

ANÁLISE DO ACESSO A MEDICAMENTOS EM UMA UNIDADE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO ALEGRE

Analysis of the access to drugs in a family health program (fhp) team in Porto Alegre

Denise Bueno¹, Gabriella Calvi Sampaio², Giliane Dornelles Guerin³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o acesso a medicamentos em uma Unidade do Programa de Saúde da Família, em Porto Alegre-RS-Brasil, e discutir a importância da assistência farmacêutica na Atenção Primária à Saúde. A metodologia empregada foi de um estudo transversal, no período de março a junho de 2011, realizado na Unidade de Saúde Herdeiros, no distrito sanitário de saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre-RS. As prescrições objeto deste estudo envolveram medicamentos não encontrados no dispensário desta Unidade de Saúde e a análise destas prescrições ocorreu nos horários e dias onde houve presença do profissional farmacêutico. A partir do receituário, foi gerado um banco de dados informatizados com os dados dos usuários desta Unidade de Saúde. No total, foram analisadas 453 prescrições e os dados coletados demonstraram que o percentual de prescrições cujos medicamentos prescritos foram totalmente atendidos representou 86,75%, enquanto que o de prescrições que não tiveram todos os medicamentos atendidos foi de 13,25%. Entre o total de prescrições não atendidas (13,25%), o percentual das prescrições de medicamentos sob controle especial não atendido foi de 4,40%; 2,43% foram de outros medicamentos restritos à Farmácia Distrital; 3,55% foram de medicamentos que não constam na REMUME e 2,87% foram prescrições de medicamentos pertencentes à REMUME, mas que estavam em falta na Unidade Herdeiros no período do estudo. O nome comercial foi utilizado em pelo menos um medicamento em 3,98% das prescrições não atendidas (13,25%). A prescrição do medicamento

ABSTRACT

This study analyzes the access of drugs in a Family Health Program (FHP) team in Porto Alegre-RS-Brasil and discusses the importance of the professional pharmacist in Primary Health Care. The methodology employed was a cross-sectional study, in the period from March to June 2011, held in Herdeiros Health Center, at Partenon/Lomba do Pinheiro Health District, in the city of Porto Alegre-RS, Brazil. The prescriptions in this study involved drugs that were not found in the dispensary of this Health Center and the analysis of these prescriptions occurred at the time and days when the pharmacist was present. From the prescription, a computerized database was created with data of the users of this Health Center. A total of 453 prescriptions were analyzed and the collected data showed that the percentage of prescriptions where all the drugs were supplied represented 86.75%, while the prescriptions without all the drugs supplied were 13.25%. From the total of non supplied prescriptions (13.25%), drugs of special control prescriptions not supplied were 4.40%; 2.43% were of other drugs which need restrict dispensation at the district pharmacy; 3.55% were of drugs which were not at basic list drugs and 2.87% were of drugs prescriptions that were at the basic list drugs but were not in Herdeiros Health Center at the time of the study. The commercial name was used at least in one drug in 3.98% of the non supplied prescrip-

¹ Denise Bueno, Professor Adjunto III. Departamento de Produção e controle de Medicamentos. Saúde Coletiva. Assistência farmacêutica Faculdade de farmácia-UFRGS. E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

² Gabriella Calvi Sampaio, Acadêmica da Faculdade de Farmácia UFRGS

³ Giliane Dornelles Guerin, Farmacêutica Residente em saúde coletiva na Escola de Saúde Pública-RS

quando acompanhada por uma equipe multiprofissional de saúde possibilita que os usuários de uma Unidade de Saúde estabeleçam vínculo com o profissional farmacêutico, desta forma aumentando a resolubilidade do Sistema de Saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde pode potencializar o entendimento da equipe de saúde sobre o papel e a importância da assistência farmacêutica no contexto da Atenção Primária em Saúde, entendendo o medicamento como ferramenta desta prática em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica; Atenção Primária a Saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) nasce, em 1994, como estratégia de reorientação do modelo de atenção, a partir da reconstrução das práticas de Atenção Primária em Saúde (APS), colocando a família nas agendas das políticas públicas de saúde. Os problemas de saúde da população são priorizados considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência: de trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente; como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, entre outros. Ao final da década de 1990, o trabalho de Saúde da Família (SF) foi assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para a reorganização do Sistema de Saúde e como modelo assistencial substitutivo para atingir uma Atenção Primária que fosse reordenadora da planificação em saúde. Dessa forma, o PSF assume a missão de reestruturar a assistência à saúde da população reorganizando a Atenção Básica, em contraposição ao modelo anterior que vinha sendo praticado com perfil assistencial e baseado em especialidades médicas.¹

Os impactos provocados pelo PSF na saúde das famílias atendidas, com a percepção de seus efeitos sobre o perfil epidemiológico nos territórios de sua abrangência, transformaram esse programa em diretriz política para o Ministério da Saúde. O PSF passa a ser uma estratégia estruturante na formulação e organização de um novo modelo tecnoassistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois introduz um olhar ativo de intervenção em saúde, a de não esperar pela demanda, mas agir de forma preventiva, organizando a futura demanda. A organização do acesso aos serviços de saúde é uma das principais conquistas da população que tem cobertura do PSF.²

tions (13.25%). The drug prescription when followed by a Family Health Program (FHP) team enables the users of a Health Center to establish connection with the professional pharmacist, thus increasing the effectiveness of the Health System. The Health Multiprofessional Residency can potencialize the understanding of the health team about the function and importance of the pharmacist in the context of Primary Health Care, understanding the drug as a tool of this health practice.

KEYWORDS: Pharmaceutical Services; Primary Health Care

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nasce a partir da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 e amplia o escopo e a concepção da Atenção Básica (AB) no país, a qual assume como um de seus fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.⁴ Está inserido nesses serviços de saúde o fornecimento do medicamento ao usuário, inclusive a partir do que foi estabelecido pela Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.⁵

A Política Nacional de Medicamentos (PNM)⁶, entendida, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como eixo transversal à mesma, nos remete à Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define Assistência Farmacêutica como:

o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Os recursos previstos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) destinam-se à aquisição de medicamentos essenciais, por meio da Atenção Básica, considerando as condições mínimas necessárias para o uso correto dos medicamentos e contribui para a ampliação do acesso da população a estes.⁷

A integração da PNAB e da PNM exige conhecimento e análise aprofundados da forma como ambos utilizam

o medicamento no cuidado à saúde. A fragmentação na oferta de serviços tem se refletido nas ações relacionadas ao medicamento, tornando necessário estabelecer estratégias de integração e de coordenação com previsão de mudanças na organização e na gestão dos serviços para que o usuário de saúde receba os cuidados de profissionais apropriados, em tempo e local adequados e de forma contínua.⁸

A prescrição apropriada, o acesso, a dispensação com informações úteis e corretas para o paciente, o consumo na posologia e tempo de tratamento indicados e em intervalos definidos constituem fatores determinantes para o uso racional de medicamentos na APS.⁹

O acesso ao medicamento passa, obrigatoriamente, pela prescrição dos mesmos e pela informação gerada a partir do serviço de saúde, geralmente a partir de uma prescrição de um profissional da equipe de saúde, nesse caso do PSF.

Avaliar a demanda não atendida de prescrições de medicamentos da Unidade de Saúde da Família Herdeiros, que possui Estratégia de Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde, pode contribuir na identificação dos nós críticos e pontos de intervenção que possam orientar as políticas de medicamentos e as políticas da Atenção Básica à Saúde, visando garantir atenção integral e com qualidade para a população.

O propósito deste estudo foi o de analisar a demanda de medicamentos prescritos que não foram encontrados pelos usuários na Unidade de Saúde da Família Herdeiros e, a partir desses dados, fazer a discussão sobre as potencialidades da Residência Multiprofissional como estratégia de aproximação da Assistência Farmacêutica à temática do acesso de medicamentos na Atenção Primária em Saúde.

METODOLOGIA

A revisão bibliográfica sobre o tema “Análise de demanda de medicamentos não atendida” fundamentou-se em pesquisas na base de dados Milene/Pubmed, Science Direct, LILACS-Literatura Latino Americana e do Caribe e SciELO, através das seguintes palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Programa de Saúde da Família, Dispensário de Medicamentos.

A metodologia empregada foi de um estudo transversal, no período de março a junho de 2011, realizado na Unidade de Saúde Herdeiros, no distrito sanitário de saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre - RS. Foram analisadas as prescrições de medicamentos nos horários e dias onde houve presença de profissional farmacêutico. A coleta de dados foi realizada pela autora do trabalho em quatro turnos semanais, durante o período

do estudo. As prescrições objeto deste estudo foram as que envolveram medicamentos que não foram encontrados no dispensário desta Unidade de Saúde.

A partir do receituário de cada usuário que buscou o dispensário da Unidade Herdeiros foi utilizada uma planilha feita no programa Excel, na qual foram cadastrados: nome do paciente, número do prontuário, data da prescrição, local de origem da prescrição, os medicamentos não atendidos e a dosagem desses medicamentos. A partir desse cadastro foi gerado um banco de dados para análise posterior.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre sob nº 561 no Processo de número 001.050594.10.9 em 16/12/2010.

RESULTADOS

O município de Porto Alegre possui 61 Unidades Básicas de Saúde sem equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e 82 Unidades de Saúde com equipes do Programa de Saúde da Família, contando com 116 equipes de PSF instaladas, pois algumas das unidades que possuem PSF apresentam mais de uma equipe por unidade. No distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro, existem 12 Unidades de Saúde com equipes do PSF e 10 Unidades Básicas de Saúde sem equipe do PSF, além do Centro de Saúde Murialdo, que é um posto de nível secundário de assistência. Localiza-se nesse distrito de saúde a Unidade de Saúde Bananeiras, que possui Farmácia Distrital. Essa farmácia é responsável por toda a dispensação de medicamentos desse distrito.

A Unidade Herdeiros, localizada dentro do distrito sanitário Partenon/Lomba do Pinheiro, conta com uma equipe de PSF composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A população adscrita dessa unidade fica em torno de 4.100 habitantes. Essa Unidade de Saúde é campo de formação para os residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde - Atenção Básica em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública (ESP-RS). Fazem parte dessa equipe os residentes de Farmácia, Odontologia, Enfermagem e Serviço Social. Como Unidade de Atenção Primária à Saúde, esta UBS está estruturada para acesso direto da população, com continuidade e integralidade. A Unidade Herdeiros não possui Farmácia Distrital, apenas uma área física denominada pela equipe de saúde local como dispensário de medicamentos.

A Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973¹⁰ define farmácia como sendo o 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. A mesma Lei define o termo dispensário como sendo o setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente.¹¹

Os medicamentos disponibilizados nessa Unidade de Saúde são provenientes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a partir da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) foi atualizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no ano de 2010, seguindo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e definições de portarias do Ministério da Saúde (MS).

Foram analisadas 453 prescrições no total. Os dados coletados demonstram que o percentual de prescrições cujos medicamentos prescritos foram totalmente atendidos foi de 86,75%, enquanto que o de prescrições que não tiveram todos os medicamentos atendidos foi de 13,25%. Dentro do percentual de 13,25% (prescrições não totalmente atendidas), 9,94% das prescrições tiveram apenas um medicamento não atendido, enquanto que 1,99% tiveram dois medicamentos não atendidos, 0,88% tiveram três e 0,44% das prescrições tiveram mais do que três medicamentos não atendidos.

Os medicamentos pertencentes à REMUME que estavam em falta na Unidade Herdeiros durante a coleta de dados deste estudo foram: Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/mL (injetável), que teve sua fabricação suspensa; Metoclopramida 10 mg (comprimido) e Miconazol 20mg/g (creme vaginal), ambos em falta na central de abastecimento farmacêutico do município por não haver sido entregue pelo fornecedor.

Do total de prescrições não atendidas (13,25%), 4,40% foram prescrições de medicamentos sob controle especial (Tabela 1); 2,43% foram de outros medicamentos restritos à Farmácia Distrital, o que é o caso da Levotiroxina 25 mg, do Carbonato de Cálcio 500 mg, do Ibuprofeno 50 mg/mL e da Metildopa 250 mg. Salienta-se que a Metildopa 250 mg é de dispensação restrita a gestantes segundo a REMUME 2006; 3,55% foram de medicamentos que não constam na REMUME e 2,87% foram prescrições de medicamentos pertencentes a REMUME, mas que estavam em falta na Unidade Herdeiros no período do estudo.

Dezoito prescrições (3,98%) não atendidas (13,25%) apresentavam pelo menos um medicamento prescrito pelo nome comercial, mas, neste estudo, o nome comercial não

foi o fator determinante para a não dispensação desses medicamentos, visto que esses não faziam parte da REMUME.

Os medicamentos sob controle especial que não foram dispensados encontram-se na REMUME, exceto os medicamentos Rivotril 0,5 mg comprimido, Fluoxetina 20 mg comprimido e Azitromicina 500 mg cápsula (Tabela 1).

Tabela 1 - Percentual de prescrições não atendidas com medicamentos sob controle especial.

Medicamentos sob controle especial	Percentual (%)
Amitriptilina 25 mg	1,32% (n=6)
Biperideno 2 mg	0,22% (n=1)
Rivotril 0,5 mg	0,22% (n=1)
Clorpromazina 100 mg	0,22% (n=1)
Diazepam 10 mg	0,66% (n=3)
Fenitoína 100 mg	0,22% (n=1)
Fluoxetina 20 mg	0,66% (n=3)
Haloperidol 5 mg	0,44% (n=2)
Cefalexina 500 mg	0,22% (n=1)
Azitromicina cápsula 500 mg	0,22% (n=1)
Total	4,40% (n=20 prescrições)

A Cefalexina 500 mg comprimido passa a fazer parte da REMUME em 2010, podendo ser dispensada na Unidade de Saúde. Uma prescrição não foi atendida na Unidade Herdeiros no início do mês de março por esse medicamento não estar disponível para a rede de Atenção Básica. Os medicamentos inclusos na REMUME 2010 chegaram à unidade na segunda metade do mês de março.

Tabela 2 - Percentual de prescrições não atendidas na Unidade Herdeiros (13,25% das prescrições).

Medicamentos	% de prescrições não atendidas	Razões da ausência
Sem controle especial	2,87% (n=13)	Em falta na Unidade
REMUME		
Sem controle especial (FD)	2,43% (n=11)	Restritos à Farmácia Distrital
Sob controle especial (FD)	3,30% (n=15)	Restritos à Farmácia Distrital*
Outros medicamentos		
Sem controle especial	3,55% (n=16)	Ausentes na REMUME
Sob controle especial	1,10% (n=5)	
TOTAL	13,25% (n=60)	-

* **Exceção:** Cefalexina 500 mg não é restrita à Farmácia Distrital. Estava em falta na Unidade no início de Março por ter sido incluída na REMUME 2010.

DISCUSSÃO

O Estado é o responsável pela garantia do acesso universal e igualitário aos serviços relacionados à saúde, de acordo com a Constituição Federal Brasileira.¹² A Política de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como a Política Nacional de Medicamentos (PNM), tem como objetivo central o acesso a medicamentos pela população.

Desde 1964, o Brasil elabora listas de medicamentos considerados essenciais com o objetivo de tornar o acesso ao medicamento mais qualificado. Na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), constam os medicamentos considerados essenciais para a população e que possuem características como: eficácia e segurança definidas, posologia conveniente, disponibilidade, que atendam às enfermidades mais comuns do país e que tenham menor custo. A partir da RENAME, são elaboradas as listas em nível estadual e municipal de acordo com as particularidades de cada local. A PNM, que prevê a elaboração dessas listas de medicamentos, visa garantir segurança e eficácia dos medicamentos, bem como o acesso aos medicamentos essenciais para a população do país, sempre objetivando o uso racional.⁶

A falta de conhecimento da REMUME é um dos fatores que pode estar relacionado à baixa adesão a tratamentos prescritos. Um estudo realizado em uma escola de medicina do sul do Brasil demonstrou que a grande maioria dos estudantes desconhecia a RENAME ou a lista da OMS. A baixa adesão à REMUME também pode indicar a ausência de Comitê de Farmácia e Terapêutica no município. Para que se consiga o aumento da adesão dos profissionais prescritores à REMUME, deve-se, constantemente, atualizá-la e revisá-la, bem como divulgar a lista aos prescritores e manter o abastecimento regular dos medicamentos essenciais nas farmácias.¹³

O abastecimento de medicamentos essenciais próximo do adequado demonstrado em uma coleta de dados nessa Unidade de Saúde nos remete ao conceito da Estratégia de Saúde da Família que se pensa integrada em redes de atenção em saúde, na qual a farmácia exerce um papel transversal à implantação desse sistema. O pensar sobre a dispensação e uso adequado de medicamentos pela comunidade aproxima o olhar da Assistência Farmacêutica ao exercício do profissional farmacêutico. A vinculação desse profissional, não apenas ao medicamento, mas ao processo de trabalho que envolve o cotidiano da equipe de saúde e dos seus usuários pode fazer com que possamos ter um uso racional associado a essa dispensação medicamentosa.

A constatação de um elevado percentual de prescrições totalmente atendidas, nas quais o paciente teve acesso a todos os medicamentos prescritos, nos remete ao trabalho realizado naquela unidade pelos residentes, particularmente os da área de farmácia, que multiplicam informações sobre o Uso Racional de Medicamentos (URM) a todos os usuários e profissionais daquela Unidade de Saúde.

A inserção do farmacêutico na Residência Integrada em Saúde na Atenção Básica e Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do RS representa uma estratégia positiva para trabalhar com as ferramentas propostas pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), em virtude da imersão no campo de práticas ao longo do processo de formação. Na Residência em Atenção Básica, o farmacêutico tem a perspectiva de atuar em diversas áreas tais como: acolhimento do usuário, dispensação orientada de medicamentos, atividades como programação e solicitação mensal dos medicamentos, controle de estoque e de validade, armazenamento e descarte correto, atenção farmacêutica, participação em grupos de educação em saúde, visitas domiciliares, reuniões de planejamento e educação continuada com a equipe, promoção de orientações referentes ao uso dos medicamentos e possíveis interações. O farmacêutico também fornece orientações tanto para os usuários quanto para a equipe sobre possíveis fluxos de aquisição de medicamentos e documentos necessários para retirada nos dispensários e farmácias da rede pública municipal e estadual, verifica e notifica possíveis desvios de qualidade dos medicamentos, detecta reações adversas aos medicamentos e participa nos espaços de controle social.

Quanto às prescrições que não foram completamente atendidas, houve predomínio na falta de apenas um dos medicamentos prescritos, o que demonstra haver uma discussão prévia sobre prescrição de medicamentos nesta unidade. A atuação da equipe de saúde nessa unidade parece contribuir prescrevendo medicamentos em um processo de construção coletiva entre equipe de saúde e usuário, direcionando a mesma para a REMUME, facilitando o acesso da população. A equipe busca se adaptar no caso de falta de fornecimento de algum medicamento para a unidade, trocando, por exemplo, a apresentação do medicamento. A Metoclopramida 10 mg comprimido, que não foi fornecida no mês de março para a Unidade Herdeiros, passou a ser prescrita como Metoclopramida gotas nas situações possíveis, evitando a interrupção do tratamento.

De acordo com a RDC nº 44 de 17 de agosto de 2009¹⁴ compete ao farmacêutico avaliar as prescrições médicas, que devem estar legíveis e ausentes de rasuras e emendas, devem conter a identificação do usuário, do medicamento,

concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade, modo de usar ou posologia, duração do tratamento, local e data da emissão e assinatura e identificação do prescriptor com o número de registro no respectivo conselho profissional. Torna-se importante a análise da prescrição de medicamentos antes do encaminhamento à dispensação. A prescrição adequada às condições clínicas do usuário fornece informações necessárias para o seguimento da farmacoterapia, como a dose do medicamento, a frequência de uso do mesmo e a duração do tratamento.⁹

A Instrução Normativa 4/07 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre segue a Lei nº 9787/9914 e a RDC nº 16/07 4, que estabelecem que a nomenclatura utilizada nos medicamentos prescritos deve ser obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI).

As dezoito prescrições não atendidas que possuíam pelo menos um medicamento prescrito pelo nome comercial (3,98%) contrariam o preconizado pela Lei nº 9787/9914 e pela RDC nº 16/074. No caso dos medicamentos sob controle especial, o nome comercial contraria o preconizado pela Portaria nº 344/98.⁶ Os medicamentos no sistema público são comprados por licitação e, sendo assim, o uso da Denominação Comum Brasileira (DCB) facilita o processo da compra, evitando a grande quantidade de nomes comerciais que existem para o mesmo medicamento. Tendo em vista a nomenclatura preconizada, o nome comercial pode tornar o tratamento inviável financeiramente ao usuário, visto que o mesmo não poderá retirar o medicamento em qualquer farmácia municipal em virtude da Normativa 4/07 da SMS-POA, podendo gerar uma demanda de judicialização para o Estado. Além disso, o nome comercial pode induzir o usuário a utilizar o sistema privado onde a marca ainda exerce um poder de marketing. As equipes de saúde que integram a APS devem observar a importância da utilização da DCB no momento em que a prescrição é gerada a fim de garantir um tratamento viável.

Na unidade avaliada, foi encontrada uma prescrição de Cefalexina 500 mg que não foi dispensada por não estar disponível o medicamento na Unidade de Saúde. Esse medicamento foi disponibilizado às unidades na segunda metade do mês de março, dado não informado à equipe de saúde dessa unidade, o que impossibilitou a transmissão dessa informação ao usuário, ficando o mesmo sem o medicamento prescrito.

Os antimicrobianos precisam ser monitorados quanto à dispensação e principalmente nos itinerários terapêuticos, visando o seu uso racional. Esses medicamentos estão sujeitos a controle especial de acordo com a RDC nº 20 de 5 de

maio de 2011.¹⁵ Sua dispensação somente pode ser efetuada com a retenção da segunda via do receituário de controle especial. O usuário, não encontrando este medicamento, não realiza o tratamento prescrito ou altera o seu plano terapêutico por dificuldades financeiras ou entendimento adverso ao da equipe de saúde.

Os medicamentos sob controle especial são restritos à dispensação em Farmácias Distritais, por isso foram os que se destacam na coleta de dados. O que impede essa Unidade de Saúde de dispensar esses medicamentos é a ausência da farmácia nessa unidade e, conseqüentemente, do profissional farmacêutico que acompanha esse item medicamentoso.

O acesso a esses medicamentos é garantido a partir do deslocamento do usuário à Farmácia Distrital. Esse deslocamento pode seguir duas direções: ser realmente efetuado, o que resulta no seguimento do tratamento ou ser interrompido, devido à idade avançada, a dificuldades físicas para locomoção, levando ao rompimento do itinerário terapêutico pela falta de medicamentos, podendo ocasionar diminuição da qualidade de vida do paciente. Esse segundo caso pode ser extremamente oneroso para o Sistema de Saúde, visto que a pessoa não realizando a farmacoterapia correta tem chances maiores de internações que poderiam ser evitadas.¹⁶

A maior parte das Unidades de Saúde na cidade de Porto Alegre possui locais de estoque de medicamentos, os quais, neste trabalho, foram chamados de dispensários. Pensar medicamentos na lógica da rede de Atenção à Saúde envolve o comprometimento da Atenção Primária com esses locais que não possuem condições mínimas de avaliação do processo de dispensação medicamentosa. O diálogo da ESF com a Assistência Farmacêutica sobre o conceito de acesso a medicamento pode contribuir para a melhoria da adesão medicamentosa, com prescrições mais adequadas, relações de medicamentos mais próximas da realidade da APS, judicializações em casos necessários, entre outros benefícios. O investimento na contratação de profissionais farmacêuticos para as Unidades Básicas de Saúde pode prevenir as internações hospitalares. Os usuários, recebendo medicamentos nas Unidades de Saúde e cumprindo o seu plano terapêutico, atenderão o preconizado para a Atenção Primária em Saúde.

No acompanhamento dessa unidade, também foram encontrados medicamentos restritos às Farmácias Distritais quanto a custos do medicamento como, por exemplo, a Levotiroxina 25 mg, o Carbonato de Cálcio 500 mg, o Ibuprofeno 50 mg/mL e a Metildopa 250 mg. Todos, em algum momento, tiveram sua demanda não atendida, cor-

respondendo a 2,43% do percentual não atendido (13,25%). Nesse caso, esta restrição obedece à lógica do gestor, que restringe o acesso do usuário ao medicamento.

O Farmacêutico é o profissional que integrado à equipe de saúde deve estar acompanhando as etapas do ciclo do medicamento. Caso contrário, o usuário acabará se desvinculando do seu plano terapêutico. A residência em farmácia é uma ferramenta estratégica para acompanhamento da dispensação do medicamento e do itinerário terapêutico. O itinerário terapêutico necessita da aproximação da equipe do Programa de Saúde da Família à realidade do usuário que precisa ter sua prescrição de medicamentos atendida.

Nesse contexto, a Residência Integrada em Saúde torna-se importante nessa discussão sobre o cumprimento do itinerário terapêutico pelos usuários de medicamentos. A participação de farmacêuticos residentes na Atenção Primária à Saúde (APS) possibilita orientação para os usuários sobre os medicamentos, favorecendo o uso racional dos mesmos.¹⁷ A Estratégia de Saúde da Família (ESF) dispõe de visitas domiciliares que os farmacêuticos residentes devem fazer durante o período da residência, visando a assistência integral ao indivíduo (princípio da integralidade).¹⁸

A primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil foi criada em 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária São José do Murialdo. O objetivo na época era a formação de profissionais com uma visão integrada, crítica e humanista. Dois anos após a introdução da Residência em Medicina Comunitária, a Residência do Murialdo se torna multiprofissional.¹⁹

O percentual de prescrições não atendidas nessa Unidade de Saúde refletiu dificuldades operacionais relacionadas ao processo de trabalho, o que não dependeu somente do trabalho da equipe local de saúde. Os profissionais de saúde dessa unidade procuraram se adequar à REMUME, demonstrando haver trabalho em equipe. É necessário problematizar tais questões ao elaborar uma prescrição de medicamentos para garantir que o plano terapêutico previsto para o usuário seja efetivo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) podem contribuir para uma atenção à saúde de qualidade dentro dessa lógica. A Residência Multiprofissional em Saúde pode auxiliar na formação de profissionais com visão mais humanista e crítica, buscando ações de resolutibilidade no sistema. A aproximação do residente farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS) pode assegurar uma Assistência Farmacêutica que garanta não somente o acesso, mas também o uso racional dos medicamentos.

CONCLUSÃO

A análise dos cenários de prática com enfoque no medicamento na Atenção Primária à Saúde pode contribuir na formulação de políticas e nas práticas dos serviços de saúde. Existe a necessidade de análise de situações de saúde na realidade da Atenção Primária para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. É fundamental e estratégico aproximar a pesquisa do cotidiano dos profissionais de saúde e dos formuladores de políticas.

A Unidade de Saúde analisada é um microcomponente da Estratégia de Saúde de Família, podendo retratar o cotidiano de uma Unidade de Saúde integrada com sua equipe de saúde na busca de resolutibilidade nas práticas de atenção à saúde, particularmente, nesse caso, nas práticas envolvendo a prescrição e dispensação de medicamentos.

A residência em farmácia no local analisado atua de forma estratégica como aproximação da área farmacêutica com a equipe do Programa de Saúde da Família, procurando garantir uma Assistência Farmacêutica que possa assegurar ao usuário o acesso e uso racional dos medicamentos.

Diante do que foi exposto, a contribuição do núcleo farmacêutico na Atenção Básica possibilita, em conjunto com a equipe multiprofissional, a construção de um olhar integral do paciente, atendendo às necessidades da população no que tange à prevenção e ao tratamento, bem como à promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Siebert M, Bueno D. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da Atenção Primária a Saúde. *Rev APS*. 2008 out/dez; 11(4):468-73.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan Am J Public Health*. 2007; 21(2/3): 164-76.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006. DOU. Brasília; mar. 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 16 de 02 de Março de 2007. DOU. Brasília; 05 mar. 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 20 de 05 de Maio de 2011. DOU. Brasília; mai. 2011.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.916 de 30 de outubro de 1998. DOU. Brasília; 10 nov. 1998.
 7. Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. 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.
 8. Feo JJO, Campo JMF, Camacho JG.. La coordinación entre Atención Primaria y especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(2): 357-82.
 9. Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD, *et al.* Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(2): 149-56.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei no 5.991, de 17 de dezembro de 1973. DOU. Brasília: MS; 1973.
 11. Bueno D, Machado AR. Avaliação dos dispensários do Distrito Sanitário Glória- Cruzeiro-Cristal Porto Alegre-RS. *Rev APS.* 2011; 14(1): 4-11.
 12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. DOU. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988. [Citado 2011 jul. 03]. Disponível em: <<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/constituicao/crfb.pdf>>
 13. Dal pizzol TS, Trevisol DJ, Heineck I, *et al.* Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2010 abr.; 26(4): 827-36.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 44 de 17 de Agosto de 2009. DOU. Brasília, DF, 18 ago. 2009.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename. 7ª ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2010.
 16. Merola YL, Terra FS, Costa AM. Incentivo a assistência farmacêutica na atenção básica: um projeto em discussão. *Rev Bras Farm.* 2008; 5(1): 95-100.
 17. Ricieri MC. O Farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? *Rev Visão Acadêmica.* 2006; 7(2).
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2007.
-
- Submissão: agosto/2011
Aprovação: março/2012
-