

Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul

Overview of Pharmaceutical Care at Family Health Units in a Town in the Countryside of Rio Grande do Sul State

Isabel Machado Canabarro

Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo-RS, Brasil

Siomara Hahn

Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo-RS, Brasil

Resumo

O estudo transversal descritivo envolvendo 15 Equipes da Saúde da Família em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, objetivou verificar o panorama da assistência farmacêutica. Foram entrevistados profissionais responsáveis pelos medicamentos em estoque, dos quais nove eram enfermeiros e a média de atendimentos/unidade/ano foi de 600 pacientes. Em 10 unidades havia cirurgiões-dentistas. Em sete unidades o abastecimento de produtos era mensal e em seis destas a quantidade não atendia a demanda. Havia registros de controle de estoque em 10 unidades. Em 11 das equipes o médico distribuía os medicamentos aos pacientes. Havia medicamentos de controle especial em nove equipes. As unidades apresentaram boas condições de armazenamento e conservação dos produtos e correlação com as especificações da Relação Nacional de Medicamentos (Rename). Produtos de controle especial em estoque e irregularidades no abastecimento de medicamentos sugerem a inclusão do farmacêutico nestas unidades.

Palavras-chave: Saúde da Família; assistência farmacêutica; medicamentos.

Summary

The cross sectional study involving fifteen units of the Family Health Program in a town in the countryside of Rio Grande do Sul State, Brazil, aimed to verify the pharmaceutical care scenario at primary care units. We have interviewed professionals responsible for medicine stock, out of which nine were nurses. In average each unit sees 600 patients per year. In ten units there were dentists. In seven units the supply of products was kept on a monthly basis and in six of them the volume of products was unable to meet the actual demand. Stock control was done in ten units. In eleven units a medical doctor distributes medicine for patients. In nine units there were controlled drugs. Products storage and conservation were in good conditions, meeting the specifications of the Brazilian National Key Medicine List (Rename). Special control products in stock and irregular drug supply suggest the need for pharmacists at those units.

Key words: Family Health; pharmaceutical care; medicine.

Endereço para correspondência:

Rua Lauro Linhares, 689, Apto 407, Bloco 3, Florianópolis-SC, Brasil. CEP: 88036-001

E-mail: isacanabarro@yahoo.com.br

Introdução

Concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) deve ser compreendido como uma estratégia para a reorientação do antigo modelo assistencial a partir da atenção básica, caracterizado pelo enfoque assistencialista e desarticulador, onde o indivíduo era visto de forma descontextualizada de sua realidade familiar e comunitária, como um permanente receptor de benefícios externos, e não como um cidadão com direitos resguardados constitucionalmente.¹

Este programa elege a família em seu contexto social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, levando a compreensão do indivíduo de forma plenamente universal, integral, equânime e contínua, auxiliando a família a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas.¹

O PSF é constituído por Equipes de Saúde da Família (ESF) que são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais são responsáveis pela atenção integral e contínua de cerca de 800 famílias (até 4.500 pessoas), residentes em um território geográfico delimitado.²

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional.

Dentre as atribuições básicas de uma equipe destaca-se o conhecimento da realidade das famílias com ênfase em suas características socioeconômicas, psico-culturais, demográficas e epidemiológicas; a identificação dos problemas de saúde mais comuns e das situações de risco à saúde as quais a população está exposta; a elaboração, com a participação da comunidade, de um plano local para o enfrentamento dos fatores de risco à saúde; a realização da vigilância epidemiológica e a atuação no controle de doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente; a promoção da

saúde por meio da educação sanitária e a participação ativa nos Conselhos locais e no Conselho Municipal de Saúde, entre outras.¹

Neste novo contexto da atenção básica à saúde, as unidades do PSF também se tornaram pontos de distribuição de medicamentos, embora que de forma escassa e seletiva, como uma consequência lógica do processo de atenção à saúde, a fim de facilitar o acesso da população aos medicamentos essenciais.

Tendo em vista esta prática de distribuição de medicamentos em unidades do PSF, surge a necessidade de se garantir maior controle sanitário na aquisição, no armazenamento, na conservação e na distribuição destes medicamentos, com base na Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999, que dispõe sobre as boas práticas de dispensação para farmácia e drogaria e assegura que o profissional farmacêutico seja o responsável pela supervisão do conjunto de processos que caracteriza a assistência farmacêutica.³

Em 2001 foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o propósito de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.⁴

Segundo esta política, a Assistência Farmacêutica consiste em um grupo de atividades voltadas para a conservação, o controle de qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos, bem como para o acompanhamento e avaliação de sua utilização, obtenção e difusão de informações, além de educação permanente dos profissionais de saúde, assegurando o uso racional destes produtos.⁴

Além disso, a PNM tem como uma de suas diretrizes a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), introduzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos 70, visando orientar o uso de produtos seguros, eficazes e com possibilidade de solucionar uma grande porcentagem dos problemas de saúde da população brasileira e, dentre as suas prioridades, uma é a revisão permanente desta Relação.⁴

Conforme a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medica-

mento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional.⁵

De acordo com o inciso IV do artigo 1º desta Resolução, as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica onde a interação direta do farmacêutico com o usuário de medicamentos visa uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados voltados para a melhoria da qualidade de vida da população.⁵

A PNAF engloba diversos eixos estratégicos, entre os quais se destacam a manutenção dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde; a utilização da RENAME, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica; e a promoção do uso racional de medicamentos por meio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.⁵

Dessa forma, o farmacêutico colaborará com a implementação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), devendo incorporar-se às ESF no exercício de sua função na atenção básica, que consiste em resolver de maneira sistematizada todos os problemas relacionados com medicamentos que possam surgir no transcorrer do tratamento do paciente, em especial naqueles portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes.⁶

Sendo o PSF a estratégia de atenção à saúde vigente, porém em construção, a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização do Programa, transformando-o em Estratégia Saúde da Família (SF) de abrangência nacional.⁷

Dessa forma, cabe aos profissionais que compõem as ESF analisar a eficiência desta estratégia enquanto distribuidora de medicamentos, mediante a revisão do conjunto de processos que engloba a Assistência Farmacêutica.

Conforme o exposto, esta pesquisa teve por objetivo verificar o panorama da assistência farmacêutica prestada aos usuários assistidos pela SF em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS), especificamente em relação aos processos de aquisição, armazenamento, conservação e distribuição dos medicamentos considerados essenciais, servindo para o acompanhamento e revisão das políticas públicas destinadas a estes produtos.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal descritivo em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, em setembro de 2006.

O município, localizado na região noroeste do estado, apresentava uma área territorial equivalente a 759,4 km² e uma população de 188.303 habitantes (2006), dos quais 83,41% eram alfabetizados (1991-2000). Quanto ao saneamento básico, cerca de 156.000 moradores possuíam abastecimento de água por meio de rede geral canalizada (2000) e em torno de 47.000 habitantes dispunham de rede geral de esgoto ou pluvial não-discriminada (2000). Além disso, aproximadamente 160.000 residentes usufruíam da coleta de lixo por meio de serviço de limpeza municipal (2000).⁸

Com relação ao sistema público de saúde, o município disponibilizava 15 unidades da ESF, um Posto de Saúde e uma Farmácia Pública (2007),⁸ além de um Centro de Assistência Psico-Social (CAPS), cinco Centros de Atendimento Integrado à Saúde (CAIS), um Centro de Saúde, um Centro de Especialidades, um Posto de Atendimento Médico (PAM), um Serviço de Planejamento Familiar, um Centro de Dependência Química, um Centro de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/aids e um Centro de Tuberculose e Hanseníase, entre outros.⁹

Além disso, os medicamentos fornecidos pelo sistema público de saúde eram distribuídos tanto na Farmácia Pública quanto nas unidades da SF, nos CAIS, no CAPS e nos Centros como DST/aids e Tuberculose e Hanseníase, por meio de prescrições aviadas pelos médicos disponíveis na rede pública.

Tendo em vista o objetivo do estudo, analisou-se somente o contexto dos medicamentos distribuídos nas unidades pelas ESF.

Para tanto, foi entrevistado um profissional por ESF, que se apresentava como responsável pelos medicamentos em estoque e/ou distribuição na unidade, totalizando então 15 entrevistados.

Além destes, o farmacêutico responsável pelo Posto de Atendimento Médico (PAM), por meio do qual eram repassados os medicamentos para as unidades, também foi entrevistado.

Os profissionais das ESF, assim como o farmacêutico do PAM, foram contatados por meio de uma conversa informal por telefone, na qual se estabeleceu uma data

para a entrevista. Na data marcada, a pesquisadora deslocou-se até a unidade para a apresentação dos objetivos do estudo, esclarecimento da metodologia da pesquisa, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realização da entrevista.

Os dados foram coletados por meio de entrevista baseada em ficha estruturada, contendo perguntas abertas e fechadas aos profissionais das equipes e perguntas abertas ao farmacêutico do PAM, referentes aos processos de compra e distribuição de medicamentos.

Com o objetivo de caracterizar a equipe e os processos de aquisição, armazenamento, conservação e distribuição de medicamentos à população, as variáveis pesquisadas incluíram: categoria do profissional entrevistado (enfermeiro, médico); constituição da equipe (equipe mínima ou ampliada pela presença de profissionais como farmacêuticos, cirurgiões-dentistas,

fisioterapeutas); número total de pacientes atendidos na unidade por mês; frequência de recebimento de medicamentos; quantidade de medicamentos recebida; orientação ao paciente; registro de controle de estoque; condições de armazenamento dos medicamentos em relação a fatores ambientais e a infra-estrutura das unidades (alvenaria, madeira).

Após a entrevista, a relação dos medicamentos estocados nas unidades foi transcrita para a ficha e classificada conforme a RENAME publicada em 2002,¹⁰ por grupo terapêutico e/ou anatômico, como mostra a Figura 1.

Embora a RENAME de 2006 já tivesse sido aprovada por meio da Portaria nº 2.745, de 13 de outubro de 2006,¹¹ neste estudo utilizou-se ainda a RENAME de 2002, pois os dados foram coletados em setembro de 2006, quando a versão antiga da Relação ainda estava em vigor.

Grupos terapêuticos e/ou anatômicos	Descrição
Grupo A1	Analgésicos, antiespasmódicos, antiinflamatórios e antigotosos
Grupo A2	Antialérgicos e medicamentos usados em anafilaxia
Grupo A3	Antiinfeciosos de uso geral
Grupo A4	Antiinfeciosos de uso especial e antiparasitários
Grupo A5	Nutrientes
Grupo B1	Sistema cardiovascular
Grupo B2	Sistema digestivo
Grupo B3	Sistema endócrino e reprodutor
Grupo B4	Sistema hematopoiético
Grupo B5	Sistema nervoso central
Grupo B6	Órgãos dos sentidos
Grupo B7	Pele e mucosas
Grupo B8	Sistema respiratório
Grupo C1	Agentes diagnósticos
Grupo C2	Anestésicos
Grupo C3	Antineoplásicos e adjuvantes
Grupo C4	Imunossuppressores
Grupo C5	Medicamentos e antídotos para intoxicações exógenas
Grupo C6	Outros produtos essenciais
Grupo C7	Vacinas, soros e imunoglobulinas

Figura 1 - Grupos terapêuticos e/ou anatômicos, conforme RENAME (2002)¹⁰

Os dados foram armazenados e analisados no conjunto de programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 10.0, para a obtenção de medidas estatísticas descritivas.

Considerações éticas

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,¹² tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o nº 092/2006 e pela Secretaria de Saúde do município em estudo.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, após ter explicado os objetivos do estudo aos entrevistados e aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os profissionais concordaram em participar da entrevista.

As identidades dos profissionais, bem como a identificação das unidades envolvidas no estudo, foram preservadas.

Resultados

Dos 15 profissionais entrevistados, nove eram enfermeiros e o restante da amostragem era composto por técnicos de enfermagem (2), médicos (2), secretários (1) e digitadores (1). A média de pacientes atendidos por unidade/mês foi de 600 (desvio-padrão=754,69).

Quanto à constituição da equipe, dez unidades apresentavam equipes ampliadas pela presença de cirurgiões-dentistas, os quais estavam vinculados à SF por meio de uma cooperativa, pois o município não possuía o programa de Saúde Bucal incorporado à SF. No entanto, nenhuma equipe contava com um profissional farmacêutico.

Em relação à frequência de abastecimento de medicamentos, sete unidades recebiam medicamentos mensalmente; sete irregularmente, ou seja, ora recebiam medicamentos mensalmente ora a cada 15 dias; e uma recebia os produtos a cada 15 dias, sendo que 13 dos entrevistados afirmaram que a quantidade de medicamentos recebida em qualquer frequência não atendia à demanda. Os medicamentos distribuídos nas unidades da SF eram adquiridos, em sua maioria, por meio de solicitação ao PAM, que contava com um profissional farmacêutico na equipe.

O PAM, por sua vez, obtinha os produtos por processos de licitação para compra de medicamen-

tos promovidos pela Prefeitura do município em estudo.

O farmacêutico do PAM, era então um dos profissionais responsáveis pela análise desses processos, bem como pelo armazenamento e dispensação dos medicamentos neste estabelecimento, além do repasse às unidades da ESF e aos demais locais de dispensação, como os CAIS.

Segundo o entrevistado, a quantidade de medicamentos e a frequência de repasse destes a todos os centros de distribuição que faziam parte da rede pública de saúde eram realizados conforme a demanda sinalizada pelos profissionais de cada unidade.

Além dos medicamentos distribuídos pelo PAM, também foram encontradas nas unidades amostras gratuitas de medicamentos de diversos laboratórios farmacêuticos, obtidas por meio de representantes comerciais que visitavam regularmente as unidades, bem como medicamentos obtidos por meio de doações de pacientes e entidades não-governamentais, muitos dos quais apresentavam a embalagem violada.

Em nove unidades o enfermeiro era o profissional responsável pelo estoque de medicamentos; entretanto, em 11 equipes era o médico quem distribuía os medicamentos aos pacientes, orientando-os em todos os casos.

Os medicamentos obtidos por meio do PAM e por meio de doações eram armazenados em pequenos armários de alvenaria, localizados na sala de enfermagem, onde também eram realizados procedimentos como orientação do uso de medicamentos, verificação de pressão arterial e curativos. Já os medicamentos provenientes de amostras gratuitas de laboratórios farmacêuticos eram armazenados em armários localizados na sala de consulta médica, aos quais somente o médico tinha acesso. Já as vacinas, os soros e as imunoglobulinas eram armazenados sob refrigeração, em uma sala específica.

Foram encontrados medicamentos de controle especial em estoque, como ansiolíticos e antidepressivos, em nove unidades, não havendo local específico para o armazenamento desses produtos, como armários com fechadura, em sete delas.

Quanto à realização de controle de estoque de medicamentos, dez entrevistados afirmaram possuir algum registro de movimentação de estoque, porém apenas três deles apresentaram estes registros à entrevistadora, ainda assim referentes somente ao recebimento dos produtos, ou seja, referentes às “entradas”, não

havendo descrição das “saídas” dos medicamentos das unidades.

Com relação às condições de armazenamento e conservação dos medicamentos nas unidades, a entrevistadora fez uma análise observacional, na qual foram levantados alguns pontos fundamentais, destacando-se a ausência de organização na disposição dos produtos nos armários e gavetas em nove unidades; a inexistência de extintores de incêndio em 11 estabelecimentos; a presença de medicamentos de controle especial em estoque em nove unidades; e a falta de local específico para armazenar estes produtos em sete destas, conforme mostra a Tabela 1.

A relação dos medicamentos em estoque nas unidades transcrita na ficha de coleta de dados foi comparada à RENAME de 2002, de acordo com o grupo terapêutico e/ou anatômico ao qual pertencia, como mostra a Tabela 2, onde se observa o abastecimento de nutrientes, de agentes diagnósticos e de vacinas, soros e imunoglobulinas nas 15 unidades, em oposição à completa ausência de medicamentos para os órgãos dos sentidos, como soluções otológicas e oftálmicas, bem como antídotos para intoxicações exógenas.

Discussão

No Brasil, são escassos os estudos que avaliam a situação da SF referente às condições de armazenamento e conservação dos medicamentos, bem como em relação às listas de medicamentos essenciais disponíveis, possivelmente em razão de esta estratégia ser relativamente nova.

Portanto, os resultados obtidos nesta pesquisa visaram apresentar um panorama destas condições nas unidades da SF em um município do interior do Rio Grande do Sul.

Por meio deste estudo, observou-se que sete unidades recebiam medicamentos mensalmente, sendo que em seis destas a quantidade recebida não atendia à elevada demanda de 600 pacientes/unidade/mês.

Embora a solicitação de medicamentos ao PAM fosse realizada conforme a necessidade de estoque de produtos levantada pelos profissionais responsáveis pelos medicamentos em cada unidade, a quantidade recebida não atendia à demanda solicitada, evidenciando a problemática questão do acesso aos medicamentos essenciais no Brasil. Além disso, havia

Tabela 1 - Condições de armazenamento e conservação dos medicamentos em estoque nas unidades da Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, setembro de 2006

Critérios	Observados		
	Sim (n)	Não (n)	NA ^a (n)
Os locais estão limpos	15	–	–
As instalações estão em boas condições sanitárias	13	2	–
Piso, paredes e teto estão bem conservados	11	4	–
O ambiente possui boa ventilação	14	1	–
Os produtos estão protegidos da luz solar	14	1	–
A área está livre de umidade	13	2	–
Os medicamentos estão em contato direto com solo e paredes	2	13	–
Os medicamentos estão armazenados de forma sistemática	6	9	–
Há refrigeração para vacinas	15	–	–
Existe programa de desinsetização	15	–	–
Existe equipamento para combater incêndio	4	11	–
Existem medicamentos de controle especial	9	6	–
Existe local específico para armazenar medicamentos de controle especial	2	7	6

a) NA=não se aplica

Tabela 2 - Medicamentos presentes nas unidades da Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, classificados conforme grupos terapêuticos/anatômicos, segundo a Rename (2002). Brasil, setembro de 2006

Grupos terapêuticos/anatômicos	Presentes em unidades da ESF (n)	Não presentes em unidades da ESF (n)
Grupo A1 – Analgésicos, antiespasmódicos, antiinflamatórios e antigotosos	14	1
Grupo A2 – Antialérgicos e medicamentos usados em anafilaxia	13	2
Grupo A3 – Antiinfeciosos de uso geral	14	1
Grupo A4 – Antiinfeciosos de uso especial e antiparasitários	14	1
Grupo A5 – Nutrientes	15	–
Grupo B1 – Sistema cardiovascular	14	1
Grupo B2 – Sistema digestivo	10	5
Grupo B3 – Sistema endócrino e reprodutor	13	2
Grupo B4 – Sistema hematopoiético	13	2
Grupo B5 – Sistema nervoso central	9	6
Grupo B6 – Órgãos dos sentidos	–	15
Grupo B7 – Pele e mucosas	13	2
Grupo B8 – Sistema respiratório	13	2
Grupo C1 – Agentes diagnósticos	15	–
Grupo C2 – Anestésicos	10	5
Grupo C3 – Antineoplásicos e adjuvantes	–	15
Grupo C4 – Imunossuppressores	1	14
Grupo C5 – Medicamentos e antídotos para intoxicações exógenas	–	15
Grupo C6 – Outros produtos essenciais	1	14
Grupo C7 – Vacina, soro e imunoglobulina	15	–

morosidade nos processos de licitação para compra de medicamentos na rede pública, o que frequentemente atrasava o abastecimento de todos os postos de distribuição existentes no município.

Os medicamentos frequentemente representam as intervenções terapêuticas de maior relação custo-efetividade, quando prescritos e administrados de forma racional. Por outro lado, na questão do acesso a medicamentos, é desproporcional a relação entre o consumo de medicamentos e a distribuição demográfica, onde 80% dos medicamentos são consumidos por 18% da população que vive em países desenvolvidos

na América do Norte, na Europa e no Japão, por exemplo.¹³

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), medicamentos essenciais são aqueles imprescindíveis, que são básicos, indispensáveis e acessíveis a todo o momento, para todo o segmento da sociedade, devendo estar disponíveis no sistema de saúde, em quantidade apropriada e com qualidade assegurada.¹⁴

Dessa forma, uma administração eficaz do estoque de medicamentos torna-se fundamental no que tange ao acesso a eles, pois eleva sua oferta, uma vez que

previne perdas de produtos por vencimento dos prazos de validade, por exemplo.

Entretanto, identificou-se em nove unidades que o enfermeiro era o responsável pelo controle de estoque de medicamentos, além de todas as atribuições inerentes à sua profissão.

Tal atividade requer tempo e profissional habilitado, em função da complexidade que envolve os processos de armazenamento, que devem ser adequados a cada forma farmacêutica (comprimidos, pomadas, soluções orais, entre outras), e que podem interferir na estabilidade físico-química dos produtos, comprometendo sua eficácia e segurança.

Além disso, a ausência de registros de controle de estoque de medicamentos ou a existência de registros incompletos poderiam dificultar a distribuição dos produtos conforme a demanda de cada unidade.

Conforme a PNM, o consumo de medicamentos envolve diferentes aspectos, entre eles aqueles inerentes ao perfil epidemiológico do Brasil, que apresenta doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos, como a prevalência de doenças crônico-degenerativas, o que implica o aumento considerável da demanda por medicamentos de uso contínuo.¹⁴

Por esse motivo, muitos medicamentos poderiam ter sido transferidos de uma unidade para outra conforme a necessidade da população atendida em cada local, tendo em vista as características epidemiológicas diferenciadas entre as regiões do município, evitando, assim, o descarte de muitos produtos por vencimento.

Outra questão que envolve o controle de estoque de medicamentos compreende a disposição dos produtos nos locais de armazenamento.

A inexistência de organização dos medicamentos estocados nos armários e gavetas de algumas unidades (9) poderia dificultar a localização dos produtos, induzir a erros de distribuição e retardar o tempo de entrega do medicamento ao paciente e a orientação sobre seu uso.

A presença de não-conformidades nos processos de controle de estoque e distribuição de medicamentos nas unidades da SF revelou as consequências da ausência de um profissional especializado para tais funções.

A inserção do farmacêutico como profissional da saúde pública é essencial na garantia do acesso e uso racional dos medicamentos, bem como para

a qualificação do serviço para garantir a assistência farmacêutica.¹³

A assistência farmacêutica é um processo dinâmico e multidisciplinar, que deve ocorrer por meio de ações que visam o acesso, a qualidade e o uso racional de medicamentos, garantindo a sustentabilidade do sistema público. Para tanto, faz-se necessária a presença de profissionais especializados e qualificados.¹³

A inserção do farmacêutico como profissional da saúde pública é essencial na garantia do acesso e uso racional dos medicamentos, bem como para a qualificação do serviço para garantir a assistência farmacêutica.

Quanto à existência de medicamentos de controle especial em estoque (9) e a ausência de local específico para o armazenamento desses produtos (7), observou-se irregularidades em relação à Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Conforme o artigo 2º desta Portaria, é obrigatória a obtenção de Autorização Especial concedida pela então Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para a distribuição desses medicamentos, bem como a presença do profissional farmacêutico como responsável técnico legal, de acordo com o artigo 3º.¹⁵

Segundo o item 6.1 da Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999, o farmacêutico é o profissional responsável pela supervisão da dispensação de medicamentos e que possui conhecimento científico específico para tal atividade, não subestimando qualquer outro profissional da área da saúde, que também possui suas atribuições específicas e intransferíveis.³

Além disso, são inerentes ao profissional farmacêutico as seguintes atribuições, conforme item 6.2 da Resolução nº 328: estabelecer critérios e supervisionar o processo de aquisição de medicamentos e demais produtos; assegurar condições adequadas de conservação e dispensação dos produtos; manter a guarda dos produtos sujeitos a controle especial de acordo com a legislação específica; prestar assistência farmacêutica necessária ao consumidor; promover treinamento

inicial e contínuo dos funcionários para a adequação da execução de suas atividades, entre outras.³

Em 11 equipes pesquisadas era o médico quem distribuía os medicamentos aos pacientes e os orientava sobre sua utilização. Entretanto, neste estudo não foi realizada nenhuma investigação quanto ao tipo e/ou qualidade e eficácia da orientação prestada aos pacientes.

Quanto à ampliação das equipes no município, o cirurgião-dentista estava atuando em dez unidades, embora não desempenhasse atividades no nível de saúde preventiva, as quais poderiam ser desenvolvidas também pelo profissional farmacêutico, principalmente no âmbito do uso racional de medicamentos.

A ausência de extintores de incêndio na maioria das unidades (11) tornou-se preocupante, considerando que algumas das instalações eram estabelecimentos de alvenaria na parte externa, mas que apresentavam divisórias e revestimentos de madeira internamente, o que poderia acarretar acidentes de grandes proporções.

Por meio dessa análise, percebeu-se que os medicamentos estocados nas unidades, procedentes, em grande parte, do PAM, mas também de doações de pacientes, de laboratórios farmacêuticos e de entidades não-governamentais, atendiam à Rename de 2002 em suas principais especialidades.

Considerando o exposto, percebeu-se que a grande problemática era a questão do acesso da população aos medicamentos, evidenciada pelo desabastecimento periódico dos produtos essenciais, muitas vezes obrigando a população a buscá-los fora do território delimitado.

Este desabastecimento também era consequência da ineficácia no controle de estoque de medicamentos decorrente da ausência de profissional especializado e qualificado para desempenhar tal atividade, como o farmacêutico.

Conforme o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), que possui como foco de trabalho a qualificação da assistência farmacêutica no SUS, qualificar um serviço de saúde compreende, entre outros aspectos, disponibilizar profissionais habilitados e capacitados para gerenciar serviços e pessoas, baseados em critérios científicos e éticos, a fim de consolidar os princípios do SUS.¹⁶

Portanto, a qualificação profissional, sobretudo do farmacêutico, é fundamental para a estruturação de todos os processos que envolvem a assistência

farmacêutica. Esta qualificação implica mudanças que se estendem desde a formação do profissional para atender as necessidades básicas do País e do SUS até a oferta de cursos de pós-graduação direcionados para a demanda da rede pública de saúde.¹⁶

Além disso, em dezembro de 2007 foi aprovada a Portaria GM nº 3.237, ampliando os valores mínimos aplicados para a aquisição de medicamentos do Elenco de Referência, baseados na Rename de 2006, nas três esferas do governo.¹⁷

Esta Portaria também define, de maneira inovadora, a aquisição de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos por meio dos mesmos recursos tripartite, demonstrando o compromisso dos gestores com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, bem como a integração dos medicamentos básicos da Saúde Mental no Elenco de Referência.¹⁷

Ainda, em de 24 de janeiro de 2008, foi publicada a Portaria nº 154, criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a abrangência das ações de atenção básica à saúde, apoiando a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços.¹⁸

Os NASF são constituídos por equipes multidisciplinares que atuam em parceria com os profissionais das ESF. Esta parceria prevê a revisão da prática do encaminhamento baseada nos processos de referência e contra-referência, buscando a plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS.¹⁸

É importante ressaltar que os NASF não representam a “porta de entrada” dos usuários na rede pública de saúde; eles apenas constituem uma rede de apoio às ESF, tendo como eixo a gestão acompanhada e o apoio à coordenação do cuidado.¹⁹

Os NASF são classificados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. Os NASF 1 deverão ser compostos por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes. Já o NASF 2 deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior, também não-coincidentes. Em ambos o farmacêutico deveria fazer parte da equipe.¹⁸

Entre as ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF a serem desenvolvidas em conjunto com as ESF, destacam-se a identificação, em conjunto com a comunidade, das ações a serem tomadas em cada uma das áreas cobertas; a atuação integrada e planejada nos casos de internação domi-

ciliar; o acompanhamento dos usuários do SUS e a humanização da atenção; o desenvolvimento de ações que integrem outras áreas sociais como cultura, educação e lazer; e a avaliação, em conjunto com os Conselhos de Saúde, do desenvolvimento e da implantação das ações e a medida do seu impacto sobre a situação de saúde da comunidade.¹⁸

Na tentativa de assegurar a qualidade dos medicamentos por meio das boas práticas de aquisição, armazenamento, conservação e dispensação,²⁰ considerando que dispensação consiste no ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente,²¹ reconhece-se a necessidade de incorporar o farmacêutico na SF e que este profissional conheça as condições de vida e de saúde da população adstrita ao seu local de trabalho.²⁰

Apesar de existirem diversas barreiras a serem ultrapassadas, como as deficiências na formação excessivamente tecnicista e a prática profissional desconectada das políticas públicas de saúde e de medicamentos,²² o profissional farmacêutico deverá estar inserido nas equipes da SF conforme a proposta do Conselho Federal de Farmácia de Estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde.⁶

Referências

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS; 2000.
2. Andrade LOM. A estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 88–99.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 14, 26 jul. 1999. Seção 1 [acessado em 2006, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://anvisa.gov.br/legis/resol/328_99.htm
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos 2001. Brasília: MS; 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n° 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 52, 20 maio 2004. Seção 1 [acessado em 2008, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf
6. Conselho Federal de Farmácia. Proposta de estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica de saúde com a inserção do farmacêutico [Internet]. Brasília: CFF [acessado em 2006, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: <http://www.cff.org.br>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 71, 29 mar. 2006. Seção 1 [acessado em 2006, para informações de 2000 a 2007]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao>
8. Ministério da Saúde, Datasus. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: MS [acessado em 2008, para informações de 2000 a 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

Dessa forma, o farmacêutico poderá implantar um programa de Atenção Farmacêutica que consiste no acompanhamento da farmacoterapia de cada paciente vinculado à SF, colaborando para a melhoria da qualidade de vida.

A OMS reconhece o farmacêutico enquanto dispensador de atenção sanitária, salientando que os benefícios da Atenção Farmacêutica devem ser direcionados ao paciente e à comunidade por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.²¹

A participação ativa do farmacêutico na assistência ao paciente, na dispensação de medicamentos e no seguimento do tratamento farmacoterapêutico são práticas que cooperam com os demais profissionais da saúde, uma vez que colaboram para a redução da morbimortalidade relacionada aos medicamentos.²¹

Agradecimentos

A todos os profissionais das ESF do município em estudo, pela dedicação e interesse, sem os quais a concretização deste trabalho não teria sido possível e à Professora Mestre Siomara Hahn, pela notável contribuição intelectual.

9. Prefeitura Municipal de Passo Fundo. Unidades de Saúde [Internet]. Passo Fundo: a prefeitura [acessado em 2008, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://www.pmpf.rs.gov.br/pagina_interna.php?t=35&c=2&p=181&a=3&pm=158
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.587, de 3 de setembro de 2002 Aprova a revisão da relação nacional de medicamentos essenciais: Rename [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 72, 5 set. 2002. Seção 1 [acessado em 2006, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/1587_02.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.475, de 13 de outubro de 2006. Aprova a 4ª edição da relação nacional de medicamentos essenciais: Remane [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 26, 18 out. 2006. Seção 1 [acessado em 2006, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area>
12. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 21086, 16 out. 1996. Seção 1 [acessado em 2006, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
13. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osório-de-Castro CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2008 [acessado 9 maio 2009];24(6):1457-1458. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200800060028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
14. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Informes técnicos institucionais: Política Nacional de Medicamentos. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2000 [acessado em 2009, para informações de 2005 a 2006];34(2):206-209. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200018&lng=es&nrm=van
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n° 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 3, 15 maio 1998. Seção 1 [acessado em 2006, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm
16. Leite SN, Nascimento JM, Costa LH, Barbano DAB. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. Interface (Botucatu) [Internet]. 2008 [acessado em 2009, para informações de 2005 a 2006];12(25). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200800020025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 16, 26 dez. 2007. Seção 1 [acessado em 2008, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_gm_3237_2008.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família NASF [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, p. 47, 25 jan. 2008. Seção 1 [acessado em 2008, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em http://w3.datasus.gov.br/siasih/arquivos/portarias/PT_SAS_154_18-03-2008.pdf
19. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília: MS [acessado em 2009, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>
20. Marin N, organizador. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS; 2003.
21. Angonesi D, Sevalho G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2008 [acessado em 2009, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2884
22. Jaramillo NM, Ivama AM, Macedo BS, Carlos IC, Noblat L, Gomes CAP, et al. Relatório da oficina de trabalho: atenção farmacêutica no Brasil – Trilhando caminhos [Internet]. Fortaleza: OPAS; 2001 [acessado em 2006, para informações de 2005 a 2006]. Disponível em: http://ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias

Recebido em 05/08/2008
Aprovado em 26/06/2009