

ARTIGOS ORIGINAIS

AVALIAÇÃO DOS DISPENSÁRIOS DO DISTRITO SANITÁRIO GLÓRIA-CRUZEIRO-CRISTAL PORTO ALEGRE-RS

Assessment of district health dispensaries in Gloria-Cruzeiro-Cristal Porto Alegre-RS

Denise Bueno¹, Adriana Rodrigues Machado²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever o funcionamento de dispensários de medicamentos em um distrito sanitário na cidade de Porto Alegre-RS-Brasil e refletir sobre o papel do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. A metodologia empregada foi um estudo transversal nas unidades de saúde com e sem equipes de Saúde da Família, no período de julho a outubro de 2009, realizado no distrito sanitário de saúde Glória-Cruzeiro-Cristal, na cidade de Porto Alegre-RS. Foram analisadas as vinte e três unidades que compõem este distrito de saúde, dentre elas, quatorze possuem equipe de saúde da família e nove não a possuem. O instrumento utilizado para esta avaliação foi composto de duas partes: a primeira, em que um questionário foi respondido no momento da visita ao local por meio de entrevista, sendo informante o responsável pela unidade; e a segunda, realizada com observação participativa nas unidades de saúde. Constatou-se que todas as unidades possuem dispensários de medicamentos, cada uma com suas características peculiares e com uma execução de trabalho em conformidade com a equipe local de assistência. As unidades com equipes de saúde da família não diferiram das que não as possuem, em relação à lógica de funcionamento do dispensário e, conseqüentemente, à forma de dispensação do medicamento. O responsável pelo dispensário parece ser escolhido por um processo aleatório, sem pré-requisitos estabelecidos pela equipe e sem previsão de continuidade do trabalho a ser realizado. O acesso ao medicamento foi a única preocupação das unidades de saúde avaliadas.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica. Dispensário de Medicamentos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the operation of medicine dispensaries in a health district in the city of Porto Alegre-RS-Brazil, and to reflect on the pharmacist's role in Primary Health Care. The methodology employed was a cross-sectional study in health units, with and without Family Health teams, in the period from July to October 2009, held at the Glória-Cruzeiro-Cristal health district, in the city of Porto Alegre-RS, Brazil. We analyzed twenty-three units that form this health district; fourteen of which have a family health team, and nine do not. This evaluation consisted of two parts: in the first one, a questionnaire was answered during an interview, at the time of the visit to the place, with the unit manager as the informant; the second part happened through participative observation, at the health units. All units had a medicine dispensary, with characteristic features and performances according to the local team. The units with family health teams did not differ from those that did not have the service, regarding the operation rationale and medicine dispensation. The persons in charge of the dispensary seem to have been randomly chosen, without any concern about the continuity of the actions. Access to medicine was the only concern of the health unit teams.

KEY WORDS: Pharmaceutical Services. Drug Dispensaries. Primary Health Care.

¹ Denise Bueno, professor adjunto III, Departamento de Produção e controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia-Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

² Adriana Rodrigues Machado, discente do curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde está baseado no direito da população ao acesso a todos os níveis de atenção à saúde, inclusive quando nos referimos à Assistência Farmacêutica. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para o efetivo estabelecimento de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Essa Política estabeleceu as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica (AF) para os gestores das três esferas de governo.¹

A reorientação da AF, uma das diretrizes dessa Política Nacional, tem como objetivo a promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e não se deve restringir à aquisição e distribuição de medicamentos.²

O acesso ao medicamento significa haver o produto adequado para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo necessário, com a garantia da qualidade e a informação suficiente para o seu uso racional. A falta de acesso a medicamentos no nível primário da atenção onera o sistema de saúde ao acarretar internações desnecessárias e o agravamento de situações de doença.³

A Assistência Farmacêutica, segundo Cosendey⁴, não pode ser vista como mera distribuição de medicamentos, mas sim como um recurso para complementar as ações em saúde. Pode-se destacar esse enfoque amplo, que incorpora a multidisciplinaridade e a integralidade em todos os seus momentos, bem como criticar a prática ainda bastante difundida que tende a limitar a Assistência Farmacêutica às atividades de aquisição e distribuição de medicamentos. Segundo o autor, a realidade tem demonstrado que nos serviços públicos de saúde predomina uma “situação de desordem”, que resulta em uso inadequado ou irracional de medicamentos, perdas significativas e prejuízos financeiros.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, conforme a perspectiva da população e deve constituir o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.^{5,6}

A Assistência Farmacêutica Básica compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos e é destinada a complementar e apoiar as ações de atenção básica à saúde. Os recursos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) são destinados à aquisição de medicamentos essenciais e que, por meio da Atenção Básica, devem propiciar as condições mínimas necessárias para o uso correto dos medicamentos e con-

tribuir para a ampliação do acesso da população a estes.^{1,7}

O município de Porto Alegre possui 110 postos de saúde e 101 equipes Saúde da Família (ESF) instaladas. O distrito sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal abrange uma população de aproximadamente 151.750 habitantes.⁸

No distrito sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal existem 14 unidades de saúde com Equipes de Saúde da Família, quatro destas com duas equipes, totalizando 18 equipes deste programa; além disso, possui nove Unidades Básicas de Saúde sem Equipe de Saúde da Família, além do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, que é um posto de nível secundário de assistência. No Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, existe uma farmácia distrital, responsável por toda a dispensação de medicamentos deste distrito.⁸

Para conhecermos como se constrói a Assistência Farmacêutica neste distrito sanitário, torna-se necessária a identificação das características do serviço, respeitando-se seus aspectos locais. Dois eixos principais precisam ser avaliados: a disponibilidade de medicamentos essenciais na rede básica de saúde e a promoção do uso racional de medicamentos. Desta forma, o objetivo deste estudo foi descrever o funcionamento de dispensários de medicamentos em um distrito sanitário na cidade de Porto Alegre-RS-Brasil e refletir sobre o papel do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

A metodologia empregada foi um estudo transversal nas unidades de saúde com e sem equipes de Saúde da Família, no período de julho a outubro de 2009, realizado no distrito sanitário de saúde Glória-Cruzeiro-Cristal, na cidade de Porto Alegre-RS. Foram analisadas as vinte e três unidades que compõem este distrito de saúde, sendo que quatorze possuem equipe de saúde da família e nove não a possuem. O termo dispensário foi utilizado para identificar o local de dispensação das unidades de saúde observadas.

O instrumento utilizado para esta avaliação foi composto de duas partes: a primeira, em que um questionário foi respondido no momento da visita ao local por meio de entrevista, sendo informante o responsável pela unidade; e a segunda, realizada com observação participativa nas unidades de saúde em questão.

Aspectos éticos

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi

garantido o sigilo acerca de qualquer informação coletada que possa identificar o entrevistado e as unidades descritas neste trabalho, importando - isso sim - o conjunto das informações. Foi assinado consentimento para uso das informações pertinentes ao estudo.

Análise

A partir dos dados obtidos com o instrumento utilizado, eles foram lançados em uma planilha desenvolvida especialmente como ferramenta para o estudo e avaliação dos resultados. Para a análise dos dados foi utilizado o Programa SPSS versão 14, e realizados testes t para comparação de médias e testes de qui-quadrado para estudo de associação com dados categóricos, nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Os resultados obtidos na avaliação dos vinte e três dispensários de medicamentos do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (DGCC) apontaram problemas relacionados a recursos humanos e estrutura física nestas unidades.

A entrega de medicamentos em 60,9% dos dispensários observados foi realizada através de “janela” ou balcão, e nos 39,1% restantes não existia este recurso, sendo os medicamentos entregues durante ou no momento da espera da consulta. Não foi observado controle de temperatura nos dispensários analisados.

Quanto às condições de acesso aos dispensários, em 49,1% deles foi observada dificuldade de acesso da população; nos outros 59,9%, o medicamento fica exposto à vista da população e dos profissionais da saúde, o que origina um acesso facilitado e sem controle na sua retirada.

As unidades sem equipe de Saúde da Família apresentaram maiores dificuldades de manutenção de área física para dispensários (33,3%), quando comparadas às que possuem ESF (28,5%). Os resultados estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Estrutura física dos dispensários de medicamentos

	Dispensários DGCC	
	Sem ESF (n=9)	Com ESF (n=14)
Área física do dispensário em m2	5,67	4,07
Manutenção adequada %	66,67	78,57
Condições de higiene adequada %	77,78*	50,00
Condições de iluminação adequada %	11,11	50,00*
Condições de ventilação adequada %	44,44	42,86
Intervalo de confiança	(3,51-3,65)	(3,22-3,35)

*p < 0,05

Nenhum dos dispensários observados possuía controle de temperatura ou de incidência solar. Em 88,89% das unidades sem Equipe de Saúde da Família, os medicamentos estavam armazenados nos dispensários seguindo a ordem alfabética preconizada pela Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)⁹, em prateleiras de metal ou madeira; em 42,3% das unidades com ESF, os medicamentos estavam organizados desta forma. Os dispensários que não foram organizados na ordem alfabética da REMUME seguiam a ordem alfabética simples ou outra de conveniência da equipe.

A existência de geladeiras para estocar as insulinas foi constatada em todas as unidades avaliadas. O controle de temperatura das geladeiras foi constatado em 22,22% das unidades sem Equipe de Saúde da Família e em 14,28% das que possuem ESF. O registro deste controle foi observado em 22,22% e 7,14%, respectivamente. A exclusividade da geladeira para armazenamento de medicamentos foi constatada em 66,67% das unidades sem Equipe de Saúde da Família e em 64,28% das unidades com ESF.

Em 47,8% das unidades observadas, a área destinada ao medicamento era exclusiva para o seu armazenamento. No restante das unidades (52,2%), os medicamentos dividiam área com setores administrativos, arquivo “morto”, sala de agentes comunitários, salas de auxiliares de enfermagem, sala de material para encaminhamento ao descarte físico, entre outros.

Foram encontrados estoques de medicamentos fora dos dispensários em 33,33% das unidades sem Equipe de Saúde da Família e em 14,28 % das que possuem.

Em 22,2 % das unidades sem ESF foram encontradas amostras grátis junto ao estoque de medicamentos a serem dispensados, não tendo sido observadas amostras grátis nas unidades com ESF.

A prática de fracionamento de medicamentos foi constatada no momento da entrega desses produtos como rotina das unidades sem Equipes de Saúde da Família (77,78%) ou com ESF (100%). Observou-se na totalidade das unidades avaliadas o desconhecimento sobre a forma adequada de unitarização de doses medicamentosas.

Os aspectos observados relacionados à rotina do medicamento parecem sinalizar a necessidade de intervenções para melhoria da qualidade da assistência farmacêutica prestada nestes locais de saúde. Estes dados são demonstrados na Tabela 2.

Em 55,56% das unidades sem Equipe de Saúde da Família, os usuários que não encontraram seus medicamentos foram encaminhados para a Farmácia Distrital, enquanto que, nas unidades com ESF, eles não foram encaminhados,

desconhecendo-se o itinerário terapêutico seguido por estes usuários. Em todos os dispensários observados, não foram encontrados registros sobre adesão medicamentosa.

Tabela 2 - Aspectos relacionados à rotina do medicamento nas Unidades de Saúde

	Dispensários DGCC	
	Sem ESF (n=9)	Com ESF (n=14)
Média de itens de medicamentos existentes	51,56	51,93
Existência de um único responsável pelo dispensário %	44,44	28,57
Rotinas escritas para descarte de medicamento %	0	21,43
Conhecimento sobre as normas de devolução de Medicamentos à Gerência de Matérias da SMS %	88,89	100
Existência de recolhimento de Medicamentos vencidos %	66,67	78,57
Existência de amostras grátis de medicamentos %	22,20*	0
Fracionamento de medicamentos %	77,78	100
Utilização da RENAME %	55,56 *	92,86
Arquivamento da prescrição dispensada	88,89	92,86
Intervalo de Confiança	(3,55-3,67)	(3,20-3,36)

*p< 0,05

Quando à solicitação de medicamentos, não foi observada uma lógica de gerenciamento para isto, pois, mesmo havendo estoque na unidade, o item existente é periodicamente solicitado ao final de cada mês. Não existe um Procedimento Operacional Padrão (POP), comum a todas as unidades avaliadas, para solicitação do medicamento. As solicitações são geradas manualmente; 12,9% das unidades possuem banco de dados informatizado para realizar esta tarefa.

O arquivo de prescrições de medicamentos foi encontrado em recepções das unidades, salas de convívio, salas de injetáveis e no próprio dispensário.

Em nenhuma das unidades sem ESF havia rotinas escritas para descarte de medicamentos vencidos ou para seu encaminhamento à gerência da assistência farmacêutica; essas rotinas existiam em 78,57% das unidades que possuem ESF.

O modelo de assistência farmacêutica observado estava centrado unicamente na consulta médica e na aplicação dos Programas de Saúde. O medicamento era registrado na unidade unicamente como “existente” ou “não existente”. As unidades com e sem Equipes de Saúde da Família não diferiram em relação à forma de dispensação do medicamento, tampouco diferiram de forma significativa nos

parâmetros avaliados em relação à rotina dos medicamentos. As equipes de saúde ou suas respectivas gestões não estabeleceram pré-requisitos para a função dos responsáveis pelos dispensários.

O papel do farmacêutico como assessor do medicamento, na equipe de saúde, não foi identificado nas condições vigentes das unidades de saúde analisadas, independentemente da existência ou não de Equipe de Saúde da Família.

DISCUSSÃO

O primeiro Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado em 1988, propôs um modelo de assistência farmacêutica alicerçado nos princípios do Sistema Único de Saúde. O modelo ficou definido como um conjunto de procedimentos multidisciplinares, necessários para a promoção e recuperação da saúde, abrangendo as atividades de pesquisa, desenvolvimento e produção de fármacos e medicamentos, planejamento e gerenciamento da comercialização, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e o uso dos medicamentos, com ênfase especial sobre suas consequências sanitárias, sociais e econômicas.¹⁰

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, estabelecida pela Portaria n.º 3916, objetivou garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população.¹¹ Segundo a PNM, a dispensação é uma das atividades da assistência farmacêutica, privativa do farmacêutico e é definida como: “o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento”.¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recomendado ações voltadas para a formulação de políticas nacionais de medicamentos e o repensar da função do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde, ilustrado pelos informes das reuniões promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Nova Deli (1988), Tóquio (1993) e Vancouver (1997).¹² O farmacêutico, anteriormente, era considerado o responsável pela fabricação e abastecimento de medicamentos, sendo que atualmente seu papel é de corresponsável pela terapia do paciente e promotor do uso racional de medicamentos, tanto em nível individual como coletivo.¹³

Nos vinte e três dispensários analisados neste estudo, foi observado que a dispensação continua sendo tratada como um ato de entrega de um produto, sem que a ele

seja agregada função técnica e profissional. Este dado não diferiu nas unidades com ou sem ESF.

A Lei nº. 5991, de 17 de dezembro de 1973, norma legislatória que rege o “controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos” no Brasil, adota as definições citadas abaixo, para os termos seguintes:

- **farmácia:** estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica;

- **dispensário:** setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente.¹⁴

As unidades descritas neste trabalho não foram caracterizadas como farmácias, mesmo que tenhamos constatado que esta é a denominação adotada como senso comum pelos profissionais quando se referem ao local onde os medicamentos estão localizados. O termo dispensário é desconhecido para as equipes de saúde observadas.

Quanto à área física dos dispensários, ela variou de pequena (1,5 m²) a grande (10 m²), independentemente de ser unidade com ou sem ESF. O Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde sugere uma área de dispensação com dimensão de 6 m².¹⁵ O manual de estrutura física das unidades básicas de saúde - Saúde da Família- MS - sugere que a sala de dispensação de medicamentos deve possuir espaços destinados a recepção, guarda, controle e distribuição de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, com características próprias, restritos ao acesso de funcionários. Estão previstas prateleiras, armários, computador, mesa de escritório, balcão com altura de mesa, cadeiras, refrigerador, mas não são determinadas as dimensões. Também há sinalização para acessibilidade.¹⁶

Em 1990, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) esclareceu em publicação que a desigualdade da população ao acesso aos medicamentos não se devia somente à falta de acessibilidade aos serviços de saúde, mas também aos limitados recursos que eram destinados para financiar os serviços farmacêuticos.¹⁷ Bermudez e Bonfim relatam o desafio de inserir a AF na assistência à saúde e consideram-na uma das áreas mais críticas da assistência à saúde. A falta de medicamentos compromete a imagem dos serviços e pode ocasionar internações desnecessárias que oneram o sistema de saúde ainda mais. A rede pública

tem dificuldades em atender à crescente demanda por medicamentos.^{18,19}

Nas unidades observadas, não foi constatada, nos diferentes períodos de observação, a falta de medicamentos no distrito sanitário. Foi observada falta de medicamentos em uma unidade, sendo estes encontrados na unidade vizinha. Isto caracteriza uma falha logística na quantificação de estoques e prejudica o usuário, que precisa recorrer a diferentes unidades para completar o seu plano terapêutico.

A contagem do estoque de medicamentos foi observada em todas as unidades, sendo constatada a existência de estoques com previsão superior a um mês. Não existe sistema de comunicação da assistência farmacêutica entre as unidades, de modo que estes estoques possam ser realocados no distrito sanitário. Isto pode ser atribuído à falta de registros e controle da demanda atendida. Não existe cadastro da demanda reprimida, tampouco dos medicamentos estocados nas unidades, o que impossibilita o planejamento da assistência farmacêutica naquele distrito de saúde. As unidades que compõem o distrito sanitário se comportam como se fossem estruturas isoladas de saúde, sem que haja intercâmbio entre elas quanto à logística do medicamento.

A normativa 4/07 da SMS-POA²⁰ estabelece normas e rotinas de armazenamento para os serviços de saúde do município, em que está previsto o controle de temperatura de armazenamento de medicamentos e a utilização de termômetro para temperaturas máximas e mínimas. Prevê que o refrigerador deva ser utilizado exclusivamente para armazenar medicamentos, além de outras rotinas relacionadas à previsão de estoques.

No caso das insulinas, observou-se o não reconhecimento deste item medicamentoso como prioritário no que se refere ao cuidado de armazenamento. Em 39% das unidades observadas foram constatados alimentos armazenados junto com a insulina, acarretando riscos potenciais à saúde do usuário. O registro de uso das insulinas não é realizado como rotina, o que impede ações de farmacovigilância deste item medicamentoso.

A dispensação de medicamentos unitarizados foi realizada como prática em 77,78% das unidades sem ESF e 100% das unidades com ESF, ou seja, as cartelas e blisters foram cortadas para obedecer à prescrição médica. Isto dificulta um possível rastreamento e faz com que os medicamentos sejam distribuídos sem data de validade, nome e lote de identificação, impedindo assim qualquer possível ação de sua busca. A Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), em resolução normativa²¹, regula o fracionamento de medicamentos como responsabilidade do farmacêutico, e que este profissional deve preservar as características de

qualidade e rastreamento desses medicamentos, de modo que possam ser fracionados com segurança; a embalagem deve permitir subdivisão, garantindo as características asseguradas na forma original do produto até a chegada ao usuário, com a descrição de posologia e lote.

Em relação ao descarte de medicamentos em local apropriado, em todas as unidades observadas foi detectada a necessidade de ações de educação em saúde, visando a fortalecer o conhecimento deste assunto para as equipes de saúde, pois apenas 21,43% das unidades com ESF possuíam rotinas para este procedimento.

Quanto à utilização da REMUME⁹, foi observada a necessidade de sua maior divulgação e de discussão dos seus critérios de inclusão no dia a dia das unidades de saúde. Observou-se que o envolvimento das equipes de saúde com o medicamento parece se esgotar no aviamento da prescrição, independentemente das dificuldades que ocorram para a retirada da medicação prescrita.

Quanto ao arquivamento das prescrições médicas dispensadas, observou-se que o local deste arquivamento é diversificado, obedecendo à lógica local de fluxo da equipe de saúde. Os receituários podem originar registros dos atendimentos da dispensação, possibilitando a geração de documentos. É importante documentar a movimentação do estoque, o cumprimento das normas legais (medicamentos sob controle especial) e governamentais (prestação de contas de movimentação de medicamentos utilizados em programas com controle vertical); isto possibilita o gerenciamento de garantia de qualidade e proteção dos pacientes e dos profissionais. A não conferência adequada das prescrições favorece os erros em prescrições médicas que podem ocasionar trocas de medicamentos e/ou substituição das formas farmacêuticas no momento da dispensação, administração de medicamentos por via incorreta, dose indevida, administração de medicamentos ao paciente errado, uso de medicamentos além do tempo necessário ou não-adesão ao tratamento. Além disso, pode haver a ocorrência de fraudes e falsificações, principalmente quando não se identifica o emitente da receita.²²

Apenas duas das 23 unidades observadas utilizam a farmácia distrital como fonte de consulta para questões de medicamentos, uma delas sem Equipe de Saúde da Família e outra com ESF. Isto evidencia o desconhecimento das equipes de que a farmácia distrital é um local de apoio técnico, que conta com um grupo de farmacêuticos que pode assessorar as equipes locais de saúde e os usuários.

A avaliação da assistência farmacêutica neste distrito sanitário precisa incorporar a promoção do uso

racional de medicamentos a sua práxis, para que haja uma qualificação da Atenção Primária à saúde praticada naquele local.

A Estratégia de Saúde da Família é considerada um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho da atenção primária à saúde.²³ A assistência farmacêutica, sendo um macro-componente da rede de atenção à saúde, deve interagir com as Equipes de Saúde da Família para que as demandas sobre medicamentos sejam encaminhadas à farmácia distrital, de modo a possibilitar a troca de conhecimentos sobre a real condição desta ferramenta na atenção prestada à comunidade. Esta é uma possível estratégia de Uso Racional do Medicamento vislumbrada para este distrito sanitário.

CONCLUSÃO

As equipes locais de saúde, quando foram questionadas sobre a importância do medicamento como ferramenta da atenção básica à saúde, atribuíram valor a esta demanda, mas, quanto ao gerenciamento exercido por elas, as ações remeteram ao abastecimento como foco único da assistência farmacêutica.

Desta forma, fica evidente a necessidade de planejamento de ações neste distrito sanitário que possam aproximar as demandas da Assistência Farmacêutica com as equipes locais de saúde.

É necessário sensibilizar as equipes de saúde deste distrito sanitário sobre a importância da dispensação, uma vez que esta é a última oportunidade de sensibilizar o usuário para seguir o tratamento prescrito. O não cumprimento da terapia medicamentosa por parte dos usuários do SUS pode representar perdas significativas com gastos na área da assistência farmacêutica que se refletem em todo o sistema de saúde. A etapa da dispensação bem estruturada num município pode servir de suporte para uma assistência farmacêutica adequada, qualificando o Sistema Único de Saúde.

A Assistência Farmacêutica no Brasil necessita qualificar recursos humanos, para dar resposta ao conjunto de processos envolvidos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, desde o uso racional do medicamento, passando pela prescrição e disponibilização do medicamento e, principalmente, para a organização do sistema como um todo.²⁴ A portaria nº154, de 24 de janeiro de 200825 que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ao incluir o farmacêutico, representa um avanço importante para o SUS, pois aproxima o sistema do seu ideal, que é a integralidade da atenção ao usuário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 10 nov. 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. [Internet] Brasília (DF) Ministério da Saúde, 2005. 260p. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/pdf/aquisicao_medicamentosfinal.pdf.
3. Bernardi CLDE, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Soc.* 2006 jan/abr; 15(1):73-83.
4. Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2000 jan/abr; 16:171-82.
5. Ronzani TM, Stralen CJ. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. *Rev APS.* 2003 jul/dez; 6(2): 7-22.
6. Marsiglia RG, Carneiro Junior N. PSF e Princípios do SUS. In: Cohn A. Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Azougue; 2009. p.93-112.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Disponível em URL. [Citado em 2010 jan 12]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>.
9. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Relação Municipal de Saúde de Porto Alegre. [Citado em 2010 jan 14]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>.
10. Argonesi D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(supl.):629-40.
11. Marin N, Luiza VL, Castro CGSO, Santos SM, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2003. 334p.
12. Organización Pan-americana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en la atención a salud. Informe de la reunión de la OMS, Tokio, Japón, 1993. Washington: PAHO; 1995.
13. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(supl.):611-7 [Citado em 2010 jun 11]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/artigos/artigos_int.php/id_artigo=2420.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº5.991 de 17 de Dezembro de 1973. Dispõe sobre Controle Sanitário do comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1973.19 dez.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - versão 2. Brasília: Ministério da Saúde; 05 maio 2006. [Citado em 2010 jan 11]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Download_Fces2.asp.
16. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Manual prático de elaboração de projetos para Unidades de Saúde. [Citado em 2010 jan 11]. Disponível em: www.saude.es.gov.br/.../manual_pratico_para_elaboracao_projetos_ubs.pdf.
17. Organización Panamericana de la salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la reunión de la OMS. Tóquio:OMS;1993.
18. Bermudez JAZ, Bonfim JRA, organizadores. Medicamentos e reforma do setor saúde. São Paulo: Hucitec, Sobravime; 1999. 236p.
19. Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18(6): 1499-507.
20. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Instrução Normativa 04/07. Dispõe sobre a obrigatoriedade no cumprimento das Normas e Rotinas de Dispensação, Solicitação de Material, Recebimento, Armazenamento e Controle de

Estoque a serem executadas pelos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de 31 de outubro de 2007. Diário Oficial de Porto Alegre, 5 de novembro de 2007.

21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Resolução RDC-135. Brasília: Ministério da Saúde; 18 Maio 2005. [Citado em 2010 jan 11]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2005/135_02rdc.pdf.

22. Guzzato P, Bueno D. Análise de prescrições medicamentosas na farmácia de unidade básica de saúde de Porto Alegre-RS. Rev HCPA. 2007; 27(3):20-6.

23. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contra referência no programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva.

2010; 15(supl.3):3579-86. [Citado em 2010 jan 11]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lng=en&nrm=isso

24. Siebert M, Bueno D. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da atenção primária à saúde. Rev APS. 2008 out/dez; 11(4):468-73.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria -154. Brasília, 24 Jan 2008. [Citado em 2010 jan 11]. Disponível em : http://www.ministeriodasaude/legis/portl/2008/154_02rdc.pdf.

Submissão: março de 2010

Aprovação: agosto de 2010
