995; PINHEIRO et al. 2011). Foram incluídos usuários com prescrição para usos específicos, classificados como mulher em idade fértil, gestante, menopausada, homem, idoso, acompanhantes de criança, dentre outros. Foram entrevistados todos os usuários que atenderam aos critérios de inclusão e que demonstraram interesse em participar da entrevista após o término do atendimento do serviço de farmácia da USF.

Foram excluídos os usuários menores de dezoito (18) anos e os que não tinham prescrição.

Como fonte primária de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os usuários das Unidades de Saúde da Família, mediante aplicação de um questionário (Apêndice 1), a fim de aprofundar os aspectos inerentes ao acesso aos medicamentos essenciais no SUS. Para a elaboração do questionário semiestruturado foram utilizados referenciais (WHO, 1994; Cosendey, 2000a; 2000b; OPAS, 2005; Marin et al. 2003; Brasil, 2006; Siqueira et al. 2008; Rieck & Borges, 2010; Frohlich & Mengue, 2011), norteadores da avaliação da assistência farmacêutica, bem como o Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) classification and DDD (Defined Daily Dose) assignment (WHO, 2012), para a classificação dos medicamentos presentes na prescrição.

Os dados produzidos conformaram um banco sistematizado com utilização do *software* EPI DATA Entry versão 3.1 e EPI DATA Analysis versão 2.2 e All statistical analyses were carried out using statistical software package STATA versão 11; Stata Corp., College Station TX. Os gráficos foram confeccionados no programa Microsoft Office Excel 2007. Posteriormente, foi realizada uma descrição e análise do conjunto das categorias temáticas à luz do referencial teórico adotado, articulando com os objetivos do estudo.

Todos os entrevistados demonstraram sua disponibilidade em participar do estudo; foram informados sobre os objetivos da pesquisa e autorizaram a entrevista, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 5 e 6). O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (Protocolo nº 047-12), seguindo as orientações da Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Características sociodemográficas e ocupacionais da população

No período de setembro a novembro de 2012, foram entrevistados 270 usuários à procura de medicamentos nas farmácias das USF selecionadas. Na Tabela 1, a maioria (79,6%), era do sexo feminino, com predomínio da faixa etária de 31-40 anos (24,1%) e 13,3%, representou a faixa etária de 60 e mais anos; em relação à cor da pele, a maioria (58,9%), consideraram-se pardos; 66,3%, relataram ser casados ou conviventes e cerca de 50%, dos entrevistados apresentaram grau de escolaridade até o ensino fundamental completo. Neste estudo, cerca de 80%, da população entrevistada referiu ter renda inferior a 2 salários mínimos e a maioria não trabalha no mercado formal (71,5%), ou seja, 51,1% dos entrevistados reportaram ter ocupação doméstica, (10%) aposentados/encostados, (1,5%) desempregados, (3,7%) estudantes e (5,2%) indivíduos que não têm uma atividade fora de casa.

Características das prescrições

Na Tabela 2, observa-se que as prescrições atendidas, nas farmácias das USF, no âmbito do SUS, apresentaram predomínio (94,4%), quando comparadas às prescrições do setor privado. Os profissionais que prescreveram para os usuários entrevistados foram: médicos (87,4%), enfermeiros (11,1%) e dentistas (1,5%). A via de administração mais prescrita foi a oral (91,1%), seguida da via tópica (12,2%), via injetável (8,2%) e inalável (1,9%). Dos 683 medicamentos prescritos, apenas 57,3%, foram dispensados; a média de medicamentos prescritos neste estudo foi 2,5; o percentual de medicamentos prescritos inseridos na Relação de Medicamentos Essenciais foi de 78,5% e o percentual de medicamentos prescritos com a denominação genérica foi de 80,8%. Foram identificadas também, algumas prescrições ilegíveis e outras que não continham as informações mínimas necessárias para o uso dos medicamentos como: dose, posologia, via de administração e tempo de uso dos medicamentos prescritos.

Características dos medicamentos prescritos de acordo com a classificação ATC

Na Tabela 3, observa-se a classificação dos medicamentos presentes na prescrição segundo o Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) classification and DDD (Defined Daily Dose) assignment (WHO, 2012). Do total de

683 medicamentos, 38,8% constavam com o medicamentos classificados no grupo C-Cardiovascular. O grupo A-Alimentar e Metabolismo foi o segundo grupo mais frequente (15,7%). O grupo referente ao J-Anti-infecciosos sistêmicos classificou medicamentos em 7,6%, seguidos dos grupos: B-Sangue e órgão (7,0%) e M-Músculo-Esquelético (6,9%) e N-Sistema Nervoso (6,9%). Com frequências mais baixas que os anteriores, foram encontrados os grupos: D-Dermatológicos (5,6%), R-Aparelho respiratório (4,4%), P-Anti-parasitários (3,2%), G-Geniturinário e Hormônios sexuais (Contraceptivos hormonais) (1,9%), H-Hormonais sistêmicos-(Corticosteróides) (1,8%) e Órgãos Sensoriais (0,3%).

Dentre o grupo A, os subgrupos mais prescritos foram os A10 - Anti-diabetes (54,2%), seguidos dos A11-Vitaminas (18,7%), A02-Distúrbios relacionados ao ácido (15,0%), A03-Analgésicos e anti-espasmódicos (6,5%), A04-Anti-eméticos (3,5%). No grupo B os subgrupos mais prescritos foram os B01 - Anti-trombócitos (54,2%), seguidos do B03-Anti-anêmicos (45,8%). No grupo C, os sub-grupos mais frequentes foram os C03-diuréticos (34,7%), seguidos do C09 - agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina (inibidores da ECA) (25,7%) e, com valores inferiores, os C07 - beta bloqueadores (12,8%); C10-dislipidemiantes (12,8%); C08-bloqueadores dos canais de cálcio (12,1%) e C01-cardíacos (1,9%). No grupo N, o subgrupo mais prevalente foi N02- analgésicos (74,5%) e, com valores inferiores, os N05-ansiolíticos (10,6%); N06-antidepressivos (10,6%) e N03-anticonvulsivantes (4,3%). No grupo P, o subgrupo mais frequente foi P02-anti-helmínticos (90,9%) e N01-anti-protozoários (9,1%). No grupo R, o subgrupo mais prescrito foi R06-anti-histamínicos (46,7%), seguido do R05-expectorantes e antitussígenos (33,3%); e com valores inferiores os R01-descongestionantes nasais (10,0%) e R03-anti-convulsivantes (10,0%).

DISCUSSÃO

Desse modo, ficou evidenciado o predomínio do gênero feminino no acesso aos serviços de saúde. Resultados dos estudos realizados, na USF, por Creuzeta et al. (2013); Santos, (2013); Boing et al. (2013); Baldoni et al. (2013); Oliveira et al. (2012); Oenning et al. (2011); Vosgerau et al. (2011); Oliveira et al. (2009) e Colombo et al. (2004), confirmam os achados do presente estudo, quando demonstram que o gênero feminino utiliza mais os serviços de saúde, portanto, acessam mais os medicamentos. Esta diferença entre os gêneros poderia estar relacionada ao uso de contraceptivos, porém, excluindo as mulheres que utilizaram este grupo de medicamentos, ainda prevalece a maioria (74,8%) dos entrevistados pertencentes ao sexo feminino.

As barreiras institucionais e socioculturais, para a inserção dos homens nos serviços de saúde são particularmente relevantes. Nesse sentido, Costa Junior & Maia (2009) destacam que os homens apresentam aspectos relacionados ao medo de descobrirem doenças; o cuidado em saúde não é visto como uma prática masculina; estão mais expostos aos acidentes de trânsito e de trabalho; utilizam álcool e drogas em maior quantidade; estão envolvidos na maioria das situações de violência; não praticam atividades físicas com regularidade e outros fatores, como horários de atendimento das UBS e o atendimento realizado por profissionais do sexo feminino, criam uma barreira a mais na questão do cuidado da saúde do homem.

Marin et al. (2008) consideram a baixa escolaridade como um alto fator de risco para o uso não racional dos medicamentos, especialmente entre os idosos, diante da utilização de diversos planos terapêuticos. Além disso, Rozenfeld et al. (2008), em estudo indica que os idosos podem apresentar dificuldades na comunicação, o que amplia as barreiras no acesso e no uso racional dos medicamentos, cabendo aos profissionais de saúde a execução de ações para reduzir ou minimizar o uso indevido dos medicamentos bem como proporcionar a utilização racional e os benefícios da terapêutica medicamentosa. Portanto, tal situação, particularmente relacionada aos idosos, se configura como uma prioridade no planejamento das ações pelas equipes nos serviços de saúde.

Estudos realizados por Creuzeta et al. (2013); Santos, (2013); Boing et al. (2013); Baldoni et al. (2013); Marin et al. (2008); Arrais et al. (2007) e Bertoldi et al. (2004), corroboram com os achados desta pesquisa e apontam que indivíduos com baixa renda

familiar não teriam condições de arcar com as despesas relacionadas aos medicamentos prescritos e que o gasto médio com medicamentos é responsável por um quarto dos rendimentos. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2010), no Brasil, em 2008, dentre os domicílios cadastrados no PSF 61,9% tinham rendimentos mensal domiciliar per capita de até 1 salário mínimo e 23,9% tinham rendimento entre 1 e 2 salários mínimos.

Neste estudo, os resultados encontrados relativos à ocupação se assemelham a estudos anteriormente realizados (KAUFFMANN, et al. 2009), os quais apontam que 62,3% da população analisada estão fora do mercado de trabalho e salientam que apenas 23,8% dos indivíduos estão engajados no mercado de trabalho formal.

No que se refere à via de administração, nessa pesquisa, os dados apontam mais prescrita foi a oral, com destaque para via injetável que apresentou valor inferior aos 10% preconizados pela OMS (WHO, 1994). Pesquisas realizadas na atenção básica apontam valores aproximados na utilização da via injetável: (8,1%) OPAS, (2005); (7,5%) Naves & Silver, (2005); (8,3%) Santos & Nitrini, (2004) e (8,1%) Colombo et al. (2004). Entretanto, outros estudos (CUNHA, et al. 2002); (MARCONDES, 2002) e (OLIVEIRA, et al. 2012), verificaram respectivamente valores superiores (10,2%); (13,0%); (21,5%), aos recomendados pela OMS (WHO, 1994).

As irregularidades no abastecimento dos medicamentos se configuram como um dos principais problemas relacionados aos serviços de saúde, quando o percentual de medicamentos prescritos dispensados for inferior aos 95% preconizados pela OMS (WHO, 1994). Este achado coincide com os principais problemas relacionados aos serviços de saúde, dentre eles, destacam-se, as irregularidades no fornecimento dos medicamentos, identificados pela população na Conferência Municipal de Saúde (CAMAÇARI, 2009).

Karnikowski et al. (2004) verificaram em estudo, a disponibilidade global de apenas 55,4% dos medicamentos pesquisados. Os autores (PORTELA, et al. 2012; BOING, et al. 2013) também, apontaram em estudo que, pouco menos da metade da população com medicamentos prescritos os obteve no próprio sistema público. Outro aspecto observado foi que, quando se considerou a obtenção desses fármacos via setor privado, verificou-se maior acesso total para a população com elevado poder aquisitivo e maior

escolaridade. Outros estudos, quando comparados com esta pesquisa, apresentaram em seus resultados, valores superiores (76,1%) Dal Pizzol et al. (2010) e (80,7%) Cunha et al. (2002). No entanto, reforça-se a necessidade da implementação de políticas que diminuam as desigualdades em saúde e ampliem o acesso aos medicamentos essenciais no país.

Nesse estudo identificou-se um possível grau de polimedicação nas prescrições avaliadas, uma vez que a média de medicamentos prescritos foi superior, quando comparado com a média (2) preconizada pela OMS (WHO, 1994) e aos 2,3 da média nacional (OPAS, 2005). Autores, em outros estudos, identificaram valores menores (1,8) Frohlich & Mengue, (2011); (1,5) Farias et al. (2007) e (1,9) Simões & Motta, (1997).

Nesse sentido, a OPAS (PAHO, 1995), aponta que uso concomitante de vários medicamentos pode acarretar possíveis interações e reações adversas na população. De acordo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), os medicamentos são responsáveis pelo maior número de registros de casos de intoxicações em seres humanos, ocupando o primeiro lugar no ranking dos agentes causadores de intoxicações no Brasil e o segundo lugar nos registros de morte relacionadas às intoxicações (BRASIL, 2014). Assim, a racionalidade das prescrições se apresenta como estratégia importante para a segurança dos pacientes e consequentemente para o uso racional dos medicamentos.

Apesar da Relação de Medicamentos Essenciais do Município não estar divulgada e disponibilizada nas USF, mais da metade dos medicamentos prescritos estavam inseridos nessa lista e o valor encontrado foi acima do estabelecido pela OMS (mais de 70%) (WHO, 1994). No entanto, esse resultado é inferior aos achados de outros estudos realizados em municípios brasileiros (99%) Oliveira et al. (2012); (92,7%) Cunha et al. (2002); (91%) Farias et al. (2007); (87,0%) Marcondes, (2002); (85,3%) Naves & Silver, (2005); (83,4%) Santos & Nitrini, (2004); (82,4%) Colombo et al. (2004); (81%) Frohlich & Mengue (2011).

Atualizar a relação de medicamentos essenciais e promover a sua divulgação nos serviços de saúde são consideradas ações relevantes e norteadoras da aquisição dos medicamentos e a sua utilização nos serviços de saúde, o que contribui para a melhoria

do cuidado em saúde, gestão dos produtos farmacêuticos e, conseqüentemente, otimização dos recursos financeiros.

Os achados desta pesquisa apontam que, o percentual de prescrição com a denominação genérica apresentou-se elevado (80,8%), assemelhando-se aos achados de outros estudos realizados em alguns municípios brasileiros (84,0%) Frohlich & Mengue, (2011); (81,8%) Kauffmann et al. (2009); (84,2%) Farias et al. (2007); (84,2%) OPAS, (2005); (84,3%) Cunha et al. (2002). Entretanto, este estudo apontou resultados acima dos encontrados em outros estudos realizados por Oliveira et al. (2012); Giroto & Silva, (2006); Naves & Silver (2005); Acúrcio et al. (2004); Simões & Falvo, (2000); Simões & Motta, (1997) e Lopes et al. (1996), com respectivamente os seguintes valores (72,3%); (70,2%); (73,2%); (51,9%); (60,9%); (72,0%) e (74,0%), bem como, nos estudos realizados por Santos e Nitri, (2004) e Carneiro et al. (2000) com valores respectivos de (30,6%) e (33,6%). Portanto, apesar dos resultados demonstrarem altos percentuais de adesão à prescrição com Denominação Comum Brasileira – DCB e Denominação Comum Internacional (DCI), para os serviços públicos, a prescrição de medicamentos genéricos (BRASIL, 1999) é obrigatória, uma vez que promove o acesso aos medicamentos essenciais.

Apesar da legislação sobre genéricos vigorar desde 1999, suas recomendações ainda não foram seguidas integralmente pelos prescritores. Recomenda-se a utilização da denominação genérica (DCB e DCI), em todas as prescrições, uma vez que facilitaria a educação e informação em saúde, com acesso a informações isentas sobre os medicamentos, evitando dificuldades de identificação do medicamento, além de favorecer o acesso a medicamentos mais baratos, eficazes e seguros.

Alguns autores (CUNHA, et al. 2002; MARIN, et al. 2003; GIROTTO & SILVA, 2006; FARIAS, et al. 2007) ressaltam o papel desempenhado pela indústria farmacêutica na influência sobre a prescrição com o nome de marca do medicamento, por meio do marketing para o aumento do consumo. Entretanto, se faz necessária qualificação da equipe de saúde, principalmente dos prescritores, sobre a relevância da prescrição dos genéricos, em cumprimento à legislação vigente, para possibilitar à população medicamentos com preços mais acessíveis e ampliação do acesso aos medicamentos essenciais.

Os achados desta pesquisa revelam que, o grupo farmacológico predominante nos medicamentos prescritos foi o cardiovascular. Os resultados de estudos já realizados no Brasil se assemelham aos desta pesquisa (COELHO FILHO, et al. 2004; NOBREGA, et al. 2005; NAVES & SILVER, 2005; MARIN, et al. 2008 e OLIVEIRA, et al. 2009). Esses autores também apontam o grupo do sistema cardiovascular como o mais frequente, porém outros estudos identificaram diferentes grupos da classificação ATC, como mais prescritos, aparelho respiratório (GIROTTO & SILVA, 2006), bem como nos sub-grupos; antimicrobianos (FARIAS et al. 2007) e analgésicos (COLOMBO, et al. 2004); (SANTOS, et al. 2009).

Essa predominância de medicamentos prescritos pertencentes ao grupo Cardiovascular é confirmada no perfil de morbi-mortalidade encontrado atualmente no Brasil, em que as doenças cardiovasculares representam por 31,3% dos óbitos (CUNHA, et al. 2014). O padrão de utilização de anti-hipertensivo observado segue a terapia cardiovascular atual e alguns estudos (COELHO FILHO, et al. 2004; NAVES & SILVER, 2005; MARIN, et al. 2008) confirmam esses achados e se baseiam na utilização de medicamentos anti-hipertensivos, especialmente diuréticos e os que atuam sobre o sistema renina-angiotensina (inibidores da ECA), seguidos, em valores inferiores, pelos beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio.

No presente estudo, foi possível observar o indicador de prescrição relacionado ao uso de antimicrobianos e o valor encontrado foi inferior ao estabelecido pela OMS (20% ou menos) (WHO, 1994) e semelhante ao encontrado em outros estudos (8,0%) Frohlich & Mengue, (2011); (5,4%) Simões & Falvo (2000); (11,9%) Kauffmann et al. (2009); (11,9%) Tavares et al. (2008); (12,5%) Colombo et al. (2004); e (10,1%) Simões & Motta (1997). No entanto, outros estudos realizados apontaram valores superiores aos preconizados pela OMS (WHO, 1994), (22,6%), Oenning et al. (2011); (21,1%) Farias, et al. (2007); (22,0%) Giroto & Silva, (2006); (26,4%) Naves & Silver (2005); (40,1%) OPAS (2005); (21,3%) Santos & Nitrini (2004); (27,4%) Cunha et al. (2002); (31,3%) Carneiro et al. (2000) e (37%) Lopes et al. (1996).

Diante dessa problemática, recentemente a ANVISA publicou uma RDC referente ao controle dos antimicrobianos, estabelecendo critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem desse grupo farmacológico (BRASIL, 2011). Desse modo, a importância do controle na sua utilização se deve, sobretudo, às questões

relativas ao uso abusivo e indiscriminado, podendo acarretar reações adversas graves, desenvolvimento de resistência bacteriana, agravamento de outras doenças, bem como aumento dos gastos na saúde.

Os achados deste estudo apontam para nós críticos no âmbito do acesso aos medicamentos essenciais no município de Camaçari-Bahia, uma vez que demonstram iniquidades no acesso, considerando que a população pesquisada apresentou características socioeconômicas com aspectos de vulnerabilidade social, a qual depende, basicamente, dos serviços públicos de saúde para a obtenção de medicamentos que atendam as suas necessidades. A falta desses medicamentos, de distribuição gratuita, podem comprometer os princípios norteadores da política de saúde no país, a qual deve ser fundamentada na integralidade do cuidado em saúde e no acesso universal, equânime e sobretudo resolutiva dos problemas de saúde que acomete população adscrita.

O acesso a esses medicamentos envolve uma problemática, com aspectos relacionados com as dificuldades enfrentadas para a sua obtenção e utilização, quais sejam: baixa escolaridade; renda insuficiente; falta de vínculo com equipe de saúde; ausência de racionalidade das prescrições; orientação, acompanhamento da terapêutica e promoção do uso racional, especificamente, para grupos específicos como portadores de agravos mais prevalentes. Tais fatores mostram que o acesso deve ser considerado para além da aquisição do medicamento nos serviços de saúde. Por outro lado, muitas vezes o acesso se dá pela compra dos medicamentos, o que compromete, ainda mais, o orçamento precário das famílias, reforçando assim a necessidade de políticas públicas mais atuantes

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.72-79, 2004.

ARRAIS, P. S. D.; et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 16, p. 1737-1746, 2005.

ARRAIS, P. S. D.; et al. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.

BALDONI, A. O.; et al. Pharmacoepidemiological profile end polypharmacy indicators in elderly outpatients. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, v. 49, n. 3, p. 443-452, 2013.

BERMUDEZ, J. A. Z. & BONFIM, J. R. de A. (Orgs.) **Medicamentos e Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999, 236p.

BERMUDEZ, J. A. Z.; et al. Assistência Farmacêutica. IN: GIOVANELLA, L; et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2008, p. 761-793.

BERTOLDI, A. D.; et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-238, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissão/conep/resolucao.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 3.916/98 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Lei 9.787, de 10 de fev. de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização da denominação genérica em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 fev. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**, n. 25, 2001, 40p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto n. 5090/04 do Ministério da Saúde que regulamenta a Lei n. 10.858 de 13 de abril de 2004 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: 2006. 100p.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução n. 20/2011**, de 05 de maio de 2011 - Estabelece os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=1&pagina=174&data=01/07/2010>. Acesso em 20 fev. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informação Científica e Tecnológica/**Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas**. Estatística Anual de Casos de Intoxicação e Envenenamento. Brasil, Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox>.

BOING, A. C.; et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil.**Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p. 691-701, 2013.

BUSS, P. M. & PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMAÇARI, Prefeitura Municipal de Camaçari. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Camaçari: Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari; 2009.

CAMAÇARI, **Secretaria da Saúde do Município e Camaçari**. Disponível em: <http://www.Camaçari.com.br/saude.php>, acessado em 30.05.2012.

CARNEIRO, R. M.; et al. Estudo das prescrições de medicamentos em crianças de 0 a 2 anos atendidas no serviço municipal de saúde de Américo Brasiliense – SP, 1999. **Revista Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 229-248, 2000.

COELHO FILHO, J. M.; et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, p.557-564, 2004.

COLOMBO, D.; et al. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 549-558, 2004

COSENDEY, M. A. E.; et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.171-182, 2000a.

COSENDEY, M. A. E. **Análise de Implantação do Programa de Farmácia Básica: Um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2000b.

COSTA JUNIOR, F. M. & MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.

CREUZETA, A. P. S.; et al. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p. 3731-3737, 2013.

CUNHA, M. C. N.; et al. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 215-227. 2002.

CUNHA, A. B. O.; et al. Prevenção, Atenção e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis In: PAIM, J.S. & ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, cap. 30, p. 423- 435,2014.

DAL PIZZOL, T. da S.; et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 827-836. 2010.

DIAS, C. R. C. & ROMANO-LIEBER, N. S. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1661-1669, 2006.

FARIAS, A. D.; et al. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 149-156. 2007.

FRAGA, F. N. R. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. 2005. 157 f.. Dissertação (mestrado profissionalizante) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FROHLICH, S. E; & MENGUE, S. S. Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2011.

GIROTTI, E. & SILVA, P. V. **A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.226-234, 2006.

GUERRA JÚNIOR, A. A. & ACÚRCIO, F. A. Acesso aos medicamentos no Brasil. In: ACÚRCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 113-124.

GUERRA JR, A. A. ; et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 15, n. 3, p. 168-75, 2004.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 256p, 2010.

KARNIKOWSKI, M. G. O.; et al. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities. A community based evaluation and action method. **Journal of Public Health Policy**, U.S.A., v. 25, n. 3/4, p. 288-298, 2004.

KAUFFMANN, C.; et al. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 4, p. 777-785, 2009.

LOPES, A. E. C.; et al. Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil. **INRUDNEWS**, v. 6 n. 1, p. 17, 1996.

MARCONDES, N. S. P. **A assistência farmacêutica básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa, Paraná: um estudo de caso. Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2002.

MARIN, N.; et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 20. ed., 2003.

MARIN, N.; et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, 2008.

NAVES, J. O. S. & SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39 n. 2, p. 223-230, 2005.

NOBREGA, O. de T.; et al. Pattern of drugs prescribed for community-residing middle-aged and older adults from the out skirts of Brasília. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 41, p. 271-277, 2005.

OLIVEIRA, C. A P. de; et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.1007-1016, 2009.

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**. Rio de Janeiro, v. 15 supl. 3 p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, N. S. C.; et al. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 33 supl 2 p. 283-289, 2012.

OENNING, D.; et al. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, 2011.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio das Organizações das Nações Unidas**, New York, EUA: 2000, 20p.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005. 260p.

PAHO. Pan American Health Organization. **Rapid Pharmaceutical Management Assessment: an indicator-based approach**. Washington, 1995. 173p.

PANIZ, V. M. V.; et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 267-280, 2008.

PINHEIRO, V. R.; et al. A Importância de delimitar o tamanho de amostra na inferência estatística. **Revista de Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto**, Minas Gerais, v. 1, p. 17-24, 2011.

PORTELA, A. S.; et al. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 341-350, 2012.

PORTELA, A. S.; et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetórias e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 09-14, 2010.

RIECK, E. B. & BORGES, P. E. M. **Indicadores da gestão Estadual de Assistência Farmacêutica**. In: Assistência Farmacêutica: Contribuições para produção, gestão e utilização de medicamentos. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2010.

ROZENFELD, S.; et al. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública** / Pan American Journal of Public Health, v. 23, p. 34-43, 2008.

SANTOS, V. & NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 819-826, 2004.

SANTOS, D. B.; et al. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 768-778, 2009.

SANTOS, T. R. A.; et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n.1, p. 94-103, 2013.

SCHENKEL, E. P.; et al. Assistência Farmacêutica. In: Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 199-219, 2004.

SIMÕES, M. J. S & MOTTA, M. A. Indicadores do uso de medicamentos em unidade municipal de saúde de Ribeirão Preto, SP. **Revista INFARMA**. V. 6, p. 6-12. 1997.

SIMÕES, M. J. S & FALVO, I. F. Estudo da prescrição de medicamentos para idosos atendidos em serviço público de saúde, em município da região sudeste, Brasil 1999. **Revista de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo. v. 21, n. 2, p. 217-227. 2000.

SIQUEIRA, F.; et al. **Avaliação de assistência farmacêutica na atenção básica no Distrito Federal**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Escola Superior de Ciências da Saúde, 2008.

TAVARES, N. U. L.; et al. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1791-1800, 2008.

VOSGERAU, M. Z. S. ; et al. Consumo de Medicamentos entre Adultos na Área de Abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p.1629-1638, 2011.

WHO. World Health Organization. **Indicators for monitoring National Drug policies, Action Program on Essential Drugs**. Geneva: WHO/DAP/ 94.12; 1994.

WHO. World Health Organization. **Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy**. Genebra: WHO, 2000.70p.

WHO. World Health Organization. **Selección de Medicamentos Esenciales Genebra: WHO, n. 4, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf.**

WHO. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013**. Oslo, 2012. Disponível em: http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf.

Tabela 1 Características sociodemográficas e ocupacional dos usuários das USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Característica	N (%)	Média(dp)
Sexo		
Masculino	55(20,4)	
Feminino	215(79,6)	
Grupo etário(anos)		
Até 20	13(4,8)	
21-30	62(23,0)	
31-40	65(24,1)	42(15,3)
41-50	45(16,7)	
51-60	49(18,1)	
60 e mais	36(13,3)	
Cor		
Branca	26(9,6)	
Preta	66(24,4)	
Parda	159(58,9)	
Amarela e Indígena	18(6,7)	
Não respondeu	1(0,4)	
Situação conjugal		
Casado(a)/convivente	179(66,3)	
Solteiro(a)	55(20,4)	
Divorciado(a)	14(5,2)	
Viúvo(a)	22(8,1)	
Escolaridade		
Não frequenta	4(1,5)	
Ensino Básico (completo e incompleto)	55(20,40)	
Fundamental (completo e incompleto)	80(29,6)	
Médio (completo e incompleto)	128(47,4)	
Superior (completo e incompleto)	3(1,1)	
Renda familiar (em salários mínimos)		
Sem rendimento	12(4,4)	
Até 1 s.m.	105(38,9)	
> 1 a 2 s.m.	103(38,1)	
> 2 a 3 s.m.	24(8,9)	
> 3 a 5 s.m.	14(5,2)	
> 5 a 10 s.m.	3(1,1)	
Não sei	9(3,3)	
Ocupação		
Serviços Gerais	34(12,60)	
Comércio	22(8,1)	
Doméstica	138(51,1)	
Aposentado/encostado	27(10,0)	
Autônomo	18(6,7)	
Estudante	10(3,7)	
Desempregado	4(1,5)	
Funcionário Público	3(1,1)	
Outros	14(5,2)	

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** Salário mínimo vigente na época da pesquisa R\$ 622,00; dp: desvio-padrão

Tabela 2 Características das prescrições no acesso aos medicamentos essenciais pelos usuários das USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Característica	N (%)	Média
Origem da prescrição		
SUS	255(94,4)	
Privado	15(5,6)	
Prescrição por profissionais		
Médico	236(87,4)	
Enfermeiro	30(11,1)	
Dentista	4(1,5)	
Medicamentos por via de administração		
Oral	246(91,1)	
Injetável	22(8,2)	
Tópica	33(12,2)	
Inalável	5(1,9)	
Medicamentos prescritos dispensados	391(57,3)	
Média de medicamentos por prescrição		2,5
Medicamentos prescritos inseridos na Relação de Medicamentos Essenciais	536(78,5)	
Medicamentos prescritos com denominação genérica	552(80,8)	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 Classificação dos medicamentos presentes nas prescrições dos usuários baseada no Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) classification and DDD (Defined Daily Dose) assignment (WHO, 2012), no acesso aos medicamentos essenciais nas USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Características ATC	N (%no sub grupo)	(%total por grupo)
A - Alimentar e Metabolismo	107(100)	(15,7)
A02-Alimentar e Metabolismo (distúrbios relacionados ao ácido)	16(15,0)	
A03-Alimentar e Metabolismo (analgésicos + anti-espasmódicos)	7(6,5)	
A04-Alimentar e Metabolismo (anti-eméticos)	6(3,5)	
A10-Alimentar e Metabolismo (Anti-diabetes)	58(54,2)	
A11Alimentar e Metabolismo(Vitaminas)	20(18,7)	
B - Sangue e órgão	48(100)	(7,0)
B01-Sangue e órgão(Anti-trombócitos)	26(54,2)	
B03-Sangue e órgão(Anti-anêmicos)	22(45,8)	
C - Cardiovascular	265(100)	(38,8)
C01- Cardiovascular (cardíacos)	05(1,9)	
C03- Cardiovascular (diuréticos)	92(30,2)	
C07- Cardiovascular (beta-bloqueadores)	34(12,8)	
C08- Cardiovascular (bloqueadores dos canais de cálcio)	32(12,1)	
C09- Cardiovascular (renina- angiotensina)	68(25,7)	
C010- Cardiovascular (dislipidemiantes)	34(12,8)	
D - Dermatológicos	38(100)	(5,6)
D01- Dermatológicos (antifúngicos)	21(55,3)	
D06- Dermatológicos (antibióticos)	7(18,4)	
D07- Dermatológicos (Corticosteróides)	5(13,2)	
D08- Dermatológicos (antissépticos)	5(13,2)	
G - Geniturinário e Hormônios sexuais (Contraceptivos hormonais) - G03	13(100)	(1,9)
H - Hormonais sistêmicos (Corticosteróides)-H02	12(100)	(1,8)
J - Anti-infecciosos sistêmicos (Antibacterianos sistêmicos) - J01	52(100)	(7,6)
M - Musculoesquelético (Antiinflamatórios e antirreumáticos) -M01	47(100)	(6,9)
N - Nervoso	47(100)	(6,9)
N02- Nervoso (analgésicos)	35(74,5)	
N03- Nervoso (anticonvulsivantes)	2(4,3)	
N05- Nervoso (ansiolíticos)	5(10,6)	
N06- Nervoso (antidepressivos)	5(10,6)	
P - Antiparasitários	22(100)	(3,2)
P01- Antiparasitários (antiprotozoários)	2(9,1)	
P02- Antiparasitários (anti-helmínticos)	20(90,9)	
R – Respiratório	30(100)	(4,4)
R01-Respiratório (descongestionantes nasais)	3(10)	
R03-Respiratório (obstrução das vias aéreas)	3(10)	
R05-Respiratório (expectorantes e antitussígenos)	10(33,3)	
R06-Respiratório (anti-histamínicos)	14(46,7)	
S - Órgãos Sensoriais	2(100)	(0,3)
S01- Órgãos Sensoriais (oftalmológicos)	1(50)	
S02- Órgãos Sensoriais (otológicos)	1(50)	

Fonte: Elaboração própria.

6.3. ARTIGO III

**Percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a
prescrição de medicamentos nas USF no município de
Camaçari-Bahia**

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS E A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BAHIA

RESUMO

Este estudo tem por objetivo identificar e discutir as características sociodemográficas, ocupacionais e a percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas USF no município Camaçari-Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal com usuários das Unidades de Saúde da Família (USF), realizado no município de Camaçari, situado na região metropolitana de Salvador, no Estado da Bahia, no período de setembro a novembro de 2012. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 270 usuários à procura de medicamentos, nas USF selecionadas. A maioria (79,6%) dos usuários entrevistados era do sexo feminino, com predomínio da faixa etária de 31-40 anos (24,1%) e 13,3%, representou a faixa etária de 60 e mais anos. Cerca de 50% dos entrevistados possuíam até o ensino fundamental completo e a maioria (80%), referiu possuir renda inferior a 2 salários mínimos. A maioria (89,6%), dos usuários frequentava a USF; 60,4%, aprovou que se prescreva medicamento com a denominação genérica; 53,3% informou gostar quando se prescrevem antibióticos e 48,9%, quando injetáveis. Menos da metade (26,3%) informou ter conseguido todos os medicamentos e 62,6% não recebeu nenhuma orientação de como usar e guardar os medicamentos prescritos. As irregularidades no fornecimento dos medicamentos não apenas interfere no acesso, como também a não permanência do farmacêutico em tempo integral na farmácia, dificulta a orientação para o uso adequado dos medicamentos. A presença qualificada do farmacêutico nesse contexto torna-se imprescindível, uma vez que a sua ausência dificulta o contato permanente com a população e o atendimento às necessidades, comprometendo o desenvolvimento das atividades farmacêuticas voltadas para o uso racional dos medicamentos.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos; medicamentos essenciais; medicamentos para a atenção básica; prescrição de medicamentos; uso de medicamentos.

PERCEPTION OF USERS ON PHAMACEUTICAL SERVICES AND MEDICINES PRESCRIPTION IN THE FAMILY HEALTH UNITS (USF) IN THE CAMAÇARI MUNICIPALITY OF BAHIA, BRAZIL

ABSTRACT

This article aims at identify and discussing the socio-demographic characteristics, occupational and the users perception between pharmaceutical services with medicines prescription in the Family Health Care Units (USF) in the Camaçari municipality of Bahia. It is a cross-sectional study with users of the Family Health Units (USF) from the municipality of Camaçari of Bahia, between September and November of 2012. Semi-structured interviews were carried out with 270 users who looked for medicines in selected USFs. The majority (79.6%) of interviewed users was female, predominantly from the age group of 31-40 years of age (24.1%) and 13.3%, represented the age group of those with more than 60 years of age. About 50%, had education level up to complete primary school and the majority (80%), reported income of less than 2 minimum wages. Most users (89.6%), already attended the USF; 60.4%, approved when medicine was prescribed as generic; 53.3%, reported liking when antibiotics were prescribed and 48.9%, when injectable medicines were prescribed. Less than half (26.3%), reported having all medicines delivered and 62.6%, did not receive any orientation as how to use or storing prescribed medicines. Irregularities in medicines supply interferes the access, and the lack of a full time pharmaceutical professional in pharmacy facilities turns the adequate use of medicines difficult. In this context, the presence of a pharmaceutical is indispensable; the lack of this professional can compromise the development of pharmaceutical activities towards the rational use of medicines.

Key words: Medicine access; essential medicines; health care medicines; medicine prescription; medicine use.

INTRODUÇÃO

A reorientação das ações da Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema Único de Saúde (SUS), configura-se como uma diretriz prioritária, determinada pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001), que envolve entre outros aspectos o acesso ao conjunto de ações de atenção à saúde, com serviços qualificados e que possibilitem a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos com informação adequada, visando à resolutividade das ações de saúde.

A implementação da PNM, no entanto, não estar dissociada da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) dada a sua importância na reorganização dos serviços farmacêuticos no contexto da Atenção Básica direcionada ao acesso a medicamentos essenciais, promoção do seu uso racional, prevenção de riscos, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2001; OPAS, 2005). Para tanto, a PNAF (BRASIL, 2004), se destaca como uma política pública que envolve um conjunto de ações voltadas ao desenvolvimento e produção de medicamentos, contemplando a execução eficiente do seu ciclo logístico - seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

Nesse sentido, a criação da Lei para os medicamentos genéricos no Brasil (BRASIL, 1999) teve por finalidade ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais e promover o uso seguro e racional, assegurando a qualidade e eficácia dos produtos, utilizados pela população. Entretanto, a população ainda encontra inúmeras dificuldades no acesso aos medicamentos essenciais, comprometendo o uso racional e, conseqüentemente, o atendimento às necessidades em saúde da coletividade. A incorporação de políticas farmacêuticas que proporcionem a garantia da atenção integral, como resposta aos problemas de saúde da população (OPAS, 2013), representa a possibilidade de reorientação da assistência farmacêutica como integrante dos sistemas e serviços de saúde, assegurando o acesso universal e igualitário dos usuários aos medicamentos essenciais.

No entanto, é importante considerar que a AF não diz respeito apenas à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir), assume, portanto, nesse contexto, uma perspectiva mais ampla que tende a desempenhar um papel relevante na efetividade e

consolidação dos princípios finalísticos do SUS, com vista à atenção integral à saúde e qualificação dos serviços de saúde (SCHENKEL, 2004). A integração da AF ao sistema de saúde potencializa a integralidade das ações de saúde, mediante a reorientação de suas práticas, com o desenvolvimento de uma atenção contínua às necessidades e aos problemas de saúde da população, o que contribui para a qualidade, segurança, eficácia dos medicamentos e assegura-lhe o acesso equitativo ao uso racional e à serviços de saúde organizados.

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da AF, de maneira a garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais, aumentando a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e, ao mesmo, tempo minimizando custos (OLIVEIRA, et al. 2010). Entretanto, alguns estudos demonstraram que nos serviços de saúde, ainda predominam dificuldades na organização, o que contribui para o uso inadequado ou irracional de medicamentos (KARNIKOWSKI, et al. 2004; BERNARDI, et al. 2006; PORTELA, et al. 2012; BOING, et al. 2013).

Dessa forma, a AF não pode ser vista como mera aquisição e distribuição de medicamentos, mas, sim como parte integrante das ações de saúde no SUS, com enfoque mais amplo, que possa incorporar a multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado em saúde, priorizando a gestão e organização nos serviços de saúde, o trabalho em equipe e atendimento às necessidades da população.

Nesse cenário, a dispensação, considerada uma etapa constitutiva do ciclo logístico da AF (BRASIL, 1998), possibilita ao profissional farmacêutico acompanhar e orientar de forma qualificada o paciente com relação ao uso racional dos medicamentos. No desenvolvimento dessa atividade, vários fatores poderiam ser observados, dentre eles destacam-se: avaliação da prescrição, comunicação com o paciente, seguimento farmacoterapêutico e farmacovigilância, o que contribui na interlocução e integração do farmacêutico com a equipe multiprofissional no serviço de saúde, o que oportuniza, sobretudo, a execução e o reconhecimento de suas atividades profissionais (MARIN, et al. 2003).

Nesse contexto, o medicamento vem a se constituir como uma tecnologia que contribui para a melhoria da qualidade de vida, longevidade e expectativa de vida dos indivíduos.

Entretanto, os problemas relacionados ao seu uso aumentam as possibilidades de ocorrência de eventos adversos cujas consequências corroboram com o agravamento da situação sanitária e elevam os gastos na área de saúde, ampliando a magnitude dessa problemática para os serviços de saúde (ARRAIS, et al. 2005).

Assim, o acesso aos medicamentos é considerado racional (SCHENKEL, 2004; BERMUDEZ, & BONFIM, 1999; OPAS, 2013), quando o paciente recebe o medicamento adequado a suas necessidades clínicas, na dosagem correta, durante o período de tempo necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com a garantia de qualidade, informação suficiente para o uso adequado e com menor custo para os serviços de saúde e a população.

Alguns estudos (COSENDEY, 2000a; 2000b; OPAS, 2005; ARAÚJO, et al. 2008; ARAÚJO, et al. 2005; SIQUEIRA, et al. 2008; MACGOWAN, 2008; BARRETO, & GUIMARÃES, 2010; OLIVEIRA, et al. 2010; RIECK & BORGES, 2010; ALENCAR, & NASCIMENTO, 2011; SOUZA, et al. 2011; OLIVEIRA, et al. 2012); realizados sobre o desenvolvimento das atividades da AF nas unidades básicas de saúde, vêm discutindo os problemas relacionados à utilização de medicamentos, identificando possibilidades de reorganização dos serviços farmacêuticos nos municípios. Vale ressaltar que alguns destes estudos apontam para a necessidade de monitoramento da utilização dos medicamentos, especialmente, dos antimicrobianos, uma vez que infecções causadas por bactérias resistentes são mais difíceis de tratamento, podendo contribuir para o aumento nos indicadores de morbimortalidade na população.

Nesse sentido, Rosa et al. (2006) apontam um aumento nas admissões hospitalares devido à utilização irracional de antibióticos na comunidade, com agravos de bactérias resistentes, dificultando terapêutica medicamentosa. Pires Júnior & Mengue (2005) também, demonstram, em estudo, que quase dois terços dos pacientes que usaram antibióticos não foram informados sobre a utilização correta desses medicamentos, incluindo dose, frequência da administração, efeitos adversos, duração do tratamento e incompatibilidade medicamentosa. Ressaltam ainda que os profissionais da saúde necessitam fornecer ao usuário e pacientes informações sobre a adequada utilização desses medicamentos.

No entanto, outros autores (ABRANTES, et al. 2007) destacam que a escolha do antimicrobiano deve ser realizada por um profissional habilitado e qualificado, configurando um desafio para prescritores e dispensadores, uma vez que esse medicamento deve ser o mais efetivo, menos tóxico e de menor custo. Alerta-se, também, que não basta apenas o diagnóstico preciso e a seleção adequada do antimicrobiano, se a prescrição não for rigorosamente elaborada e completa em todos os seus aspectos, visando ao uso racional dos antimicrobianos.

A prescrição ou receita médica se configura como um instrumento essencial para a terapêutica e, conseqüentemente, quando adequada, colabora na promoção do uso racional de medicamentos, uma vez que deve conter informações sobre a utilização do medicamento com intuito de oferecer ao paciente uma terapêutica medicamentosa efetiva. Trata-se, portanto, de um importante fator para a qualidade e uso dos medicamentos, embora a concretização de uma prescrição seja motivada por diversos fatores, dentre os quais se destacam: o conhecimento do prescritor, expectativas do paciente e influência da indústria farmacêutica (MARIN, 2003). Diante dessa problemática, recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou uma Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) referente ao controle dos antimicrobianos, estabelecendo critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem desse grupo farmacológico (BRASIL, 2011), com o objetivo de restringir o uso indiscriminado dos antimicrobianos.

Portanto, os serviços farmacêuticos se configuram como um espaço em que se estabelece uma relação direta com os usuários e pacientes, o que possibilita o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico, dentre outros, visando à redução das iniquidades em saúde, o atendimento às necessidades da população e contribuindo com a promoção do uso seguro e racional dos medicamentos e com a atenção integral à saúde.

Considerando a importância desses serviços para os usuários e pacientes, no atendimento às necessidades relacionadas ao uso racional dos medicamentos, este estudo tem o objetivo de identificar e discutir as características sociodemográficas, ocupacionais e a percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos nas USF no município de Camaçari-Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal com usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Camaçari, situado na região metropolitana de Salvador, no Estado da Bahia, no período de setembro a novembro de 2012.

O município de Camaçari habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em 1998, mediante a resolução nº 62 da CIB/BA de 16/12/1998. A sua rede de Atenção Básica (AB) é constituída por 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 29 Unidades de Saúde da Família (USF) (CAMAÇARI, 2012). Foram selecionadas 9 USF mediante um sorteio a partir das UBS, as quais estão ligadas pelo apoio matricial, compondo as regionais assistenciais (Anexo 1). A população de referência consistiu na seleção aleatória de trinta usuários à procura de medicamentos nas farmácias das USF, no período de setembro a novembro de 2012.

A definição do tamanho amostral foi estabelecida mediante orientação do “*Rapid Pharmaceutical Management Assessment*” (RPMA) (PAHO, 1995) e (PINHEIRO, et al. 2011). Foram incluídos trinta (30) usuários que frequentaram as farmácias das nove (9) USF selecionadas para esse estudo, totalizando 270 usuários à procura de medicamentos com prescrição para usos específicos, classificados como mulher em idade fértil, gestante, menopausada, homem, idoso, acompanhantes de criança, dentre outros. Foram excluídos os usuários menores de 18 anos, e os que não tinham prescrição.

Os dados foram produzidos mediante a realização de entrevistas com os usuários conduzidas por meio da aplicação de um questionário semiestruturado - instrumento norteador, no qual constaram questões relacionadas às características sócio-demográficas e ocupacionais dos usuários e sua percepção sobre os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos (Apêndice 1).

O instrumento de coleta dos dados foi elaborado a partir de alguns referenciais de avaliação da assistência farmacêutica (WHO, 1994; Cosendey, 2000a; 2000b; OPAS, 2005; Marin, et al. 2003; Brasil, 2006; Siqueira, et al. 2008; Barreto, & Guimarães, 2010; Rieck & Borges, 2010; Frohlich & Mengue, 2011), bem como Guidelines for ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) classification and DDD (Defined Daily Dose) assignment (WHO, 2012) para a classificação dos medicamentos presentes na prescrição.

Como estratégia de sistematização e análise do material empírico, foram utilizados os dados produzidos a partir das entrevistas com os usuários das farmácias das USF selecionadas para o estudo, pertencentes à rede básica do município. Os dados produzidos conformaram um banco sistematizado com utilização do *software* EPI DATA Entry versão 3.1 e EPI DATA Analysis versão 2.2 e All statistical analyses were carried out using statistical software package STATA versão 11; Stata Corp., College Station TX. Os gráficos foram confeccionados no programa Microsoft Office Excel 2007. Posteriormente, foi realizada uma descrição e análise do conjunto das categorias temáticas derivadas do marco teórico e conceitual, bem como do campo empírico à luz do referencial teórico adotado, articulando-se com os objetivos do estudo.

Todos os entrevistados demonstraram sua disponibilidade em participar do estudo; foram informados sobre os objetivos da pesquisa e autorizaram a entrevista, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 5 e 6). O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (Protocolo nº 047-12), seguindo as orientações da Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Características sociodemográficas e ocupacionais da população

Dos 270 usuários que participaram da pesquisa, no período de setembro a novembro de 2012, 79,6% eram mulheres e 20,4% homens, com predomínio da faixa etária de 31-40 anos (24,1%) e a faixa etária de 60 e mais anos foi representada por 13,3% dos usuários entrevistados. A população foi composta, na sua maioria (58,9%), de pardos, e 66,3% relataram ser casados ou conviventes. Nesse estudo, verificou-se uma baixa escolaridade, uma vez que cerca de 50% dos entrevistados possuíam até o ensino fundamental completo. No que se refere à renda pessoal, cerca de 80% da população entrevistada referiu renda inferior a 2 salários mínimos e a maioria não trabalha no mercado formal (71,5%), ou seja, 51,1% dos entrevistados reportaram ter ocupação doméstica, (10%) aposentados/encostados, (1,5%) desempregados, (3,7%) estudantes e (5,2%) outros indivíduos que não têm uma atividade fora de casa (TABELA 1).

Percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos das USF

Na Tabela 2, observa-se que 89,6% dos usuários entrevistados afirmaram utilizar a USF e apenas 10,4% informaram que não frequentavam a unidade de saúde. Ser cadastrado foi o motivo mais predominante (82,2%) referido para utilizar e escolher a farmácia. Quanto meio de transporte mais utilizado a maioria dos usuários (80,4%) referiu ao deslocamento a pé até à farmácia. Dos 270 usuários entrevistados, 63,3% receberam a receita na USF, local onde foi entrevistado o usuário, entretanto, 36,3% dos usuários à procura de medicamentos, foram consultados em outras unidades de saúde.

Neste estudo, identificou-se que menos da metade (26,3%) dos usuários entrevistados apontou ter conseguido todos os medicamentos prescritos; a maioria (46,7%) relatou que somente às vezes, recebeu os medicamentos que constavam nas prescrições e 27% dos usuários informaram não ter conseguido os medicamentos que necessitavam (TABELA 2). Os motivos mais referidos pelos usuários para não ter encontrado os medicamentos que necessitavam foram: falta dos medicamentos nas farmácias das USF, farmácia fechada, dificuldades em conseguir outra receita para substituir o medicamento em falta, principalmente os medicamentos de uso contínuo, conforme falas ilustrativas abaixo:

“...é a quarta vez que venho e não consigo pegar o remédio, aí tenho que comprar” (usuário).

“...às vezes a farmácia está fechada pois só abre três vezes por semana a tarde, a gente tem que ir pegar o remédio em outro lugar mais longe” (usuário).

“...às vezes não tem, é muito difícil achar o médico para passar outro, às vezes eu não tenho condições de comprar e outras pessoas também não” (usuário).

“...nunca encontro, nem aqui nem em posto algum de Camaçari, eu rodo os postos todos e não encontro. Eu sou diabético e hipertenso” (usuário).

“...não consegui, principalmente os remédios de pressão, a metade consigo a outra metade tem que comprar o remédio. Aqui é assim, quando chega tem que vir pegar logo” (usuário).

“...falta muito, a sinvastatina fica meses sem, é o que mais falta” (usuário).

“...faltou a losartana, o da pressão, mas se acho todos na unidade que sou cadastrada, não preciso ir em outros lugares às vezes bem longe” (usuário).

“...minha filha sofreu uma queimadura, estou aflita, pois não estou achando a pomada e não tenho dinheiro para comprar” (usuário).

“...não tem, assim temos que esperar chegar para poder pegar, porque não tenho condições de comprar” (usuário).

“...quando não acho, tenho que comprar, faço o sacrifício e compro” (usuário).

Quanto ao tempo de atendimento da farmácia a maioria dos entrevistados (90,7%), informou ter esperado até meia hora para serem atendidos. Na avaliação do atendimento da farmácia, 58,5% dos usuários informaram ser bom e 23% relataram ser regular. Porém, quando perguntado se receberam orientações sobre como usar e guardar os medicamentos recebidos, a maioria (62,6%) informou que não recebeu nenhuma orientação (TABELA 2). Destes, mais da metade (52,7%), informaram que tinham apenas até o ensino fundamental completo (TABELA 3).

Percepção dos usuários sobre a prescrição de medicamentos

Na Tabela 4, observa-se que 60,4% dos usuários entrevistados aprovaram quando lhes foi prescrito o medicamento com a denominação genérica; 21,1%, não aprovam a

prescrição com a denominação genérica e 18,5%, não sabiam responder sobre os genéricos. Verificou-se que 53,3% dos entrevistados informaram gostar quando prescrevem antibióticos; 21,9% responderam que não gostavam e 24,8% não souberam responder. Gostar de prescrição com injetáveis foi apontado por 48,9% dos usuários entrevistados; 44,1% reportaram não gostar de usar e 7,0% afirmaram não saber informar.

Os usuários entrevistados que aprovaram a prescrição com a denominação genérica identificaram aspectos relacionados ao custo, eficácia e qualidade dos produtos, segundo relatos abaixo:

“... medicamento genérico é a mesma coisa, não diferencia em nada, é mais barato quando se vai comprar” (usuário).

“...é a mesma substância, é mais barato, é mais barato, mesma fórmula e mesmo efeito” (usuário).

“...eu tomo, pra mim, ele faz o mesmo efeito que os outros faz, tem o mesmo efeito do original e é mais econômico” (usuário).

“...me faz bem, melhora o que eu estava sentindo, eu gosto, nunca me faz mal” (usuário).

“...gosto pelo preço, pelo simples fato do preço, é a mesma composição, faz o mesmo efeito, já tomei e me senti bem, o dinheiro que sobrou já serve pra outra coisa” (usuário).

“...quando a gente vai à farmácia, não vira comércio, cada um trazendo um diferente, olha tem este aqui é genérico, é a mesma coisa identifica que é para o que está sentindo” (usuário).

Porém, dentre os entrevistados que responderam não aprovar os medicamentos genéricos, os motivos mais referidos para a não aprovação foram: a qualidade, eficácia, informações e indicação da prescrição médica, conforme ilustram as falas as seguir:

“...não tem o mesmo efeito do original, acho que não é a mesma coisa, acha fraco” (usuário).

“...acho que o outro faz mais efeito, não gosto de genérico, não confio em genérico” (usuário).

“...porque fico com medo do genérico, é desconhecido, prefiro o original, acho que é mais seguro” (usuário).

“...tem vez que falso, tenho medo de falsificações, pode dar reação adversa” (usuário).

“...porque médico passou o original e sabe” (usuário).

A Tabela 5 apresenta os resultados da percepção dos usuários no uso dos medicamentos genéricos relacionados ao grau de escolaridade. Nota-se que dos 163 entrevistados que aprovam o uso dos medicamentos genéricos 49,7% tinham escolaridade até o ensino fundamental completo. Na Tabela 6, observa-se que dos 163 usuários que aprovam o uso dos medicamentos genéricos, 93,9% possuem renda inferior a 2 salários mínimos.

Quanto ao uso dos antimicrobianos, os usuários apontaram que gostam de prescrição com antibióticos, principalmente por uma percepção de poder de cura, resposta terapêutica rápida, potencial e eficácia desses produtos, porém, apesar dessa aprovação, aparece certa preocupação com efeitos adversos relacionados ao uso, resistência bacteriana e com o controle da prescrição, conforme relatos abaixo:

“...acaba logo com o que a pessoa está sentindo, acho que reage mais rápido, é mais forte” (usuário).

“...antibiótico é bom para eliminar, sarar muitas coisas, faz bem, o efeito é mais rápido” (usuário).

“...os antibióticos resolvem os problemas, curam. Todo mundo diz que sou hipocondríaca, gosto muito de remédio” (usuário).

“...às vezes tem uma inflamação que a gente não sabe, tem que tomar certo, para não dar força à bactéria” (usuário).

“...só gosto quando o médico passa, porque é bom, mas pode fazer mal senão eles não tinham proibido a venda sem receita” (usuário).

Entretanto, dentre os entrevistados que responderam não gostar de antibióticos, os principais motivos apontados para o não uso foram relacionados a prejudicar diversos órgãos, provocar resistência bacteriana, dificuldades no cumprimento da posologia e tratamento, segundo os excertos abaixo:

“...antibiótico é um medicamento muito forte, acaba com o organismo, acho que acaba os dentes, enfraquece os ossos, ataca o fígado, tira a fome, cai o cabelo, dá reação no estômago, não gosto muito de antibiótico não” (usuário).

“...medo de estar agredindo outra parte do corpo, o efeito deixa os dentes amarelos, pode dar mais problema e prejudicar a situação da gente” (usuário).

“...nas condições que estou, gestante, foi orientado pelo médico a não tomar antibióticos” (usuário).

“...é forte pra criança, é um medicamento muito forte, por causa do estômago, o estômago dói e queima, ataca o fígado, não gosto, pois os lábios ficam ressecados” (usuário).

“...fico muito nervosa quando tomo, as bactérias ficam resistentes” (usuário).

“...não gosto, depende de ter que acordar de madrugada por causa do horário que é obrigatório” (usuário).

Quanto ao uso de injetáveis, os principais motivos alegados pelos usuários para gostar do uso foram: efeito terapêutico mais rápido, dificuldades com a via de administração oral, facilidades no cumprimento da posologia com injetáveis, de acordo com os relatos abaixo:

“...a insulina, eu mesma me aplico, faz efeito rápido, tomo, num instante faz o efeito” (usuário).

“...acho melhor do que comprimido, acho melhor que os orais, até prefiro para não ter que tomar comprimido, efeito rápido, mais depressa que o comprimido” (usuário).

“...alivia a dor mais rápido, efeito mais rápido, não gosto de remédios líquidos” (usuário).

“...é melhor que o comprimido, pois acabo esquecendo e a injeção não, evita gravidez” (usuário).

“...furou e passou, prefiro a injeção pois o comprimido é amargo, não gosto não” (usuário).

“...quando os médicos passam comprimido, eu esqueço de tomar” (usuário).

“...muito mais rápido, eu falei com a médica: "não tem uma injeçozinha" não, eu prefiro” (usuário).

No entanto, alguns usuários apontaram dificuldades na utilização dos injetáveis, ressaltando não gostar da prescrição de injetáveis devido, principalmente, a fatores

relacionados à ansiedade, medo e dor, referidos quanto a administração por essa via, como retratam as falas abaixo:

“...dá agonia, tenho pânico de agulha, dá medo, erro de injeção, muitos já morreram por aplicação errada” (usuário).

“...detesto agulha, detesto, porque eu tenho trauma, minha pressão é emocional, aí quando vejo a agulha, a pressão sobe” (usuário).

“...dói, fica o lugar com hematoma, porque tem vez que tomo a insulina e fico carimbada e roxa, mas é o jeito, daí eu tomo” (usuário).

“...é coisa de doido, só tomo na última hora quando não tem jeito, é uma agressão muito grande para o organismo, acho que os médicos só passam para se livrar do paciente mais rápido” (usuário).

“...fica furando duas vezes ao dia para usar a insulina, é ruim” (usuário).

“...machuca a criança, deveria ter outro meio, fico com pena, quando fura ele, fico morrendo de pena, é horrível, não gosto” (usuário).

“...não gosto de aplicar, fico nervoso, incomoda bastante, se for para aplicar, não tomo, minha esposa é quem aplica a insulina” (usuário).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a integração da farmácia à USF foi considerada pelos usuários como elemento facilitador, devido à proximidade com o território e a população adscrita. Autores (GUERIN, et al. 2012) apontaram que os usuários têm problemas ao buscar os medicamentos que necessitam, destacando as dificuldades físicas de locomoção e de meios de transporte.

A falta dos medicamentos e o fornecimento irregular ou parcial nas farmácias das USF foi um dos principais motivos apontados pelos entrevistados como obstáculo para o recebimento dos medicamentos que necessitavam. Esse resultado se assemelha aos achados de outros estudos (KAUFFMANN, et al. 2009; CINTRA, et al. 2010; ALENCAR & NASCIMENTO, 2011; OENNING, et al. 2011; GUERIN, et al. 2012; PEREIRA, et al. 2012). Assim, o desabastecimento se configura como um elemento que dificulta o acesso e a qualificação da assistência farmacêutica e, conseqüentemente, compromete o uso racional dos medicamentos e a integralidade da atenção à saúde.

As irregularidades no fornecimento dos medicamentos configuraram-se como uma das principais dificuldades no acesso dos usuários aos medicamentos na farmácia das USF, problemática que também foi apontada pelo Plano Municipal de Saúde de Camaçari (CAMAÇARI, 2009) como um dos principais problemas de saúde relacionados aos serviços no município de Camaçari. Karnikowski et al. (2004), verificaram, em estudo, resultado semelhante, apontando uma disponibilidade global de apenas 55,4% dos medicamentos pesquisados. Também, outros autores (PORTELA, et al. 2012; BOING, et al. 2013) realizaram estudos, identificando que pouco menos da metade da população teve medicamentos prescritos e disponibilizados no próprio sistema público. No entanto, resultados de outras pesquisas apresentaram valores superiores aos achados desse estudo: (76,1%) Dal Pizzol et al. (2012) e (80,7%) Cunha et al. (2002).

A não permanência do farmacêutico em tempo integral na farmácia também foi considerada como uma dificuldade para a realização da dispensação dos medicamentos nas USF, com implicações sobre o desenvolvimento das ações da AF, reduzindo essa etapa do ciclo logístico, apenas ao ato de entrega dos medicamentos, não favorecendo, portanto, a disponibilidade de informações relacionadas ao seu uso racional, tais como: interações medicamentosas, reações adversas, antibioticoterapia e cuidados com a

guarda dos medicamentos, conseqüentemente, comprometendo o desenvolvimento integral da AF. Alguns autores (ACURCIO, et al. 2004; SANTOS & NITRINI, 2004; ARRAIS, et al. 2007; NICOLINI, et al. 2008; KAUFFMANN, et al. 2009; ALENCAR & NASCIMENTO, 2011; OENNING, et al. 2011) também identificaram em estudo a ausência do farmacêutico na atenção básica, dificultando a realização da dispensação racional dos medicamentos.

Vale ressaltar que os farmacêuticos não estavam presentes na farmácia das USF em tempo integral, durante o horário de funcionamento da farmácia, no período da pesquisa. Eles informaram ser responsáveis pelo desenvolvimento das atividades farmacêuticas em cinco farmácias das USF, distribuindo sua carga horária semanal de 30 horas em um turno em cada uma delas, com predomínio de atividades administrativas.

A presença qualificada do farmacêutico, nesse contexto, torna-se imprescindível, uma vez que a sua ausência dificulta o contato permanente com a população e o atendimento às suas necessidades, o que compromete o desenvolvimento das atividades farmacêuticas voltadas para o uso racional dos medicamentos. Nesse sentido, ROMANO-LIEBER (2002) realizou uma revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos e identificou que as intervenções realizadas apresentaram resultados satisfatórios, ao reduzir custos, melhorar as prescrições, promover maior adesão do paciente ao tratamento e controlar a possibilidade de reações adversas.

Oenning et al. (2011) apontaram que o nível de conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos aumenta quando a dispensação é realizada por farmacêuticos, e que, quanto maior o tempo de contato entre o prescritor e o paciente ou entre o dispensador e o paciente, mais tempo é dedicado à transmissão de informações, o que contribui para o maior entendimento do paciente sobre a correta utilização dos medicamentos. Portanto, considera-se indispensável a presença qualificada desse profissional na atenção à saúde nas USF, com a priorização do acompanhamento farmacoterapêutico e a promoção o uso racional dos medicamentos.

O estudo de Arrais et al. (2007) considera importante um maior investimento na contratação do profissional farmacêutico, para melhor condução da assistência

farmacêutica e implementação da atenção farmacêutica nas unidades de saúde. A não permanência do farmacêutico, durante o tempo de atendimento da farmácia, poderá impossibilitar a educação em saúde e a disponibilidade de informações que poderiam ser fornecidas no ato da dispensação, tais como: identificação de problemas relacionados à prescrição, interações medicamentosas, reações adversas, resistência antimicrobiana, acompanhamento farmacoterapêutico, conservação e guarda dos produtos. Assim, necessita-se da formação de um quadro permanente e qualificado de profissionais nos serviços farmacêuticos da farmácia, com a inserção do farmacêutico em tempo integral na farmácia, desenvolvendo ações voltadas para a efetivação do uso racional dos medicamentos nas USF.

Esse perfil de fragilidade na dispensação poderá dificultar o uso racional e seu agravamento pelo baixo grau de escolaridade na população entrevistada de baixa renda, principalmente no acesso quando não podem adquirir os medicamentos que necessitam para resolver seus problemas, bem como, quando se precisa de uma ação educativa mais sistemática, especialmente para os idosos, diante da utilização de vários medicamentos no tratamento de doenças crônicas.

Nesse contexto, os idosos podem apresentar dificuldades na comunicação, o que amplia as barreiras no acesso e no uso racional dos medicamentos, cabendo aos profissionais de saúde a execução de ações para reduzir ou minimizar o uso indevido dos medicamentos, bem como, proporcionar a utilização racional e os benefícios da terapêutica medicamentosa. Assim, tal situação, particularmente relacionada aos idosos, configura-se como uma prioridade no planejamento das ações pelas equipes nos serviços de saúde.

As características sociodemográficas apresentadas no Plano Municipal de Saúde de Camaçari (CAMAÇARI, 2009) apresentaram semelhanças a esse estudo, uma vez que a maioria da população, no ano de 2000, tinha menos de 8 anos de estudos, sendo considerado analfabeto funcional, bem como possuíam renda inferior a 2 salários mínimos. Marin et al. (2008) apontam que a baixo grau de escolaridade, associado à baixa renda é considerada um alto fator de risco para o uso não racional dos medicamentos, especialmente entre os idosos, diante da utilização de diversos planos terapêuticos.

Embora o recorte desse estudo não tenha sido especificamente com a população de idosos, mas com todos os usuários das USF, observaram-se resultados semelhantes aos de estudos realizados, recentemente, com idosos (ROZENFELD, et al. 2008; OLIVEIRA, et al. 2009; DAL PIZZOL, et al. 2012; GONTIJO, et al. 2012; PEREIRA, et al. 2012; SILVA, et al. 2012; NEVES, et al. 2013; SANTOS, et al. 2013), que identificaram associação entre baixa escolaridade e morbidades crônicas, conseqüentemente, aumento do uso de medicamentos e a polifarmácia.

Estudos realizados por Bertoldi et al. (2004); Arrais et al. (2007); Marin et al. (2008); Costa et al. (2011); Creuzeta et al. (2013); Boing et al. (2013) e Baldoni et al. (2013), também, identificaram indivíduos com baixa renda familiar, que não teriam condições de arcar com as despesas relacionadas aos medicamentos prescritos. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2010) no Brasil em 2008, dentre os domicílios cadastrados no PSF, 61,9% tinham rendimentos mensal domiciliar per capita de até 1 salário mínimo e 23,9% tinham rendimento entre 1 e 2 salários mínimos.

Entretanto, os autores (PANIZ, et al. 2008; AZIZ, et al. 2011) demonstraram em seus estudos que, a população com as seguintes características: maior idade e escolaridade, melhor nível econômico e tipo de morbidade crônica, apresentaram associação a um maior acesso a medicamentos de uso contínuo, o que, segundo eles, se deve provavelmente, à maior probabilidade de acessar os serviços de saúde, consultar e utilizar medicamentos, reforçado pela capacidade aquisitiva do indivíduo e pelo grau de escolaridade.

O uso dos medicamentos genéricos, objeto da Lei Nacional de Medicamentos Genéricos (BRASIL, 1999) para ampliação do acesso aos medicamentos essenciais no país, ainda não é tema de consenso e apresenta opiniões divergentes, principalmente relacionadas ao custo, à eficácia e qualidade dos produtos. A aprovação dos medicamentos genéricos, pelos usuários, apresentaram uma possível associação com a publicação desta Lei, favorecida provavelmente, campanhas de divulgação, principalmente nos meios de comunicação em massa. Os estudos (FARIAS & TAVARES-NETO, 2006; ROCHA, et al. 2007; FRÖHLICH & MENGUE, 2011; BLATT, et al. 2012), também, verificaram que a população tinha um bom nível de conhecimento a respeito dos medicamentos genéricos.

Entretanto, a preocupação relacionada à segurança dos medicamentos, deveu-se, possivelmente, à ausência de orientações, informações e à indicação do médico para utilizar o medicamento de referência. Alguns autores apontaram em estudos realizados com a população atendida nos serviços de saúde públicos (VINHOLES, et al. 2009) e nas farmácias e drogarias privadas (CARVALHO, et al. 2006) que também possuía dúvidas a respeito de medicamentos genéricos, desde sua identificação na embalagem até questões relativas à qualidade do produto, equivalência farmacêutica e custo. De Paula et al. (2011) verificaram, também, que a orientação do médico poderia influenciar o usuário quanto à não aprovação do uso do medicamento genérico, causando a desconfiança e o preconceito em relação ao genérico, dificultando o acesso, principalmente pela população de baixa renda.

Vieira (2004); De Paula et al. (2011) verificaram que ainda persistem práticas que dificultam o uso do medicamento genérico nos serviços de saúde, destacando, dentre elas: ausência do profissional farmacêutico, para exercer as atividades relacionadas à dispensação e orientação do uso racional do medicamento; influência das indústrias farmacêuticas com suas estratégias de marketing sobre a classe de prescritores, principalmente em países em desenvolvimento, incidindo diretamente no estímulo ao uso irracional e dificultando a implementação Política Nacional de Medicamentos. Além da maior racionalidade no uso dos medicamentos, a adoção de uma política de medicamentos genéricos bioequivalentes e intercambiáveis, no Brasil (BERMUDEZ, 1994; BRASIL, 1999) objetivou, principalmente, aumentar o acesso da população aos medicamentos, melhorar a segurança e qualidade desses produtos e diminuir o custo dos tratamentos medicamentosos.

A população expressou uma percepção “mágica” no uso dos antimicrobianos, referindo gostar da prescrição com antibióticos, o que se deve, provavelmente, ao efeito terapêutico e ao imaginário da população, “poder mágico”, embora, tenha aparecido, dentre os entrevistados, certa preocupação com o uso dessa classe terapêutica relacionados a possíveis eventos adversos, exigência de cumprimento da posologia e resistência bacteriana, provavelmente relacionados à divulgação na mídia sobre os riscos do uso indiscriminado dos antimicrobianos e, atualmente, a restrição de uso, regulamentada pela ANVISA que estabelece critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem desse grupo farmacológico (BRASIL, 2011). Tais

achados corroboram com os encontrados nos estudo realizado por Frohlich & Mengue (2011).

A percepção dos usuários a respeito do uso dos injetáveis deveu-se, principalmente, ao seu potencial terapêutico e poder de cura, relacionado ao efeito mais rápido, por isso considerados mais fortes, trazendo um imaginário de maior efetividade. No entanto, os protocolos e as diretrizes terapêuticas apresentam critérios para a sua utilização e restringem seu uso. As dificuldades na utilização dos injetáveis deveram-se, principalmente, aos aspectos relacionados ao medo do procedimento e à dor provocada por essa via de administração. Esse resultado também se assemelha aos encontrados nos estudos de Frohlich & Mengue (2011). Autores (ABRANTES, et al. 2007; DUQUE & CHAGAS, 2009) apontam a possibilidade de que ocorrência de lesão ou dor no local da aplicação do injetável, bem como, o aparecimento de reações adversas, provocadas pelo seu uso, podem dificultar a adesão ao tratamento.

Este estudo apontou questões importantes na relação dos usuários com os serviços farmacêuticos relacionadas dentre outras com a frequência e escolha da USF, meios de transporte utilizados, tempo de espera e avaliação do atendimento da farmácia, bem como as prescrições dos medicamentos, no que tange o recebimento dos medicamentos à informação e orientação, especialmente, ao utilizar os medicamentos genéricos, antibióticos e injetáveis. Essa relação do usuário com os serviços farmacêuticos e a prescrição varia de acordo com as condições socioeconômicas, grau de escolaridade, faixa etária e gênero, dentre outros aspectos que se relacionam com a percepção dos usuários sobre o processo saúde-doença.

Alerta-se, também, que não basta apenas o diagnóstico preciso e a seleção adequada dos medicamentos essenciais, se a prescrição não for rigorosamente elaborada e completa em todos os seus aspectos. Neste sentido, a relação entre usuário e prescrição fornece elementos importantes que devem ser incorporados à terapêutica, a fim de racionalizar o uso dos medicamentos, evitando inadequações e possíveis riscos de eventos adversos, contribuindo para a segurança dos usuários atendendo as necessidades de saúde.

Assim, tornam-se necessárias melhorias na gestão e organização dos serviços farmacêuticos do município de Camaçari-Bahia, bem como o aprimoramento das práticas de monitoração da qualidade e segurança na utilização dos medicamentos,

visando, principalmente, ampliar e qualificar o acesso aos medicamentos essenciais, por meio da implementação de políticas que contribuam para a promoção do acesso ao uso racional dos medicamentos e para a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, P. M.; et al. Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 95 – 104, 2007.

ACURCIO, F. A.; et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.1, p.72-79, 2004.

ALENCAR, T. O. S. & NASCIMENTO, M. A. A. Assistência farmacêutica no Programa de Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16 n. 9, p. 3939-3949, 2011.

ARAÚJO, A. L. A.; et al. O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, vol. 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**, Rio de Janeiro, v. 13(suppl). p. 611-617, 2008.

ARRAIS, P. S. D.; et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 16, p. 1737-1746, 2005.

ARRAIS, P. S. D.; et al. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.

AZIZ, M. M. ; et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, 2011.

BALDONI, A. O.; et al. Pharmacoepidemiological profile end polypharmacy indicators in elderly outpatients. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 443-452, 2013.

BARRETO, J. L. & GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1207-1220, 2010.

BERMUDEZ, J. A. Z. & BONFIM, J. R. de A. (Orgs.). **Medicamentos e Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999, 236p.

BERMUDEZ, J. A. Z. Medicamentos Genéricos: Uma Alternativa para o Mercado Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.368-378, 1994.

BERNARDI, C. L.; et al. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.73-83, 2006.

BERTOLDI, A. D.; et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-238, 2004.

BLATT, C. R.; et al. Conhecimento popular e utilização dos medicamentos genéricos na população do município de Tubarão, SC. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 1, p. 79-87, 2012.

BOING, A. C.; et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p. 691-701, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissão/conep/resolucao.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/98 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Lei 9.787, de 10 de fev. de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização da denominação genérica em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 fev. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**, nº. 25, 2001, 40p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: 2006. 100p.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 20/2011**, de 05 de maio de 2011 - Estabelece os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=1&pagina=174&data=01/07/2010>. Acesso em 20 fev. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

CAMAÇARI, Prefeitura Municipal de Camaçari. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Camaçari: Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari; 2009.

CAMAÇARI, Prefeitura Municipal de Camaçari. **Secretaria da Saúde do Município de Camaçari**. Disponível em: <http://www.Camaçari.com.br/saude.php>, acessado em 30.05.2012.

CARVALHO, M. C. R. D.; et al. Representações Sociais do Medicamento Genérico por Consumidores Residentes em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.653-661, 2006.

CINTRA, F. A et al. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p. 3515-3515, 2010.

COSENDEY, M. A. E.; et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.171-182, 2000a.

COSENDEY, M. A. E., **Análise de Implantação do Programa de Farmácia Básica: Um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2000b.

COSTA, K. S.; et al. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.649-658, 2011.

CREUZETA, A. P. S.; et al. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um Município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p. 3731-3737, 2013.

CUNHA, M. C. N.; et al. Avaliação do Uso de Medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 215-227. 2002.

DAL PIZZOL, T. da S.; et al. Uso de Medicamentos entre Idosos Residentes em Áreas Urbanas e Rurais de Município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-114. 2012.

DE PAULA, P. A. B.; et al. O Uso do Medicamento na Percepção do Usuário do Programa Hipertensão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2623-2633, 2011.

DUQUE, F. L. V. & CHAGAS, C. A. A. Acidente por Injeção Medicamentosa no Músculo Deltóide: lesões locais e à distância, revisão de 32 casos. **Jornal vascular Brasileiro**, v. 45, n. 3, p. 238-246, 2009.

FARIA, M. A. S. & TAVARES-NETO, J. Conhecimento Popular sobre Medicamento Genérico em um Distrito Docente-Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 37-45, 2006.

FROHLICH, S. E; & MENGUE, S. S. Os Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2289-2296, 2011.

GONTIJO, M. F.; et al. Uso de Anti-hipertensivos e Antidiabéticos por Idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p.1337-1346, 2012.

GUERIN, G. D.; et al. Itinerários Terapêuticos de Usuários de Medicamentos de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 256p, 2010.

KAUFFMANN, C.; et al. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 4, p. 777-785, 2009.

KARNIKOWSKI, M. G. O.; et al. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities. A community based evaluation and action method. **Journal of Public Health Policy**, U.S.A., v. 25, n. 3/4, p. 288-298, 2004.

MACGOWAN, A. Clinical implications of antimicrobial resistance for therapy. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 62, supl. 2, p. 105 - 114, 2008.

MARIN, N.; et al. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 20. ed., 2003.

MARIN, N.; et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, 2008.

NEVES, S. J. F.; et al. Epidemiologia do Uso de Medicamento entre Idosos em Área Urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 759-768, 2013.

NICOLINI, P.; et al. Fatores Relacionados à Prescrição Médica de Antibióticos em Farmácia Pública da Região Oeste da Cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 7, p. 689-696, 2008.

OENNING, D.; et al. Conhecimento dos Pacientes sobre os Medicamentos Prescritos após Consulta Médica e Dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, 2011.

OLIVEIRA, C. A. P.; et al. Caracterização dos Medicamentos Prescritos aos Idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1007-1016, 2009.

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**, Rio de Janeiro, v. 15 supl. 3 p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, N. S. C.; et al. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 33 supl 2 p. 283-289, 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005. 260p.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**. In: Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, nº 6, Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. 106p.

PAHO. Pan American Health Organization. **Rapid Pharmaceutical Management Assessment: an indicator-based approach**. Washington, 1995. 173p.

PANIZ, V. M. V.; et al. Acesso a Medicamentos de Uso Contínuo em Adultos e Idosos nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 267-280, 2008.

PEREIRA, V. O. M.; et al. Perfil de Utilização de Medicamentos por Indivíduos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em Municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, nº. 8, p.1546-1558, 2012.

PINHEIRO, V. R.; et al. A Importância de delimitar o tamanho de amostra na inferência estatística. **Revista de Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto**, Minas Gerais, v. 1, p. 17-24, 2011.

PIRES JÚNIOR, J. V. & MENGUE, S. S. Análise do nível de informação sobre medicamentos antimicrobianos por pacientes de um Centro de Saúde de Porto Alegre, Brasil. **Acta Farmacéutica Bonaerense**, v. 24, n. 1, p. 134 – 138, 2005.

PORTELA, A. S.; et. al. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 341-350, 2012.

RIECK, E. B. & BORGES, P. E. M. **Indicadores da gestão Estadual de Assistência Farmacêutica**. In: Assistência Farmacêutica: Contribuições para produção, gestão e utilização de medicamentos. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2010.

ROCHA, C. E.; et al. Levantamento de dados sobre o conhecimento e informação acerca dos medicamentos genéricos em uma população de pacientes do serviço de saúde ambulatorial do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1141-1150, 2007.

ROMANO-LIEBER, N. S. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1499-1507, 2002.

ROSA, M. B.; et al. A farmácia e o controle das infecções hospitalares. In: GOMES, M. J. V. M.; & REIS, A. M. M. **Ciências Farmacêuticas – Uma abordagem em farmácia hospitalar**. Editora Atheneu, 2006, cap. 23, p. 408-422.

ROZENFELD, S.; et al. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública** / Pan American Journal of Public Health, v. 23, p. 34-43, 2008.

SANTOS, T. R. A.; et al. Consumo de Medicamentos por Idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 94-103, 2013.

SANTOS, V. & NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 819-826, 2004.

SCHENKEL, E. P.; et al. Assistência Farmacêutica. In: Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 199-219.

SILVA, A. L. ; et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p.1033-1045, 2012.

SIQUEIRA, F.; et. al. **Avaliação de assistência farmacêutica na atenção básica no Distrito Federal**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Escola Superior de Ciências da Saúde, 2008.

SOUZA, L. S.; et al. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 403-410, 2011.

VIEIRA, R. C. P. A. **Propagandas de Medicamentos Distribuídas aos Médicos: aspectos legais, farmacológicos e de mercadização** [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.

VINHOLES, E. R.; et al. A Percepção da Comunidade sobre a Atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em Ações de Educação em Saúde Relacionadas à Promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.293-303, 2009.

WHO. World Health Organization. **Indicators for monitoring National Drug policies, Action Program on Essencial Drugs**. Geneva: WHO/DAP/ 94.12; 1994.

WHO. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013**. Oslo, 2012. Disponível em:
http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf

Tabela 1 Características sociodemográficas e ocupacional dos usuários das USF no SUS. Camaçari-Bahia, setembro a novembro de 2012.

Característica	N (%)	Média(dp)
Sexo		
Masculino	55(20,4)	
Feminino	215(79,6)	
Grupo etário(anos)		
Até 20	13(4,8)	
21-30	62(23,0)	
31-40	65(24,1)	42(15,3)
41-50	45(16,7)	
51-60	49(18,1)	
60 e mais	36(13,3)	
Cor		
Branca	26(9,6)	
Preta	66(24,4)	
Parda	159(58,9)	
Amarela e Indígena	18(6,7)	
Não respondeu	1(0,4)	
Situação conjugal		
Casado(a)/convivente	179(66,3)	
Solteiro(a)	55(20,4)	
Divorciado(a)	14(5,2)	
Viúvo(a)	22(8,1)	
Escolaridade		
Não frequenta	4(1,5)	
Ensino Básico (completo e incompleto)	55(20,40)	
Fundamental (completo e incompleto)	80(29,6)	
Médio (completo e incompleto)	128(47,4)	
Superior (completo e incompleto)	3(1,1)	
Renda familiar (em salários mínimos)		
Sem rendimento	12(4,4)	
Até 1 s.m.	105(38,9)	
> 1 a 2 s.m.	103(38,1)	
> 2 a 3 s.m.	24(8,9)	
> 3 a 5 s.m.	14(5,2)	
> 5 a 10 s.m.	3(1,1)	
Não sei	9(3,3)	
Ocupação		
Serviços Gerais	34(12,60)	
Comércio	22(8,1)	
Doméstica	138(51,1)	
Aposentado/encostado	27(10,0)	
Autônomo	18(6,7)	
Estudante	10(3,7)	
Desempregado	4(1,5)	
Funcionário Público	3(1,1)	
Outros	14(5,2)	

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** Salário mínimo vigente na época da pesquisa R\$ 622,00; dp: desvio-padrão

Tabela 2 Percepção dos usuários sobre os serviços farmacêuticos nas USF no SUS. Camaçari-Ba, 2012.

Característica	n (%)
Frequente a USF	
Sim	242(89,6)
Não	28(10,4)
Motivo para utilizar e escolher a farmácia	
Sou cadastrado	294(82,2)
Gosto do serviço	27(7,5)
Gosto do profissional	3(0,8)
Só tem essa farmácia	8(2,2)
Outro motivo	26(7,3)
Meio de transporte	
Ônibus	11(4,1)
Carro	18(6,7)
Motocicleta	8(3,0)
Bicicleta	16(5,9)
A pé	217(80,4)
Recebeu a receita nesta USF	
Sim	172(63,3)
Não	98(36,3)
Conseguiu os medicamentos	
Sim	71(26,3)
Não	73(27,0)
Às vezes	126(46,7)
Tempo de espera no dia de atendimento da farmácia	
Até 1/2 hora	245(90,7)
1/2 a 1 hora	12(4,4)
1 a 2 horas	6(2,2)
2 a 4 horas	5(1,9)
> 4 horas	2(0,7)
Avaliação do atendimento da farmácia	
Muito bom	42(15,6)
Bom	158(58,5)
Regular	62(23,0)
Ruim	6(2,2)
Muito ruim	2(0,7)
Orientado como usar e guardar os medicamentos	
Sim,,usar	98(36,3)
Sim,,usar e guardar	2(0,7)
Sim, guardar	1(0,4)
Não	169(62,6)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 Orientação da guarda dos medicamentos na percepção dos usuários sobre serviços farmacêuticos nas USF no SUS, segundo grau de escolaridade. Camaçari-Ba, 2012.

Escolaridade		Guardar os medicamentos				Total
		Sim, usar	Sim, usar e guardar	Sim, guardar	Não	
Ensino básico incompleto (Analfabeto)	N	10	0	1	23	34
	%	29,4%	,0%	2,9%	67,6%	100,0%
Ensino básico completo (Alfabetização)	N	7	0	0	14	21
	%	33,3%	,0%	,0%	66,7%	100,0%
Fundamental incompleto	N	20	0	0	33	53
	%	37,7%	,0%	,0%	62,3%	100,0%
Fundamental completo	N	10	0	0	17	27
	%	37,0%	,0%	,0%	63,0%	100,0%
Médio incompleto	N	23	0	0	40	63
	%	36,5%	,0%	,0%	63,5%	100,0%
Médio completo (2º Grau completo)	N	24	2	0	39	65
	%	36,9%	3,1%	,0%	60,0%	100,0%
Superior incompleto	N	2	0	0	0	2
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Superior completo	N	0	0	0	1	1
	%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Não freqüentou a escola	N	2	0	0	2	4
	%	50,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
Total	N	98	2	1	169	270
	%	36,3%	,7%	,4%	62,6%	100,0%

p-valor=0,781

Tabela 4 Percepção dos usuários sobre a prescrição dos medicamentos nos serviços farmacêuticos nas USF no SUS. Camaçari-Ba, 2012.

Percepção	n (%)
Aprova quando receita o medicamento pelo nome genérico	
Sim	163(60,4)
Não	57(21,1)
Não sei	50(18,5)
Gosta quando receita antibióticos	
Sim	144(53,3)
Não	59(21,9)
Não sei	67(24,8)
Gosta quando receita injetáveis	
Sim	132(48,9)
Não	119(44,1)
Não sei	19(7,0)

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5 Percepção dos usuários no uso dos medicamentos genéricos nos serviços farmacêuticos nas USF no SUS, segundo escolaridade. Camaçari-Ba, 2012.

Escolaridade		Aprova o uso de genérico			Total
		Sim	Não	Não sei	
Ensino básico incompleto (Analfabeto)	N	20	5	9	34
	%	58,8%	14,7%	26,5%	100,0%
Ensino básico completo (Alfabetização)	N	13	3	5	21
	%	61,9%	14,3%	23,8%	100,0%
Fundamental incompleto	N	28	14	11	53
	%	52,8%	26,4%	20,8%	100,0%
Fundamental completo	N	18	6	3	27
	%	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%
Médio incompleto	N	37	16	10	63
	%	58,7%	25,4%	15,9%	100,0%
Médio completo (2º Grau completo)	N	43	12	10	65
	%	66,2%	18,5%	15,4%	100,0%
Superior incompleto	N	2	0	0	2
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Superior completo	N	0	1	0	1
	%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Não frequentou a escola	N	2	0	2	4
	%	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Total	N	163	57	50	270
	%	60,4%	21,1%	18,5%	100,0%

p-valor=0,539

Tabela 6 Percepção dos usuários no uso dos medicamentos genéricos nos serviços farmacêuticos nas USF no SUS, segundo renda pessoal. Camaçari-Ba, 2012.

Renda pessoal		Aprova o uso de genérico			Total
		Sim	Não	Não sei	
Menor que um salário	N	44	19	15	78
	%	56,4%	24,4%	19,2%	100,0%
Salário mínimo	N	31	12	19	62
	%	50,0%	19,4%	30,6%	100,0%
De um a dois salários	N	23	4	4	31
	%	74,2%	12,9%	12,9%	100,0%
De dois a três salários	N	5	1	0	6
	%	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
De três a quatro salários mínimo	N	4	0	0	4
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Mais de cinco salários mínimos	N	1	0	0	1
	%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Não quis responder	N	0	1	0	1
	%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Não tem renda	N	55	20	12	87
	%	63,2%	23,0%	13,8%	100,0%
Total	N	163	57	50	270
	%	60,4%	21,1%	18,5%	100,0%

p-valor=0,156

7. Considerações Finais

Analisar a política de assistência farmacêutica no município de Camaçari-Bahia, quanto à sua organização nas USF, atividades desenvolvidas, facilidades e dificuldades no trabalho dos farmacêuticos, acesso e uso dos usuários, tendo em vista os princípios da Atenção Básica.

Este estudo utilizou-se de estratégias metodológicas que permitiram analisar a organização da Assistência Farmacêutica, o acesso aos medicamentos essenciais e a relação dos usuários com os serviços farmacêuticos e a prescrição de medicamentos no SUS, em um município baiano. Nesse sentido, identificou-se o esforço da AF no município, em incluir as ações dos serviços de farmacêuticos na saúde da família, incorporando, ainda que de forma incipiente, o acompanhamento dos pacientes e da família.

Entretanto, as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos e pelo gestor da AF nos serviços farmacêuticos da Saúde da Família estão voltadas, principalmente, para alguns aspectos restritos do ciclo logístico da AF, não contemplando o acompanhamento e a responsabilidade longitudinal pelo paciente e pela família, o cuidado integral com enfoque nos problemas e nas necessidades em saúde da população, além de aspectos culturais, coordenação das ações e serviços farmacêuticos no território, comunicação e educação em saúde voltadas para o uso racional dos medicamentos.

Assim, ao caracterizar as atividades desenvolvidas pelos serviços farmacêuticos nas USF, percebeu-se o trabalho em equipe na atenção primária como elemento facilitador para a realização das atividades e observou-se um esforço em inserir e articular suas ações com a equipe de saúde da família. Assim, torna-se imprescindível o acompanhamento das famílias no território, com atividades voltadas para o seguimento farmacoterapêutico, contribuindo para o emponderamento dos pacientes e fortalecimento da sua autonomia, identificando as necessidades em saúde, visando ao uso racional dos medicamentos.

Emergiram, portanto, como desafios para os serviços farmacêuticos nas USF, o acesso aos medicamentos essenciais, a ausência dos farmacêuticos e do pessoal auxiliar; a sobrecarga de trabalho, ocasionada pelo número reduzido de farmacêuticos; a infra-

estrutura deficiente das farmácias da USF e da Central de Abastecimento Farmacêutico; e a insuficiência de materiais e insumos para o desenvolvimento das atividades. Soma-se a isso a dificuldade de autonomia na gestão dos recursos financeiros.

Apesar das dificuldades encontradas para desenvolver as atividades na saúde da família, bem como as limitações na gestão e organização da AF, os farmacêuticos enunciam possibilidades da articulação das ações nos serviços de saúde. Porém, ao se verificar as atividades farmacêuticas, constata-se que o planejamento e a programação conjunta de ações ainda não estão incorporados no cotidiano dos serviços farmacêuticos, embora, os profissionais reconheçam a importância desses instrumentos. A comunicação também mostrou-se frágil, seja com as equipes da saúde de família ou com os usuários.

Nesse sentido, cabe aos serviços farmacêuticos desenvolver atividades de planejamento e gestão, seleção dos medicamentos e avaliação das tecnologias em saúde, informações sobre o uso dos medicamentos, acompanhamento e monitoramento na sua utilização, farmacovigilância e educação permanente, tendo em vista o atendimento integral ao paciente e à família, e a sua contribuição no cuidado em saúde.

Realizar este estudo permitiu verificar a importância da inserção do farmacêutico nas USF e a potencialidade do seu trabalho junto às equipes e no território, como ação favorecedora à promoção da saúde e identificação de situações de risco sanitário na comunidade. Como meios que potencializam o desenvolvimento dessas ações, destacaram-se a realização de atividades com acolhimento aos usuários, acompanhamento da utilização dos medicamentos, educação em saúde com ações voltadas ao esclarecimento da comunidade sobre o uso racional dos medicamentos, bem como, a implementação de uma política de recursos humanos que contemple a qualificação dos profissionais e a inserção dos farmacêuticos em tempo integral nos serviços farmacêuticos das USF.

Muitos são os fatores que comprometem a qualidade da AF no município, dentre eles destacam-se principalmente os relacionados a desvios, perdas, descartes inadequados, erros na distribuição e utilização dos medicamentos, o que pode elevar custos e, sobretudo, comprometer a saúde da população. Entretanto, para a reorientação da AF, é necessário investimento na organização e gestão dos serviços, o que para a qualidade e eficiência das atividades da AF, requer adequação de recursos como: financiamento,

infraestrutura, equipamentos, bem como profissionais qualificados e gestores envolvidos com o processo da AF nos serviços de saúde.

Os motivos da falta de medicamentos na rede pública são múltiplos e complexos, contudo, observa-se que a falta de prioridades no fornecimento dos medicamentos e na organização das farmácias nas USF tem ocasionado irregularidades no abastecimento de medicamentos, no âmbito da saúde da família, o que, em parte dificulta a efetividade das ações de saúde, bem como o acesso da população aos medicamentos. No entanto, faz-se necessário a incorporação dos serviços farmacêuticos como componente das políticas farmacêuticas nacionais para a ampliação do acesso aos medicamentos essenciais, bem como proporcionar uma política de atenção integral direcionada aos indivíduos, família e comunidade.

No presente trabalho, constatou-se que se faz necessário a implementação de uma política de recursos humanos, que contemple melhores salários, mais contratações e qualificação permanente dos farmacêuticos e auxiliares, bem como uma política mais clara com a determinação das atribuições do farmacêutico e organização da AF atenção básica, tendo em vista o redirecionamento da organização e da gestão da AF nos serviços de saúde, assegurando o acesso universal e igualitário dos usuários aos serviços farmacêuticos no SUS.

Este estudo não teve por objetivo destacar pontualmente problemas da AF de um dado município ou Estado e, sim, abrir uma discussão crítica a respeito das atividades dos serviços farmacêuticos na saúde da família. É importante destacar a ausência do farmacêutico na equipe mínima do PSF e das atividades inerentes à prática farmacêutica no território, nos domicílios e na comunidade, fato que deixa lacunas importantes no acompanhamento das famílias e na utilização racional dos medicamentos. Neste sentido, este trabalho se refere à organização da AF, assim como à normatização dos serviços farmacêuticos na atenção básica, especialmente na saúde da família, tendo em vista a sua reorganização e as melhorias no acesso aos medicamentos essenciais, o que deve favorecer, principalmente, às práticas e ações voltadas para o uso racional de medicamentos e a integralidade do cuidado em saúde.

8. Referências da Introdução até Estratégias Metodológicas

ADAY, L. & ANDERSEN, R. 1974 "A Framework for the Study of Access to Medical Care" **Health Services. Research** 9 (2): 208-20. 1974.

ADAY, L. A. & ANDERSEN, R., 1992. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: **Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología** (K. L., White, ed.), pp. 604-613, Washington: OPAS.

ANDERSEN, R. M.; et al. Exploring Dimensions of Access to Medical Care. **Health Services Research** 18:1 (Spring 1983).

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care. Does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, p.1-10, 1995.

BAHIA, Secretaria da Saúde. Portaria nº. 3562, de 1996. Criação do Comitê Estadual de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial do Estado**, 1996.

BAHIA, Secretaria da Saúde. Decreto nº. 7565, de 05 de maio de 1999. Extingue a Empresa de produtos Farmacêuticos da Bahia Ltda. – BAHIAFARMA e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, 06 abr. 1999.

BAHIA, **Secretaria da Saúde do Estado – SESAB**. RESME. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais. Bahia: Secretaria de Saúde do estado da Bahia; 2009.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado – SESAB. Decreto Lei nº. 11935/10, de 19 de janeiro de 2010. Institui a Política Estadual de Assistência Farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, 19 jan. 2010.

BARRETO, J. L. & GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 26, nº. 6, p.1207-1220, 2010.

BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W. & GASTKELL, G. (Orgs.) **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações**. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p.189-217.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: observação social e estudos de caso sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.17-133.

BERMUDEZ, J. A. Z. & BONFIM, J. R. de A. (Orgs.) **Medicamentos e Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999, 236p.

BERMUDEZ, J. A. Z. 2000. Medicamentos: acesso e perspectivas na virada do século. **Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, nº. 76, ano XVII: jan/mar.

BERMUDEZ, J. A. Z.; et al. Assistência Farmacêutica. IN: GIOVANELLA, L; et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2008, pp. 761-793.

BRASIL, Decreto nº. 68.806/71, que dispõe sobre a instituição da Central de Medicamentos – CEME e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun.1971.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: **Centro de documentação**. 1988. 221p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº. 2.283/97 do Ministério da Saúde que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN e a desativação da Central de Medicamentos – CEME, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jul.1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/98 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Lei 9.787, de 10 de fev. de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização da denominação genérica em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 fev. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde. **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**, nº. 25, 2001, 40p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº. 4.276/03 do Ministério da Saúde que cria a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de medicamentos e Assistência Farmacêutica. Brasília, 15 a 18 de setembro de 2003. **Relatório Final**. Brasília Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_daf/publicacoes/Relat_confer_assfarma.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 5090/04 do Ministério da Saúde que regulamenta a Lei nº. 10.858 de 13 de abril de 2004 e institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1956/06 do Ministério da Saúde que institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 agosto 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: 2006b. 100p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.237/07 do Ministério da Saúde, que define as normas de execução e financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dezembro 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: **RENAME. Série B. Textos Básicos de Saúde 7. ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 250p.

BRASIL. Lei 12.401, de 28 de abr. de 2011. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 abr. 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508/2011 do Ministério da Saúde que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de junho 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Conselho Nacional de Saúde**, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissão/conep/resolucao.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: **RENAME 2013. 8. ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 200p.

BRUYNE, P.; et. al. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**: os polos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. p. 201-251.

CAMAÇARI, Prefeitura Municipal de Camaçari. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Camaçari: Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari; 2009.

CAMAÇARI, Prefeitura Municipal de Camaçari. **Secretaria da Saúde do Município de Camaçari**. Disponível em: <http://www.Camaçari.com.br/saude.php>, acessado em 30.05.2012.

CARNEIRO, R. M.; et al. Estudo das prescrições de medicamentos em crianças de 0 a 2 anos, atendidas no serviço municipal de saúde de Américo Brasiliense – SP, 1999. **Revista Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 229-248. 2000.

CARVALHO, M. F.; et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, suppl.1, p. S100-S108, 2005.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de Utilização de Medicamentos**: noções básicas. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000.

CHAVES, A. Estudios de Utilización de Medicamentos: conceptos e aplicaciones. In: BERMUDEZ, J. A. Z. & BONFIM, J. R. de A. (Orgs.) **Medicamentos e Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999, p. 101-124.

COELHO, H. L. L. & SANTOS, D. B. Farmacoepidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. & BARRETO, M. L. (Org.) **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, métodos e aplicações. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, v. 61, p. 670-677.

COLOMBO, D.; et al. Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 549-558. 2004.

COSENDEY, M. A. E.; et. al. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 16, nº. 1, p.171-182, 2000a.

COSENDEY, M. A. E., **Análise de Implantação do Programa de Farmácia Básica: Um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2000b.

COSTA-COUTO, M. H. & NASCIMENTO, Á. C. Assimetria nas Relações Internacionais, Propriedade Industrial e Medicamentos Anti-aids. **Ciência. Saúde Coletiva**. 2008, vol.13, n.6, pp. 1869-1877.

CROZARA M. A. & RIBEIRO E. Estudo de Utilização de Medicamentos. In: STORPIRTIS S.; et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 267-279.

CUNHA, M. C. N.; et al. Avaliação do Uso de Medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 215-227. 2002.

DAL PIZZOL, T. S. et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 827-836. 2010.

FARIAS, A. D. et al. Indicadores de Prescrição Médica nas Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Campina Grande, PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 149-156. 2007.

FROHLICH, S. E; MENGUE, S. S. Os Indicadores de Qualidade da Prescrição de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são Válidos? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, Abr. 2011.

GIOVANELLA, L. & FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 177-198.

GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare. **Health Services Research**, v. 33, n. 3, p. 625-651, 1998.

GUERRA JÚNIOR, A. A. & ACÚRCIO, F. A. Acesso aos Medicamentos no Brasil. In: ACÚRCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 113-124.

IBGE, **Departamento de Contas Nacionais**, disponível em: www.ibge.org.br. Acessado em 05 de maio de 2011.

KARNIKOWSKI, M. G. O. et al. Access to essential drugs in 11 Brazilian cities. A community based evaluation and action method. **Journal Of Public Health Policy**, U.S.A., v. 25, n. 3/4, p. 288-298, 2004.

LEITE, S. N.; et al. Estudos de Utilização de Medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, suppl., 13, p. 793-802. 2008.

LOPES, A. E. C.; et al. **Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brasil**. INRUD 1996 6:17.

MARCONDES, N. S. P. **A Assistência Farmacêutica Básica e o Uso de Medicamentos na Zona Urbana do Município de Ponta Grossa, Paraná: um estudo de caso**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 2002.

MARIN, N.; et al. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 20. ed., 2003.

MAYORGA, P.; et al. Assistência Farmacêutica no SUS: quando se efetivará? . In: MISOCZKY, M. C. & BORDIN, R. (Orgs.). **Gestão Local em Saúde: Práticas e Reflexões**. 1. ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. p. 197-215.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Panorama (Medicamentos para Doenças Negligenciadas)**. Drugs for Neglected Diseases (DND), Genebra, Suíça. Disponível em: <http://www.dndi.org.br/pt/centro-de-documentacao.html>. Acessado em 05 de maio de 2011.

MELO, D. O.; et al. A Importância e a História dos Estudos de Utilização de Medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 475-485. 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244p.

NAVES, J. O. S & SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39 n. 2, p. 223-230, 2005.

NOBREGA, O. T.; et al. Pattern of drugs prescribed for community-residing middle-aged and older adults from the outskirts of Brasília. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 41, p. 271-277, 2005.

OLIVEIRA, M. A.; et al. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

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**, Rio de Janeiro, v. 15 supl. 3 p. 3561-3567, 2010.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio das Organizações das Nações Unidas**, New York, EUA: 2000, 20p.

ONU. **The Millennium Development Goals Report** New York, EUA: 2010 80p. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Consenso Brasileiro da Atenção Farmacêutica: proposta**. Brasília, 2002. 24.p.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005. 260p.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; et. al. **Estudos de Utilização de Medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 92p.

PAHO. Pan American Health Organization. **Rapid Pharmaceutical Management Assessment: an indicator-based approach**. Washington, 1995. 173p.

PAIM, J. S & SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.). 2010, vol.12, n.2, p. 109-114. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

PANIZ, V. M. V.; et al. Acesso a Medicamentos de Uso Contínuo em Adultos e Idosos nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 267-280. 2008.

PAULA, G. N. Os Desafios da Indústria Farmacêutica Global e o Redesenho do Negócio pela Merck. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, jan/mar 2001, vol 4, p. 76-87.

PENCHANSKY, R & THOMAS, J. W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**, 1981; Feb;19(2):127-40. [PubMed].

PEPE, V. L. E. **Estudo sobre a Prescrição de Medicamentos em uma Unidade de Atenção Primária** [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 1994.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: Fundamentos Teóricos e Conceituais. In: ACÚRCIO, F. A. (Org.). **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. p. 09-30.

PINHEIRO, V. R.; et al. A Importância de Delimitar o Tamanho de Amostra na Inferência Estatística. **Revista de Estatística da Universidade Federal de Ouro Preto**, Minas Gerais, v. 1, p. 17-24, 2011.

RIECK, E. B. & BORGES, P. E. M. **Indicadores da Gestão Estadual de Assistência Farmacêutica**. In: Assistência Farmacêutica: Contribuições para produção, gestão e utilização de medicamentos. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2010.

ROZENFELD, S. et al. Drug Utilization and Polypharmacy Among the Elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v. 23, p. 34-43, 2008.

SANCHEZ, R. M, & CICONELLI, R. M. Conceitos de Acesso à Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública.** v. 31(3), p. 260-268, 2012.

SANTOS-PINTO, C. D. B. et al. Novos Delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cadernos Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 29, n.6, p. 1056-1058, 2013.

SANTOS, V. & NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do Uso de Medicamentos Prescritos e de Assistência ao Paciente de Serviços da Saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 6, p. 819-826, 2004.

SCHENKEL, E. P.; et al. Assistência Farmacêutica. In: Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 199-219.

SIMÕES, M. J. S & MOTTA, M. A. Indicadores do Uso de Medicamentos em Unidade Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP. **Revista INFARMA.** V. 6, p. 6-12. 1997.

SIMÕES, M. J. S & FALVO, I. F. Estudo da Prescrição de Medicamentos para Idosos Atendidos em Serviço Público de Saúde, em Município da Região Sudeste, Brasil 1999. **Revista de Ciências Farmacêuticas.** São Paulo. v. 21, n. 2, p. 217-227. 2000.

SIMÕES, M. J. S. Estudos de Utilização de Medicamentos. In: CASTRO L.L.C. **Fundamentos de Farmacoepidemiologia: uma introdução ao estudo da Farmacoepidemiologia.** Campo Grande: Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos-GRUPURAM, 2001. p.127-169.

SIQUEIRA, F. et. al. **Avaliação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no Distrito Federal.** Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ Escola Superior de Ciências da Saúde, 2008.

SOARES, L. A. **Utilização de Medicamentos e o Acesso ao Serviço de Dispensação: modelo teórico e elementos empíricos.** Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC, 2013. 253 p.

TEIXEIRA, C.F. & VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J.S. & ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, 2014. cap. 21, p. 287- 301.

TOBAR, F. & YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. 2001.

TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma Revisão sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, (Sup 2): p.S190-S198, 2004.

WHO. World Health Organization. **The Selection of Essential Drugs: report of a WHO expert committee**. Geneva: WHO, 1977. (Technical Report Series, no 615).

WHO. World Health Organization. **Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care**, Alma Ata, 6-12 Setember 1978. Genebra: WHO, Health for all Series, n.1, 1978.79p.

WHO. World Health Organization. **Indicators for Monitoring National Drug policies, Action Program on Essencial Drugs**. Geneva: WHO/DAP/ 94.12; 1994.

WHO. World Health Organization. **Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines Policy**. Genebra: WHO, 2000.70p.

WHO. World Health Organization. **Selección de Medicamentos Esenciales Genebra**: WHO, n. 4, 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf.

WHO. World Health Organization. **The World Medicines Situation: Access to essential Medicines 2004**. Genebra: WHO, n. 7, 2004. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_World_Medicines_Situation.pdf.

WHO. World Health Organization. **Using indicators to Measure Country Pharmaceutical Situations**. Fact Book on WHO Level I and Level II monitoring indicators. WHO. 2006.179p. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/WHOTCM2006.2A.pdf>.

WHO. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013**. Oslo, 2012. Disponível em: http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário de Entrevista para Usuários



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

	<p align="center">Universidade Federal da Bahia Instituto de Saúde Coletiva Fone: (071) 3283 - 7467 E-mail responsável: rmf@ufba.br rosaxavierr@yahoo.com.br</p>
---	--

Questionário dos Usuários

Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia

1.Data da Entrevista:	2. Nome Entrevistador:	3.No Questionário:	4. Hora Início:
5. Região de Saúde:	6.USF:	7.Município/Bairro:	8.Hora Final:

A. Características sócio-demográficas

<p>A1. O informante do questionário é: 1() Mulher idade fértil () Menopausada 2() Homem 3() Gestante período da gestação _____ 4() Idoso 5() Acompanhante (pai/mãe/avô/avó) de criança 7() Acompanhante de Idosos 8() Outro qual? _____ O informante do questionário deverá ter mais de 18 anos e ter uma prescrição para uso próprio ou para alguém.</p> <hr/> <p>A2. Prescrição do informante: 1() Sim 2() Não</p> <hr/> <p>A3. Sexo: 1() F 2() M</p> <hr/> <p>A4. Qual a sua idade? _____ Data de nascimento: ____/____/____</p> <hr/> <p>A5. Qual a sua escolaridade? 1() Ensino básico incompleto (Analfabeto) 2() Ensino básico completo (Alfabetização) 3() Ensino fundamental incompleto 4() Ensino fundamental completo 5() Ensino médio incompleto 6() Ensino médio completo (2º Grau completo) 7() Superior incompleto 8() Superior completo 9() Pós-graduação 10() Não frequentou a escola</p>	<p>A6. Qual a sua ocupação/ profissão? _____</p> <hr/> <p>A7. Em qual dessas classificações o (a) Sr (a) define sua raça/cor? 1() branca 2() preta 3() parda 4() amarela 5() indígena 6() NRA (nenhuma resposta acima)</p> <hr/> <p>A8. Qual a sua situação conjugal atual? 1() casado(a)/convivente 2() solteiro(a) 3() divorciado(a) 4() viúvo(a)</p> <hr/> <p>A9. De um modo geral, o (a) Sr (a) considera o seu próprio estado de saúde como (citar as alternativas para o usuário) 1() Muito bom 2() Bom 3() Regular 4() Ruim 5() Muito ruim 6() Não se aplica</p> <hr/> <p>A10. Qual a sua renda pessoal? 1() menor que um salário mínimo 2() salário mínimo 3() de um a dois salários mínimos 4() de dois a três salários mínimos 5() de três a quatro salários mínimos 6() mais de cinco salários mínimos 7() não quis responder 8() não tem renda</p>
--	---

B. Indicadores de prescrição/cuidado/uso racional:

<p>B1. Origem da prescrição: 1() SUS 2() Privado</p>	<p>B8B1. Número de medicamentos prescritos pela denominação genérica: 1() um 2() dois 3() três 4() quatro 5() cinco 6() acima de cinco 7() Todos</p>
<p>B2. Sexo: 1() F 2() M</p>	<p>B9. Classe dos medicamentos presente na prescrição: 1() ACV - C 2() Dermatológicos - D 3() Hormônios sexuais- G02 /G03 4() Vitaminas – A11 5() Anti-diabetes – A10 6() Sistema nervoso - N 7() Músculo- Esquelético- M01, M02, M03 8() Antiparasitários-P 9() Anti-infecciosos sistêmicos – J 10() Anti-trombócitos – B01 11() Anti-anêmicos – B03 12() Órgão do sentido- S 13() Aparelho respiratório- R 14() Outro, qual? _____</p>
<p>B3. Nº de medicamentos p/ prescrição: 1() um 2() dois 3() três 4() quatro 5() cinco 6() acima de cinco</p>	<p>B10. Qual o profissional prescriptor? 1() Médico 2() Enfermeiro 3() Dentista 4() Outro, qual? _____</p>
<p>B4. Nome dos medicamentos contidos na prescrição dispensados _____ _____</p>	<p>B11. A prescrição contém as informações mínimas necessárias para o uso do medicamento, que são: nome, dose, posologia e tempo de uso dos medicamentos prescritos - esta última informação só não é fundamental para os pacientes com doenças crônicas. 1() Sim 2() Não; qual? _____</p>
<p>B5. Número de medicamentos dispensados por prescrição: 1() nenhum 2() um 3() dois 4() três 5() quatro 6() cinco 7() acima de cinco 8() Todos prescritos</p>	<p><u>As questões B12 À C20 deverão ser perguntadas a todas as usuários e registrado o seu entendimento e opinião</u></p>
<p>B6. Número de medicamentos não dispensados por prescrição: 1() nenhum 2() um 3() dois 4() três 5() quatro 6() cinco 7() acima de cinco 8() Todos prescritos</p>	<p>B12. O (a) Sr (a) conhece corretamente a posologia de todos os medicamentos da sua receita: 1() Sim 2() Não; qual? _____</p>
<p>B7. Nome dos medicamentos contidos na prescrição não dispensados _____</p>	
<p>B8. Número de medicamentos por via de administração: 1() oral 2() injetável 3() tópica 4() inalável 5() outro qual? _____</p>	
<p>B13. Qual o número de medicamentos ideal para a sua receita: 1() um 2() dois 3() três 4() quatro 5() cinco 6() acima de cinco</p>	

- 2() Não
- 3() Às vezes
- 3() Não se aplica

C7. Quais as razões/motivo de não ter encontrado o medicamento?

C15. Telefone fixo/celular/recado_____

Apêndice 2 – Roteiro de Entrevista para Farmacêuticos das USF



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia

Nome:

Idade: Formação: Trajetória na Assistência Farmacêutica:

1 - Como são realizadas as atividades da Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família?

2 – Existem prioridades? Como são definidas as prioridades?

3 – Quem define as atividades a serem executadas?

4 – Existe planejamento das atividades? Se sim, o Sr. participa da elaboração do planejamento das atividades da Assistência Farmacêutica referente às Unidades de Saúde da Família? Se sim, de que forma?

5 – Existem atividades de avaliação e /ou monitoramento das atividades de Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família? Se sim, de que forma?

6 – Existe o Plano Municipal de AF: O Plano de Saúde do Município inclui a AF?

7 – Existe a CFT (Comissão de Farmácia e Terapêutica) na SMS, funcionando regularmente ou periodicamente (reuniões, atas e decisões tomadas)? Existe a RME no município? Se Sim: O Sr. acompanha o processo de composição da lista de medicamentos? Quais são os critérios utilizados para a composição da lista de medicamentos do Município? (dados epidemiológicos; perfil da demanda; utilização da lista do Estado ou União; manutenção das listas anteriores; evidências científicas; novos medicamentos; necessidade dos protocolos clínicos implantados). Disponibilidade da RME na Unidade de Saúde? é atualizada? Existem o guia farmacoterapêutico e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas disponíveis nas Unidades de Saúde e consultórios? Existe diretrizes detalhadas por escrito relativas à apresentação de solicitações de inclusão/exclusão de medicamento?

8 – Quais as formas de estimar as necessidades de medicamentos (Métodos aplicados para a programação): Epidemiológico; Consumo histórico; Consumo ajustado. No caso de faltar, o que é feito: nova aquisição; ajuste da programação; aguarda a nova remessa; adoção de soluções informais; redistribuição entre Unidades. No caso de excedente: ajuste da programação; redistribuição entre Unidades; avaliação da possibilidade de revalidação do prazo; perde-se o que sobrou.

9 – Descreva a Dispensação: organização, estrutura física e recursos humanos, processo de entrega dos medicamentos nas unidades (acolhimento, análise da prescrição, separação dos medicamentos, registro, acompanhamento e orientações)

10 - O Sr. participa das reuniões ordinárias da equipe de saúde? A equipe desenvolve atividades integradas entre os vários profissionais? Existem atividades de educação sobre o uso dos medicamentos ao paciente ambulatorial?

11 – Existem cursos de capacitação para farmacêuticos e pessoal envolvido na entrega dos medicamentos?

12 - Existem fontes de informação sobre medicamentos na farmácia da Unidade de Saúde. Se sim, quais?

13 – Existem notificações de eventos adversos? Se sim: Qual a frequência? Qual é o processo de análise/encaminhamento dado às notificações? Nenhum encaminhamento; encaminhado para a CFT ou CFV; encaminhado a outro setor (especificar).

14 – Quais as facilidades e dificuldades no desenvolvimento do ciclo da Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família?

15 – Existem dificuldades para o acesso aos medicamentos essenciais nas Unidades de Saúde da Família? Se sim, quais são as identificadas?

16 – Quais as estratégias de promoção do acesso aos medicamentos essenciais estão sendo implementadas nas Unidades de Saúde da Família? Como são avaliadas essas estratégias de ampliação do acesso aos medicamentos essenciais nas Unidades de Saúde da Família?

17 – Quais propostas poderiam ser implementadas ou ampliadas para a melhoria do seu trabalho nas Unidades de Saúde da Família?

18 – O/A senhor (a) gostaria de fazer alguma pergunta ou acrescentar algum comentário?

Apêndice 3 – Roteiro de Entrevista para a Gestora da AF



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia

Nome:

Idade: Formação: Trajetória na Assistência Farmacêutica:

1 - Como são realizadas as atividades nesta Coordenação para a Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família?

2 – Existem prioridades? Como são definidas as prioridades?

3 – Como são definidas as atividades a serem executadas?

4 – Existe planejamento das atividades? Se sim, como é realizado o planejamento das atividades da Assistência Farmacêutica referente às Unidades de Saúde da Família?

5 – Existem atividades de avaliação e /ou monitoramento das atividades de Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família? Se sim de que forma?

6 – Existe o Plano Municipal de AF: O Plano de Saúde do Município inclui a AF? Existência da AF no organograma da SMS?

7 – Existe a CFT (Comissão de Farmácia e Terapêutica) na SMS, funcionando regularmente ou periodicamente (participantes, reuniões, atas e decisões tomadas)? Existe a RME no município? Se Sim: O Sr. acompanha o processo de composição da lista de medicamentos? Quais são os critérios utilizados para a composição da lista de medicamentos do Município? (dados epidemiológicos; perfil da demanda; utilização a lista do Estado ou União; manutenção das listas anteriores; evidências científicas; novos medicamentos; necessidade dos protocolos clínicos implantados). Disponibilidade da RME na Unidade de Saúde? é atualizada? Existe o guia farmacoterapêutico e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas disponíveis nas Unidades de Saúde e consultórios? Existe restrição à compra de medicamentos que não pertencem à RME? Existem diretrizes detalhadas, por escrito, relativas à apresentação de solicitações de inclusão/exclusão de medicamento?

8 – Como se dão as relações com outros setores da SMS no tocante à Assistência Farmacêutica na Saúde da Família? O Sr. participa das reuniões ordinárias da SMS?

9 - Existem de cursos de capacitação para farmacêuticos e pessoal envolvido na entrega dos medicamentos de medicamentos?

10 – Existem fontes de informação sobre medicamentos na Assistência Farmacêutica no município e nas Unidades de Saúde da Família?

11 – Existem notificações de eventos adversos? Se sim: Qual a frequência? Qual é análise/encaminhamento dado às notificações? Nenhum encaminhamento; encaminhado para a CFT ou CFV; encaminhado a outro setor (especificar)?

12 – Quais as facilidades e ou dificuldades no desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica no município e nas Unidades de Saúde da Família?

13 – Existem dificuldades para o acesso aos medicamentos essenciais no município e nas Unidades de Saúde da Família? Se sim, quais são as identificadas?

14 - Que ações/encaminhamentos são realizadas (os) na Assistência Farmacêutica para a resolução de eventuais dificuldades?

15 – Quais as estratégias de promoção do acesso aos medicamentos essenciais estão sendo implementadas na Assistência Farmacêutica no município e nas Unidades de Saúde da Família? Se Sim, como são avaliadas as estratégias de ampliação do acesso aos medicamentos essenciais no município e nas Unidades de Saúde da Família?

16 – Quais propostas poderiam ser implementadas ou ampliadas para a melhoria da Assistência Farmacêutica no município e nas Unidades de Saúde da Família?

17 – O/A senhor (a) gostaria de fazer alguma pergunta ou acrescentar algum comentário?

Apêndice 4 – Roteiro de Entrevista para o Farmacêutico da CAF e Licitação



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia

Nome:

Idade: Formação: Trajetória na Assistência Farmacêutica:

- 1 - Como são realizadas as atividades de Assistência Farmacêutica CAF?
- 2 – Existem prioridades? Como são definidas as prioridades?
- 3 – Como são definidas as atividades a serem executadas?
- 4 – Existe planejamento das atividades? Se sim, como é realizado o planejamento das atividades da Assistência Farmacêutica na CAF referente às Unidades de Saúde da Família?
- 5 – Existem atividades de avaliação e /ou monitoramento das atividades de Assistência Farmacêutica da CAF nas Unidades de Saúde da Família? Se sim, de que forma?
- 6 – Existe o Plano Municipal de AF? O Plano de Saúde do Município inclui a AF? Consta o nome da AF no organograma da SMS?
- 7 – Existe a CFT (Comissão de Farmácia e Terapêutica) na SMS funcionando regularmente ou periodicamente (participantes, reuniões, atas e decisões tomadas)? Existe a RME no município? Se Sim: O Sr. acompanha o processo de composição da lista de medicamentos? Quais são os critérios utilizados para a composição da lista de medicamentos do Município? (dados epidemiológicos; perfil da demanda; utilização a lista do Estado ou União; manutenção das listas anteriores; evidências científicas; novos medicamentos; necessidade dos protocolos clínicos implantados). Existe a disponibilidade da RME na Unidade de Saúde? é atualizada? Existe o guia farmacoterapêutico e protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas disponíveis nas Unidades de Saúde e consultórios? Existe restrição à compra de medicamentos, que não pertencem à RME? Existem diretrizes detalhadas por escrito, relativas à apresentação de solicitações de inclusão/exclusão de medicamento?

8 – Quais as formas de estimar as necessidades de medicamentos (Métodos aplicados para a programação): Epidemiológico; Consumo histórico; Consumo ajustado. No caso de faltar, o que é feito: nova aquisição; ajuste da programação; aguarda a nova remessa; adoção de soluções informais; redistribuição entre Unidades. No caso de excedente: ajuste da programação; redistribuição entre Unidades; avaliação da possibilidade de revalidação do prazo; perde-se o que sobrou.

9 – Quanto à aquisição de medicamentos: Existe cadastro de fornecedores? Quais são os fornecedores de medicamentos para o Município? Existe algum tipo de avaliação de desempenho/qualificação dos fornecedores? Existe Comissão Permanente de Licitação (CPL)? Se sim, como funciona? Qual a composição? No caso de não haver, que se faz? Quais as modalidades de aquisição mais utilizadas? Com que frequência são adquiridos os medicamentos? Quem realiza a especificação técnica dos produtos? Quem é o responsável pela elaboração do edital de compra? Existem de procedimentos operacionais padrão ou protocolos? Se sim, quais? Quem elaborou? Qual a periodicidade para atualização? Em quais documentos baseou-se para a sua elaboração?

10 – Como é realizado o armazenamento (condições do local de armazenamento espaço físico, área climatizada, ventilação, iluminação, temperatura, controle de pragas); medicamentos de controle especial; medicamentos termolábeis; sistema de controle de estoque – (controle de entrada e saída de medicamentos, controle da validade dos medicamentos, inventário do estoque)?

11 – Como é realizada a distribuição: (veículos para o transporte; conservação no transporte; segurança; monitoramento; movimentação dos estoques; cronograma de entrega – periodicidade; entrega dos medicamentos nas quantidades corretas e com a qualidade desejada)? Existem mecanismos específicos de segregação e incineração dos resíduos?

12 – Existem reuniões ordinárias da equipe de AF e como são as relações com outros setores da SMS no tocante à Assistência Farmacêutica?

13 - Existem de cursos de capacitação para farmacêuticos e pessoal envolvido na entrega dos medicamentos?

14 - Existem fontes de informação sobre medicamentos na Assistência Farmacêutica no município?

15 – Existem notificações de eventos adversos? Se sim: qual a frequência? qual é a (o) análise/encaminhamento dado às notificações? Nenhum encaminhamento; encaminhado para a CFT ou CFV; encaminhado a outro setor (especificar).

16 – Quais as facilidades e dificuldades no desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica no município?

17 – Que propostas poderiam ser implementadas ou ampliadas para a melhoria da Assistência Farmacêutica no município e nas Unidades de Saúde da Família?

18 – O/A senhor (a) gostaria de fazer alguma pergunta ou acrescentar algum comentário?

Apêndice 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Usuários



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Ba.*

Qual o objetivo deste estudo?

Analisar o acesso aos medicamentos essenciais no SUS, no município de Camaçari-Bahia.

No que consiste a participação?

A participação nessa pesquisa consiste em permitir que um de nossos pesquisadores realize uma entrevista sobre os medicamentos que você utiliza.

O estudo será confidencial?

Sim. A sua identidade e participação serão estritamente confidenciais. Você não será identificado pessoalmente em nenhum relatório ou publicação que possa resultar deste estudo.

Quem contatar para maiores esclarecimentos?

Pesquisadora responsável pelo estudo:
Rosa Malena Fagundes Xavier - (71) 32837467 e 8103-1203.
Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia

Você não é obrigado(a) a responder ao questionário, mas, caso aceite participar, agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração, solicitando que assine este Termo de Consentimento.

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 entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Apêndice 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Farmacêuticos e Gestores



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FARMACEUTICOS E GESTORES

Eu, Rosa Malena Fagundes Xavier, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia”, que tem como propósito analisar o acesso aos medicamentos essenciais no Sistema Único de Saúde em Camaçari-Bahia. Para atender aos objetivos deste estudo serão realizados: análise de documentos, observação direta das atividades e entrevistas com informantes-chave.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte da pesquisa ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela. Caso você decida manifestar pública a sua opinião, será garantido que a transcrição da entrevista submeta-se a sua apreciação antes de qualquer divulgação.

Sua participação nesta pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar em conhecimentos sobre “Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS em Camaçari-Bahia”. Porém ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento, você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar. Assumo que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Você poderá entrar em contato com a autora do projeto a qualquer momento pelos telefone (71) 32837467 e 8103-1203.

Eu, (entrevistado) (a) _____, declaro estar ciente de que entendi os objetivos e as condições de participação na pesquisa “Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia” e aceito dela participar. Bem instruído neste termo de consentimento, de acordo com os princípios estabelecidos pela Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, declaro aceitar a pesquisa.

Camaçari, ___/___/2012

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

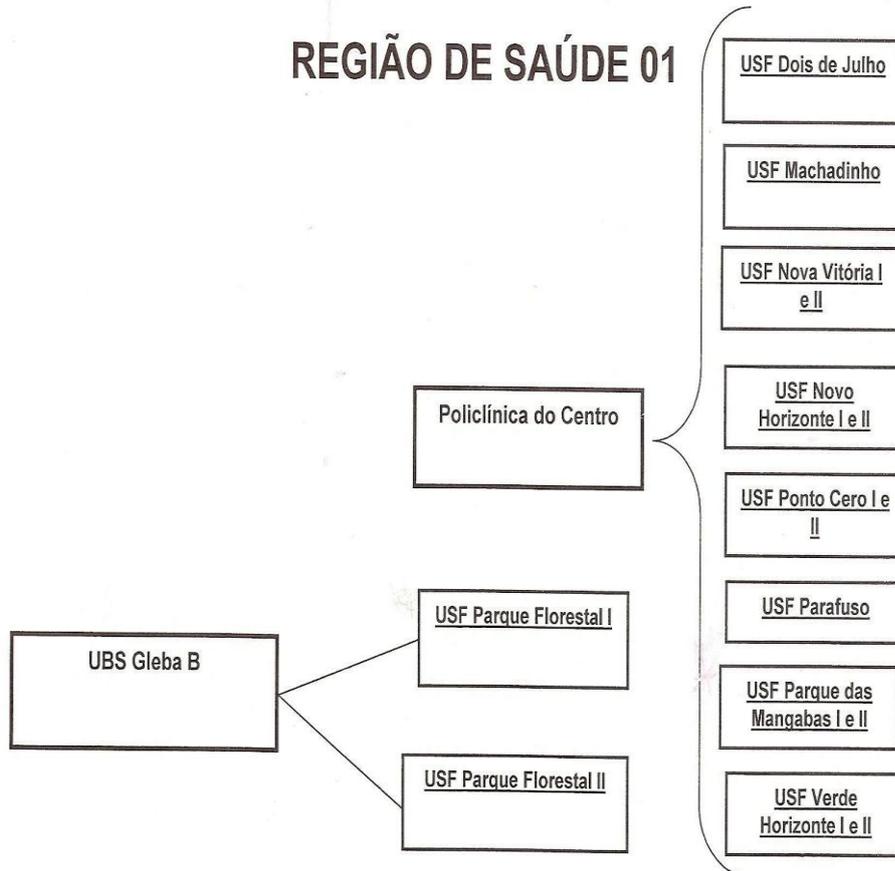
ANEXOS

Anexo 01 – Caracterização da Rede Assistencial.



Caracterização da rede assistencial

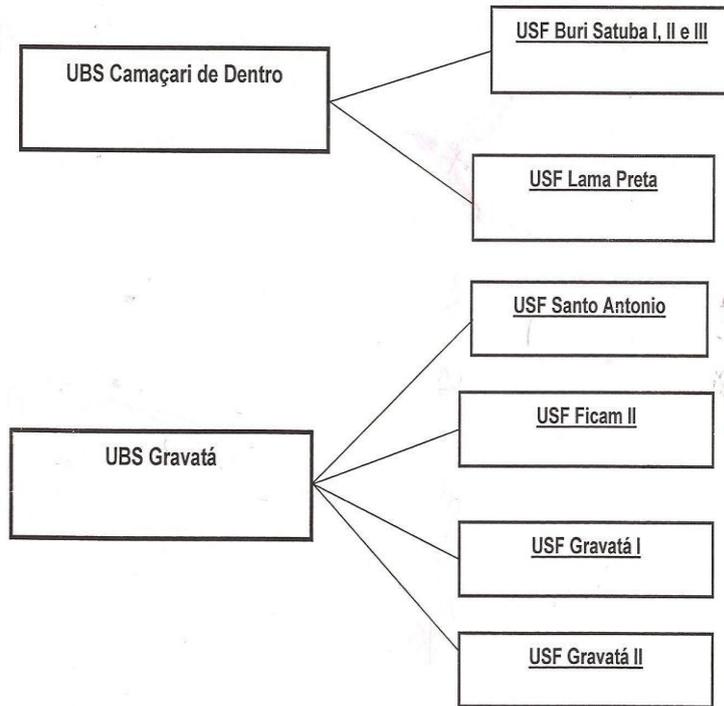
REGIÃO DE SAÚDE 01





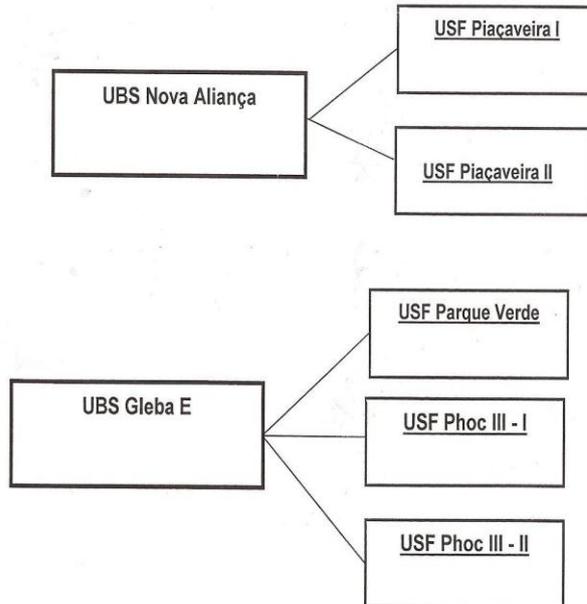
Caracterização da rede assistencial

REGIÃO DE SAÚDE 02



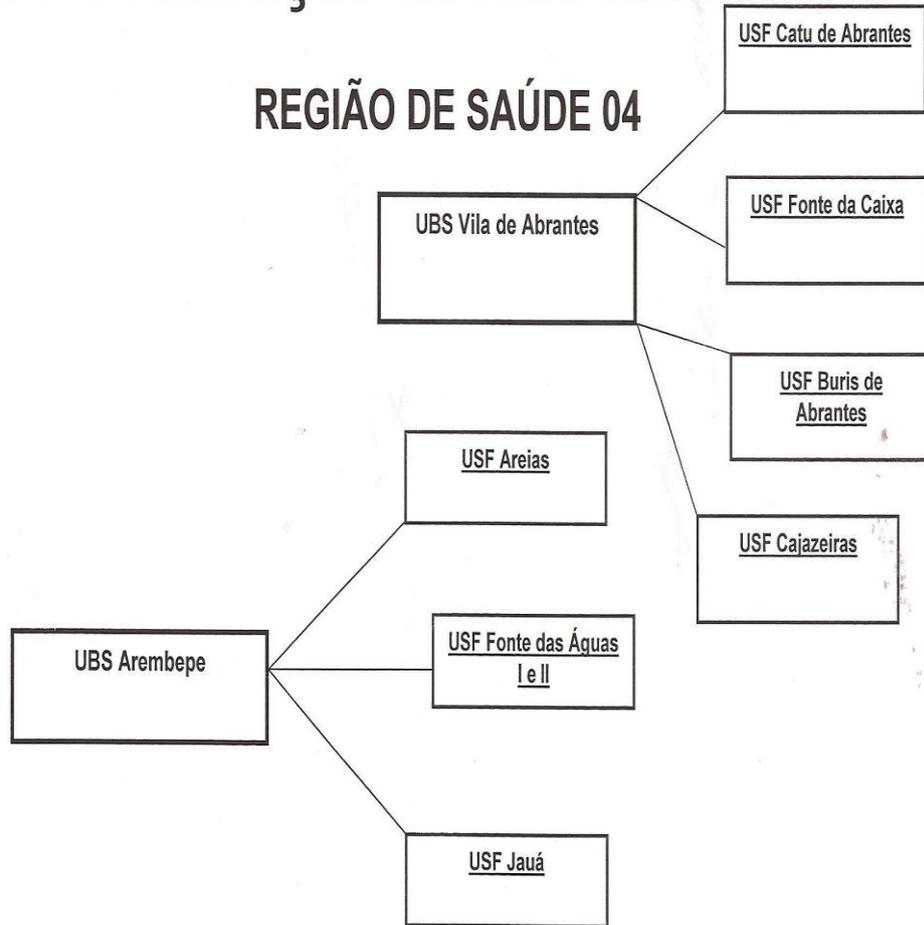
Caracterização da rede assistencial

REGIÃO DE SAÚDE 03





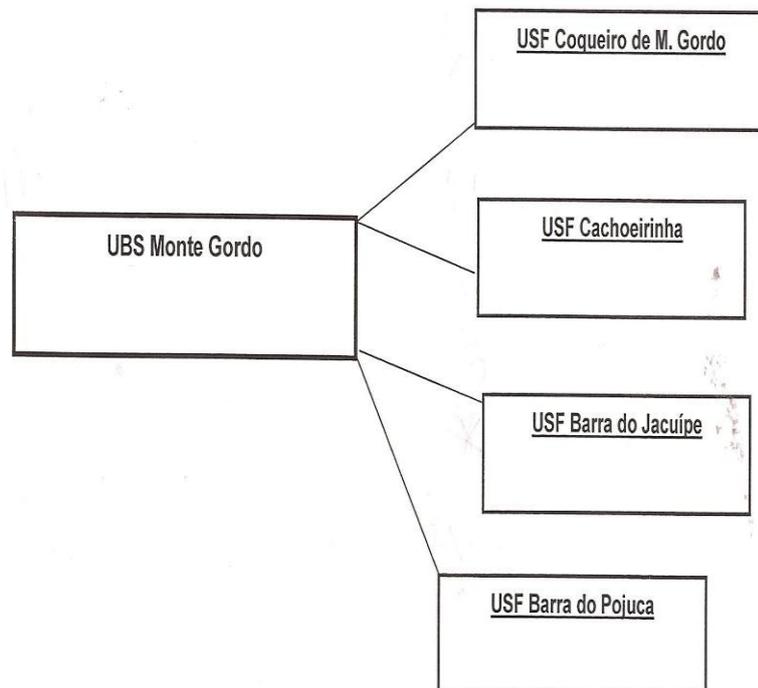
Caracterização da rede assistencial





Caracterização da rede assistencial

REGIÃO DE SAÚDE 05



Anexo 02 – Carta de Anuência.

**ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Vital Sampaio Neto, como Secretário de Saúde do Município de Camaçari-BA, autoriza a realização, nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Rede SUS do Município de Camaçari, da pesquisa intitulada “*Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica: acesso aos medicamentos essenciais no SUS-Camacari Bahia*” a ser realizada pela doutoranda Rosa Malena Fagundes Xavier, aluna do doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que está sob a orientação da professora Ediná Alves Costa.

Informações sobre o estudo:

Propósito: Analisar a acesso aos medicamentos essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia.

Participação: Declaro estar ciente dos objetivos e condições de participação na pesquisa intitulada “Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari-Bahia”. Minha participação será voluntária podendo desistir do estudo a qualquer momento sem risco ou prejuízo pessoal ou institucional. Bem instruído neste termo de consentimento, de acordo com os princípios estabelecidos pela Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde:

Riscos: esta pesquisa não trará riscos para minha integridade física ou moral, tampouco à instituição que represento. Todos os dados serão mantido em sigilo e privacidade. Somente os pesquisadores responsáveis e colaboradores terão acesso às informações. Os resultados dessa pesquisa poderão ser divulgados em eventos como: congressos, simpósios, revistas, periódicos, livros, artigos.

Benefícios: Estou ciente que toda a pesquisa será inteiramente gratuita e os resultados serão disponibilizados para o meu conhecimento, ao término da pesquisa. Os pesquisadores se comprometeram a publicar em periódico nacional os resultados da presente investigação e declararam não haver riscos conhecidos relativos à participação



desta instituição no estudo. Estou também ciente de que a minha participação neste projeto não me proporcionará nenhum benefício material. Considera-se, portanto esta pesquisa como de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar em conhecimentos sobre “Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS em Camaçari-Bahia”.

Consentimento para a participação: Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, autorizo a realização da Pesquisa. Declaro ainda que estou ciente que a instituição está isenta de qualquer despesas para a realização deste estudo.

Portanto, autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE
Vital Sampaio Neto
Secretário de Saúde

Secretário de Saúde do Município de Camaçari

Camaçari, 08 de agosto de 2012

Local e Data

Anexo 03 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 047-12 / CEP-ISC

Registro CEP: 049-12/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: “Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos Essenciais no SUS no Município de Camaçari - Bahia.”

Pesquisador Responsável: Rosa Malena Fagundes Xavier

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, em reunião ordinária do dia 31 de julho de 2012, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 01 de agosto de 2012.


Maria da Conceição Nascimento Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia