



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO**



ELIANA RODRIGUES DE ARAUJO

**A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UMA PROPOSTA DE PLANEJAMENTO PARA
A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**SÃO CARLOS – SP
2016**

ELIANA RODRIGUES DE ARAUJO

**A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UMA PROPOSTA DE PLANEJAMENTO PARA A
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de mestrado apresentado a Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica. Área de concentração gestão do trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha

SÃO CARLOS – SP
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A663c Araujo, Eliana Rodrigues de
A construção coletiva de uma proposta de planejamento para a assistência farmacêutica em uma rede de atenção à saúde / Eliana Rodrigues de Araujo.
- São Carlos : UFSCar, 2016.
84 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Assistência farmacêutica. 2. Rede de atenção à saúde. 3. Planejamento em saúde. 4. Avaliação em saúde. I. Título.



FOLHA DE APROVAÇÃO

ELIANA RODRIGUES DE ARAÚJO

**“A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UMA PROPOSTA DE PLANEJAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 10/03/2016

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha - UFSCar

Prof. Dr. Gilson Caleman – IEP-HSL

Prof.^a Dr.^a Sueli Fatima Sampaio - UFSCar

Dedico este trabalho os meus pais, por tudo que representam em minha vida, são meus eternos amores.

Dedico ainda, ao meu marido, por me acompanhar nessa jornada, compreendendo todas as minhas ausências.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Jesus, que permitiu que tudo acontecesse, no momento certo.

Aos meus pais Jaime (in memoriam) e Elizete, por me dar a oportunidade de ser sua filha. Amo vocês com toda a força!

Aos meus irmãos, Antegenes, Leila e Jéssica, meus cunhados Gerson e Vagner, a minha cunhada Silvana, meus sobrinhos Luiz Octávio, Pedro, Lucas e em especial a Barbara, por me apoiarem nesta jornada e também compreender minhas ausências.

Ao meu querido e amor José Eronildo, que com sua paciência e companheirismo sempre me apoiou. Te amo!!

Os meus amigos Astério, Albuquerque, Edson, Maria do Socorro (Corrinha), Carla, Vera e Jandira, por me apoiarem nesta jornada e também compreender minhas ausências.

A minha querida professora Sueli, pela confiança e carinho em nossa convivência, que com sua sabedoria me ensinou a vencer desafios e a construir sonhos.

Ao professor Padilha, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Ao professor Gilson pelas suas maravilhosas contribuições.

A todos os professores do PPGGC pela significativa contribuição no meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

A todos os profissionais de saúde da Rede Municipal que contribuíram e participaram ativamente no desenvolvimento deste trabalho, parceiros na luta por um serviço de qualidade ofertado pelo SUS, fica aqui o meu sincero agradecimento.

Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo.

Aquilo que colocamos nela corre por nossa conta.

(Chico Xavier,1995)

RESUMO

ARAÚJO, Eliana Rodrigues de. **Assistência farmacêutica em uma rede de atenção à saúde: a construção de uma proposta de planejamento.** 2015. 85 f. Primeira versão de dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016

RESUMO

Introdução: Assumir a Assistência Farmacêutica (AF) como um conjunto de atividades de cunho multiprofissional, que não se restringe ao simples abastecimento de medicamentos, exige a elaboração de diretrizes claras por parte dos gestores envolvidos. **Objetivo.** Propor o planejamento da assistência farmacêutica no município de São Carlos/SP, a partir do método - Instrumento de Auto Avaliação Participativa (IAPAF) desenvolvido pelo Ministério da Saúde. **Metodologia.** Estudo de intervenção, a partir do método "Instrumento de Auto-Avaliação para o planejamento em Assistência Farmacêutica" desenvolvido pelo Ministério da Saúde. O instrumento foi aplicado a trinta profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêuticos, médicos e odontólogos), que avaliaram os eixos relacionados à gestão, classificando-os segundo estágio de desenvolvimento: estágio 1 (não ideal), estágio 2 (intermediário) ou estágio 3 (ideal). **Resultados e discussão.** A Gestão da Assistência Farmacêutica municipal apresentou 19 eixos no estágio não-ideal e cinco eixos no estágio intermediário. De acordo com a análise dos discursos, os profissionais entendem a importância do ciclo que compreendem a Assistência Farmacêutica para melhoria de processos, produção de indicadores gerenciais e assistenciais e contribuição para a segurança do paciente. Entretanto, identificam o planejamento da AF de maneira compartimentada, atribuindo inicialmente, a responsabilidade ao gestor municipal. Porém, após a reflexão acerca das atribuições e competências da Assistência Farmacêutica, concluíram que a gestão participativa da equipe multiprofissional nas atividades relacionadas pode contribuir para a tomada de decisões em conjunto, bem como melhorar as estratégias institucionais dos serviços farmacêuticos prestados aos usuários. **Consideração final.** Considera-se que a união dos diversos atores envolvidos com a Assistência Farmacêutica viabilizou um julgamento mais amplo da forma de perceber, planejar e agir em saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Rede de Atenção à Saúde. Planejamento em Saúde. Avaliação em Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Os três componentes da Assistência Farmacêutica divididos em componentes básico, estratégico e especializado | 16 |
| Quadro 2 - Dimensão Avaliada..... | 28 |
| Quadro 3 - Número de profissionais participantes das duas oficinas para o planejamento da Assistência Farmacêutica no município de São Carlos, 2015..... | 29 |
| Quadro 4 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Gestão da Assistência Farmacêutica - Capacidade para realizar a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica. São Carlos, 2015..... | 30 |
| Quadro 5 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão - Seleção de medicamentos - Capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la. São Carlos, 2015. | 36 |
| Quadro 6 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Programação/Aquisição - Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos. São Carlos, 2015. | 41 |
| Quadro 7 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Armazenamento/Distribuição/Transporte de medicamentos - Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas. São Carlos, 2015..... | 45 |
| Quadro 8 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão prescrição de medicamentos. São Carlos, 2015. | 49 |
| Quadro 9 -Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão dispensação - Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde. São Carlos, 2015. | 52 |
| Quadro 10 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Recursos Humanos - Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a AF. São Carlos, 2015. | 55 |
| Quadro 11 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Farmacovigilância - Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município. São Carlos, 2015. | 59 |
| Tabela 1 - Recursos Federal, Estadual e Municipal para Assistência Farmacêutica destinados a atenção básica entre os anos de 2009 a 2013 | 25 |
| gráfico 1 - Resultado da avaliação da Assistência Farmacêutica no município de São Carlos/SP, por meio do método IAPAF, 2006b. | 60 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AF | Assistência Farmacêutica |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| Aproge | Auto Avaliação dos Processos Gerenciais |
| Ares | Administração Regional de Saúde |
| CAF | Centrais de abastecimento farmacêutico |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPS AD | Centro de Atenção Psicossocial para dependentes de Álcool e Drogas |
| CCBS | Centro de Ciências Biológicas e da Saúde |
| CEME | Central de Medicamentos |
| CFT | Comissão de Farmácia e Terapêutica |
| CMDE | Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional |
| CMM | Consumo Médio Mensal |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CONEP | Conselho Nacional de Ética em Pesquisa |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| CRF | Conselho Regional de Farmácia |
| DAF | Departamento de Assistência Farmacêutica |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| FACT | Family Health Internacional |
| IAPAF | Instrumento de auto-avaliação para a Assistência Farmacêutica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan- Americana da Saúde |
| PNAF | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNCTIS | Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde |
| PNM | Política Nacional de Medicamentos |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |

| | |
|--------|--|
| REMUME | Relação Municipal de Medicamentos Essenciais |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SCTIE | Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFSCar | Universidade Federal de São Carlos |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USP | Universidade de São Paulo |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 11 |
| 2 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2.1 | ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 14 |
| 2.2 | FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS | 15 |
| 2.3 | PLANEJAMENTO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 17 |
| 3 | OBJETIVO GERAL | 20 |
| 3.1 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 20 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 21 |
| 4.1 | ABORDAGEM METODOLÓGICA | 21 |
| 4.2 | DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA | 22 |
| 4.2.1 | Características gerais do município de São Carlos/SP | 22 |
| 4.2.2 | Organização da rede local de saúde..... | 23 |
| 4.2.3 | Organização da Assistência Farmacêutica | 23 |
| 4.2.4 | Recursos orçamentários para a Assistência Farmacêutica no município de São Carlos/SP | 24 |
| 4.3 | COLETA DE DADOS..... | 26 |
| 4.4 | ASPECTOS ÉTICOS | 28 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 29 |
| 5.1 | GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA..... | 30 |
| 5.2 | SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS | 35 |
| 5.3 | PROGRAMAÇÃO/AQUISIÇÃO | 40 |
| 5.4 | ARMAZENAMENTO/DISTRIBUIÇÃO/TRANSPORTE | 45 |
| 5.5 | PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS | 49 |
| 5.6 | DISPENSAÇÃO | 52 |
| 5.7 | RECURSOS HUMANOS..... | 55 |
| 5.8 | FARMACOVIGILÂNCIA | 59 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 62 |
| | REFERÊNCIAS | 64 |
| | APÊNDICE | 70 |

1 APRESENTAÇÃO

A Assistência Farmacêutica é um dos setores de grande impacto financeiro, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, pois os produtos farmacêuticos representam um desafio para a economia, especialmente em países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos o custo com esses produtos representa menos de um quinto do gasto total com a saúde (pública e privada), nas economias de transição o dispêndio atinge entre 15 e 30%, e nos países em desenvolvimento, entre 25 e 66%. Apesar de todo esse gasto, a falta de acesso ao medicamento essencial, o uso irracional de medicamentos e sua baixa qualidade, continuam sendo sérios problemas para a saúde pública no mundo (SOUZA; PORTO; LYRA JUNIOR, 2011).

Estudos atentam à necessidade de readequação das estruturas físicas, de capacitação e contratação de recursos humanos e investimento em equipamentos e materiais para o setor de Assistência Farmacêutica em outros cenários (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; BERNADI, 2006; COSENDEY et.al., 2000; FRAGA, 2005; OLIVEIRA et. al., 2010). Indicam ainda que a estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica tem se apresentado informalmente, ou seja, não existe uma coordenadoria de Assistência Farmacêutica, e o farmacêutico ainda está excluído de ações importantes, como a programação e a dispensação de medicamentos (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; BERNADI et. al., 2006; OLIVEIRA et. al., 2010). O acesso ao medicamento essencial ainda é insatisfatório no país. Problemas na qualidade dos serviços e produtos, inadequação do armazenamento dos medicamentos e variação no preço de aquisição foram identificados em pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em relação ao uso racional de medicamentos, o estudo mostrou valores médios aceitáveis de acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Porém, o estudo ainda identificou a fragilidade do setor público na garantia do medicamento essencial, pois grande parte dos medicamentos obtidos por pacientes pesquisados com episódios agudos de doença foram fornecidos pelo setor privado (OPAS, 2005).

A Assistência Farmacêutica não tem sido priorizada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, estando o setor ligado, muitas vezes, apenas à aquisição e distribuição de medicamentos (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; BERNADI et.al., 2006; OLIVEIRA et. al., 2010).

Os países da Europa, América do Norte e América Latina debatem, em maior ou menor grau, a dificuldade de se viabilizar o acesso da população aos medicamentos de que necessita. Mesmo em sistemas de saúde onde a Assistência Farmacêutica é consolidada, e a importância do farmacêutico reconhecida, muitos países ainda gastam desnecessariamente. Problemas como a falta de recursos humanos qualificados, erros médicos, a incapacidade de controlar a alta de preços de medicamentos para garantir seu acesso com uso racional, compras desnecessárias são alguns exemplos de gastos que poderiam ser contornados (CONASS,2009).

O Professor André-Pierre Contandriopoulos, em sua apresentação na conferência magna do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL,2010, p.15), coloca que:

[...] as execuções de ações da Assistência Farmacêutica, tem sido um grande desafio para os gestores, nos últimos anos. Os problemas podem ser observados em diferentes países, o que talvez seja interessante notar para além dessas diferenças é que, independentemente dos arranjos institucionais e das formas de organização dos seguros-saúde, os países têm problemas semelhantes. Problemas como falta de recursos e de pessoal, em especial nos hospitais; espera relativamente longa para atendimento; desvalorização da medicina de primeira linha (atenção primária); tensões frequentes entre a assistência pública e os seguros privados de saúde; repetidos escândalos na prestação de serviços de saúde a pessoas menos favorecidas e a pessoas idosas; grandes disparidades geográficas que dificultam o acesso aos serviços; pressões para descredenciar serviços; ausência da qualidade desejada; erros médicos; e a incapacidade de controlar a alta de preços dos medicamentos e garantir seu acesso com uso racional.

No Brasil, os poucos estudos de avaliação do setor de Assistência Farmacêutica foram realizados por diferentes metodologias, e apresentaram resultados finais semelhantes entre os estados e municípios analisados, apesar das diferentes perspectivas de avaliação e métodos utilizados (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; FRAGA, 2005; COSENDEY et.al., 2000; OLIVEIRA et.al., 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Por outro lado, a Assistência Farmacêutica faz parte da rede de atenção à saúde. Conforme disposto na Portaria nº 4279/201 e pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: a Assistência Farmacêutica é um sistema de apoio que está transversalmente ligada às demais áreas da rede de atenção à saúde. Ela deve prover estratégia de planejamento para permanecer inclusa nessa rede; de outra forma, somente irá adquirir e distribuir medicamentos, causando a desfragmentação (corte ou quebra) na rede de saúde.

Há oito anos inserida na Rede Municipal de Saúde, a farmacêutica e autora do presente estudo, constatou a fragilidade da gestão da Assistência Farmacêutica, no ciclo que

compreende: seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento, dispensação, acompanhamento e avaliação da utilização.

No município, cenário do estudo, não se encontra o registro de um planejamento da Assistência Farmacêutica local, mesmo com a recomendação proposta pelo Ministério da Saúde, que publicou através do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), em 2006, um método para o Planejamento em AF, denominado “Planejar é Preciso”, no projeto “Assistência Farmacêutica: Planejar, Organizar, Avaliar, é preciso”. A recomendação foi a de que os estados e municípios elaborassem o capítulo "Assistência Farmacêutica" do plano municipal de saúde, para o período 2007 e 2008, com uma discussão no Conselho Municipal de Saúde e inclusão na revisão do Plano de Saúde em 2007 (BRASIL, 2006b).

O objetivo da eleição desse método de planejamento foi o de contribuir para a mudança do quadro atual de desarticulação presente na Assistência Farmacêutica local. O referido método é um instrumento de autoavaliação para o planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF), realizado em forma de oficina, com representantes de vários segmentos que fazem interface com a AF do município. Essa dinâmica possibilitou avaliar a atual situação do serviço e criar metas para a resolução de situações-problema, elencadas como prioritárias pela equipe de saúde, auxiliando, dessa forma, a Secretaria Municipal de Saúde na tomada de decisões para a melhoria dos trabalhos.

2 INTRODUÇÃO

2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início a partir da instituição da Central de Medicamentos (CEME), cuja missão era fornecer medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los. Caracterizava-se por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos. Entretanto, os estados e municípios brasileiros eram excluídos, praticamente, de todo o processo decisório de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971; GOMES, 2012).

A CEME foi responsável pela Assistência Farmacêutica no Brasil até o ano de 1997, quando foi desativada, e suas atribuições transferidas para diferentes setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). Com o advento do Sistema Único de Saúde, por meio da promulgação da Constituição Federal em 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), que institucionalizou o SUS, uma nova forma de gestão passou a ser exercida, a gestão descentralizada, em que os municípios assumem a responsabilidade direta pela atenção à saúde. Assim, modificações importantes e novas questões passaram a orientar a Assistência Farmacêutica (GOMES, 2012).

A partir dessas mudanças no modo de se organizar o Sistema de Saúde do país, iniciou-se a formação de um grupo de profissionais que atuavam na área de medicamentos e procedimentos terapêuticos para a assistência integral à saúde dos cidadãos, com o objetivo de discutir os principais aspectos relacionados aos medicamentos no país. Por meio dessas reuniões, foi estabelecida a Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS n. 3916, em 1998.

Essa Política estabelece diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS (BRASIL, 2011b). A PNM configura algumas finalidades principais, sendo estas: a garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998a).

Portanto, uma das diretrizes fundamentais da PNM é a Reorientação da Assistência Farmacêutica, de modo que o modelo adotado não se restrinja apenas à aquisição e à distribuição de medicamentos. Para isso, é crucial promover a descentralização da gestão e desenvolver atividades para assegurar o uso racional dos medicamentos. Aliado a isso, deve-

se incentivar ações que aperfeiçoem e tornem eficaz o sistema de distribuição no setor público, bem como fomentar iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 2006b).

Na I Conferência Nacional de Medicamentos, no ano de 2003, realizou-se ampla discussão sobre a Assistência Farmacêutica, da qual resultaram propostas que serviram como base para posterior aprovação e publicação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) da Resolução CNS n. 338, de 06 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b). Conforme a PNAF, a Assistência Farmacêutica no SUS deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos: a manutenção e a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, a qualificação de recursos humanos, a descentralização das ações (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011b).

A PNAF norteia a formulação das políticas setoriais entendidas como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras. A perspectiva é a da integralidade, cuja efetivação pressupõe o estabelecimento de estratégias, parcerias e interfaces com outras políticas setoriais, bem como requer a participação de diferentes atores e segmentos, a fim de se garantir a intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

2.2 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

O financiamento das ações de saúde é organizado em blocos, conforme a Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. A Assistência Farmacêutica constitui um desses blocos e se divide em três componentes: Componente Básico, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado (financiado pela União, estados, Distrito Federal, municípios).

O Quadro 1, a seguir, apresenta os componentes básico, especializado e estratégico da Assistência Farmacêutica:

Quadro 1 - Os três componentes da Assistência Farmacêutica divididos em componentes básico, estratégico e especializado

| BÁSICO | ESPECIALIZADO | ESTRATÉGICO |
|--|---|--|
| Medicamentos e insumos essenciais | Medicamentos para assistência integral à saúde | Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias |
| Destinação | Destinação | Destinação |
| Assistência a doenças e agravos mais prevalentes | Linhas de cuidado conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) | Tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas |
| Âmbito | Âmbito | Âmbito |
| Atenção primária em saúde, em nível ambulatorial Unidades básicas de saúde Programa Saúde da Família | Tratamento de doenças conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os pacientes devem cumprir com os Critérios de Inclusão | A estratégia de controle da doença concentra-se no tratamento de seus portadores |

Fonte: CRF-PR (2013)

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, estados e municípios. De acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de Julho de 2013, a partida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, sendo repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde. As contrapartidas estaduais e municipais devem ser de no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME vigente. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica.

O Ministério da Saúde (MS) também é responsável pela aquisição e distribuição das insulinas humanas NPH e Regular (frascos de 10 ml) e dos contraceptivos orais e injetáveis, além do DIU e Diafragma. As insulinas e os contraceptivos são entregues nos Almoarifados de Medicamentos dos Estados, a quem compete distribuí-los aos municípios. Os municípios das capitais e os grandes municípios brasileiros, com população maior que 500 mil habitantes, recebem os contraceptivos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde.

O MS considera como estratégico todos os medicamentos utilizados para o tratamento das doenças de perfil endêmico, e que tenham impacto socioeconômico. Atendem a essas especificidades os programas: Controle da Tuberculose, Hanseníase, Programa de DST/AIDS (antirretrovirais); Endemias Focais; Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados; Alimentação e Nutrição e Controle do Tabagismo, Influenza e Saúde da Criança. Os medicamentos estratégicos são controlados por meio de protocolo e normas estabelecidas.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas no Componente Especializado estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. Abrange os medicamentos de elevado impacto financeiro, indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento, e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 é constituído por medicamentos cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde. O Grupo 3 abarca os medicamentos cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e a dispensação de responsabilidade dos municípios, sob a regulamentação da Portaria GM nº 2.982/2009.

O gasto do Ministério da Saúde com esses programas foi de R\$1,96 bilhão em 2002 para um total de R\$ 12,42 bilhões em 2013, representando um incremento financeiro de 534%. Em relação ao orçamento total do MS, a participação dos investimentos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica saiu de 5,8% em 2002 para 14% em 2013 (BRASIL, 2014).

A Assistência Farmacêutica, de uma forma geral, representa hoje uma das áreas com maior impacto financeiro no âmbito do SUS, nas três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) e, portanto, uma boa gestão deste setor é de extrema importância para o Sistema. O planejamento, a organização e a estruturação do conjunto de atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, que envolve as atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição) e as técnico-assistenciais (dispensação, promoção do uso racional de medicamentos, orientação farmacêutica, apoio à equipe de saúde), são fatores que possibilitam a qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica com vistas à melhoria contínua dos serviços ofertados à população (BRASIL, 2011a). Para que a qualidade dos serviços de Assistência Farmacêutica seja observada, é imperativo o trabalho conjunto, bem como o entendimento de que, além do acesso, a promoção do uso racional dos medicamentos é papel a ser assumido por todos: gestores, prescritores, órgãos de vigilância e controle e população em geral.

2.3 PLANEJAMENTO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Assumir a Assistência Farmacêutica (AF) como um conjunto de atividades de cunho multiprofissional, que não se restringe ao simples abastecimento de medicamentos, exige a

elaboração de diretrizes claras por parte do gestor envolvido. Este gestor representará um elo entre diferentes níveis dentro do sistema, na medida em que será um dos responsáveis pela tradução das diretrizes em ações concretas. Para que cada diretriz possa atingir os objetivos esperados, é preciso desencadear um processo permanente de análise, que resulte na definição de ações específicas a serem realizadas. No planejamento, é delineado o objetivo a ser alcançado e os possíveis obstáculos a serem superados para a construção da nova realidade (MARIN et al., 2003). Assim, o planejamento passa a ser parte integrante do processo de gerenciamento da AF.

O aspecto central do planejamento é o acompanhamento permanente da realidade aliado à avaliação das decisões tomadas. O objetivo é verificar se os resultados produzidos convergem na direção dos resultados esperados. Assim, o planejamento deve ser entendido como um processo de correção/aprendizagem, o que nos permite fazer a correção da trajetória em direção aos objetivos propostos (MARIN et al., 2003).

Em 2006, considerando-se a necessidade - apresentada pela Portaria Ministerial n. 2084/05 - dos estados e municípios realizarem o Planejamento em Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), propôs um método para o Planejamento em AF, denominado “Planejar é Preciso”, no projeto “Assistência Farmacêutica: Planejar, Organizar, Avaliar, é preciso” (BRASIL, 2006b). A recomendação foi a de que os municípios elaborassem o capítulo “Assistência Farmacêutica” do Plano Municipal de Saúde, para o período de 2007 e 2008, com uma discussão no Conselho Municipal de Saúde e inclusão na revisão do Plano de Saúde, em 2007 (BRASIL, 2006a, 2006b).

O método IAPAF – Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica foi desenvolvido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, com a finalidade de apoiar os gestores estaduais e municipais na realização do planejamento da Assistência Farmacêutica. Uma das grandes vantagens do uso desse método é que ele auxilia na elaboração do plano de ação, por meio da identificação do estágio atual de desenvolvimento da capacidade técnica e de gerenciamento da Assistência Farmacêutica, e, com base nesses dados, possibilita a definição de qual estágio ou resultado se deseja alcançar. Sua utilização autoriza a definição dos parâmetros e necessidades e desenha o plano de ação que, conseqüentemente, tornar-se-á o Capítulo Assistência Farmacêutica do Plano Municipal de Saúde. O Plano de Saúde deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de

Saúde e divulgado aos setores da sociedade envolvidos com o tema, almejando possibilitar o efetivo controle social nessa área (BRASIL, 2006b).

A substancialidade do método está em seu propósito de construção coletiva, com o envolvimento de diversas pessoas ligadas direta ou indiretamente com a Assistência Farmacêutica. Essa dinâmica permite sensibilizar gestores, profissionais e usuários quanto à importância das ações e intervenções desse setor.

3 OBJETIVO GERAL

Propor o planejamento da Assistência Farmacêutica para o município de São Carlos, a partir do método IAPAF, desenvolvido pelo Ministério da Saúde do Brasil.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos referem-se a:

- a) realizar um diagnóstico do estágio atual da AF municipal;
- b) identificar situações-problema relacionadas à AF e classificá-las conforme grau de prioridade;
- c) propor estratégias para o alcance dos estágios meta definidos nas oficinas.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A pesquisa foi pensada levando-se em consideração:

O seu caráter prático, visto que a principal variável era identificar o desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na Assistência Farmacêutica, no município de São Carlos/SP, passíveis de comparações por meio da realização de aplicação em campo, com a participação dos sujeitos da pesquisa, de forma dialogada e consensual nas intervenções, para obtenção dos resultados alinhados aos objetivos propostos.

O seu caráter exploratório, o que possibilita o levantamento de informações relativas à caracterização da Assistência Farmacêutica, objeto do estudo, quanto às atividades desenvolvidas e a utilização de indicadores; assim como permitirá a caracterização do município para verificar o perfil onde a Assistência Farmacêutica encontra-se inserida.

Nesta perspectiva, ao buscar um método para o desenvolvimento do tema deste trabalho, a autora pesquisou a literatura especializada e escolheu como o mais adequado, por suas características, o método da Intervenção, que será examinado em tópico distinto.

Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p. 31), considera-se que o método de Intevenção "[...] um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões [...]". Nesta abordagem, a avaliação pretende fornecer informações úteis, tanto para responder aos problemas enfrentados por gestores, como, também, para subsidiar os processos de formulação, implementação e reorientação de políticas.

Uma avaliação deve ser sensível aos contextos político e organizacional, e não pode negligenciar o que foi planejado e executado (os efeitos planejados e os não intencionais). Somando-se a isso, convém explicitar a orientação teórica que a sustenta. A ausência de uma orientação teórica em um modelo de avaliação pode resultar em avaliações do tipo “caixa preta”, as quais são utilizadas, geralmente, para analisar os efeitos produzidos por uma determinada intervenção (CHEN, 1990). As avaliações do tipo “caixa preta” focalizam a relação global entre os recursos investidos e os resultados obtidos, sem se preocupar com as transformações ocorridas no curso da intervenção. A mera análise dos efeitos geralmente

estreita os objetivos de um programa, desconsiderando a reflexão sobre a perspectiva dos vários executores e dos diversos meios e contextos de implantação.

4.2 DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA

Para Marconi e Lakatos (1990, p.37), "Universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum (...), e amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população)". Complementando essa ideia, de acordo com Vergara (1998, p.48), "população é um conjunto de elementos que possuem as características que serão objeto de estudo". Também por ele: "(...) a amostra é escolhida segundo algum critério de representatividade".

A amostra dispôs de 30 profissionais de nível superior da Secretaria do Sistema de Saúde do município, representantes de diversos segmentos que, direta ou indiretamente, estão ligados à Assistência Farmacêutica, como: Gestor Municipal de Saúde, Coordenador da Assistência Farmacêutica, Coordenador da Atenção Básica, Coordenador do Almoxarifado de Saúde, Prescritores (médicos e odontólogos), Enfermeiros, Farmacêuticos, Representantes dos Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Hospital Escola Municipal de São Carlos.

Os sujeitos da pesquisa em questão foram convidados a participar das oficinas por contato telefônico, correio eletrônico e pessoalmente (anexo E).

4.2.1 Características gerais do município de São Carlos/SP

São Carlos foi fundado na segunda metade da década de 1850, por iniciativas de Antônio Carlos de Arruda Botelho (Conde do Pinhal) e Jesuíno José Soares de Arruda. Em 1865, o povoado tornou-se vila, com o nome de São Carlos do Pinhal, e em 1880 foi elevado à categoria de cidade, desmembrando-se de Araraquara. O município está localizado na região central de São Paulo, entre os paralelos 22°00' e 22°30' S e 47°30' e 48°00', a uma distância de 231 km da capital. Possui uma área total de 1.137,332 km², sendo 67,25 km² de área urbana. Conta com dois distritos: Santa Eudóxia, fundada em 1933, ao nordeste, e Água Vermelha, criada em 1948, ao norte do distrito sede.

A população total, segundo o censo de 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), é de 221.950 habitantes, com uma densidade demográfica de 194,5 hab./km².

Na segunda metade do século XX, o município recebeu um grande impulso para o seu desenvolvimento tecnológico e educacional, com a implantação, em abril de 1953, da Escola

de Engenharia de São Carlos, vinculada à Universidade de São Paulo (USP), e, na década de 70, com a criação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Hoje, a cidade é conhecida como a "Capital da Tecnologia".

4.2.2 Organização da rede local de saúde

Quanto à gestão administrativa na área da saúde, São Carlos se enquadra na Gestão Plena do Sistema Municipal, na qual a prefeitura tornou-se gestora de todos os serviços contratados e conveniados do SUS existentes no município, incluindo aqueles de caráter regional.

Atualmente, são 12 Unidades Básicas de Saúde na área urbana e 13 Unidades de Saúde da Família (totalizando 16 Equipes): 11 na área urbana e 02 nos distritos (Água Vermelha e Santa Eudóxia), divididas em 5 regionais de saúde e o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF).

Para o atendimento em situações de urgência/emergência, o município dispõe de duas Unidades de Pronto Atendimento, funcionando 24 horas, todos os dias da semana; uma Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com duas ambulâncias de suporte básico e uma de suporte avançado; o Hospital Escola Municipal Prof. Dr. Horácio C. Panepucci, com atendimento de média complexidade; e a Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, de alta complexidade hospitalar, incluindo serviços de hemodiálise.

A cidade conta ainda com uma Clínica Municipal de Especialidades (CEME); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto; um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes de Álcool e Drogas (CAPS AD e infantil); 29 unidades de atendimento odontológico distribuídas nas Unidades de Saúde e Centro de Especialidades Odontológicas, onde são atendidos os pacientes especiais, as especialidades de periodontia, endodontia, casos de cirurgia menor e vigilância em saúde.

4.2.3 Organização da Assistência Farmacêutica

A AF no município passa por dificuldades no que se refere aos recursos humanos, ao local para dispensação e aos medicamentos.

Em 2012, a Prefeitura obteve, junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP), uma notificação com prazo para contratar novos farmacêuticos em substituição aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem que fazem a dispensação.

Em 2014, a Secretária Municipal de Saúde, após ser autuada pelo Conselho Regional de Enfermagem – SP, resolveu concentrar o atendimento da farmácia em seis unidades básicas de saúde e no Centro de Especialidades Médicas (CEME).

De acordo com o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (2015), em audiência pública na Câmara dos Vereadores, a equipe da rede pública de saúde relatou carga excessiva de trabalho e salientou a importância do aumento do corpo profissional para a garantia da qualidade do serviço de atenção farmacêutica. Uma presença substancial de agentes significa, também, dentre outras questões problematizadas pela equipe, maior controle dos medicamentos, evitando-se, assim, a perda.

O Ministério da Saúde recomenda que a farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para a gestão quanto para a assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades da população. O órgão postula ainda que as atribuições e responsabilidades individuais estejam formalmente descritas e perfeitamente compreendidas pelos profissionais envolvidos, dos quais se espera competência no exercício de suas funções. O número de pessoal deve variar conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia. É importante, ainda, que os ambientes sejam integrados à unidade de saúde, próximos entre si e destinados exclusivamente às atividades da farmácia (BRASIL, 2009).

4.2.4 Recursos orçamentários para a Assistência Farmacêutica no município de São Carlos/SP

A Assistência Farmacêutica na atenção básica é financiada pelo governo federal, estadual e municipal, conforme prevista na Portaria nº 1555, de 30 de julho de 2013. Os recursos devem ser aplicados no custeio de medicamentos aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica, presente na REMUME vigente.

A Tabela 1 apresenta os recursos repassados pelo governo federal, estadual e municipal para a Assistência Farmacêutica, destinados à atenção básica, entre os anos de 2009 a 2013.

Tabela 1 - Recursos Federal, Estadual e Municipal para Assistência Farmacêutica destinados a atenção básica entre os anos de 2009 a 2013

| RECURSOS | 2009 Pop.:220.463 | 2010 Pop.:221.950 | 2011 Pop.:224.172 | 2012 Pop.:226.322 | 2013 Pop.: 236.457 |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|--|
| MS R\$ 4,10 (2009) | R\$ 873.119,60 (pop/2007 -212.956) | | | | |
| MS R\$ 5,10 (2010/2011) | | R\$ 1.112.208,00 (pop/2008 -218.080) | R\$ 1.124.361,30 (pop/2009-220.463) | R\$ 1.131.945,00 (pop/2010-221.950) | R\$ 1.143.277,20 (pop/2011-224.172) |
| ESTADO R\$ 1,86 (2009) | R\$ 410.061,18 | R\$ 412.827,00 | R\$ 416.959,92 | R\$ 420.958,92 | |
| ESTADO R\$ 2,36(2013/2014) | | | | | R\$ 558.038,52 |
| MUNICIPIO R\$ 1,86 (2009) | R\$ 410.061,18 | R\$ 412.827,00 | R\$ 416.959,92 | R\$ 420.958,92 | |
| MUNICIPIO R\$ 2,36(2013/2014) | | | | | R\$ 558.038,52 |
| TOTAL | R\$ 1.693.240,96 | R\$ 1.937.862,00 | R\$ 1.958.281,14 | R\$ 1.973.862,84 | R\$ 2.259.354,24 |

Fonte: Secretária Municipal de Saúde - São Carlos, 2015

Pode-se observar que o MS repassa seus valores sempre tendo como referência a população de dois anos anteriores. Esta prática muitas vezes prejudica os municípios, pois deixa de ser repassada uma quantia considerável para utilização na Assistência Farmacêutica Municipal.

Além dos problemas já apresentados, tem-se verificado uma prática corrente no município nos últimos três anos: a compra de medicamentos em caráter emergencial. A programação e a aquisição dos medicamentos está totalmente desarticulada com as unidades de saúde, ocasionando compras de medicamentos e insumos com valores acima do recomendado pelo mercado, o que implica gastos desnecessários de recursos em função da falta de planejamento.

Conforme manifesto pelo prefeito de São Carlos, Paulo Roberto Altomani em entrevista apresentada ao portal G1, em 20 de julho de 2015, o município está prestes a entrar em colapso por falta de repasses financeiros da esfera federal. Após o evento, o prefeito reformulou mais uma série de medidas para reduzir gastos. Entre as principais medidas estão a redução da jornada de trabalho dos servidores e a negociação de dívidas junto a fornecedores.

Nenhum planejamento foi colocado em prática para mediar a situação do município; apenas foram apresentadas medidas sem priorizar áreas de grande importância para a saúde da população, como, por exemplo, o acesso aos medicamentos.

4.3 COLETA DE DADOS

O método/instrumento IAPAF, utilizado neste trabalho, foi inspirado em uma ferramenta já utilizada pelo Programa DST/AIDS e foi adaptado pelo Departamento da Assistência Farmacêutica (DAF) do Ministério da Saúde para atender às especificidades da Assistência Farmacêutica. Este instrumento está descrito na publicação do Ministério da Saúde “**Planejar é preciso**” (BRASIL, 2006a). A vantagem de sua utilização está em elaborar o plano de trabalho ou ação por meio do estabelecimento de parâmetros que orientam o diagnóstico sobre qual estágio de desenvolvimento o município se encontra. Os estágios de desenvolvimento do IAPAF são divididos em graus crescentes de avaliação, sendo que o estágio 1 é considerado não ideal, o estágio 2, intermediário, e o estágio 3, o ideal. A partir da avaliação do estágio atual, define-se o estágio meta que se pretende chegar num determinado período de tempo, denominado prioridade (BRASIL, 2006a).

O método tem caráter de um exercício de autoavaliação participativo, na forma de oficina, integrando vários agentes (profissionais da saúde) atuantes direta ou indiretamente nas atividades de Assistência Farmacêutica, que, conforme seu ciclo, são desenvolvidas de forma interdependente nos distintos níveis da instituição. O processo de planejamento aventado permite comparar o desempenho da Secretaria de Saúde em relação à Assistência Farmacêutica, observando um modelo aceito como padrão de desempenho, baseado nas diretrizes explicitadas na política nacional – Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998a, 2004).

Foram realizadas duas oficinas coordenadas pela própria pesquisadora, com o auxílio de uma graduanda de enfermagem, que desempenhou o papel de observadora e relatora.

O instrumento IAPAF é constituído por Planilhas para a autoavaliação (APÊNDICE D) e Planilhas do Plano de Ação. Neste estudo, utilizamos as planilhas de autoavaliação, divididas em grupos de dimensões. São elas:

A - Gestão da Assistência Farmacêutica - capacidade para realizar a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

B - Seleção - capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la.

C - Programação e aquisição - avaliam a capacidade para assegurar esses itens em quantidade e tempo oportunos.

D - Armazenamento/Distribuição/Transporte - capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas.

E - Prescrição de Medicamentos

F - Dispensação - capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde.

G - Recursos Humanos - capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a Assistência Farmacêutica.

H - Farmacovigilância - capacidade para implantar o sistema de Farmacovigilância no município.

Na primeira oficina, foi realizada uma apresentação dos conceitos teóricos sobre o ciclo que compreende a Assistência Farmacêutica, passando pelas oito dimensões, na qual se enfatizou a importância do planejamento em saúde.

Com o auxílio da graduanda em enfermagem, foram distribuídos os instrumentos para os participantes. Houve questionamento quanto à forma de preenchimento da planilha, pois cada dimensão possui eixos, e cada eixo possui estágios predeterminados que devem ser contemplados integralmente, demonstrando o estágio atual de desenvolvimento da AF.

Médicos, odontólogos e enfermeiros fizeram muitas perguntas sobre o ciclo da AF e verificamos em conjunto após uma discussão que todos estamos envolvidos nesse contexto. Os integrantes foram reunidos em 5 grupos multiprofissionais para a análise de todas as dimensões e, posteriormente, para a reflexão em plenária. O escopo dessa dinâmica foi o de conhecer os estágios atuais de desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no município. É importante ressaltar que os profissionais manifestaram o desejo de serem solicitados por suas áreas de conhecimento e não pelo cargo ou função que atuam nos serviços de saúde.

Fortalecendo a premissa de que saúde é um assunto para muitos profissionais, Campos (1995) defende que a abordagem em equipe deve ser comum a toda a assistência à saúde. Isso porque o principal aspecto positivo da atuação em equipe interdisciplinar é a possibilidade de colaboração de várias especialidades portadoras de qualificações e conhecimentos distintos. Assim, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde.

Os profissionais da saúde buscam, atualmente, transpor limites dentro da equipe em que atuam. Isso porque, segundo Maldonado e Canella (2009), a saúde não é de competência de um único profissional, mas uma prática interdisciplinar em que profissionais de diversas

áreas, representantes de várias ciências, devem agregar-se em equipes de saúde, tendo como objetivo comum estudar as interações somáticas e psicossociais para encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.

Na segunda oficina, mantivemos o propósito da primeira. Buscamos em consenso o estágio meta para cada eixo, seguido de sua prioridade. As prioridades são subdivididas em três, sendo a primeira considerada a capacidade que deve ser observada em curto prazo, a segunda, em médio prazo, e a terceira, em longo prazo. Com isso, fixamos prazos de 1 ano para a prioridade 1, 2 anos para a prioridade 2 e 4 anos para a prioridade 3; e na sequência de cada eixo foi colocado o respectivo indicador.

O quadro abaixo demonstra como trabalhamos no decorrer das duas oficinas.

Quadro 2 - Dimensão Avaliada

| EIXO | | PRIORIDADE |
|---------------|--|------------|
| ESTÁGIO ATUAL | Descrever o estágio em que se encontra a Assistência Farmacêutica | |
| ESTÁGIO META | Descrever o estágio que pretende chegar a Assistência Farmacêutica | |
| Indicador | | |

Fonte: Adaptado de IAPAF,2006b

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado sob o nº 43591915.3.0000.5504 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos - SP, de acordo com a resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. O trabalho foi realizado com a anuência dos hospitais, do gestor municipal de saúde e de todos os profissionais da saúde participantes que concordaram com os objetivos propostos, firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos a partir da realização de duas oficinas de quatro horas cada uma, totalizando oito horas de trabalho, em dia e horário preestabelecidos na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), na sala multiuso. Esses encontros conferiram aos participantes a oportunidade de comunicarem suas experiências, proporem ideias e compartilharem reflexões.

Por meio do diálogo, foi possível examinar pressuposições e explorar perspectivas. Segundo Freire (2002), o diálogo promove a criatividade e o pensamento crítico, e de seu exercício resulta a “constante revelação da realidade”. Dito isso, a troca de experiências favorece e vivifica a construção do conhecimento, tanto quanto contribui para a agilidade na solução de problemas.

Segue abaixo o quadro com o número e a representatividade de cada profissional participante.

Quadro 3 - Número de profissionais participantes das duas oficinas para o planejamento da Assistência Farmacêutica no município de São Carlos, 2015.

| Participantes | Primeira oficina | Segunda oficina |
|--|------------------|-----------------|
| Coordenador da Assistência Farmacêutica (farmacêutico) | 1 | 1 |
| Coordenador do almoxarifado central (farmacêutico) | 1 | 1 |
| Gestor Municipal de Saúde (foi representado por enfermeiro) | 1 | 1 |
| Coordenador da Atenção Básica (enfermeiro) | 1 | 1 |
| Coordenador do Centro de Especialidades Odontológicas (odontólogos) | 1 | 1 |
| Enfermeiros representantes das Administrações Regionais de Saúde | 6 | 6 |
| Farmacêuticos representantes das Administrações Regionais de Saúde | 5 | 4 |
| Médicos representantes das Administrações Regionais de Saúde | 5 | 3 |
| Odontólogos representantes das Administrações Regionais de Saúde | 2 | 2 |
| Representantes do Hospital Escola de São Carlos (enfermeiro, farmacêutica) | 2 | 1 |
| Representante da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos (farmacêutica) | 1 | 1 |
| Total de representante por oficina | 26 | 22 |

Fonte: Própria autora

Para facilitar a compreensão dos resultados, os dados foram tabulados pelos indicadores do IAPAF.

5.1 GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade para realizar a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica em âmbito municipal. Está organizada em quatro eixos:

Eixo A-1: Institucionalizar a Assistência Farmacêutica.

Eixo A-2: Planejar a organização da Assistência Farmacêutica.

Eixo A-3: Estruturar e organizar os serviços de Assistência Farmacêutica.

Eixo A-4: Avaliar as ações de Assistência Farmacêutica.

O eixo relacionado com a estruturação e organização dos serviços de Assistência Farmacêutica (eixo A-3) foi apontado pelo grupo como prioritário para a Gestão da AF no município de São Carlos/SP, seguido pelos eixos A-2, A-4 e A-1, relacionados no Quadro 4:

Quadro 4 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Gestão da Assistência Farmacêutica - Capacidade para realizar a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica. São Carlos, 2015.

| Eixo A-1: Institucionalizar a Assistência Farmacêutica. | | Prioridade 1 |
|--|--|-------------------------|
| Estágio Atual | <p>1 - A Assistência Farmacêutica não tem adequado reconhecimento ou aceitação pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde, e não consta formalmente na estrutura organizacional.</p> <p>As ações de organização da Assistência Farmacêutica não estão inseridas no plano de Saúde e nem no orçamento anual.</p> <p>As ações de organização da Assistência Farmacêutica não estão integradas no SUS nem nas instâncias de controle social.</p> | |
| Estágio Meta | <p>3 - A Assistência Farmacêutica é reconhecida e aceita pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e consta formalmente na estrutura organizacional.</p> <p>As ações de organização da Assistência Farmacêutica estão inseridas no plano de saúde e no orçamento anual.</p> <p>As ações de organização da Assistência Farmacêutica estão integradas no SUS e nas instâncias de controle social.</p> | |

| | |
|---|---|
| Indicador 1 - Existência de Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde. | |
| Eixo A-2: Planejar a organização da Assistência Farmacêutica | |
| Prioridade 1 | |
| Estágio Atual | 1 - Não há planejamento para organização da Assistência Farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, uso, recursos humanos, sistema de informação). |
| Estágio Meta | 3 - Há planejamento para organização da Assistência Farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, farmacovigilância, uso, recursos humanos, financiamento, sistema de informação). |
| Indicador 2 - Inclusão da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas. | |
| Eixo A-3: Estruturar e organizar os serviços de Assistência Farmacêutica | |
| Prioridade 1 | |
| Estágio Atual | 1 - Os recursos financeiros são escassos, a infraestrutura é inadequada e o quadro de pessoal é insuficiente para os serviços de Assistência Farmacêutica. |
| Estágio Meta | 3 - A maioria dos serviços de Assistência Farmacêutica está estruturada e organizada. |
| Indicador 3 - Porcentagem de serviços de Assistência Farmacêutica (armazenamento, distribuição, transporte e dispensação de medicamentos) em condições adequadas de funcionamento. | |
| Eixo A-4: Avaliar as ações de Assistência Farmacêutica | |
| Prioridade 1 | |
| Estágio Atual | 1 - Não existe um sistema de monitoramento e avaliação das ações de Assistência Farmacêutica. |
| Estágio Meta | 3 -Coleta rotineira de dados de monitoramento e avaliação em todas as atividades, os quais são utilizados para melhorar as ações de Assistência Farmacêutica. |
| Indicador 4 - Existência de procedimentos para o monitoramento da Assistência Farmacêutica por meio de indicadores. | |

Fonte: Adaptado de IAPAF, 2006b

Ao discutir a estruturação e organização dos serviços de AF (Eixo A-3) no município de São Carlos, identificou-se que apenas a farmácia do Centro de Especialidades Médica (CEME) dispensa os medicamentos referentes aos seguintes programas: Programas da Tuberculose/Hanseníase/Hepatites; Programa de Atenção Municipal às DST/HIV/AIDS e, a Farmácia do Programa Farmácia Popular do Brasil foi considerada estruturada por apresentar

um suporte físico minimamente satisfatório e recursos humanos suficientes para a execução das atividades. Essas unidades contam, também, com a presença de farmacêutico e responsável técnico, por determinação do Ministério da Saúde, para que os medicamentos dos devidos programas sejam dispensados.

No que concerne às farmácias das unidades básicas de saúde, almoxarifado central e farmácia do componente especializado, foram apontadas pelo grupo a necessidade de um ambiente específico para a farmácia, com infraestrutura mínima adequada e espaço para atendimento semi-privativo, e a imprescindibilidade de contratação de profissionais qualificados para a dispensação de medicamentos.

O Ministério da Saúde adverte que a farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para a gestão como para a assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades da população. Ademais, sugere que as atribuições e responsabilidades individuais estejam formalmente descritas e perfeitamente compreendidas pelos profissionais envolvidos, dos quais se espera competência no exercício de suas funções. O número de pessoal deve variar conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia. É importante, ainda, que os ambientes sejam integrados à unidade de saúde, próximos entre si e destinados exclusivamente às atividades da farmácia (BRASIL, 2009).

Os serviços de Assistência Farmacêutica compreendem atividades administrativas (técnico-gerenciais), voltadas à garantia da disponibilidade adequada de medicamentos, sua qualidade e conservação, e serviços assistenciais (técnico-assistenciais), focados na efetividade e segurança da terapêutica e sua avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde, na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde. Para que todo esse serviço fique organizado, são indispensáveis: área física adequada, equipamentos, mobiliário, pessoal capacitado e treinado para o desenvolvimento de atividades administrativas e atividades assistenciais (BRASIL, 2009).

Segundo o grupo de trabalho, o planejamento das ações (Eixo A-2) não é realizado em todas as etapas e, muitas vezes, as ações elencadas não são desenvolvidas devido ao surgimento de demandas não planejadas ou, em algumas situações, por falta de articulação com a equipe responsável pelo desenvolvimento das ações. O grupo relatou, ainda, que a metodologia de planejamento utilizada em momentos anteriores não envolveu uma equipe multiprofissional, podendo ser esta uma das causas da sua não aplicabilidade.

Diante disso, fica evidente a importância de uma coordenação de Assistência Farmacêutica que estabeleça as questões de planejamento, estruturação e organização dos serviços de AF. Sabe-se que um bom gerenciamento é fruto de conhecimentos, habilidades e atitudes; abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados, sendo esta última de caráter permanente e, por essa razão, de suma importância para a construção de know-how que orientará a administração de um novo planejamento, uma nova execução, um novo acompanhamento e uma nova avaliação (MARIN et al., 2003).

O autor acima citado, aponta que após serem planejadas e executadas, as ações de Assistência Farmacêutica devem ser acompanhadas e avaliadas (Eixo A-4). Conscientes desse propósito, o grupo notou que a AF no município não possui um sistema de monitoramento e avaliação das ações e, portanto, encontra-se no estágio 1 de desenvolvimento. O monitoramento consiste em um mecanismo gerencial de acompanhamento e controle das ações planejadas, baseado em indicadores a serem determinados. Permite a socialização de informações sobre resultados obtidos, de forma quali-quantitativa, medindo ganhos, alcance social e adesão da população aos programas.

Um sistema de monitoramento deve ser capaz de identificar informações relevantes, precisas e sintéticas que alimentem o processo de avaliação por meio de condições favoráveis, instrumentos técnicos e informatizados. A finalidade é estabelecer a obrigatoriedade do registro e do processamento de dados importantes. Juntamente com as atividades de monitoramento, tem-se a avaliação como um processo sistemático de análise de resultados de intervenções, a partir da utilização de critérios definidos, que desenha parâmetros e apresenta recomendações e ações corretivas a serem executadas em determinado período de tempo, com vistas à melhoria de desempenho (BRASIL, 2006b).

Em relação ao Eixo A-1, o grupo constatou que a AF não é reconhecida ou aceita pelas outras áreas ou departamentos da secretaria, por não estar integrada nas instâncias de controle social. Diante desse contexto, entendeu-se a urgência de se ampliar tal integração para que o estágio meta de desenvolvimento da capacidade para institucionalizar a Assistência Farmacêutica seja alcançado. Quanto ao fato de a AF não ser reconhecida pelas outras áreas, identificou-se a necessidade de inclusão do farmacêutico junto aos momentos de reflexão que compreendem a rede de atenção à saúde, quais sejam: reunião de grupo, participação daquele profissional no conselho municipal de saúde, dentre outros serviços.

O controle social atua no sentido de viabilizar a formulação de políticas públicas decisivas e efetivas, além de promover um esforço integrado entre gestores, usuários e prestadores de serviços que, articulados, buscam uma Assistência Farmacêutica integral e

lutam por melhores condições de saúde. Esse esforço coletivo favorece o debate proficiente sobre o tema AF, encorajando propostas concretas de atuação que conduzam ao aperfeiçoamento da política farmacêutica nacional e à valorização da intersectorialidade, da interdisciplinaridade e da saúde (BRASIL, 2005).

Planejar, por sua vez, pressupõe seguir as etapas que compreendem cada dimensão. E as dimensões norteiam o trabalho rumo às metas propostas. Na primeira dimensão, o grupo estabeleceu como prioridade o eixo 3, seguido do 2, do 4 e do 1. Isso mostra que não há concordância com o proposto pelo instrumento. Para que a AF seja efetivamente estruturada, é preciso retomar o eixo 1. Não basta a AF estar formalmente estruturada no organograma da SMS, ela deve ter representantes no Conselho Municipal de Saúde, na formulação do plano de saúde e no orçamento anual, ou seja, é mister oficializar a AF em todas as instâncias, para que possa ser planejada, estruturada e avaliada.

Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

Eixo A-1: Institucionalizar a Assistência Farmacêutica:

- a) Solicitar pauta nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde;
- b) Sensibilizar os Conselheiros acerca do tema Assistência Farmacêutica;
- c) Divulgar a organização da Assistência Farmacêutica municipal nos Conselhos Locais de Saúde e demais grupos constituídos (clubes de mães, grupos de idosos, entre outros), com o propósito de se fazer conhecer o papel da AF e asseverar a integração da sociedade nas ações desse setor.

Eixo A-2: Planejar a organização da Assistência Farmacêutica:

- a) Contratação de farmacêuticos e técnicos de farmácia necessários para a estruturação da AF;
- b) Definir a aplicação dos recursos financeiros para a AF;
- c) Realizar diagnóstico constante de cada etapa da AF, com vistas à detectar mudanças de necessidades ou prioridades para, então, planejar de forma mais efetiva as intervenções a serem feitas;
- d) Estruturar reuniões periódicas (quinzenais) da equipe de AF e buscar inserção nas reuniões dos demais setores, como na Atenção Básica, na reunião de enfermeiros, com o intuito de conjugar ações de forma multiprofissional e construir uma cultura de

integralidade no serviço. Nessas reuniões, deve-se otimizar o trabalho por meio da divisão de tarefas e composição de subgrupos de atuação responsáveis por diferentes etapas do ciclo de organização da Assistência Farmacêutica.

Eixo A-3: Estruturar e organizar os serviços de Assistência Farmacêutica:

- a) Definir infraestrutura física e equipamentos mínimos necessários para a organização dos serviços de AF, estabelecendo, assim, o mínimo aceitável e o ideal para os estabelecimentos de AF;
- b) Após essa definição, que todas as unidades construídas, reformadas e/ou adequadas estejam com os serviços de AF estruturados e organizados (mínimo aceitável e ideal);
- c) Fazer um diagnóstico da estruturação e levantamento dos materiais e equipamentos necessários para as Unidades de Saúde;
- d) Estruturar todas as farmácias das UBS com o mínimo necessário e aceitável para a organização do serviço, por meio do encaminhamento de licitação;
- e) Estruturar o manual da AF com protocolos de serviço para todas as etapas do ciclo de AF, com a intenção de padronizar as ações em todas as Unidades de Saúde;
- f) Organizar na página eletrônica do governo municipal as atividades e informações a respeito da Assistência Farmacêutica.

Eixo A-4: Avaliar as ações de Assistência Farmacêutica:

- a) Definir os indicadores que serão avaliados, além de definir os períodos entre as avaliações.
- b) Estimular o estabelecimento de parcerias com programas e projetos da Universidade, a exemplo da Residência Multiprofissional, do Pró-Saúde/PET-Saúde, entre outros.

5.2 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la, em âmbito municipal. Está organizada em três eixos:

Eixo B-1: Utilizar ou elaborar Relação de Medicamentos Essenciais.

Eixo B-2: Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ou a lista pactuada para atenção básica para os prescritores.

Eixo B-3: Adotar protocolos clínicos.

O eixo relacionado à utilização ou elaboração da Relação de Medicamentos Essências (eixo B-1) foi apontado pelo grupo como prioritário para a Seleção de Medicamentos, seguidos pelos eixos B-2 e B-3, dispostos no Quadro 5.

Quadro 5 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão - Seleção de medicamentos - Capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la. São Carlos, 2015.

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Eixo B - 1: Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essências | | Prioridade 1 |
| Estágio Atual | 2 - Existe um processo de seleção de medicamentos que leva em conta dados epidemiológicos, porém não obedece aos critérios definidos de análise da literatura científica; ou A lista se baseia na Resme/Rename, porém não há avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico. | |
| Estágio Meta | 3 - Existe um processo de seleção de medicamentos, realizado por uma CFT, que obedece aos critérios definidos de análise da literatura científica; ou A lista se baseia na Resme/Rename e atende ao perfil epidemiológico do município. | |
| Indicador 5 - Existência de relação municipal de medicamentos essenciais (além da lista pactuada). | | |
| Eixo B- 2: Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essências (Remume) ou da lista pactuada para a atenção básica para os prescritores | | Prioridade 1 |
| Estágio Atual | 1 - Não existem estratégias sistemáticas de divulgação. | |
| Estágio Meta | 3 -Existe sistemática de divulgação da lista que permite conhecimento pelos profissionais | |
| Indicador 6 - Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) ou da lista pactuada para atenção básica. Indicador 7 - Existência da Remume ou lista pactuada da atenção básica impressa e disponível aos prescritores nos consultórios. | | |
| Eixo B - 3: Adotar protocolos clínicos | | Prioridade 3 |
| Estágio Atual | 1 - Não adota protocolos clínicos ou adota apenas aqueles muito consagrados (como para tuberculose ou hanseníase). | |
| Estágio | 3 - Adota protocolos clínicos com garantia de adesão pelos profissionais. | |

| | |
|---|--|
| Meta | |
| Indicador 8 - Existência de Protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde. | |

Fonte: Adaptado do IAPAF, 2006b

Ao discutir a capacidade para utilizar ou elaborar a Relação de Medicamentos Essenciais (Eixo B-1), o grupo definiu como estágio atual o estágio 2, pois a Relação Municipal de medicamentos essenciais (REMUME) existe e é baseada na RENAME, porém não leva em conta dados epidemiológicos municipais e não está atualizada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Este Eixo foi muito discutido pelo grupo e colocado como o nó crítico da Assistência Farmacêutica atualmente. A maioria constatou a necessidade de se focar em uma seleção adequada de medicamentos com cobertura do perfil epidemiológico e com foco na organização e estruturação da CFT, que existe de maneira formal (está estabelecida em documento oficial), porém encontra-se inativa (sua última atualização foi em 2010). Algumas pessoas relataram, ainda, que a lista municipal está embasada na RENAME; contudo, muitas vezes a entrada e/ou saída de medicamentos dessa lista acontece por demanda (pedido de prescritores, população, entre outros) e não por estudos epidemiológicos e/ou medicina baseada em evidências.

Sendo assim, para que o processo de atualização de uma lista de medicamentos essenciais seja consolidado com qualidade, é preciso garantir a retomada da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Quanto à estrutura de uma CFT, sua composição vai depender da disponibilidade dos recursos humanos existentes. Recomenda-se contar com médicos, farmacêuticos, enfermeiros, dentistas, entre outros profissionais de saúde. Nesse contexto, a elaboração de regimento com composição, atribuições, responsabilidades e funcionamento geral é de fundamental importância. A composição deve ser multidisciplinar, com representantes da saúde munidos de um eminente conhecimento farmacológico, terapêutico, de clínica médica, entre outros (SOLER, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere, desde a década de 70, que os governos adotem listas de medicamentos essenciais como política fundamental para a garantia de acesso das populações a medicamentos seguros, eficazes e de custo-efetivo, voltados ao atendimento de doenças mais prevalentes. A agência preconiza, também, que os medicamentos sejam disponibilizados em quantidades adequadas (OMS, 2002). Nessa conjuntura, a seleção é um processo de escolha de medicamentos, e tem como base critérios epidemiológicos, técnicos, de pesquisa e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de

Farmácia e Terapêutica, com fins de harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas (BRASIL, 2006).

No âmbito do SUS, a seleção deve ter como base a Relação de Medicamentos Essenciais. Trabalhar com uma lista de medicamentos essenciais implica melhorar a qualidade da prescrição, minimizando a incidência de erros de medicação, e, por conseguinte, produzindo melhores desfechos de saúde. A medida auxilia precisamente no melhor aproveitamento dos recursos, acarretando menores custos por meio da compra em escala maior, ao passo que propicia a simplificação dos sistemas de abastecimento, distribuição e reembolso (WANNMACHER, 2006).

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é um instrumento de grande importância para a padronização da seleção de medicamentos. Sabendo disso, e para maior adesão à relação pelos prescritores, é preciso atualizar e revisar a lista constantemente. Deve-se divulgá-la aos prescritores e manter o abastecimento regular dos medicamentos essenciais nas farmácias (DAL PIZZOL et al., 2010).

Em relação à divulgação da lista padronizada de medicamentos (Eixo B-2), o grupo debateu e concluiu que a AF municipal se encontra no nível 1 de desenvolvimento, pois não foi detectada uma sistemática de divulgação da lista municipal de medicamentos aos profissionais prescritores. A proposta para atingir o estágio 3 é colocar a lista na página eletrônica do governo municipal, disponibilizando-a a todos os públicos: prescritores e sociedade. Aos farmacêuticos, compete divulgar a lista por meio da entrega em mãos e assinatura do termo de recebimento pelos profissionais prescritores. Porém, tais estratégias de divulgação não garantem a adesão dos prescritores à lista; sua adesão à REMUME pressupõe um programa de medicamentos essenciais inserido em uma política de Assistência Farmacêutica municipal eficiente (BRASIL, 2001; DAL PIZZOL et al., 2010).

Os protocolos clínicos (Eixo B-3) surgem como âncoras do processo de seleção de medicamentos, as chamadas extensões da lista de medicamentos selecionados. Tais extensões têm como objetivo garantir a aplicação e a utilização das listas, fornecendo suporte aos prescritores e à equipe de saúde quanto ao uso racional dos fármacos. Os protocolos clínicos padronizam o emprego dos medicamentos, estabelecendo claras condições de uso dos mesmos para maior conhecimento dos profissionais de saúde. O documento pode ser elaborado para medicamentos de grande importância epidemiológica ou de custo elevado; considerando seu impacto sanitário, ou atendendo a questões de segurança de uso na população em geral ou em subgrupos (PEPE, 2013).

A elaboração de protocolos de medicamentos compreende diversas fases nas quais os responsáveis pela sua idealização avaliam a eficácia/efetividade dos fármacos, a segurança em relação ao seu uso, a possibilidade de comodidade posológica, a estabilidade, o fator custo-benefício, o impacto financeiro, a disponibilidade de recursos, a prevalência da doença a ser tratada por determinado medicamento, além de avaliarem se há vantagens na inclusão do medicamento à lista, entre outras tantas questões.

Outra extensão da lista de medicamentos essenciais diz respeito ao Formulário Terapêutico, que contempla um conjunto de informações sobre o medicamento. Essas informações devem acompanhar a lista padronizada de medicamentos e fornecer aos profissionais de saúde conhecimentos organizados para fins de auxiliá-los em suas decisões (PEPE, 2013).

Visualizando o Eixo B-3, constatou-se que o município adota somente aqueles protocolos consagrados (elaborados por outras esferas de gestão). Não obstante, discutiu-se bastante a importância da elaboração e adoção de protocolos clínicos em âmbito municipal. O processo de elaboração de protocolos demanda tempo e trabalho extenso, e deve ser elaborado a partir de uma REMUME revisada e implantada. Por essa razão, considerando que a prioridade do grupo é a revisão da REMUME, este eixo terá um prazo maior para execução.

O processo de seleção de medicamentos envolve, portanto, diversos aspectos: político, estratégico, econômico, técnico e administrativo. É preciso saber gerenciá-los com competência se pretende alcançar os objetivos estipulados. A elaboração de uma seleção requer decisão política do gestor; daí a importância de se poder contar com um profissional que disponha de um aporte significativo de informações técnicas e administrativas para fundamentar a questão, bem como considerar a análise e o perfil das prescrições na rede de saúde, a quantidade média de medicamentos prescritos por receita, os gastos efetuados por mês, os medicamentos mais prescritos, os dados de consumo e demanda, além de estudos de utilização de medicamentos que possibilitem dispor de dados e informações relevantes sobre os medicamentos (BRASIL, 2006b).

Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

Eixo B-1: Utilizar ou elaborar Relação de Medicamentos Essenciais:

- a) Retomar a Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT que já está formalizada por portaria específica (legislação municipal);

- b) Revisar o regimento interno da CFT, com atribuições dos profissionais, horários e periodicidade das reuniões, número de membros, entre outras questões;
- c) Realizar a revisão da REMUME e avaliar possíveis inclusões e/ou exclusões;
- d) Elaborar o Guia Farmacoterapêutico com organização dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, em lista padronizada por grupo farmacológico.

Eixo B-2: Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ou a lista pactuada para atenção básica para os prescritores:

- a) Colocar a lista na página eletrônica do governo municipal, disponibilizando-a aos prescritores e à sociedade;
- b) Os farmacêuticos deverão realizar a divulgação da lista, por meio da entrega em mãos e assinatura do termo de recebimento pelos profissionais prescritores.

Eixo B-3: Adotar protocolos clínicos:

- a) Elaborar protocolos clínicos tendo em vista os principais problemas de saúde existentes no município;
- b) Adaptar, se possível, os protocolos do Ministério da Saúde (MS) à realidade do município.
- c) Após a elaboração dos protocolos, deve-se realizar a promoção da adesão dos mesmos pelos prescritores.

5.3 PROGRAMAÇÃO/AQUISIÇÃO

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade de assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos, em âmbito municipal. Está organizada em quatro eixos:

Eixo C-1: Programar adequadamente.

Eixo C-2: Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno.

Eixo C-3: Garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender às necessidades de saúde.

Eixo C-4: Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.

O eixo relacionado a programar adequadamente (Eixo C-1) foi apontado pelo grupo como prioritário, seguido pelos eixos C-2, C-3 e C-4 (Quadro 6).

Quadro 6 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Programação/Aquisição - Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos. São Carlos, 2015.

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Eixo C-1: Programar adequadamente | | Prioridade 2 |
| Estágio Atual | 2 - A programação não considera ou considera parcialmente dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros. | |
| Estágio Meta | 3 -A programação leva em consideração dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros. | |
| Indicador 9 - Realização de programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo. | | |
| Eixo C-2: Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno. | | Prioridade 2 |
| Estágio Atual | 2 - A aquisição considera parcialmente dados de estoque e demanda do município. | |
| Estágio Meta | 3 - A aquisição considera integralmente dados de estoque e demanda do município. | |
| Indicador 10 - Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses. | | |
| Eixo C-3: Garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender às necessidades de saúde. | | Prioridade 2 |
| Estágio Atual | 1 - O processo de aquisição de medicamentos não é realizado de forma adequada a suprir regularmente as demandas do município. | |
| Estágio Meta | 3 - O processo de aquisição de medicamentos atende plenamente às demandas do município. | |
| Indicador 11 - Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada. | | |
| Eixo C-4: Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos | | Prioridade 2 |
| Estágio Atual | 2 - Estabelece especificações técnicas dos medicamentos que deverão compor os editais. | |
| Estágio Meta | 3 - Estabelece especificações técnicas dos medicamentos, faz avaliação técnica para definir a aquisição e garante que o edital exija os documentos que assegurem a qualidade dos medicamentos. | |
| Indicador 12 - Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal. | | |

Fonte: Adaptado do IAPAF, 2006b

O Eixo C-1 (programar adequadamente) demonstra que a programação/aquisição no município considera parcialmente os dados de consumo histórico e possui dificuldade para garantir o estoque de todos os produtos constantes da lista municipal. O grupo aponta como causa provável do impasse a seleção inadequada de medicamentos, que insere na lista produtos de custo elevado, sem utilização de critérios específicos para acesso, onerando o sistema e utilizando grande parte dos recursos destinados ao componente básico da Assistência Farmacêutica.

A programação consiste em uma atividade associada ao planejamento, e tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades do público-alvo por meio de um serviço ou de uma rede de serviços de saúde. Ela está associada ao planejamento porque necessita de um determinado período de tempo para que se proceda à análise da situação local de saúde, à utilização de informações gerenciais disponíveis e fidedignas, e para que se adquira o devido conhecimento sobre os medicamentos selecionados, com a finalidade de poder atender à demanda de medicamentos trabalhada no processo de seleção. A programação inadequada reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. (MARIN et al., 2003; SOLER, 2009).

Existem diversos métodos para se programar medicamentos. Os mais utilizados atualmente são: perfil epidemiológico, consumo histórico e oferta de serviços. Entretanto, recomenda-se a combinação dos diversos métodos para uma programação mais ajustada: perfil epidemiológico, consumo histórico, Consumo Médio Mensal (CMM) e oferta de serviços (SOLER, 2009).

Após realizar uma programação adequada, convém dispensar atenção especial aos critérios fundamentais para uma boa aquisição. O critério qualidade deve vir em primeiro lugar, seguido pelo menor preço. A compra deve ser definida entre os itens de qualidade aceitável em que se escolhe o produto de menor preço ou de maior rendimento por unidade monetária aplicada (PAULUS JUNIOR, 2005).

Um controle de estoque ineficiente ou inexistente e, conseqüentemente, uma programação inadequada, dificulta a consolidação de dados reais de consumo no município (Eixo C-2), fazendo com que o processo de aquisição de medicamentos atenda somente de forma parcial às demandas municipais. Tal fato pode contribuir para a dificuldade de garantia da disponibilidade de medicamentos em quantidade suficiente para atender às solicitações da população (EIXO-C-3).

Sabe-se que para atender plenamente às demandas de medicamentos, o processo de programação tem de ser descentralizado e ascendente, de modo a retratar o mais fielmente possível a necessidade local; deve ser iniciado nas unidades e/ou centros de saúde, que remeterão suas demandas ao nível local para fins de programação das quantidades a serem adquiridas. É importante ressaltar a obrigatoriedade da avaliação desses dados, a começar pelo nível local, de sorte que reflitam quantidades compatíveis com a demanda real. Ademais, é oportuno dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos do serviço, o perfil demográfico e epidemiológico, a oferta e a demanda de serviços de saúde, os recursos humanos capacitados de que dispõe a unidade, o capital financeiro reservado para a execução da programação (MARIN et al., 2003).

Dentro desse quadro, questionou-se igualmente a dificuldade no controle de estoque nas Unidades de Saúde, o que o grupo atribuiu à falta de recursos humanos e de um sistema informatizado em toda a rede de serviço. O farmacêutico gestor do almoxarifado não tem relatórios de consumo/custo informatizados. Conforme exposto por um dos participantes, o gestor municipal tem buscado um sistema informatizado para interligar todas as unidades, com controle de estoque e dispensação eficazes e com dados consistentes a serem utilizados para a Gestão da Assistência Farmacêutica.

A falta de recursos humanos foi destacada como desafio significativo para o avanço das ações de organização da Assistência Farmacêutica municipal. Atualmente, a AF se vale de um número reduzido de farmacêuticos e não possui técnico de farmácia.

Quanto ao Eixo C-4, o município de São Carlos/SP estabelece especificações técnicas dos medicamentos a serem adquiridos. Apesar disso, o grupo assinalou que a Assistência Farmacêutica municipal precisa avançar no tocante à avaliação técnica ou parecer técnico dos medicamentos adquiridos, visto que essa se afigura uma das etapas mais importantes quando o objetivo é adquirir medicamentos em virtude de suas peculiaridades técnicas. Trata-se, portanto, de uma tarefa de grande responsabilidade, pois se terá de proceder ao confronto das especificações técnicas dos produtos ofertados com as especificações e exigências constantes do edital. O responsável pelo parecer deverá conhecer todos os aspectos acerca do objeto que está avaliando, assim como as possibilidades e limites da legislação vigente, garantindo o cumprimento dos quesitos técnicos exigidos, sem causar infrações de ordem jurídica e administrativa para a instituição (MARIN et al., 2003).

Os eixos mencionados acima foram avaliados com prioridade 2 - intermediária, pois a falta de informatização e de recursos humanos qualificados dificultam a dimensão programação/aquisição. Esta dimensão necessita de recursos humanos qualificados que

trabalhem com sistema de informação adequado para que todos os eixos sejam atendidos na sua plenitude.

Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

Eixo C-1: Programar adequadamente:

- a) Padronizar e implementar o controle de estoque nas Unidades de Saúde como prioridade a curto prazo, o que irá contribuir com as atividades do almoxarifado central, possibilitando a adequação da programação.
- b) Realizar levantamento acerca dos dados epidemiológicos do município, listando os principais problemas de saúde da região.

Eixo C-2: Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno:

- a) Elaborar e implementar uma planilha de Consumo Médio Mensal para as Unidades de Saúde que dispensam medicamentos, bem como para o Almoxarifado de Saúde.

Eixo C-3: Garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportuno para atender às necessidades de saúde:

- a) Realizar levantamento dos recursos financeiros aplicados na aquisição de medicamentos.
- b) Fazer uma revisão da seleção dos medicamentos padronizados.
- c) A equipe de AF deve estabelecer quantidade e periodicidade dos processos licitatórios, com o objetivo de manter os estoques dos medicamentos padronizados.

Eixo C-4: Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos:

- a) Estabelecer parcerias com a Universidade para fins de avaliação técnica.
- b) Manter as especificações técnicas dispostas nos editais de licitação, como a exigência dos documentos: Certificado de Boas Práticas de Fabricação atualizado, registro na ANVISA/MS, apresentação da Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), delineamento da forma farmacêutica e apresentação, entre outras.

5.4 ARMAZENAMENTO/DISTRIBUIÇÃO/TRANSPORTE

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade para garantir o acesso a medicamentos seguros no que se refere à manutenção de suas características físico-químicas, em âmbito municipal. Está organizada em três eixos:

Eixo D-1: Garantir o armazenamento correto dos medicamentos.

Eixo D-2: Garantir o transporte adequado dos medicamentos.

Eixo D-3: Armazenar os medicamentos nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.

O eixo relacionado à capacidade para garantir o armazenamento correto dos medicamentos (Eixo D-1) foi apontado pelo grupo como crítico para a dimensão Armazenamento/Distribuição/Transporte de medicamentos, seguido pelos eixos D-2 e D-3 (Quadro 7).

Quadro 7 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Armazenamento/Distribuição/Transporte de medicamentos - Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas. São Carlos, 2015.

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Eixo D - 1: Garantir o armazenamento correto dos medicamentos | | Prioridade 1 |
| Estágio Atual | 1 - O local de armazenamento não possui condições sanitárias adequadas para a guarda de medicamentos. | |
| Estágio Meta | 3 - O local de armazenamento possui condições sanitárias adequadas, tem área exclusiva para a guarda de medicamentos e obedece às Boas Práticas de Armazenamento de Medicamento. | |
| Indicador 13 - Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevam as normas para o correto armazenamento dos medicamentos. | | |
| Eixo D-2: Garantir transporte adequado dos medicamentos | | Prioridade 1 |
| Estágio Atual | 1 - Não possui transporte adequado para os medicamentos. | |
| Estágio Meta | 3 - Possui transporte adequado em quantidade suficiente e específico para o correto transporte dos medicamentos, de forma que garanta a qualidade do medicamento em todo seu trajeto. | |
| Indicador 14 - Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevam as normas para o transporte dos medicamentos. | | |
| Eixo D - 3: Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de | | Prioridade |

| saúde | | 1 |
|--|--|---|
| Estágio Atual | 1 - Os medicamentos não são armazenados em área específica nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde. Não há controle de estoque por um profissional responsável; e/ou não há sistema de controle de estoque consistente que forneça dados confiáveis para a gestão. | |
| Estágio Meta | 3 - Os medicamentos são armazenados em área física exclusiva, com condições sanitárias adequadas e sob controle de farmacêutico responsável. O sistema de controle de estoques é informatizado até o momento da dispensação aos usuários, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão. | |
| Indicador 15 - Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos. | | |

Fonte: Adaptado do IAPAF, 2006b.

Ao analisar a dimensão Armazenamento/Distribuição/Transporte, o grupo classificou como crítica a capacidade para garantir o armazenamento correto dos medicamentos (Eixo D-1), pois não atende à legislação destinada a essa área.

Problemas relacionados ao armazenamento de medicamentos acometem também muitos outros municípios brasileiros, conforme mostra um estudo de 2005 realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A agência constatou que 90% dos municípios brasileiros revelavam pelo menos um problema relacionado à gestão da Assistência Farmacêutica. Desses, 70% não tinham controle de estoque ou apresentavam controle deficiente (OPAS, 2005).

O eixo D-2, garantir transporte adequado dos medicamentos, foi muito discutido pelo grupo. Observou-se que o município não cumpre com a legislação vigente, o que pode acarretar danos aos medicamentos transportados. São Carlos conta com dois (02) automóveis sem adequação para realizar o transporte dos medicamentos e materiais entre o almoxarifado central e as Unidades de Saúde. Outra questão apontada pelo grupo como uma dificuldade a ser corrigida foi quanto à organização dos pedidos de medicamentos no almoxarifado (expedição) a serem enviados às Unidades de Saúde. Estes são acondicionados de maneira inadequada, com diferentes formas farmacêuticas misturadas, em embalagens impróprias e sem lacre. A ausência de conferência dos medicamentos no momento da entrega pelo atendente na UBS também foi uma dificuldade sinalizada. Em algumas situações, os medicamentos não são entregues por estarem em falta no almoxarifado. A ausência de

notificação da falta desses produtos obriga as Unidades a contatarem o Almojarifado para se inteirar da natureza do problema.

Outra ocorrência dentro dessa circunstância diz respeito ao fato de os medicamentos não entregues à população não serem registrados junto ao almojarifado, gerando pedidos complementares das unidades de saúde. Essa situação interfere diretamente na programação de medicamentos.

O transporte de medicamentos é parte importante no processo de logística e, não raramente, negligenciado como tal. A forma equivocada como os medicamentos e insumos são transportados (em ambulâncias, por exemplo) pode colocar em risco a sua integridade.

Os veículos destinados ao traslado desses produtos devem estar em conformidade com as exigências legais da vigilância sanitária local, com controle interno de temperatura, antes, durante e depois do transporte. A equipe responsável precisa estar devidamente capacitada pelo farmacêutico para o correto manuseio dos medicamentos. Vale enfatizar que a manutenção periódica desses veículos é uma das formas de minimizar atrasos que prejudicam o serviço (MARIN et al., 2003; BRASIL, 2006a).

Analisar a capacidade de armazenamento de medicamentos nas Unidades de Saúde (Eixo D-3) permitiu à equipe diagnosticar a falta de estrutura adequada, bem como a ausência do profissional farmacêutico responsável no/pelo setor e o técnico de farmácia. Nas Unidades não há área específica para a farmácia. O armazenamento e a dispensação de medicamentos ocorrem juntos, o que resulta em dificuldade para acondicionar de forma devida os produtos, comprometendo a dispensação e a atenção farmacêutica. Esses fatores atravancam a implantação de um sistema de controle de estoque consistente que forneça dados confiáveis para a gestão. Além da área física e instalações apropriadas (elétricas, sanitárias), com boa localização e condições ambientais favoráveis, é também fundamental o envolvimento de pessoal qualificado; profissionais treinados para o desempenho eficiente de suas atribuições e competentes para assegurar o manuseio e o armazenamento corretos dos fármacos (BRASIL, 2006b). Essa conjuntura desejável vem ao encontro da necessidade colocada pelo grupo de se investir em melhorias relacionadas ao armazenamento dos medicamentos nas unidades de saúde, buscando disponibilizar produtos seguros à população. Ademais, sublinha a importância da estruturação das Unidades com sistemas eletrônicos para qualificar o serviço de controle de estoque.

A questão da informatização com um sistema eletrônico para controle de estoque e dispensação de medicamentos rendeu um aceso debate na oficina. O grupo informou que as unidades não dispõem de computadores com acesso à internet, nem tampouco sistema

eletrônico para gestão dos medicamentos. Essa falta de controle resulta em compras desnecessárias, onerando, assim, os cofres públicos.

Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

Eixo D-1: Garantir o armazenamento correto dos medicamentos (almoxarifado):

- a) Treinar os recursos humanos do almoxarifado central com estabelecimento de rotinas de trabalho.
- b) Instalação de um almoxarifado central com área física e equipamentos necessários para o adequado armazenamento de medicamentos, em consonância com a legislação sanitária vigente.
- c) Implantar o material de boas práticas de armazenamento, distribuição e transporte de medicamentos, juntamente com os procedimentos operacionais padrões.
- d) Criar o procedimento necessário, ambicionando definir o fluxo, a frequência e as formas de distribuição.
- e) Criar um cronograma semanal de distribuição e recebimento.

Eixo D-2: Garantir transporte adequado dos medicamentos:

- a) Organizar o processo de expedição do pedido (solicitação de medicamentos/materiais) no almoxarifado de saúde. Tomar os devidos cuidados com medicamentos de diferentes formas farmacêuticas, por exemplo, líquidos e sólidos em locais distintos.
- b) Padronizar a conferência dos produtos no momento da entrega, com prazos estabelecidos por meio de normativa. Na UBS, deve-se colocar os materiais não contemplados em uma lista e reenviar ao Almoxarifado de Saúde.
- c) Criar sistema de Boas Práticas de Transporte.
- d) Adquirir um veículo apropriado (maior) e aparelhado com as Boas Práticas de Transporte para viabilizar o traslado de medicamentos e materiais, com o intento de garantir a qualidade dos produtos em todo o trajeto.

Eixo D-3: Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde:

- a) Garantir condições mínimas de infraestrutura, conforme discutido e disposto no Eixo A-3 (estruturar e organizar os serviços de AF) da dimensão Gestão da Assistência Farmacêutica;
- b) Instalar sistema informatizado de controle de estoque para as atividades da AF, interligando o almoxarifado às UBS.

5.5 PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade para promover a adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais, a qualidade das prescrições e a promoção do uso racional de medicamentos aos prescritores, em âmbito municipal. Está organizada em três eixos:

Eixo E-1: Promover a adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais.

Eixo E-2: Promover a qualidade das prescrições.

Eixo E-3: Promover educação para o uso racional de medicamentos pelos prescritores.

O eixo relacionado à capacidade para promover a adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais (Eixo E-1) foi apontado pelo grupo como prioritário para a dimensão Prescrição de medicamentos, seguido dos eixos E-2 e E-3 (Quadro 8).

Quadro 8 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão prescrição de medicamentos. São Carlos, 2015.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
| Eixo E - 1: Promover a adesão dos prescritores à Relação de medicamentos Essências | | Prioridade 1 |
| Estágio Atual | 1 - Não realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais. | |
| Estágio Meta | 3 - Realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais e monitora a adesão. | |
| Indicador 16 - Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação adotada de medicamentos (pode ser a Rename, a Resme, a Remume ou a lista pactuada). | | |
| Eixo E- 2: Promover a qualidade das prescrições | | Prioridade 2 |

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Estágio Atual | 1 - Não realiza intervenção para a garantia ou a promoção da qualidade das prescrições. | |
| Estágio Meta | 3 - Avalia a qualidade da prescrição e retorna à equipe os problemas relacionados às prescrições. | |
| Indicador 17 - Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica. | | |
| Eixo E - 3: Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde | | Prioridade 2 |
| Estágio Atual | 1 - Não desenvolve processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos. | |
| Estágio Meta | 2 – Realiza, esporadicamente, processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos. | |
| Indicador 18 - Existência de programação continuada para promoção do uso racional de medicamentos para os prescritores. | | |

Fonte: Adaptado do IAPAF, 2006b

Ao avaliar a capacidade de promover a adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais (Eixo E-1), os participantes notaram que o município não realiza ações de promoção. Apesar da entrega da REMUME aos profissionais, disponibilizar nas UBS essas ações não foi suficiente para a adesão dos agentes à lista, do que se verificou a necessidade de haver mais discussões sobre a relevância da lista para a garantia de acesso aos medicamentos.

Um desses espaços de discussão, como a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) que deverá ser retomada, servirá para que prescritores (médicos e dentistas), farmacêuticos e enfermeiros possam discutir a seleção de medicamentos pertencentes à Lista de medicamentos essenciais do município, para assim, juntos, promoverem a adesão à REMUME e, consequentemente, auxiliar na promoção da qualidade das prescrições (Eixo E-2).

De acordo com a percepção do grupo que integrou as oficinas, grande parte das prescrições de medicamentos não constantes da REMUME é assinada por médicos especialistas. Segundo os participantes, os prescritores da atenção básica aderem com maior facilidade à padronização municipal. Por essa razão, é crucial pensar estratégias de divulgação que alcancem, além da atenção básica, as especialidades. A avaliação da adesão às listas de medicamentos essenciais municipais é um importante indicador de qualidade das prescrições, uma vez que essas listas são concebidas a partir da epidemiologia das doenças e de critérios de eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos (DAL PIZZOL et al., 2010).

Sem embargo, a falta de adesão dos clínicos pode estar relacionada também a outros fatores, como o desconhecimento da lista padronizada e sua importância, preconceitos ou hábitos arraigados de prescrição e influência da propaganda de medicamentos (WANNMACHER, 2011).

Dentro do eixo relacionado à qualidade das prescrições (Eixo E-2), foi colocada a questão dos seus aspectos legais. Alguns profissionais relataram problemas quanto à legibilidade das prescrições; foram encontradas prescrição pelo nome comercial, sem especificação do tempo de tratamento, sem padronização para o período de validade das prescrições de uso contínuo, entre outras ocorrências.

Com o propósito de solucionar tais impasses, o grupo sugeriu a elaboração de normativa que contemple os aspectos legais da prescrição, objetivando padronizar essa dimensão da Assistência Farmacêutica. A sensibilização dos prescritores (Eixo E-3) para o uso racional dos medicamentos é tema igualmente importante no que tange o processo de garantia da qualidade da prescrição.

Para a promoção do uso racional de medicamentos, é preciso firmar uma relação de corresponsabilidade entre prescritor, dispensador e paciente, em que todos se comprometam com o mesmo objetivo, disponibilizando suas competências à serviço do bem coletivo. A educação continuada dos profissionais prescritores referente ao uso racional de medicamentos, englobando os aspectos relacionados à prescrição, é requisito essencial para o bom desempenho da profissão, e medida eficaz na busca de resolução de problemas de saúde da população (SOUSA; BORGES, 2011). Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

Eixo E-1: Promover a adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais:

- a) Realizar reuniões periódicas com prescritores.
- b) Iniciar processo de visita médica.
- c) Sensibilizar os prescritores para o tema da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e a importância da sua utilização para o uso racional de medicamentos.

Eixo E-2: Promover educação para os prescritores quanto ao uso racional de medicamentos

- a) Promover encontro anual com os prescritores da Atenção Básica.
- b) Promover encontro anual com prescritores do Centro de Especialidades Médicas (CEME).

Eixo E-3: Promover a qualidade das prescrições:

- a) Promover encontro com os prescritores com a intenção de sensibilizá-los para os aspectos legais das prescrições. (Parceria com a Vigilância Sanitária).
- b) Elaborar normativa que contemple aspectos legais da prescrição.
- c) Realizar reuniões com os prescritores para discutir a qualidade das prescrições.

5.6 DISPENSAÇÃO

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das Unidades de Saúde, em âmbito municipal. Está organizada em três eixos:

Eixo F-1: Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.

Eixo F-2: Garantir o processo de trabalho adequado na dispensação.

Eixo F-3: Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos.

O eixo relacionado com a capacidade de Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde (Eixo F-1) foi apontado pelo grupo como prioritário, seguido pelos eixos F-2 e F-3 (Quadro 9).

Quadro 9 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão dispensação - Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde. São Carlos, 2015.

| Eixo F - 1: Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde | | Prioridade 2 |
|--|---|-------------------------------|
| Estágio Atual | 1- As farmácias não têm dimensão suficiente, infraestrutura adequada, disponibilidade de local de atendimento privado ou semiprivado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet e nem dispõem de farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes. | |
| Estágio Meta | 3- As farmácias têm dimensão suficiente e possuem farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes, disponibilidade de local de atendimento privado ou semiprivado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet. | |
| Indicador 19 - Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e internet). | | |

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Eixo F- 2: Garantir processo de trabalho adequado na dispensação | | Prioridade 1 |
| Estágio Atual | 1 - Não existem manuais com rotinas de dispensação | |
| Estágio Meta | 3 - A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais, pelo farmacêutico e/ou sistematicamente supervisionadas por ele. É realizada orientação ao paciente na hora da dispensação | |
| Indicador 20 - Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação, e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário. | | |
| Eixo F - 3: Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos | | Prioridade 2 |
| Estágio Atual | 2 – As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado. | |
| Estágio Meta | 3 – As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado; realizam algum tipo de acompanhamento fármaco- terapêutico de pacientes com tuberculose e/ou hanseníase, diabetes, DST/aids, ou, ainda, acompanham pacientes que fazem parte de programas como planejamento Familiar e/ou Saúde da Criança e Saúde Mental. (I CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA,2003). | |
| Indicador 21 - Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos. | | |

Fonte: Adaptado do IAPAF, 2006b

A capacidade para organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde foi eleita a dimensão prioritária pelo grupo (Eixo F-1), que julgou pertinente atingir algumas etapas do estágio 3 do desenvolvimento, acreditando não possuir a governabilidade necessária para discutir ou afirmar que características como: infraestrutura adequada em todas as unidades de saúde, disponibilidade de local de atendimento privado ou semiprivado ou dispor de farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes serão alcançadas no período de tempo do planejamento. Todavia, a equipe aludiu à importância de cada um desses avanços para a melhoria da Assistência Farmacêutica municipal.

Apesar do exposto acima, a presença do profissional farmacêutico ainda não é uma realidade na maioria das unidades do sistema público de saúde, o que torna a dispensação de medicamentos uma atividade realizada por diferentes profissionais, muitas vezes sem nem mesmo a supervisão do farmacêutico (Eixo F-2).

A Política Nacional de Medicamentos concebe a dispensação como um ato do farmacêutico de assegurar medicamentos à população mediante, geralmente, a apresentação de receita prescrita por profissional autorizado. Como parte desse ato, o farmacêutico informa

e orienta os pacientes sobre o uso adequado dos fármacos relativamente à dosagem, posologia, interação com alimentos e outros medicamentos, possíveis reações adversas e às condições de conservação dos produtos, dentre outras informações (BRASIL, 2001).

Reportando-se ainda à lógica da governabilidade, tendo em vista a dimensão: capacidade para garantir processo de trabalho adequado na dispensação (Eixo F-2), o grupo sublinhou a divergência na forma de realizar a dispensação de medicamentos em âmbito municipal, pois há muitas pessoas ligadas ao processo que trabalham, pensam e agem de forma diferente. Em virtude disso, a equipe apresentou como ação a ser realizada em curto prazo a produção de material/manual sobre a dispensação de medicamentos, para que essa atividade seja realizada segundo as normas técnicas adequadas e de forma padronizada por profissional habilitado.

Por envolver diferentes pessoas e profissionais no desenvolvimento de suas atividades, a dispensação também acaba sendo realizada de diferentes formas e com variadas interpretações de caráter pessoal. Isso justifica a construção e uso de protocolos clínicos e gerenciais (Eixo F-2) que permitam ao profissional desempenhar seu ofício de forma padronizada, garantindo a qualidade dos serviços (CORDERO; GIORGIO; FERNÁNDEZ, 2001).

Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

Eixo F-1: Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde:

- a) Disponibilizar fontes de informação para as farmácias (literatura básica).
- b) Estruturar todas as farmácias das UBS com o mínimo necessário e aceitável para organização do serviço, por meio do encaminhamento de licitação, conforme estabelecido nas estratégias do Eixo A-3 da dimensão Gestão da Assistência Farmacêutica.
- c) Contratar farmacêutico e auxiliar para cada unidade, com a finalidade de promover a atenção farmacêutica.

Eixo F-2: Garantir processo de trabalho adequado na dispensação:

- a) Construir Manuais para a atividade de dispensação de medicamentos.

- b) Promover a sensibilização das equipes das UBS no que concerne aos aspectos relacionados à dispensação e à utilização do manual elaborado.

Eixo F-3: Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos:

- a) Realizar o acompanhamento Farmacoterapêutico articulado com as políticas municipais de saúde.
- b) Promover Educação Permanente nas unidades com o auxílio da universidade e da EP municipal.

5.7 RECURSOS HUMANOS

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a Assistência Farmacêutica, em âmbito municipal. Está organizada em três eixos:

Eixo G-1: Dispor de farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica.

Eixo G-2: Dispor de pessoal auxiliar com curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.

Eixo G-3: Realizar treinamentos e oferecer capacitação internas para os agentes da Secretaria de Saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização e capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à Secretaria de Saúde.

O eixo que diz sobre a capacidade para dispor de farmacêutico, com fins à execução e à organização da Assistência Farmacêutica (Eixo G-1), foi apontado pelo grupo como prioritário para a dimensão Recursos Humanos, seguido pelos eixos G-2 e G-3. (Quadro 10)

Quadro 10 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Recursos Humanos - Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a AF. São Carlos, 2015.

| Eixo G - 1: Dispor de Farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica | | Prioridade |
|---|---|-------------------|
| | | 1 |
| Estágio Atual | 1 - Não há farmacêutico trabalhando na Assistência Farmacêutica da saúde ou há apenas um responsável por todos os serviços farmacêuticos. | |
| | 2 - Há pelo menos um farmacêutico em cada um desses serviços: | |

| | |
|--|--|
| Estágio Meta | a) Gerência da Assistência Farmacêutica, b) almoxarifado de medicamentos, c) ambulatórios de especialidades, d) hospitais e prontos-socorros da administração direta, e) serviços de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial. |
| <p>Indicador 22 - Existência de, pelo menos, um farmacêutico trabalhando com a Assistência Farmacêutica no nível central da SMS.</p> <p>Indicador 23 - Existência de pelo menos um farmacêutico para cada almoxarifado ou central de abastecimento farmacêutico.</p> <p>Indicador 24 - Porcentagem de unidades básicas de saúde (UBS) que possuem farmacêutico na dispensação.</p> <p>Indicador 25 - Porcentagem de ambulatórios de especialidades (AE) que possuem farmacêutico na dispensação.</p> <p>Indicador 26 - Porcentagem de hospitais e pronto-socorros (HPS) sob gestão da SMS que possuem farmacêutico na dispensação entre os que realizam dispensação ambulatorial de medicamentos.</p> <p>Indicador 27 - Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação.</p> | |
| <p>Eixo G - 2: Dispor de pessoal auxiliar com curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em Assistência Farmacêutica para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.</p> | |
| Prioridade | |
| 1 | |
| Estágio Atual | 1 - Não dispõe de pessoal auxiliar ou o pessoal auxiliar das atividades de AF, em sua maioria, não possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF. |
| Estágio Meta | 3 - Todo o pessoal auxiliar das atividades de Assistência Farmacêutica possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF. |
| <p>Indicador 28 - Porcentagem de trabalhadores da assistência farmacêutica (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica.</p> | |
| <p>Eixo G - 3: Realizar treinamentos e capacitações internas para a Secretaria de Saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização e capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à Secretaria de Saúde.</p> | |
| Prioridade | |
| 1 | |
| Estágio Atual | 1 - Não são realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou não se promove a sua participação em cursos externos de atualização, capacitação, entre outros. |
| Estágio Meta | 3 - Existe programação permanente para a realização de treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF. |
| <p>Indicador 29 - Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na assistência farmacêutica.</p> <p>Indicador 30 - Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos.</p> | |

A disponibilidade de farmacêuticos em todas as unidades básicas de saúde (Eixo G-1) parece estar longe da realidade do município. De acordo com o grupo, em 2012, a prefeitura obteve junto ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP) uma notificação com prazo para contratar novos farmacêuticos em substituição aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem responsáveis pela dispensação.

Em 2014, a Secretária Municipal de Saúde, após ser autuada pelo Conselho Regional de Enfermagem – SP, resolveu concentrar o atendimento da farmácia em seis unidades básicas de saúde e no Centro de Especialidades Médicas (CEME).

Afinado com o CRF-SP 2015, em audiência pública na Câmara dos Vereadores, a equipe da rede pública de saúde trouxe à baila, entre outras pautas, a problemática da carga excessiva de trabalho e a importância da presença do profissional nas unidades e/ou centros de saúde para se evitar perda de medicamentos, e para que seja possível realizar atenção farmacêutica.

O Ministério da Saúde sugere que a farmácia deve dispor de recursos humanos suficientes, tanto para gestão quanto para assistência aos usuários, mobilizados e comprometidos com a organização e a produção de serviços que atendam às necessidades da população. Propõe, ainda, que as atribuições e responsabilidades individuais estejam formalmente descritas e perfeitamente compreendidas pelos profissionais envolvidos, dos quais se espera competência no exercício de suas funções. O número de pessoal deve variar conforme o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado pela farmácia. É importante, ainda, que os ambientes sejam integrados à unidade de saúde, próximos entre si e destinados exclusivamente às atividades da farmácia (BRASIL, 2009).

A exigência de farmacêutico como responsável técnico pelas farmácias municipais está prevista na Lei n. 5.991/1973, com ênfase para os artigos 2º, 3º, 4º e 15º da referida legislação (BRASIL, 1973), e para as farmácias municipais que dispensam medicamentos sujeitos a controle especial, existe legislação sanitária (Portaria MS 344/1998) cuja determinação é a de que a guarda fique sob responsabilidade de profissional farmacêutico.

Tão importante quanto a presença do profissional farmacêutico é a disposição de pessoal auxiliar para o desempenho das atividades de Assistência Farmacêutica (Eixo G-2). Atualmente, o município não conta com os serviços de pessoal auxiliar. O pessoal auxiliar das atividades de AF são técnicos de enfermagem, enfermeiros ou auxiliares administrativos que estão envolvidos com atividades de toda a unidade de saúde, ou seja, não atuam exclusivamente auxiliando as atividades de AF. Assim, o grupo sugere a criação do cargo

técnico/auxiliar de farmácia, e propõe treinamento a todos os envolvidos com atividades de AF antes de ingressarem no serviço de Assistência Farmacêutica.

A educação continuada e permanente faz parte das funções de apoio e desenvolvimento da gestão dos recursos humanos e tem por objetivo promover a atualização das habilidades já adquiridas e a aquisição de novas habilidades. Os farmacêuticos como todo profissional de saúde, precisam continuar a adquirir novos conhecimentos e novas tecnologias, além de se adaptar às novas necessidades dos serviços de saúde e das comunidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

De acordo com essa concepção, a equipe de trabalho elegeu como prioridade a realização de treinamentos e capacitações internas para a Secretaria de Saúde ou a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização e capacitação voltados para a AF, externos à Secretaria de Saúde. O grupo defendeu também estabelecimento de parcerias com a Universidade, a fim de auxiliar a Secretaria de Saúde nessas atividades (Eixo G - 3).

Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

Eixo G-1: Dispor de farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica:

- a) Criar a Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica.
- b) Realizar contratação de Farmacêutico.
- c) Criar o cargo Técnico de farmácia no organograma de recursos humanos do município.
- d) Contratar Técnico de farmácia.

Eixo G-2: Dispor de pessoal auxiliar com curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em Assistência Farmacêutica para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços:

- a) Promover capacitação inicial com carga horária mínima de 40 horas e desenvolver, juntamente com o departamento de educação do município, em conjunto com a universidade, um processo de educação permanente dos profissionais da rede de atenção à saúde.

Eixo G-3: Realizar treinamentos e oferecer capacitação internas para os agentes da Secretaria de Saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal

auxiliar) em cursos de atualização e capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à Secretaria de Saúde:

- a) Desenvolver um processo de educação continuada e educação permanente para os farmacêuticos.
- b) Incentivar a produção científica dos trabalhadores envolvidos com a AF, bem como facilitar a divulgação em eventos.
- c) Possibilitar a participação dos trabalhadores envolvidos na AF em cursos de atualização, capacitação e pós-graduação.

5.8 FARMACOVIGILÂNCIA

Esta dimensão tem como objetivo avaliar a capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município. Está organizada em um (01) eixo (Quadro 11).

Quadro 11 - Estágio atual e estágio meta, segundo indicados para a dimensão Farmacovigilância - Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município. São Carlos, 2015.

| Eixo H - 1: Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância | | Prioridade 2 |
|---|--|-------------------------------|
| Estágio Atual | 1 - Não existem profissionais capacitados para implantar a notificação espontânea de eventos adversos a medicamentos | |
| Estágio Meta | 3 - Existem profissionais capacitados e as notificações são encaminhadas para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância. | |
| Indicador 31: Porcentagem de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros). | | |

Fonte: Adaptado do IAPAF, 2006b

A farmacovigilância é o trabalho de acompanhamento do desempenho dos medicamentos que já estão no mercado. As suas ações são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela ANVISA (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA, 2014). Todavia, um importante referencial foi a Política

Nacional de Medicamentos, aprovada em 1998 (OPAS, 2002). Esta teve como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2001 apud OPAS, 2002).

O grupo salientou que nunca houve nenhum movimento de capacitação ou de conscientização da importância da atividade supracitada. Diante disso, a equipe percebeu a urgência de se desenvolver um trabalho em parceria com a Vigilância Sanitária Municipal.

Como estratégias para o alcance dos estágios meta definidos, foram pactuadas as seguintes ações:

- a) Organizar, em conjunto com as instituições formadoras, cursos de capacitação na área de farmacovigilância para os trabalhadores da saúde;
- b) Capacitar os profissionais no sentido de orientá-los a bem realizar o preenchimento e encaminhamento das notificações de eventos adversos a medicamentos ao sistema estadual e nacional de farmacovigilância.

Por fim, foram delineados os estágios de desenvolvimento das diferentes dimensões avaliadas em gráfico (Microsoft Excel®), para assim demonstrar de forma mais condensada os resultados da avaliação.

O Gráfico abaixo apresenta o estágio atual de Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no município de São Carlos.

Gráfico 1 - Resultado da avaliação da Assistência Farmacêutica no município de São Carlos/SP, por meio do método IAPAF, 2006b.



Fonte: Elaboração própria da pesquisadora.

Pode-se observar que dos vinte e quatro (24) eixos avaliados pelo grupo de trabalho, dezenove (19) foram considerados no estágio 1 de desenvolvimento da capacidade; cinco (05) foram avaliados em nível intermediário (estágio 2 de desenvolvimento) e nenhum com avaliação máxima do nível de capacidade (estágio 3 de desenvolvimento).

Os eixos com estágio 2 de desenvolvimento, estão descritos abaixo:

Eixo B-1: Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essenciais, mas a lista se baseia na RENAME, porém não há avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico.

Eixo C-1: Programar adequadamente – a programação não considera ou considera parcialmente dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros.

Eixo C-2: Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno - a aquisição considera parcialmente dados de estoque e demanda do município.

Eixo C-4: Garantir a qualidade dos medicamentos - estabelece especificações técnicas dos medicamentos que deverão compor os editais.

Eixo F-3: Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos - as farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a identificação do estágio atual de desenvolvimento da Assistência Farmacêutica municipal, além de delinear ações e estratégias a serem desenvolvidas para a estruturação e organização da AF, contou-se com a participação e avaliação de um coletivo. A união dos diversos atores envolvidos com a Assistência Farmacêutica viabilizou um julgamento mais amplo da forma de ver, planejar e agir em saúde.

Apesar de já se falar em planejamento estratégico da Assistência Farmacêutica, desde a aprovação da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, muitos profissionais ainda tinham uma visão restrita da AF e, por isso, a importância em iniciar as oficinas com um resumo sobre as políticas que permeiam a Assistência Farmacêutica e suas ações e objetivos dentro do Sistema de Saúde no que se refere ao planejamento.

O espaço de discussão formado para a avaliação da situação atual da AF no município incitou um debate sobre os problemas enfrentados no dia a dia dos profissionais, e possibilitou a troca de ideias e anseios no sentido de qualificar o serviço de saúde.

De acordo com os registros, esta foi a primeira vez que um planejamento da Assistência Farmacêutica foi realizado com uma metodologia na forma de construção coletiva. Participaram desse trabalho, profissionais da rede de atenção à saúde, cujas atividades estabeleciam alguma interface com a Assistência Farmacêutica.

Em razão de ser uma experiência nova, faz-se necessário colocar algumas questões a serem reavaliadas para posteriores processos de planejamento, como o número elevado de dimensões a serem avaliadas, que demanda disponibilidade de tempo pelos profissionais.

O tempo destinado para as oficinas se revelou insuficiente, comprometendo o aprofundamento na discussão de algumas temáticas, principalmente no que diz respeito aos aspectos técnicos e teóricos relacionados à Assistência Farmacêutica, que dariam base para proposições de ações relevantes e efetivas, com vistas à melhoria no desempenho da assistência farmacêutica.

Outra questão importante se refere a pouca experiência dos profissionais, já que para planejar é necessário pensar estrategicamente as situações colocadas como problema. Embora o planejamento tenha sido proposto para os próximos 04 anos, observou-se no grupo um imediatismo para a resolução das situações-problema, e, ao analisar os prazos estabelecidos, percebeu-se que grande parte das estratégias foi proposta para serem implementadas em curto prazo.

A presente investigação sugere que sejam oferecidos programas de capacitação para a gestão das atividades de AF, debatendo os temas elencados como prioridade e pontos críticos da AF municipal, a saber, a adequada seleção e programação de medicamentos. É importante que o produto do planejamento realizado, o Plano de Ação, seja retomado e revisado periodicamente, para que se mantenha condizente com a realidade, já que as prioridades e necessidades são passíveis de mudanças e, portanto, novos focos devem ser estudados e estabelecidos continuamente.

Considerando a exposição acima, espera-se que o Plano de Ação elaborado seja encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para avaliação, aprovação e posterior inserção no Plano Municipal de Saúde como capítulo Assistência Farmacêutica. O envolvimento dos diferentes níveis de gestão e o apoio do Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde é de fundamental importância para aumentar a possibilidade de concretização das ações e contribuir para o processo de organização das ações de Assistência Farmacêutica.

O trabalho organizado por meio de um esforço conjunto de diferentes profissionais conferiu um suporte e referencial importantes para a Secretaria de Saúde, uma vez que foi avaliada a atual situação da AF municipal, e foram identificados os principais desafios a serem enfrentados, bem como estipuladas as metas para a resolução de situações-problema, elencados como prioritárias pela equipe de saúde.

Assim, a pesquisa proporcionou a identificação do estágio atual de desenvolvimento da Assistência Farmacêutica municipal, além de delinear ações e estratégias a serem desenvolvidas para a estruturação e organização da AF, conforme cada meta estabelecida, por meio de uma avaliação coletiva.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Farmacovigilância**. 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. L. Avaliação da gestão da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1207- 1220, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Relatório do Seminário Internacional de Assistência Farmacêutica do CONASS**, realizado em 15 e 16 de junho de 2009, em Brasília/DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988.

_____. Decreto-lei nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). **Coleção de Leis do Brasil**, Brasília, DF, v. 4, p. 251, 1971.

_____. Decreto-lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

_____. Lei n. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 dez. 1973.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 154 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Saúde. **Portal da saúde SUS**. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso: uma proposta de método**

para aplicação à Assistência Farmacêutica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 74 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 100 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Portaria GM/MS n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2007.

_____. Portaria GM/MS n.º 3.916, de 30 de Outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998a.

_____. Portaria GM/MS n.º 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de componente e execução de Componente Básico para a Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010a.

_____. Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010b.

_____. Portaria GM/MS n.º 1.555, de 30 de Julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

_____. Portaria n.º 3916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

_____. Portaria n.º 4.217, de 24 de dezembro de 2010. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na atenção básica em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010a.

_____. Portaria nº 2084/GM DE 28 DE OUTUBRO DE 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de outubro 2005.

_____. Resolução nº. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004.

_____, Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. 2009a.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html - acesso em: 20 de julho de 2014

_____, Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. 2009b.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html - acesso em: 20 de julho de 2014

BITTENCOURT, R. A. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no município de Uruguaiana – RS**. 2014. 127 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública Baseada em Evidências). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2014.

CASTRO, A. V. et al. Avaliação do processo de reestruturação da Assistência Farmacêutica no município de Aracaju/SE. **Revista Ciências Farmaceuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35, n. 3, p. 379-383, 2014.

CHEN, H. T. **Method and theory in program evaluation: a question of balance**. Theory-driven evaluations. Beverly Hills: Sage Publication, 1990.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF-SP). **Portal CRFSP**. 2015. Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

_____. Comissão Assessora de Saúde Pública. **Saúde pública**. 2010. Disponível em: <<http://www.portal.crfsp.org.br/43-cartilha-da-comissao-de-saude-publica.html>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ (CRF-PR). **Assistência Farmacêutica no Serviço Público**: cartilha para gestores municipais. Curitiba: Conselho Regional de Farmácia do estado do Paraná, 2013. Disponível em: <http://www.crf-pr.org.br/uploads/comissao/10989/Cartilha_Assistencia_Farmaceutica_no_servico_publico.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

CONSEDEY, M. A.; BERMUDEZ, J. A. C.; REIS, A. L. A. 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, jan/mar.,2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 132 p.

CORDERO, L.; GIORGIO, F.; FERNÁNDEZ, F. L. Protocolos para transtornos menores del projecto TESEMED: estreñimiento. **Pharma Care Esp.**, Espanha, v. 3, p. 155-174, 2001.

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

DE BERNARDI, C.L.B.; BIEBERBACH, E.W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da Assistência Farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde Soc.** 2006; 15(1):73-83.

FRAGA F.N.R. **A utilização de um modelo lógico para reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal.** Dissertação (Mestrado profissional em Ciências Farmacêuticas) – Programa de Pós-Graduação. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. 157p

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 21. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

GOMES, C. A. P. **A Assistência Farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas.** 2012. Disponível em: <www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

GLOBO. Prefeito de São Carlos prevê 'colapso' e planeja panelaço contra bloqueios. **G1 regional**, 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2015/07/prefeito-de-sao-carlos-preve-colapso-e-planeja-panelaco-contr-bloqueios.html>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidade sat.** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 out. 2013.

MACIEL, N. M. Z. **Proposta para a formulação do plano de Assistência Farmacêutica do município de Santo Amaro da Imperatriz.** 2012. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de Relacionamento para Profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** Ribeirão preto, SP: Novo Conceito, 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 2ª ed. São Paulo: Atlas;1990.

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

OLIVEIRA, L. **Planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS, de um município do sul de Santa Catarina Criciúma**. 2010. 103 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS – 4**. Selección de medicamentos esenciales. Ginebra: OMS, 2002.

_____. **O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde: Boas Práticas em Farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Conselho Federal de Farmácia, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. 260 p. (Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde, 3). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2013.

PAULUS JUNIOR, A. Gerenciamento de Recursos Materiais em Unidades de Saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 30–45, dez. 2005.

PEPE, V. L. E. **O Formulário Terapêutico Nacional, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: extensões da seleção de medicamentos**. 2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/513.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Plurianual de Saúde 2014 – 2017**. São Carlos/SP: PMSC, 2014.

SOLER, O. **Fundamentação para os resultados esperados com a política de assistência farmacêutica das unidades do complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. 2009. Disponível em: <http://www.ch.ufrj.br/images/documentos/fundamentacao_para_a_politica_do_CHUFRJ_final.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

SOUSA, I. F.; BORGES, D. B. **Uso racional de medicamentos: importância da prescrição e da dispensação**. [S.l.]: Instituto Salus, 2011.

SOUZA, L. S.; PORTO, J. G.; LYRA JUNIOR, D. P. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da Assistência Farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 32, n. 3, p. 403-410, jul. 2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas; 1998.

VIEIRA, F. S.; MENDES, A. C. R. **Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_gasto_medicamentos.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2013.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Boletim OPAS**. Uso racional de Medicamentos: Temas selecionados, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2006.

_____. Importância dos medicamentos essenciais em Prescrição e Gestão Racionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 15-20. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

APÊNDICE A - Termo de Consentimento livre e esclarecido do participante



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a),

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*A construção coletiva de uma proposta de planejamento para a Assistência Farmacêutica em uma rede de atenção à saúde*”. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes que se decida a participar. O (A) Sr. (a) tem o direito de a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição a que trabalha. O (A) Sr. (a) foi selecionado (a), pois preenche aos requisitos de inclusão para a pesquisa. **Justificativa** - buscamos analisar de que forma ocorre a Assistência Farmacêutica no município de São Carlos sob o olhar dos profissionais inseridos na Rede de Atenção a Saúde no município. **Objetivo geral** - construir uma proposta para a Assistência Farmacêutica da Rede de Atenção a Saúde no município. **Procedimentos** – o estudo utilizará o método de intervenção que consiste na aplicação do Instrumento de Auto Avaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF) que foi elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, sendo o mesmo descrito na publicação “Planejar é preciso”. (BRASIL, 2006b). Serão realizadas duas oficinas na Universidade Federal de São Carlos, com a participação desta pesquisadora, que primeiro falará sobre a pesquisa, instruirá sobre a interpretação e o preenchimento do IAPAF e auxiliará nas dúvidas. As oficinas estão previstas para o mês de agosto de 2015.

Os riscos aos participantes da pesquisa poderão ser a quebra de sigilo e anonimato, que estão assegurados pela identificação dos mesmos por meio de numeração, bem como destruição do material gravado pela própria pesquisadora, após o uso. E ainda, constrangimento em relação às perguntas a serem realizadas, já que as mesmas se relacionam a uma reflexão da sua prática profissional na Assistência Farmacêutica, o que pretendemos possa ser refletido de forma conjunta com os profissionais de saúde, já que atuamos na mesma

rede de saúde. Como última medida, a explicitação de que o mesmo possa retirar a qualquer momento sua participação no estudo.

Saliente-se que a realização das oficinas junto ao grupo, estabelecerá no início da atividade o pacto coletivo de um ambiente preservado e reservado para este momento, o que prevê que todos assumam o compromisso da preservação do que for dito e refletido, sendo este um espaço de liberdade para as expressões espontâneas, mas com a manutenção do devido respeito às questões éticas envolvidas, já que todos são profissionais institucionalizados.

A manutenção do sigilo e anonimato ocorrerá quando da apresentação dos dados, que permanecerá com a proposta da numeração na identificação dos participantes da pesquisa.

Os benefícios estão relacionados ao serviço de saúde com possibilidade de aprimorar o funcionamento do setor bem como dos participantes direta e indiretamente

O método de planejamento utilizado neste trabalho consiste no Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF), que foi elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. O método é apresentado como um exercício de autoavaliação participativa, em forma de oficina, para dar suporte à Secretaria de Saúde no sentido de avaliar a atual situação da Assistência Farmacêutica no âmbito Municipal e criar metas para a resolução de situações-problemas elencadas como prioritárias pela equipe de saúde local. Além disso, auxilia na elaboração do plano de trabalho ou de ação, por meio da identificação do estágio atual de desenvolvimento da capacidade técnica e de gerenciamento, definição de metas e prioridades, construção de parâmetros e definição de necessidades e, ainda, contribui para o desenho do Capítulo Assistência Farmacêutica no Plano de Saúde.

Especificamente para os profissionais os benefícios se relacionam a possibilidade de refletirem sobre seu cotidiano profissional a partir da discussão.

Salienta-se que quanto à análise de riscos e benefícios, pelo explicitado acima, o risco mínimo de quebra do sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa será preservado pela identificação dos mesmos por meio de numeração. Os benefícios se vinculam à potencialidade da articulação dos achados junto a profissionais vinculados à Assistência Farmacêutica como parte da prática profissional, como forma de qualificação da atenção à saúde.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O (A) Sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar dela, bem como nenhuma remuneração financeira.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eliana Rodrigues de Araujo
Mestranda programa gestão da clinica
Universidade Federal de São Carlos

**Rodovia Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 676, CEP 13.565-905 – São Carlos/SP
– Brasil. Fone (16) 3351-9612**

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 676, CEP 13.565-905 – São Carlos/SP – Brasil. Fone (16) 3351-9612. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante



APÊNDICE B - Convite aos participantes

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA



Termo de Responsabilidade do Pesquisador – carta convite

Prezado (a) Dr. (a)

Dirijo-me á V. Sa., para informar que este equipamento de saúde foi selecionado para compor amostra da pesquisa a ser desenvolvida na Universidade Federal de São Carlos, no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, na área de concentração – gestão da clinica, sob orientação do Prof.. Dr. Roberto de Queiroz Padilha.

O Tema da pesquisa em questão é “A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UMA PROPOSTA DE PLANEJAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE . A uniformidade da coleta de dados e a sistematização da formação se dará através do Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF)”, que foi elaborado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, sendo o mesmo descrito na publicação “Planejar é preciso”. (BRASIL, 2006b).

Esse instrumento será aplicado aos profissionais que compreendem a rede de atenção do município no sistema SUS, que vão garantir a validade dos resultados e possibilitar o monitoramento da gestão das atividades da Assistência farmacêutica, como também efetuar análise para articulação na Rede de Atenção a Saúde do município.

Neste sentido, solicito autorização para os profissionais desse equipamento de saúde, participar da pesquisa por meio do método pesquisa – ação, utilizando a ferramenta IAPAF e participando de duas oficinas totalizando 10 horas em um processo de construção e aprendizado.

Ressalto que será mantido o sigilo absoluto sobre as respostas coletadas, assegurando - se desde já, que os resultados serão divulgados de forma consolidada.

Antecipadamente agradeço vossa colaboração na viabilização da pesquisa.

Atenciosamente,

Eliana Rodrigues de Araujo
Mestranda programa gestão da clinica
Universidade Federal de São Carlos

APÊNDICE C - Declaração de ciência do equipamento de saúde**(MODELO PARA ELABORAÇÃO EM PAPEL TIMBRADO)****DECLARAÇÃO**

Eu, Sr. (a)-----, chefe ou diretor do, -----
-----, declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada **“ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UMA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE PLANEJAMENTO”**. (em anexo).

São Carlos, de de 2015.

Nome:

Função:

APÊNDICE D - Planilhas do Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF) preenchidas com estágio atual e estágio meta de cada capacidade, avaliados pelo grupo.

| 1.Gestão da Assistência Farmacêutica – Capacidade para realizar a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica | | | | | | | |
|--|---------------|--|---|---|--------------|---|------------|
| Capacidade para | Estágio Atual | Estágios de Desenvolvimento da capacidade | | | Estágio/meta | Indicador | Prioridade |
| | | 1° | 2° | 3° | | | |
| Institucionalizar a Assistência Farmacêutica | 1 | A Assistência Farmacêutica não tem adequado reconhecimento ou aceitação pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde, e não consta formalmente na estrutura organizacional. | A Assistência Farmacêutica é reconhecida e aceita parcialmente pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e não consta formalmente na estrutura organizacional. | A Assistência Farmacêutica é reconhecida e aceita pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e consta formalmente na estrutura organizacional. As ações de organização da Assistência Farmacêutica estão inseridas no plano de saúde e no orçamento anual. As ações de organização da Assistência Farmacêutica estão integradas no SUS e nas instâncias de controle social. | 3 | Indicador 1 = Existência de Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal da Saúde. | 1 |
| Planejar a organização da Assistência Farmacêutica | 1 | Não há planejamento para organização da Assistência Farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, uso, recursos humanos, sistema de informação) | Há planejamento para organização da Assistência Farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo, porém, ou o plano de trabalho não é cumprido, ou o planejamento é feito apenas para algumas etapas | Há planejamento para organização da Assistência Farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, farmacovigilância, uso, recursos humanos, financiamento, sistema de informação. | 3 | Indicador 2 = Inclusão da Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas. | 1 |
| Estruturar e organizar os serviços de Assistência | 1 | Não há recursos financeiros, infraestrutura e de pessoal adequados | Alguns serviços de Assistência Farmacêutica estão estruturados | A maioria dos serviços de Assistência Farmacêutica está | 3 | Indicador 3 =Porcentagem de serviços de Assistência | 1 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Farmacêutica. | | para os serviços de Assistência Farmacêutica | e organizados. | estruturada e organizada. | | Farmacêutica em condições adequadas de funcionamento. | |
| Avaliar as ações de Assistência Farmacêutica | 1 | Não existe um sistema de monitoramento e avaliação das ações de Assistência Farmacêutica ¹ . | Coleta esporádica de dados para monitoramento e avaliação, não havendo uma estratégia clara para interpretação. | Coleta rotineira de dados de monitoramento e avaliação em todas as atividades, os quais são utilizados para melhorar as ações de Assistência Farmacêutica | 3 | Indicador 4 = Existência de procedimentos para o monitoramento da Assistência Farmacêutica por meio de indicadores. | 1 |

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

| 2. Seleção – Capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la. | | | | | | | |
|---|---------------|--|--|---|--------------|--|------------|
| Capacidade para | Estágio Atual | Estágios de Desenvolvimento da capacidade | | | Estágio/meta | Indicador | Prioridade |
| | | 1º | 2º | 3º | | | |
| Utilizar ou elaborar Relação de Medicamentos Essenciais | 2 | Não existe relação de medicamentos própria do município e sim uma lista de medicamentos recebidos por repasse estadual e federal; ou Existe uma lista própria do município elaborada a partir da demanda dos serviços sem considerar a Resme e a Rename. | Existe um processo de seleção de medicamentos que leva em conta dados epidemiológicos, porém não obedece aos critérios definidos de análise da literatura científica; ou A lista se baseia na Resme/Rename, porém não há avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico. | Existe um processo de seleção de medicamentos, realizado por uma CFT que obedece aos critérios definidos de análise da literatura científica ?; ou A lista se baseia na Resme/ Rename e atende ao perfil epidemiológico do município. | 3 | Indicador 5 = Existência de relação municipal ou estadual de medicamentos essenciais (além da lista pactuada). | 1 |
| Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) ou da lista pactuada para a atenção básica para os prescritores. | 1 | Não existem estratégias sistemáticas de divulgação. | Existe divulgação da lista de maneira informal | Existe sistemática de divulgação da lista que permite conhecimento pelos profissionais | 3 | Indicador 6 = Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) ou da lista pactuada para a atenção básica. Indicador 7 = Existência da Remume ou lista pactuada da atenção básica impressa e disponível aos prescritores nos consultórios. | 1 |
| Adotar protocolos clínicos | 1 | Não adota protocolos clínicos ou adota apenas aqueles muito consagrados (como para tuberculose ou hanseníase). | Adota protocolos clínicos, porém não há avaliação da utilização dos mesmos. | Adota protocolos clínicos com garantia de adesão pelos profissionais | 3 | Indicador 8= Existência de Protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde. | 3 |

| 3. Programação/Aquisição: Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos. | | | | | | | |
|---|---------------|---|---|--|--------------|---|------------|
| Capacidade para | Estágio Atual | Estágios de Desenvolvimento da capacidade | | | Estágio/meta | Indicador | Prioridade |
| | | 1° | 2° | 3° | | | |
| Programar adequadamente | 2 | Não há programação físico-financeira de medicamentos. | A programação não considera ou considera parcialmente dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros. | A programação leva em consideração dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros. | 3 | Indicador 9 = Realização de programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentados em memória de cálculo. | 2 |
| Deflagar o processo de aquisição em tempo oportuno | 2 | A aquisição de medicamentos não leva em consideração dados de estoque e demanda do município. | A aquisição considera parcialmente dados de estoque e demanda do município. | A aquisição considera integralmente dados de estoque e demanda do município. | 3 | Indicador 10 = Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses. | 2 |
| Garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender às necessidades de saúde. | 1 | O processo de aquisição de medicamentos não é realizado de forma adequada a suprir regularmente as demandas do município. | O processo de aquisição de medicamentos atende parcialmente às demandas do município. | O processo de aquisição de medicamentos atende plenamente as demandas do município. | 3 | Indicador 11 = Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada. | 2 |
| Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos | 2 | Não há especificação técnica dos medicamentos no processo licitatório ou esta é incompleta. | Estabelece especificações técnicas dos medicamentos que deverão compor os editais. | Estabelece especificações técnicas dos medicamentos, faz avaliação técnica para definir a aquisição e garante que o edital exija os documentos que assegurem a qualidade dos medicamentos. | 3 | Indicador 12 = Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal. | 2 |

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

| 4. Armazenamento/Distribuição/Transporte -Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas | | | | | | | |
|---|---------------|--|--|--|--------------|---|------------|
| Capacidade para | Estágio Atual | Estágios de Desenvolvimento da capacidade | | | Estágio/meta | Indicador | Prioridade |
| | | 1° | 2° | 3° | | | |
| Garantir o armazenamento correto dos medicamentos. | 1 | O local de armazenamento não possui condições sanitárias adequadas ⁴ para a guarda de medicamentos. | O local de armazenamento possui condições sanitárias adequadas para o correto armazenamento. | O local de armazenamento possui condições sanitárias adequadas, tem área exclusiva para guarda de medicamentos e obedece as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamento. 5 | 3 | Indicador 13 = Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevem as normas para o correto armazenamento dos medicamentos. | 1 |

4 Piso, parede, teto, instalações elétricas, iluminação, limpeza, sistema de prevenção de furtos, de incêndio e temperatura adequada.

5 Os medicamentos sujeitos a medidas de armazenamentos especiais, tais como psicotrópicos, os entorpecentes e os produtos que exigem condições de armazenamento especiais (termolábeis) devem ser imediatamente identificados e armazenados de acordo com instruções específicas do fabricante e com as exigências da legislação vigente.

| | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|---|
| Garantir transporte adequado dos medicamentos. | 1 | Não possui transporte adequado para os medicamentos. 6 | O transporte dos medicamentos atende parcialmente às Boas Práticas. | Possui transporte adequado em quantidade suficiente e específico para o correto transporte dos medicamentos, de forma que garanta a qualidade do medicamento em todo seu trajeto | 3 | Indicador 14 =Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevem as normas para o transporte dos medicamentos | 1 |
|--|---|--|---|--|---|--|---|

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

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|---|---|
| Armazenar nas unidades dispensadora e/ou nas unidades de saúde | 1 | Os medicamentos não são armazenados em área específica nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde 7. Não há controle de estoque por um profissional responsável; e/ ou Não há sistema de controle de estoque consistente que forneça dados confiáveis para a gestão 8. | Os medicamentos são armazenados em área física com condições sanitárias adequadas e sob controle de um profissional responsável. O sistema de controle de estoques é informatizado até a distribuição do almoxarifado para as unidades de saúde, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão. | Os medicamentos são armazenados em área física exclusiva, com condições sanitárias adequadas e sob controle de farmacêutico responsável. O sistema de controle de estoques é informatizado até o momento da dispensação aos usuários, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão. | 3 | Indicador 15 = Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos. | 1 |
|--|---|---|---|--|---|---|---|

7 Os medicamentos estão em contato direto com o chão, encostados na parede, sob exposição direta da luz. Não há sistema de refrigeração para medicamentos termolábeis.

8 Por exemplo: fichas de prateleira, sistema informatizado, entre outros.

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

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

6. Dispensação – Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde.

| Capacidade para | Estágio Atual | Estágios de Desenvolvimento da capacidade | | | Estágio/meta | Indicador | Prioridade |
|--|---------------|--|---|---|--------------|---|------------|
| | | 1º | 2º | 3º | | | |
| Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde | 1 | As farmácias não têm dimensão suficiente, infraestrutura adequada, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet e nem dispõem de farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes. | As farmácias têm dimensão suficiente, além de recursos informáticos. Entretanto, não têm disponibilidade do local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos e internet, além de farmacêutico e número adequado de pessoal auxiliar. | As farmácias têm dimensão suficiente e possuem farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet. | 3 | Indicador 19 = Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e de internet). | 2 |
| Garantir processo de trabalho adequado na dispensação. | 1 | Não existem manuais com rotinas da dispensação. | A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais. | A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais, realizada pelo farmacêutico e/ou sistematicamente supervisionada por ele. É realizada orientação ao paciente na hora da dispensação. | 3 | Indicador 20 = Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário. | 1 |
| Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos. | 2 | As farmácias não exigem receita de profissional habilitado para realizar a dispensação de medicamentos. 10 | As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado. | As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado, além disso realizam algum tipo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com tuberculose e/ou hanseníase, hipertensão, diabetes, DST/aids ou, ainda, que fazem parte de programas como Planejamento Familiar e/ou Saúde da Criança e Saúde Mental (Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2003). | 3 | Indicador 21 =Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos. | 2 |

10 Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou do princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (Anvisa). Regras para dispensação: Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973 (Brasil, 1973). Art. 35 – Somente será aviação a receita:

- a. que estiver escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais.
- b. que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;
- c. que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência, e o número de inscrição no respectivo conselho profissional.

7- Recursos Humanos - Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a AF.

| Capacidade para | Estágio Atual | Estágios de Desenvolvimento da capacidade | | | Estágio/ meta | Indicador | Prioridade |
|--|---------------|---|---|--|---------------|--|------------|
| | | 1º | 2º | 3º | | | |
| Disponer de Farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica | 1 | Não há farmacêutico trabalhando na Assistência Farmacêutica da saúde ou há apenas um responsável por todos os serviços farmacêuticos | Há pelo menos um farmacêutico em cada um desses serviços: a) Gerência da Assistência Farmacêutica, b) almoxarifado de medicamentos, c) ambulatórios de especialidades, d) hospitais e pronto-socorros da administração direta, e) serviços de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial | Além da presença de farmacêuticos nos serviços citados no 2º estágio, há farmacêuticos em todas as unidades básicas de saúde. | 2 | Indicadores de 22 a 27 estão no final das planilhas | 1 |
| Disponer de pessoal auxiliar com curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica sob orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio e a organização dos serviços | 1 | Não dispõe de pessoal auxiliar ou o pessoal auxiliar das atividades de Assistência Farmacêutica em sua maioria não possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas | O pessoal auxiliar das Atividades de Assistência Farmacêutica em sua maioria possui curso formal ou treinamento em carga horária superior a 40 horas em AF. | Todo o pessoal auxiliar das atividades de Assistência Farmacêutica possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF. | 3 | Indicador 28 = Porcentagem de trabalhadores da Assistência Farmacêutica (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica. | 1 |
| Realizar treinamento e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde. | 1 | Não são realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou não se promove a sua participação em cursos externos de atualização, capacitação, entre outros. | São realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou se promove e sua participação em cursos externos, mas forma esporádicas. Sem uma programação permanente. | Existe programação permanente para a realização de treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF. | 3 | Indicador 29 = Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na assistência farmacêutica. Indicador 30 = Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos. | 1 |

8. Farmacovigilância - Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município

| Capacidade para | Estágio Atual | Estágios de Desenvolvimento da capacidade | | | Estágio/meta | Indicador | Prioridade |
|---|---------------|--|--|---|--------------|---|------------|
| | | 1º | 2º | 3º | | | |
| Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância | 1 | Não existem profissionais capacitados para implantar a notificação espontânea de eventos adversos a medicamentos | Existem profissionais capacitados pela vigilância Sanitária, porém essa ação não é realizada | Existem profissionais capacitados e as notificações são encaminhadas para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância. | 3 | Indicador 31 = Porcentagem de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros). | 2 |

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

Indicador 22 - Existência de, pelo menos, um farmacêutico trabalhando com a Assistência Farmacêutica no nível central da SMS.

Indicador 23 - Existência de pelo menos um farmacêutico para cada almoxarifado ou central de abastecimento farmacêutico.

Indicador 24 - Porcentagem de unidades básicas de saúde (UBS) que possuem farmacêutico na dispensação.

Indicador 25 - Porcentagem de ambulatórios de especialidades (AE) que possuem farmacêutico na dispensação.

Indicador 26 - Porcentagem de hospitais e pronto-socorros (HPS) sob gestão da SMS que possuem farmacêutico na dispensação entre os que realizam dispensação ambulatorial de medicamentos.

Indicador 27 - Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação.