



Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões QualiSUS-Rede

**Resultados da Região
Metropolitana do Recife**

Pesquisa “Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões QualiSUS-Rede”

Resultados da Região Metropolitana do Recife

Pesquisadoras responsáveis

Joyce Nunes dos Santos
Karen Samento Costa

Coordenação da publicação

Karen Samento Costa
Programa Estudos em Sistemas de Saúde/Núcleo de Estudos em Políticas Públicas/Unicamp
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp
Maira Galdino da Rocha Pitta
Moacyr Jesus Barreto de Melo Rego
Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica/UFPE
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde/UFPE

Organização da publicação

Breno Caldas de Araújo
Joyce Nunes dos Santos
Karen Samento Costa
Noemia Urruth Leão Tavares
Maira Galdino da Rocha Pitta
Moacyr Jesus Barreto de Melo Rego
Suetônio Queiroz de Araújo

Revisão Técnica

Karen Samento Costa
Eucilene Alves Santana
Emanuelly Paulino Soares
Manoel Roberto Santos
Suetônio Queiroz de Araújo

Consultor Técnico da Região QualisUS-Rede –***Metropolitana do Recife:***

Joyce Nunes dos Santos

Elaboração:

Carmen Cecília de Campos Lavras
Emanuelly Paulino Soares
Etiene Aquino Carpes Zucatti
Eucilene Alves Santana
Gabriel Gonçalves Okamoto
Joyce Nunes dos Santos
Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha
Melissa Sprösser Alonso
Suetônio Queiroz de Araújo
Suzana Maria Byrro Costa
Sylvana Macêdo de Morais Menezes
Victor Kitt Tanaka da Anunciação

Instituições parceiras

Núcleo de Estudo em Políticas Públicas e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Universidade Estadual de Campinas

Núcleo de Pesquisa em Inovação Terapêutica - Universidade Federal de Pernambuco

Centro Avançado para Inovações em Saúde – Instituto Suely Galdino

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco – COSEMS/PE

Apoio Financeiro

Ministério da Saúde
Banco Mundial no Brasil

Lista de Figuras

Figura 1. Representação de Rede de Atenção à Saúde. Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no estado de São Paulo.....	18
Figura 2. Municípios constituintes da 1 Região de Saúde/Metropolitana de Recife do QualiSUS-Rede.....	22
Figura 3. Condições de saúde da população quanto as morbidades de notificação compulsória na I Região de Saúde. FONTE: SINAN/SIM/IBGE/SINASC. [ACESSADO EM 27 DE OUTUBRO DE 2015]. DISPONÍVEL WWW.SAUDE.GOV.BR/SAGE	31
Figura 4. Número de pessoas cadastradas e acompanhadas com diabetes melittus e hipertensão arterial na I Região de Saúde. Fonte: SIAB/DATASUS/MS, [acessado em 27 de outubro de 2015]. Disponível http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04	33
Figura 5. Condições de saúde da população – número de casos de mortalidade e suas causas na I região de saúde e a Taxa de Mortalidade Infantil. Fonte: SIM/IBGE/SINASC. Acessado em 27 de outubro de 2015. Disponível em: www.saude.gob.br/sage	34
Figura 6. Perfil e quantitativo dos profissionais da assistência farmacêutica informados pelos responsáveis da AF.....	37
Figura 7. Existência de política salarial conforme secretários de saúde e responsáveis pela Assistência Farmacêutica.....	39
Figura 8. Educação permanente para a assistência farmacêutica na visão do secretário de saúde, responsável pela Assistência Farmacêutica (AF) e na farmácia hospitalar.....	41
Figura 9. Capacitações e/ou educação permanente para a assistência farmacêutica na visão dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica (AF).....	42
Figura 10. Conhecimento dos gestores sobre normas/legislações no âmbito da assistência farmacêutica (AF) na atenção básica.....	44
Figura 11. Regularidade da capacidade de execução dos repasses e suficiência de recursos tripartite: destinação de recursos, conforme secretários de saúde e responsável pela Assistência Farmacêutica (AF).	46
Figura 12. Regularidade da capacidade de execução dos repasses e suficiência tripartite informado: recursos usados na totalidade e recursos previstos suficientes por secretários e responsáveis pela Assistência Farmacêutica (AF).....	47
Figura 13. Panorama da assistência farmacêutica na participação da construção dos instrumentos de planejamento e gestão da saúde	49
Figura 14. Panorama da assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento de gestão: ações previstas na programação nacional de saúde e descritas no relatório anual de gestão, na visão dos secretários de saúde e responsável pela Assistência Farmacêutica	51
Figura 15. Panorama da assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento de gestão: recursos previstos e descritos no RAG e ações de educação no PMS informados por secretários de saúde e responsáveis pela Assistência Farmacêutica.....	52
Figura 16. Panorama da assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento de gestão: recursos previstos na LOA.....	53
Figura 17. Existência de demanda judiciais: municípios com demandas e a frequência do tipo de demandas judiciais.....	55

Figura 18. Infraestrutura tecnológica para gestão da assistência farmacêutica: sistema informatizado nos estabelecimentos.....	57
Figura 19. Infraestrutura tecnológica para gestão da assistência farmacêutica: computadores, impressoras e internet disponíveis nos estabelecimentos.....	58
Figura 20. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos: funcionamento das Centrais de Abastecimento Farmacêutica e das farmácias hospitalares.....	60
Figura 21. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação e dispensação de medicamentos: disponibilidade de refrigerador ou câmara fria, de espaço adequado para armazenamento e específico para diluição de saneantes/germicidas.....	62
Figura 22. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos: espaço adequado para armazenamento e condições do ambiente	64
Figura 23. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos: de diversas categorias de medicamentos.....	65
Figura 24. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos: local específico para deposição de resíduos de medicamentos.....	66
Figura 25. Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da assistência farmacêutica: REMUME ou RESME.....	67
Figura 26 Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da assistência farmacêutica: padronização de medicamentos hospitalares.....	68
Figura 27. Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da Assistência Farmacêutica e pelas farmácias hospitalares: existência e/ou reunião de CFT no âmbito hospitalar.....	69
Figura 28. Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da Assistência Farmacêutica: critérios para a lista de medicamentos e total de medicamentos básicos padronizados.....	70
Figura 29. Padronização de elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde.....	71
Figura 30. Padronização do elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde: lista visível aos usuários e formas de divulgação dos locais de entrega/dispensação.....	72
Figura 31. Padronização do elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde.....	73
Figura 32. Controle e programação de medicamentos: registro de entrada e saída nos estabelecimentos.....	75
Figura 33. Controle e programação de medicamentos: as formas de registro de entrada e saída de medicamentos dos estabelecimentos.....	76
Figura 34. Controle e programação de medicamentos: realização e frequência de inventários de medicamentos sujeitos a controle especial nos estabelecimentos.....	77
Figura 35. Controle e programação de medicamentos: realização e frequência de inventários de medicamentos (exceto os medicamentos de controle especial) nos estabelecimentos.....	78
Figura 36. Controle e programação de medicamentos: critérios utilizados na programação.....	79
Figura 37. Aquisição de medicamentos: existência de Comissão Permanente de Licitação, formas de aquisição de medicamentos básicos: participação do farmacêutico na TR e emissão de PT.....	81
Figura 38. Aquisição de medicamentos: banco de preço.....	82

Figura 39. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: cronograma de envio de pedido e frequência de desabastecimento.	83
Figura 40. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: causas de desabastecimento nos estabelecimentos.....	84
Figura 41. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos causas de desabastecimento	85
Figura 42. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: procedimentos quando há excesso de medicamentos referidas nos estabelecimentos.....	86
Figura 43. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: entrega em domicílio..	87
Figura 44. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: meio de transporte utilizado e se o mesmo é suficiente.....	88
Figura 45. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: tipos de distribuição na farmácia hospitalar.....	89
Figura 46. Suficiência e capacitação dos profissionais para o exercício do cuidado farmacêutico: farmacêutico na unidade, farmacêutico de referência e sua origem.....	91
Figura 47. Suficiência de profissionais para o exercício do cuidado farmacêutico nos estabelecimentos: farmacêutico no NASF e capacitações e/ou educação permanente para o uso racional de medicamentos.....	92
Figura 48. Educação em saúde nos estabelecimentos: atividades em grupo aos usuários sobre o uso de medicamentos realizadas pelos profissionais da equipe e quais profissionais realizam.	93
Figura 49. Educação em saúde nos estabelecimentos: atividades sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos e profissionais que realizam tais atividades.....	95
Figura 50. Educação em saúde nos estabelecimentos: elaboração, disponibilização e quais temas aos usuários.....	96
Figura 51. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: tipos de atividades realizadas pelo farmacêutico do NASF.....	98
Figura 52. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: tipos de atividades realizadas pelos farmacêuticos dos estabelecimentos.....	99
Figura 53. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: frequência das categorias profissionais que fazem a entrega e orientação no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico.....	101
Figura 54. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: frequência dos profissionais que fazem a entrega e orientação nas CAF	102
Figura 55. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: realização de seguimento farmacoterapêutico, e para quais grupos são realizados e realização de visitas domiciliares pelos farmacêuticos.....	103
Figura 56. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: notificação de queixas e/ou eventos adversos a medicamentos e tipos de encaminhamentos.....	105
Figura 57. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: agendamento e formas de dispensação de medicamentos de uso contínuo.....	106
Figura 58. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: procedimento adotado para o não comparecimento do usuário.....	107

Figura 59. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: Registro de não adesão dos usuários.....	108
Figura 60. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: tipos de mecanismos utilizados quando o paciente apresenta dificuldade em utilizar seus medicamentos.....	109
Figura 61. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: frequência das reuniões da equipe multiprofissional para discutir processos de trabalho relacionados à AF.....	110
Figura 62. Utilização de tecnologias de gestão do cuidado: protocolos clínicos no seguimento farmacoterapêutico e fonte de informação sobre medicamentos nos estabelecimentos.....	112
Figura 63. Utilização de tecnologias de gestão do cuidado: tipo de mecanismo utilizado para obter informações nos estabelecimentos.....	113

Lista de tabelas

Tabela 1 – Dados demográficos da I Região de Saúde.....	21
Tabela 2 – Dados Socioeconômicos da I Região de Saúde.....	22
Tabela 3 - Tipo de número de unidades de saúde da I Região de Saúde.....	24
Tabela 4: Caracterização dos Municípios da Região QualiSUS –Metropolitana do Recife quanto a participação em programas e projetos para a estruturação da Assistência Farmacêutica.	27
Tabela 5: Tipo de Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico a partir da classificação do CNES.....	33
Tabela 6: Tipos de serviços que o farmacêutico realiza no hospital.....	98

Lista de abreviaturas e siglas

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CGAFB – Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica

CES - Conselho Estadual de Saúde

CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica

CRF –Conselho Regional de Farmácia

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regionais

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CPL – Comissão Permanente de Licitação

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FP –Farmácia Popular

FTN –Formulário Terapêutico Nacional

HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

MS –Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAAT - Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico

PAS - Programação Anual de Saúde

PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PCDT –Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PDA - Plano Diretor de Atenção à Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PE – Pernambuco

PFP – Programa Farmácia Popular

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNPMF –Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PPA – Plano Plurianual

PIB -Produto Interno Bruto

PT – Parecer Técnico

QUALIFAR-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS

RAF – Responsável pela Assistência Farmacêutica

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REMUME - Relação Municipal de Medicamento

RESME - Relação Estadual de Medicamentos

RQ – Região QualiSUS-Rede

RMR –Região Metropolitana do Recife

RS – Região do Saúde

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SCE – Sujeitos a Controle Especial

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

STPP – Sistema de Transporte Público de Passageiros

SUS – Sistema Único de Saúde

TR - Termo de Referência

UBS – Unidade Básica de Saúde

URM - Uso Racional de Medicamentos

Sumário

APRESENTAÇÃO	9
PREFÁCIO	12
INTRODUÇÃO	16
CARACTERIZAÇÃO	21
O Estado de Pernambuco	21
Região QualiSUS-Rede	21
Outros aspectos da caracterização da Região QualiSUS-Rede	26
Condições de Saúde	30
Pesquisa QualiSUS-Rede e dados gerais	35
ASPECTOS RELACIONADOS À GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO QUALISUS-REDE - METROPOLITANA DO RECIFE –PE	36
Perfil dos profissionais da Assistência Farmacêutica:	36
Existência de Política Salarial:	38
Educação Permanente para a Assistência Farmacêutica	40
Conhecimento dos Gestores sobre normas/legislações no âmbito da AF na Atenção Básica	43
Regularidade da capacidade de execução dos repasses e suficiência de recursos tripartite	45
Participação dos Responsáveis pela Assistência Farmacêutica nos Instrumentos de Planejamento e Gestão da Saúde	48
Panorama da Inserção das Ações da Assistência Farmacêutica nos Instrumentos de Planejamento e Gestão da Saúde	50
Existência de demandas judiciais	54
ASPECTOS RELACIONADOS AO COMPONENTE LOGÍSTICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (AF)	56
Infraestrutura tecnológica para gestão da Assistência Farmacêutica	56
Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos	59
Padronização do elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde	67
Controle e programação de medicamentos	74
Aquisição de medicamentos	80
Abastecimento e distribuição de medicamentos	82
ASPECTOS RELACIONADOS A CUIDADO FARMACÊUTICO	90
Suficiência e capacitação dos profissionais para o exercício do cuidado farmacêutico	90
Ações desenvolvidas na prática do Cuidado Farmacêutico: atividades de educação em saúde e uso racional de medicamentos	93
Utilização de tecnologias de gestão do cuidado	111
RECOMENDAÇÕES GERAIS	114
Aspectos relacionados à Gestão da Assistência Farmacêutica	114
Aspectos relacionados ao componente logístico da Assistência Farmacêutica	115
Aspectos relacionados ao cuidado farmacêutico	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

Apresentação

O presente estudo, aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob parecer nº399.42/2013 foi realizado sob responsabilidade da equipe da Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde, período de 2013 a maio de 2016, no âmbito do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde – QualiSUS-Rede, projeto esse, viabilizado por meio do Acordo de Empréstimo Nº 7632 BR, fruto de parceria entre o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

O Projeto QualiSUS-Rede caracteriza-se como uma proposta de intervenção e de apoio à organização de redes de atenção à saúde no Brasil e compõe um conjunto de ações estrategicamente concebidas pelo Ministério da Saúde voltadas para dinamizar o movimento de transformação das atuais regiões de saúde, que hoje estão conformadas como sistemas fragmentados, em Redes de Atenção à Saúde (RAS), reconhecendo ser este um processo gradual e complexo que demandará aporte contínuo de conhecimentos e recursos.

As ações que envolveram o desenvolvimento do projeto para a assistência farmacêutica foram agrupadas em um dos três componentes descritos do QualiSUS-Rede relacionado ao Componente 2 – Desenvolvimento de intervenções sistêmicas estratégicas - que tinha por finalidade desenvolver um conjunto de intervenções sistêmicas de apoio à implantação de RAS e a qualificação do cuidado em saúde destacam-se os seguintes eixos: Eixo 1 – Apoio à estruturação e Qualificação das RAS; Eixo 2 – Gestão e Qualificação do Cuidado; Eixo 3 – Qualidade em Saúde; Eixo 4 – Inovação e Tecnologia em Saúde e Eixo 5 – Monitoramento e Avaliação de Subprojetos

Nesses eixos, enfatizou-se a necessidade de avançar na estruturação dos serviços farmacêuticos nas RAS, visando à qualificação da gestão e do cuidado. Compreende-se que as ações e serviços do Sistema de Assistência Farmacêutica são transversais às estruturas operacionais das RAS, conforme segue:

- Sistema de Apoio: objetiva garantir o abastecimento de medicamentos e insumos nos pontos de atenção, por meio da operacionalização das seguintes atividades: seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição;
- Fortalecer o ponto de comunicação com base na atenção básica: Na estrutura operacional das RAS, a literatura e as experiências apontam para a busca pelo fortalecimento do centro de comunicação definido na atenção básica, e isso deve ocorrer principalmente quando forem idealizadas as plataformas para os sistemas de informação, onde neste aspecto pode-se avaliar positivamente a implantação do Sistema HÓRUS, pois à medida que ele avança nos municípios, no tocante a implantação e estes passam a utilizar sua principal funcionalidade, ou seja, a

dispensação, as farmácias conseguem fornecer respostas às equipes de saúde, em especial para a atenção básica que desempenham o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

- Pontos de Atenção: desenvolver atividade clínica, em um trabalho articulado com a equipe de saúde, visando o uso correto dos medicamentos, contribuindo com a gestão do cuidado;
- Sistema Logístico: possibilitar a troca de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na RAS em relação às ações da Assistência Farmacêutica;
- Sistema de Governança: contribuir para o monitoramento e avaliação das RAS por meio das informações relativas à Assistência Farmacêutica praticada.

O objetivo primordial da Intervenção sistêmica foi, portanto, qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica das Regiões do Projeto QualiSUS-Rede, por meio da formação profissional, informatização das unidades de saúde, utilização do Sistema HÓRUS ou interoperabilidade com a base nacional de dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e realizar diagnóstico situacional in loco das Regiões Metropolitanas (RM) do Projeto, sendo ambos instrumentos de gestão e qualificação do cuidado nas redes regionais de atenção à saúde.

Esse estudo, é, portanto, o **resultado do diagnóstico situacional da Região Metropolitana do Recife**, que possibilitou identificar, os atuais desafios presentes na Assistência Farmacêutica, que devem ser enfrentados na perspectiva de se garantir acesso aos medicamentos e, ao mesmo tempo, estímulo a seu uso racional por meio das atividades qualificadas de cuidado farmacêutico.

Dessa maneira, registramos aqui os nossos agradecimentos a todos aqueles que acreditaram e contribuíram para a realização desse Projeto. Primeiramente, a equipe de apoiadores e supervisão técnica que viabilizaram a realização da pesquisa e aos técnicos da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica; agradecemos também ao Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), instituição financeira do Banco Mundial, pelo financiamento que possibilitou estabelecer a parceria com o Projeto QualiSUS-Rede, assim como, ao Ministério da Saúde; à Unidade de Gestão do Projeto (UGP); aos gestores e profissionais dos municípios do Estado de Pernambuco que aceitaram participar do estudo e ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) pela parceria nesse projeto, por fim, agradecemos a Universidade Federal de Pernambuco, por meio, do Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica, que contribui com a organização e divulgação dessa publicação.

Desejamos a todos uma boa leitura e acreditamos que esse diagnóstico possa contribuir na identificação dos avanços e dos desafios da assistência farmacêutica nos municípios pernambucanos e, permita a construção coletiva de estratégias para o permanente aprimoramento dessa Política.

Karen Sarmiento Costa

Pesquisadora do Programa de Estudos em Sistemas de Saúde/Núcleo de Estudos em Políticas
Públicas/Unicamp

Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Faculdade de Ciências
Médicas/Unicamp

Noemia Urruth Leão Tavares

Professora Departamento de Farmácia. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Prefácio

É com imensa satisfação que o Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica (PPGIT) e o Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), têm a oportunidade de coordenar a publicação deste livro, fruto do trabalho de diversos pesquisadores que têm se dedicado à temática da Assistência Farmacêutica Pública em Pernambuco e no Brasil.

O PPGIT, criado em 2008 pela professora Suely Lins Galdino, possui como missão a consolidação do potencial científico e tecnológico do país, sendo considerado uma referência nacional para formação de recursos humanos qualificados para a pesquisa, desenvolvimento e inovação em fármacos, medicamentos e outros insumos prioritários para a saúde, bem como para atuar na gestão de organizações públicas e privadas voltadas para o setor saúde. Os cursos de Mestrado e Doutorado em Inovação Terapêutica da UFPE, em consequência, representam uma estratégia institucional para formação de recursos humanos de alto nível, inclusive para mercados não acadêmicos, capazes de amalgamar interesses sanitários e industriais necessários para promover o desenvolvimento social, econômico e cultural do País. A constatação de que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social" e não meramente a ausência de doença, se torna, portanto, um elemento necessário ao desenvolvimento e, portanto, os investimentos na saúde tornam-se essenciais para as políticas de crescimento econômico e desenvolvimento humano que buscam a melhoria das condições de vida das pessoas. Para tanto, há necessidade do exercício pleno da interdisciplinaridade e o fortalecimento de um vasto espectro da pesquisa para a saúde: do fundamental ao aplicado.

Neste contexto, os projetos de pesquisa em andamento no PPGIT inserem-se em áreas básicas, aplicadas/estratégicas e/ou tecnológicas na fronteira do conhecimento, sendo destacadas: modelagem molecular, estrutura, conformação e estereoquímica de moléculas; planejamento e síntese de fármacos; farmacologia; farmacocinética; toxicologia; genética molecular; biologia molecular; (nano)tecnologia farmacêutica; físico-química de interfaces; bionanotecnologia; biofísica de processos e sistemas; sociologia da saúde; propriedade intelectual; farmacoeconomia; desenvolvimento regional; gestão e economia da saúde; território e inovação tecnológica; e, **a assistência farmacêutica**.

O PPGIT nucleou a criação de um Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde (PPGGES), cujo APCN foi aprovado em 2011 pela CAPES na área de Economia. O Programa surge para atender uma demanda por melhoria da eficácia e eficiência das instituições públicas e privadas por meio da proposição de solução para problemas no setor saúde, usando metodologias econômicas e organizacionais inovadoras.

Este livro é dividido em 06 partes, iniciando com uma parte introdutória que traz o contexto da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.

A segunda parte, aborda a caracterização do Estado de Pernambuco e da Região Metropolitana do Recife QualiSUS-Rede, mostrando informações sobre o território, condições socioeconômicas e demográficas; condições de saúde; investimentos recebidos na região através do projeto QualiSUS-Rede e Ministério da Saúde e a dados gerais da pesquisa.

Os resultados do estudo relacionados aos Aspectos da Gestão da Assistência Farmacêutica é tema da terceira parte, seguida do Aspectos Relacionados ao Componente Logístico (quarta parte) e do Cuidado Farmacêutico (quinta parte).

A sexta parte deste livro, encerra-se trazendo as considerações dos pesquisadores, de forma resumida, sobre os resultados do estudo em cada aspecto mencionado acima.

O PPGIT deseja aos leitores, em especial aos gestores municipais e estadual, uma boa leitura e que as informações desta pesquisa possam contribuir para formulações de planos de melhorias e estratégias para o fortalecimento da Assistência Farmacêutica Pública no seu território trazendo benefícios e bem-estar à população.

Maira Galdino da Rocha Pitta

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco

Prefácio COSEMS/PE

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS-PE), foi fundado no ano de 1987 e está entre os cinco primeiros conselhos que, no Brasil, se constituíram para garantir uma política de saúde pública de qualidade, integral, universal e com controle social, formulado e estruturado para defender os interesses municipalistas.

O COSEMS-PE ao longo da sua história guarda a marca de uma entidade autônoma, independente, suprapartidária, com forte atuação mobilizadora, com clareza de objetivos e pauta de reivindicações permanentes, colaborando para que os municípios sejam os protagonistas na permanente construção do SUS.

Ao longo desses 30 anos, tem se consolidado como uma Entidade que tem seu espaço político e sua luta reconhecida nas diversas instâncias, destacando-se pela grande mobilização social em defesa do povo pernambucano, mantendo na pauta de discussões temas de grande relevância que impacta diretamente na vida das pessoas e a permanente luta em defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Para o COSEMS/PE o estudo realizado pela equipe da Coordenadoria Geral e Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), realizado no período de 2013 a 2016, no âmbito do projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede da Saúde - QualiSUS - Rede é fundamental para a integração da Assistência Farmacêutica com a Rede de Atenção à Saúde desde que e de fato seja assegurado recurso financeiro e tecnológico para sua consolidação.

Os eixos propostos de estruturação e qualificação; Gestão e qualidade do cuidado; qualidade em saúde; inovação tecnologia e monitoramento e avaliação são estratégicos e como diz o texto reforça a transversalidade da RAS com a Assistência Farmacêutica.

A Assistência Farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar que se fundamenta na descentralização, objetivam nortear ações nas três esferas de governo, estabelecendo responsabilidades para cada uma atuando em estreita parceria. Devem promover o acesso da população a todos os medicamentos considerados essenciais, por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que devem ser seguros, eficazes e de qualidade. Na promoção do seu uso racional, na otimização e eficácia do sistema de distribuição e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a aquisição ao menor custo possível (BRASIL, 2007).

A importância dos medicamentos na atenção à saúde é crescente, seja do ponto de vista econômico, seja do ponto de vista sanitário. Na perspectiva econômica, segundo Mendes (2011), os gastos dos medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar. Do ponto de vista sanitário, o manejo inadequado dos medicamentos pode produzir resultados desastrosos, como aumento no número de internações, prolongamento do tempo de internação, e ocorrência de óbitos decorrentes do seu mau uso.

A integração da Assistência Farmacêutica na construção da RAS, o planejamento, a logística para aquisição e distribuição, a implantação do sistema HORUS por toda rede SUS de fato estruturam a Governança.

A possibilidade de ações integradas de Assistência Farmacêutica não apenas no âmbito do município, mas em toda rede SUS possibilitando e proporcionando a troca de informações, quiçá o escambo de medicamentos, quando possível. Alimentando a própria RAS com informação, suporte técnico e operacional no enfrentamento dos desafios da gestão de medicamentos

Neste sentido o COSEMS se irmana na busca pela integralidade das ações e fortalecimento da RAS vendo como uma política importante neste processo a Assistência Farmacêutica e corroborando com o resultado do trabalho se coloca como parceiro para fazer chegar em todos os municípios pernambucanos as novas tecnologias, metodologias, avanços e gargalos do SUS de forma a contribuir com fortalecimento sempre da rede.

Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

Presidente do Colegiado dos Secretários Municipais de Pernambuco

A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde

O estudo diagnóstico que ora se apresenta, foi realizado com a intenção de subsidiar gestores e profissionais de saúde no processo de formulação de um **Plano de Melhoria da Assistência Farmacêutica para o SUS da região**. Esse processo de melhoria é aqui entendido como parte de um processo mais amplo de fortalecimento do SUS na perspectiva de superação da fragmentação nele existente, buscando ofertar um cuidado a saúde mais qualificado a todos os brasileiros. Os sistemas de saúde se organizam para, através da articulação de ações e serviços de saúde, ofertarem o cuidado para responder as necessidades de saúde de uma dada sociedade.

No Brasil existem atualmente dois sistemas de saúde: o de **saúde supletiva** (cooperativas; seguro saúde; auto-gestão; medicina de grupo) e o **SUS, seu sistema de maior representatividade**, seja pela incorporação de milhões de brasileiros anteriormente desassistidos e excluídos de qualquer sistema de saúde; seja pela oferta de um volume extraordinário de ações e procedimentos de saúde; ou ainda, pelo imenso número de serviços e profissionais envolvidos em todo o território nacional.

Reconhece-se que o SUS deve, ainda, superar questões de caráter estrutural tais como: seu crônico **sub financiamento; fragilidades relacionadas ao seu modelo de gestão tripartite**, que, embora tenha avançado com inúmeros mecanismos e instrumentos implantados, ainda se mostra insuficiente para apoiar a constituição de um sistema único num país com grande diversidade regional; com entes federados autônomos; com presença expressiva de interesses corporativos, locais, partidários, etc. e onde há necessidade de se superar a má distribuição de equipamentos e profissionais; e, **fragilidades relacionadas a seu modelo de atenção** onde a fragmentação de ações e serviços de saúde comprometem a qualidade do cuidado ofertado além de propiciarem o desperdício de recursos.

Além disso, como qualquer sistema de saúde o **SUS**, deve, periodicamente, realizar ajustes para se adaptar a uma realidade que se modifica permanentemente, seja em função do surgimento de um **novo quadro de necessidades de saúde** ou ainda, em função **do surgimento de outros fatores que incidem sobre a oferta de serviços de saúde**, tais como o surgimento de novos conhecimentos científicos; a incorporação de novas tecnologias de apoio diagnóstico e/ou terapêutico ; o aperfeiçoamento das Tecnologias de Informação e Comunicação, entre outros.

As **necessidades de saúde da população brasileira na atualidade veem se alterando** em função das **mudanças demográficas** observadas no país, que apontam para o envelhecimento de nossa população, e também pelo significativo **aumento das condições crônicas** em seu perfil de morbimortalidade. Esse aumento de condições crônicas, ocasionado não só pela maior presença das doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevida de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, coexistindo com **doenças infectocontagiosas** e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por **causas externas**, caracterizam um **quadro epidemiológico bastante complexo cujo enfrentamento exige profundas mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Da forma como está atualmente estruturado, o SUS não se encontra preparado para o manejo clínico dessas condições presentes nesse quadro de necessidades de nossa população, já que se apresenta como um sistema fragmentado, que dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada. Em outras palavras, como sistema de saúde fragmentado, o SUS não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde, já que esse quadro exige tanto para as condições agudas, mas principalmente, para as condições crônicas, o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados.

O grande desafio se coloca, então, na construção de um **sistema integrado**, que, numa dimensão macro e respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, na perspectiva de estruturação de **redes de atenção à saúde (RAS)**, a exemplo do que vem sendo tentado em vários países, visando favorecer o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes.

As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2009).

Esse conceito encontra-se expresso de forma bastante semelhante nos vários documentos oficiais que vêm orientando o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em documento recentemente editado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), rede de atenção à saúde é considerada

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (OPAS, 2010 apud OPAS, 2011, p. 15).

Já em Portaria editada pelo Ministério da Saúde consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde:

“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).”

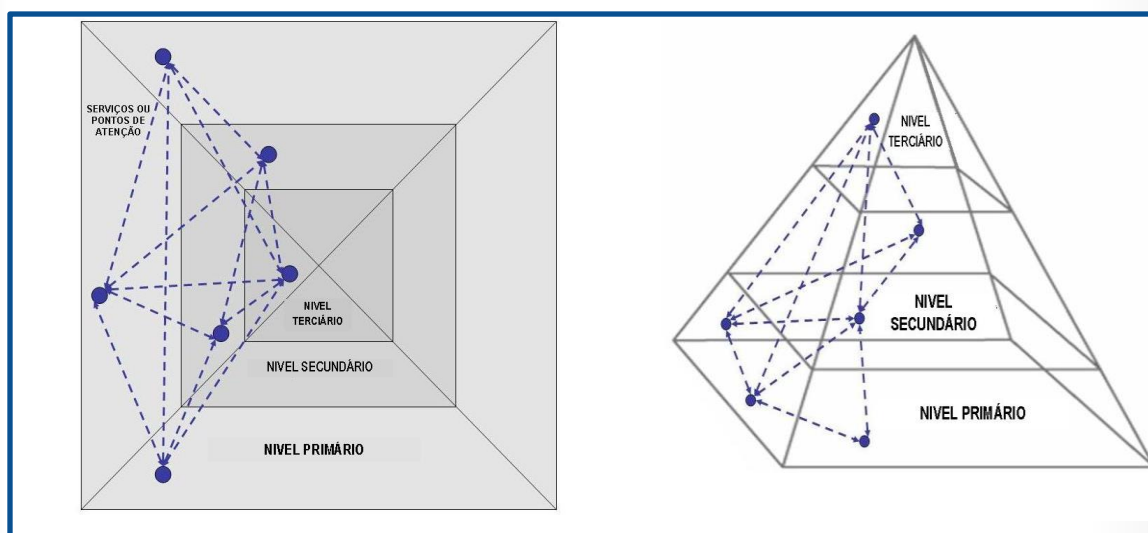


Figura 1. Representação de Rede de Atenção à Saúde. Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

A quase unanimidade referente a esse conceito se expressa também no entendimento que instituições e estudiosos têm tido sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como organizadora das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RRAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia.

Parte-se do princípio que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade.

O desenho das redes de atenção à saúde deve ser flexível, respeitando as características de cada região e buscando soluções singulares, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

Os **pontos de atenção** que compõem as redes de atenção à saúde são, portanto, unidades funcionais, que exigem condições tecnológicas diferenciadas e específicas (estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico) e campo de atuação bem definido, para oferta de um conjunto de ações de saúde. Já os **pontos de apoio diagnóstico e terapêuticos** constituem-se também em unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, dispensação de medicamentos, etc.

Essas unidades funcionais devem estar distribuídas espacialmente, em territórios definidos, buscando garantir a efetividade e a qualidade da atenção. A distribuição territorial dos pontos de atenção e dos pontos de apoio diagnóstico e terapêutico deve respeitar a natureza das ações e procedimentos por eles ofertados. Assim é que as ações e procedimentos de maior densidade tecnológica devem ser ofertados de forma concentrada, respeitando a lógica de economia de escala. Já os de menor densidade tecnológica devem ser ofertados de forma dispersa, respeitando as especificidades locais.

Os pontos de atenção e os pontos de apoio diagnóstico e terapêutico são integrados por **sistemas de apoio**.

Entre vários sistemas de apoio que devem existir numa RAS deve-se destacar pela sua importância, o **sistema logístico**, entendido como o conjunto de mecanismos e atividades de suporte a rede de atenção à saúde que propiciam integração das unidades funcionais do sistema e facilidade de acesso aos usuários. Fazem parte do sistema logístico: o transporte de pacientes; o transporte de resíduos de serviços de saúde; os sistemas informatizados de apoio; as centrais de marcação; os sistemas de distribuição de insumos e medicamentos; etc. Ressalta-se ainda, a importância das **estruturas de gerenciamento e de governança de uma RAS** entendidas como estruturas que possam garantir o desenvolvimento de um conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da Rede de Atenção à Saúde, incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão, como a Gestão do Cuidado. Os sistemas de gestão do SUS já possuem um conjunto expressivo e consolidado de instâncias, mecanismos e instrumentos de gestão, mas a medida em que as RAS se organizem, outras estruturas e processos devem ser definidos.

Por fim, cabe destacar que o processo de integração sistêmica que vem sendo perseguido no SUS, exige também, a integração tanto na dimensão dos serviços de saúde como das práticas profissionais. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas a qualificação, organização e integração de estruturas ou processos relacionados a esses serviços e às práticas profissionais que neles se desenvolvem.

Nesse cenário, quando se analisa a **Assistência Farmacêutica** no SUS, mesmo identificando-se um conjunto de significativos avanços reconhece-se que ainda persistem desafios a serem enfrentados na perspectiva de garantir qualidade, acesso e estímulo ao uso racional de medicamentos.

A efetiva estruturação da **Assistência Farmacêutica** nas RAS é fundamental não só para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, mas também para qualificar o cuidado em saúde ofertado diretamente aos usuários do sistema. Nesse sentido, há que se superar uma visão restritiva das atividades de assistência farmacêutica, que valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico em detrimento da clínica farmacêutica.

Deve-se entender a **Assistência Farmacêutica** como um conjunto de **atividades tanto de apoio**, relacionadas ao abastecimento e ao apoio terapêutico – seleção, programação, compra, armazenamento, distribuição e entrega de medicamentos, **como de cuidado farmacêutico**, relacionadas a educação em saúde e a clínica farmacêutica propriamente dita, entre as quais se destacam as atividades realizadas através de consultas individuais ou compartilhadas, essenciais no processo de enfrentamento das condições crônicas.

Sabe-se que o manejo clínico dessas condições exige, além da continuidade assistencial e da integração do trabalho multiprofissional, uma atuação diferenciada de cada profissional, o que no caso do farmacêutico deve se voltar prioritariamente aos portadores de comorbidades; aos pacientes poli medicados e/ou àqueles que apresentem baixa adesão ao uso de medicamento.

A **Assistência Farmacêutica** como parte integrante do SUS, deve se reorganizar para responder aos atuais desafios relacionados à integração sistêmica que vem sendo perseguida no marco das Redes Regionais de Atenção à Saúde e de qualificação do cuidado ofertado.

Espera-se que as questões aqui levantadas e os dados e informações a seguir apresentados, possam efetivamente contribuir com a definição de medidas concretas para a qualificação da Assistência Farmacêutica nessa região.

Caracterização

O Estado de Pernambuco

Pernambuco parte integrante da República Federativa do Brasil, cujo território é o da antiga Província e Recife é a sua Capital, teve sua constituição instituída em 05 de outubro de 1989. Sua extensão territorial é de 98.311 Km², os quais correspondem a 6,3% do território da região nordeste e a 1,15% do território nacional (PERNAMBUCO, 2015).

O estado faz limite com a Paraíba, Ceará, Alagoas, Bahia e Piauí. Também faz parte do território pernambucano, o arquipélago de Fernando de Noronha ou como chamado distrito estadual, a 545 km da costa. É o sétimo estado mais populoso do Brasil, com 8.796.032 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 4,6% da população brasileira, distribuídos em 185 municípios. Cerca de 80,2% dos habitantes do estado moram em zonas urbanas. A densidade demográfica estadual é de 89,5 hab./km². Conforme dados do IBGE, a composição étnica da população pernambucana é constituída por pardos (53,3%), brancos (40,4%), negros (4,9%) e índios (0,5%), de acordo com o Censo 2010 do IBGE.

Quanto à organização das ações do Sistema Único de Saúde, foi construído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que organizou o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde, sendo homologado pela CIB em 19/09/2011.

Região QualiSUS-Rede

Em Pernambuco, a I Região de Saúde do Estado foi escolhida para a execução de um dos subprojetos QualiSUS-Rede, denominada Região Metropolitana do Recife, e compõe três microrregiões (Figura 2) que juntas totalizam 19 municípios e 1 distrito estadual - Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata; pelos municípios de Chã de Alegria e Glória do Goitá, Chã Grande, Pombos e Vitória de Santo Antão e o distrito estadual de Fernando de Noronha.

A população estimada da I Região de Saúde corresponde a 3.908.757 habitantes equivalente a 43% da população do estado de Pernambuco (Censo 2010, IBGE).

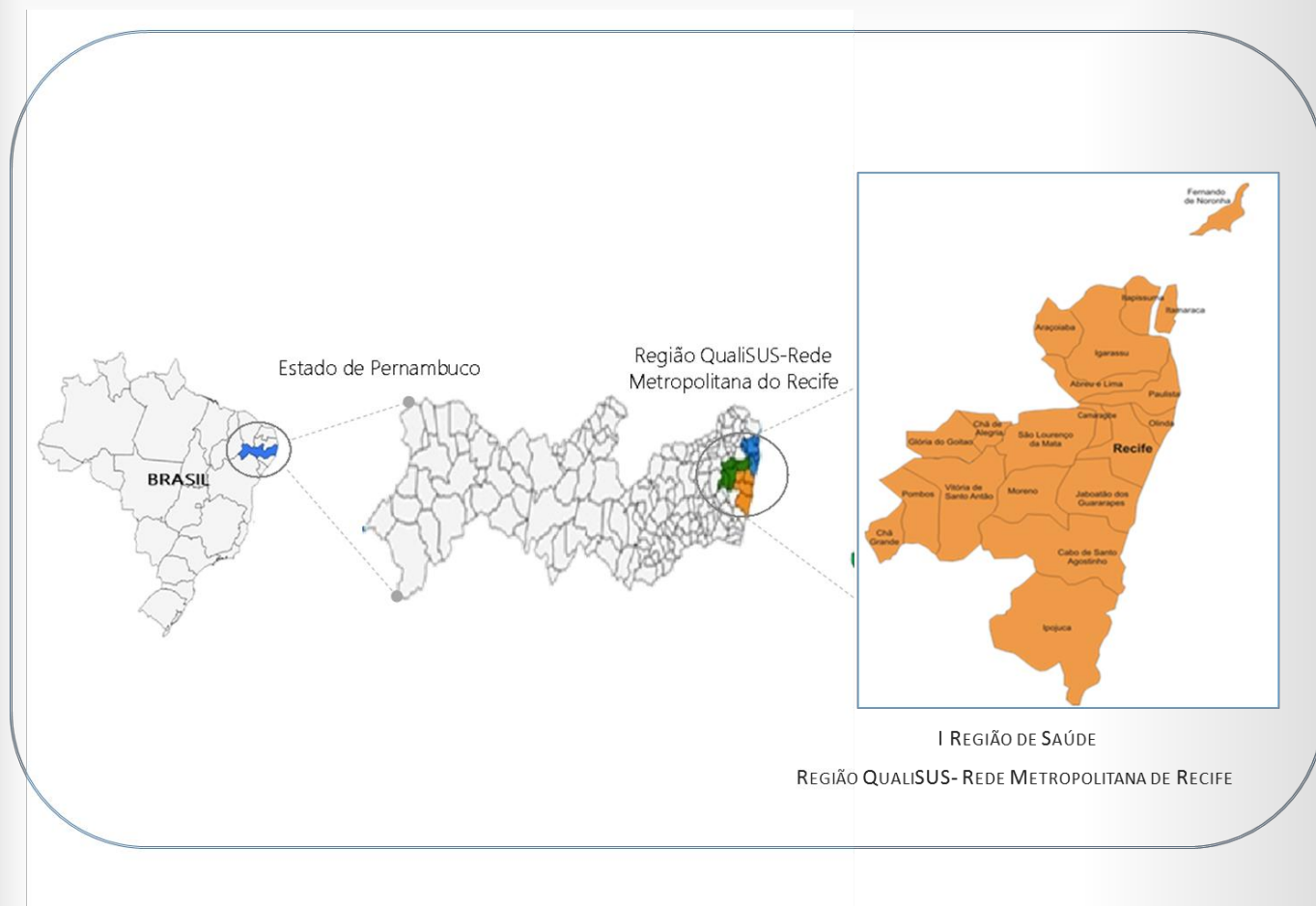


Figura 2. Municípios constituintes da I Região de Saúde/ Metropolitana de Recife do QualisUS-Rede.

Situação Demográfica

O distrito de Fernando de Noronha possui o menor número de habitantes e área territorial da I Região de Saúde, com distância da capital de 545 km, os demais municípios têm distância inferior a 100 km. O município com o maior número de habitantes é Recife e com a maior densidade demográfica é Olinda. Apenas, 04 municípios da região (Recife, Camaragibe, Paulista e Distrito de Fernando de Noronha) possui uma taxa de urbanização 100% (Tabela 1).

Tabela 1. Dados demográficos da I Região de Saúde

Municípios	População	Área (Km²)	Densidade demográfica (hab/km²)	Distância da Capital (Km)	Taxa de urbanização (%)
Abreu e Lima	94.429	130.265	724.9	21.4	92%
Araçoiaba	18.156	92.282	196.74	72.3	84%
Cabo de Santo Agostinho	185.025	446.578	414.32	33.3	91%
Camaragibe	144.466	51.194	2821.93	10.7	100%
Chã de Alegria	12.404	48.456	255.98	52.6	77%
Chã Grande	20.137	84.848	237.33	80.1	68%
Distrito de Fernando de Noronha	2.630	17.017	154.55	545	100%
Glória do Goitá	29.019	231.831	125.17	58.8	53%
Igarassu	102.021	305.559	333.88	29.7	92%
Ilha de Itamaracá	21.884	66.683	328.18	47.1	78%
Ipojuca	80.637	532.644	151.39	49	74%
Itapissuma	23.769	74.235	320.19	37.6	77%
Jaboatão dos Guararapes	644.620	258.566	2493.06	14	98%
Moreno	56.696	196.071	289.16	28	89%
Olinda	377.779	41.659	9068.36	6.5	98%
Paulista	300.466	97.364	3086.01	15.5	100%
Pombos	24.046	204.052	117.84	58.7	67%
Recife	1.537.704	218.498	7037.61	0	100%
São Lourenço da Mata	102.895	262.157	392.49	17.1	94%
Vitória de Santo Antão	129.974	371.803	349.58	47.2	87%
Pernambuco	8.796.448	98.146,32	89,63	0	80,17

Fonte: Elaboração própria a partir da Base de Dados do Estado – BDE. Acessado em 05/09/2013, disponível www.bde.gov.br.

Situação Socioeconômica

Evidencia-se nesta Região forte concentração econômica em relação ao restante do Estado por concentrar mais de 65% do Produto interno Bruto (PIB) de Pernambuco. A dinamicidade econômica, assim como o papel de destaque na economia do Nordeste tende a aumentar, devido a grandes empreendimentos em consolidação, expansão ou implantação, a exemplo do Complexo Industrial Portuário de Suape e o Polo Industrial e Farmoquímico. Entre os seus potenciais, a Região se destaca por abrigar o terceiro maior pólo médico do Brasil e o segundo melhor pólo de informática do País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). E reúne em seu espaço 8 dos 10 municípios que possuíam, em 2000, o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em todo o Estado (tabela 2).

No entanto, a desigualdade social e de renda prevalecente em Pernambuco como verificado nesta Região, a exemplo do no município de Araçoiaba com o maior bolsão de miséria da Região Nordeste, com 81% de sua população vivendo em situação de pobreza absoluta, assim como o município de Chão de Alegria que apresenta uma menor desigualdade de renda da região conforme mostra os dados de Índice de Gini (0,44).

Quanto a taxa de analfabetismo da Região, o Distrito de Fernando de Noronha se destaca apresentando a menor taxa (5%), enquanto o Chã Grande a maior (28%) vide tabela 2.

Tabela 2. Dados Socioeconômicos da I Região de Saúde

Municípios	IDH (2010)	Renda Média domiciliar per capita	Índice de Gini (2010)	PIB (2010) milhões	Ranking no PIB de PE (2010)	PIB per capita em R\$ 1,00 (2010)	Taxa de Analfabetismo (%) acima de 10 anos de idade
Abreu e Lima	0,679	376,6	0,45	847,8	12	8.978	10%
Araçoiaba	0,592	230,93	0,45	64,4	139	3.551	22%
Cabo de Santo Agostinho	0,686	441,95	0,53	4.476,20	4	24.180	12%
Camaragibe	0,692	446,00	0,51	756,8	14	5.237	10%
Chã de Alegria	0,604	228,58	0,44	57,1	150	4.612	22%
Chã Grande	0,5999	338,1	0,55	109,5	93	5.468	28%
Distrito de Fernando de Noronha	0,788	1.024,28	0,46	33,6	178	12.793	5%
Glória do Goitá	0,604	274,81	0,52	119	81	4.011	27%
Igarassu	0,665	370,54	0,48	1.146,80	10	11.244	13%
Ilha de Itamaracá	0,653	386,44	0,6	121,6	80	5.418	14%
Ipojuca	0,619	346,14	0,5	9.095,10	2	112.924	19%
Itapissuma	0,633	297,51	0,54	479,4	21	20.208	17%
Jaboatão dos Guararapes	0,717	566,17	0,58	8.359,60	3	12.967	9%
Moreno	0,652	331,35	0,53	303,7	36	5.351	16%
Olinda	0,735	621,73	0,55	3.108,00	6	8.276	7%
Paulista	0,732	507,98	0,49	2.129,70	8	7.084	6%
Pombos	0,598	293,3	0,48	143,3	69	5.963	26%
Recife	0,772	1.109,01	0,68	30.032,00	1	19.540	7%
São Lourenço da Mata	0,653	355,18	0,5	522,1	20	5.071	15%
Vitória de Santo Antão	0,64	389,18	0,54	1.252,60	9	9.595	20%
Pernambuco	0,596	508,82	0,596	95.186,70	0	10.822	17%

Fonte: Elaboração própria a partir da Base de Dados do Estado – BDE. Acessado em 05/09/2013, disponível em www.bde.gov.br.

Em relação, as condições de abastecimento de água e esgotamento sanitário estão aquém das encontradas no Brasil no mesmo ano, visto que 77,7% dos domicílios urbanos tinham abastecimento adequado e 50,5% dispunham de esgotamento sanitário adequado, em 2000. Em Pernambuco, as maiores taxas de criminalidade violenta são observadas no espaço metropolitano (55,86 por 100 mil habitantes, em 2009) conforme MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012).

Sistemas de transportes

Na região metropolitana, o território da cidade do Recife é onde há maior concentração de itinerários do Sistema de Transporte Público de Passageiros (STPP). Os Serviços de transporte urbano coletivo e de cargas compartilham com o transporte individual motorizado em vias congestionadas. O quadro é agravado pela incapacidade da rede de passeios públicos de absorver a demanda, ao mesclar calha insuficiente e ocupação indevida por comerciantes, obrigando pedestres a participar da competição por espaço nas faixas de rolamento (PERNAMBUCO, 2008).

Destaca ainda que a mesma tem grande potencial para aperfeiçoar conexões, no entanto um dos obstáculos considerados relevante em termos de estrutura é ocupação de barreiras geográficas como na formação de muitos assentamentos espontâneos, com consequente dificuldade de implantação de redes de infraestruturas (PERNAMBUCO, op. cit.)

Outros aspectos da caracterização da Região QualiSUS-Rede

A capacidade instalada I Região de Saúde apresenta 2.963 unidades de saúde, tendo 9 farmácias cadastradas de acordo com CNES (tabela 3).

Tabela 3. Tipo de número de unidades de saúde da I Região de Saúde

Tipo de unidades	Quantidade
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual	4
Central de Regulação de Serviços de Saúde	2
Central de Regulação do Acesso	8
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Centro de Apoio a Saúde da Família	18
Centro de Atenção Psicossocial	44
Clinica/Centro De Especialidade	899
Consultório Isolado	1.181
Cooperativa	17
Farmácia	9
Hospital/Dia - Isolado	4
Hospital Especializado	36
Hospital Geral	74
Laboratório de Saúde Pública	3
Oficina Ortopédica	1
Policlínica	61
Polo Academia da Saúde	60
Posto de Saúde	42
Pronto Atendimento	21
Pronto Socorro Especializado	4
Pronto Socorro Geral	2
Secretaria de Saúde	35
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	7
Telessaúde	9
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia (Sadat Isolado)	295
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	1
Unidade de Vigilância em Saúde	14
Unidade Mista	7
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência	86
Unidade Móvel Terrestre	18
Total	2.963

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Acessado em 28/10/15.

Os 19 municípios e 1 distrito estadual que compõem a I Região de Saúde apresentam ainda as seguintes coberturas assistenciais (MINISTERIO DA SAUDE, 2015)

- 58,61% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família até 2013, chegando a implantar 679 equipes de saúde da família (ESF) até out/2015;
- 72,18% de cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, chegando a contratar 5.341 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) até out/2015;
- 33% de cobertura do Programa Brasil Sorridente, chegando a implantar 397 equipes de saúde da bucal (ESF) até out/2015;
- 52 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na região até out/2015, sendo que 03 municípios não possuem nenhuma equipe implantada (Pombos, São Lourenço da Mata e Fernando de Noronha);
- 16 municípios com Centros de Apoio à Saúde Mental (CAPS) out/2015.

Esta região participante do Projeto QualisUS-Rede da Assistência Farmacêutica foi eleita como prioritária e protagonizou a implantação de vários projetos/programas de saúde do Ministério da Saúde, contando inclusive com a destinação de aportes financeiros que contemplam estas ações conforme segue:

No ano de 2011 e 2012, a região de saúde foi contemplada com recursos financeiros e apoio técnico para implantação da Rede Cegonha, que tem como objetivo qualificar a atenção materno-infantil. Os investimentos somados totalizam o repasse de mais de R\$ 36.106.883,95 (trinta e seis milhões de reais), contando com a ampliação de serviços de saúde estratégicos para esta rede de cuidados, especialmente no que diz respeito aos leitos de alta complexidade, Unidades de Terapia e/ou Cuidados Intensivos nesta região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Do mesmo modo em 2014, outros investimentos foram formalizados por meio de portarias ministeriais, a exemplo dos recursos financeiros repassados ou programados para a região de saúde, que contou com mais de R\$ 219.080.805,57 (duzentos e dezenove milhões de reais), para implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências que visa garantir atenção efetiva e em tempo oportuno aos usuários em situação crítica/aguda. Salas de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento 24hrs, atenção domiciliar, ampliação de leitos de retaguarda e UTI tipo II, qualificação da Central de Regulação no Município do Recife e habilitação e qualificação do SAMU, foram os principais destaques deste projeto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Dentre as ações para o Estado de Pernambuco, que contemplou a I Região de Saúde, referentes à implementação e implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, foram firmados e empenhados nos anos de 2012 e 2013, convênios entre a Secretaria Estadual, Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, no valor total de R\$ 5.991.566,00 (cinco milhões, novecentos e noventa e um mil e quinhentos e sessenta e seis mil reais) conforme nota técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015c).

Vale salientar que 14 municípios da primeira I Região de Saúde foram contemplados com o Programa Mais Médicos do Governo Federal até setembro de 2015 (fonte: dados internos do MS/Coordenação Geral de Gestão).

No que se refere aos programas e projetos no âmbito da assistência farmacêutica, a região de saúde possui: apenas 01 município do Plano Brasil Sem Miséria foi habilitado no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS) do Ministério da Saúde que visa qualificar a assistência farmacêutica no SUS e mais da metade, 14 (quatorze) municípios fazem uso do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS e nenhum município envia as informações por meio do webservice para a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica (Tabela 4).

A maior parte dos municípios (55%) informa não possuir conectividade, condição fundamental para garantir o envio de dados regular em especial para aqueles contemplados com recursos do QUALIFARSUS e QualiSUS-Rede no processo da implantação e utilização da tecnologia da informação na gestão gerencial e do cuidado na AF (Tabela op cit)

Na região há 1.259 farmácias comunitárias cadastradas no Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco, sendo que apenas 42 são públicas. Destas 14,77% integram o programa “Aqui tem farmácia popular (FP)” e menos de 0,5% “Rede própria”. Na I região de saúde temos apenas 05 municípios que possuem o Programa Farmácia Popular com Rede Própria e 17 com Aqui têm FP (CRF/PE, 2015; dados internos do MS/Coordenação do Programa Farmácia Popular)

A pesquisa Nacional de Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi realizada em 06 municípios desta região (Chã Grande, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Pombos e Recife) conforme tabela op. cit.

Tabela 4. Caracterização dos Municípios da Região QualisUS –Metropolitana do Recife quanto a participação em programas e projetos para a estruturação da Assistência Farmacêutica.

Municípios	QUALIFAR-SUS	PNAUM	Programa Mais Médicos	Senha Sistema HÓRUS	Senha Webservice	Conectividade
Abreu e Lima						
Araçoiaba						
Cabo de Santo Agostinho						
Camaragibe						
Chã de Alegria						
Chã Grande						
Distrito de Fernando de Noronha						
Glória do Goitá						
Igarassu						
Ilha de Itamaracá						
Ipojuca						
Itapissuma						
Jaboatão dos Guararapes						
Moreno						
Olinda						
Paulista						
Pombos						
Recife						
São Lourenço da Mata						
Vitória de Santo Antão						

Fonte: CGAFB/DAF/SCTIE/MS, 2015. Legenda:  Integram ou Possuem  Não Integram ou Não Possuem

No que se refere aos investimentos da União no âmbito da assistência farmacêutica, de acordo com os componentes e programas, conforme informações do Fundo Nacional de Saúde e DAF, a região de saúde recebeu:

- Entre os anos de 2012 a 2015 foram repassados pelo Programa QUALIFAR-SUS para 1 (um) município cadastrado da região Metropolitana do Recife, o equivalente a R\$ 90.000,00. Sendo R\$ 11.200,00 para Investimentos e R\$ 78.800,00 para o Custeio, visando a estruturação da assistência farmacêutica, prioritariamente para as centrais de abastecimento e as farmácias das unidades básicas de saúde.
- 48,70% do repasse financeiro para o custeio do Componente Básico da AF (CBAF) para o Estado de Pernambuco corresponde a I Região de Saúde, em 2014, chegou a um montante de 20.543.170,39 (vinte milhões, quinhentose quarenta e três mil, cento e setenta reais e trinta e nove centavos);

- 38,74% do repasse financeiro para o custeio do Programa Farmácia Popular Rede Própria para o Estado de Pernambuco corresponde a I Região de Saúde – QualiSUS-Rede, em 2014, chegou a um montante de R\$ 710.000,00 (Setecentos e dez mil reais);
- Em 2015, a região recebeu investimento no eixo estruturação por meio de repasse de computadores para os 19 municípios perfazendo um valor total de R\$ 1.097.276,59 (Um milhão, noventa e sete mil, duzentos e setenta e seis reais e cinquenta e nove centavos) e
- O município do Recife foi contemplado, em 2015, com investimentos no eixo cuidado farmacêutico no valor de R\$ 670.00,00 (Seiscentos e setenta mil reais) e no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos em R\$ 379.529,00 (Trezentos e setenta e nove mil, quinhentos e vinte e nove reais).

Nota-se o aumento de investimentos na AF na Região no ano de 2015, em outros eixos que vão para além de custeio de medicamentos, mostrando que iniciativas estão sendo desenvolvidas para o fortalecimento de outros campos importante para a qualificação da AF nas redes de atenção à saúde.

Condições de Saúde

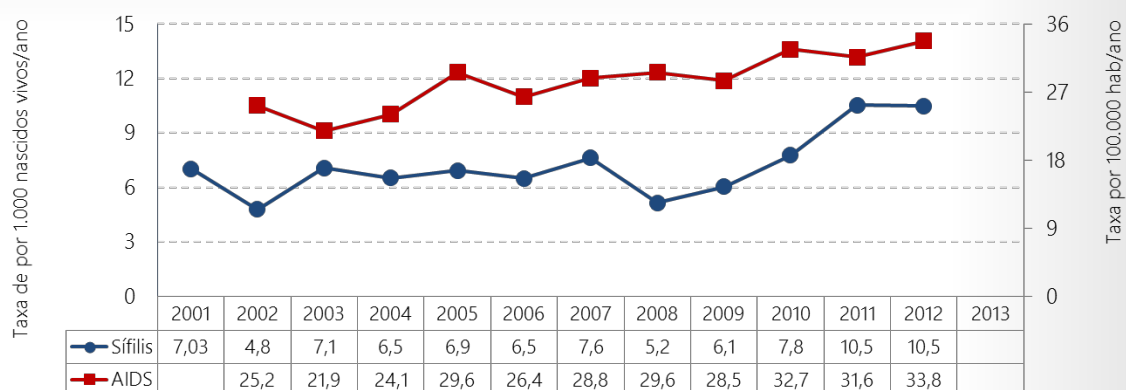
Dados de Morbidade e Mortalidade da I Região de Saúde

Os principais agravos selecionados na I Região de Saúde estão apresentados nas figuras subsequentes: Observa-se que nos períodos de 2003 a 2012 há uma tendência de crescimento da **taxa de incidência de Aids**, com oscilações durante alguns períodos mas sem diminuições no número de casos. Observa-se um maior número de caso na série histórica no ano de 2012 (que apresenta 34 casos por 100.000 hab). Enquanto a taxa de incidência de sífilis congênita apresentou pouca oscilação no período de 2003 a 2007 e aumento significativo a partir de 2008 apresentando o dobro no número de casos em 2012 (Figura 3A).

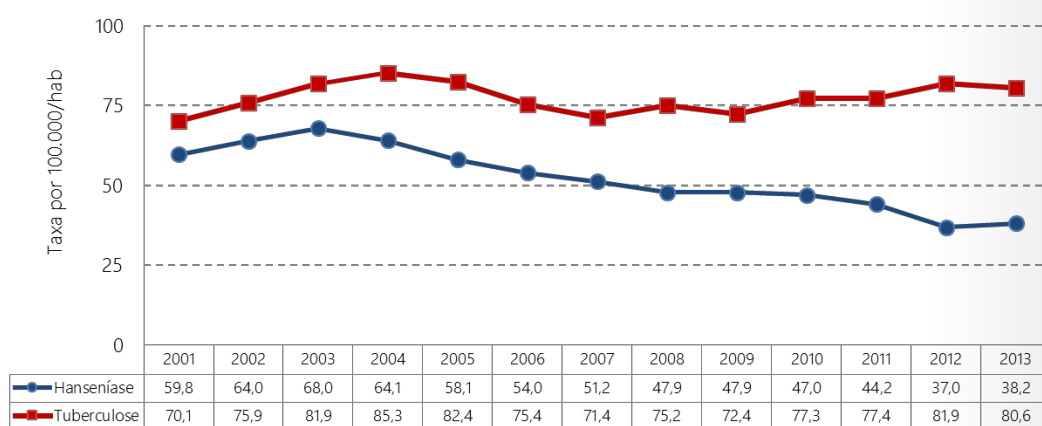
A **taxa de detecção de casos de hanseníase** na população mostra redução progressiva no número de casos na população da região. Enquanto a análise da série histórica de 2001 a 2013, revela baixas oscilações anuais na **taxa de incidência de tuberculose** na população geral da região QualiSUS-Rede sendo a maior 85 casos em 2004 e a menor de 70 casos por 100.000hab em 2001 (Figura 3B).

Quanto a série histórica da **taxa de incidência de dengue** nota-se dois picos acentuados um em 2002 (1.827 casos por 100.000 habitantes) e em 2010 (535 casos por 100.000 hab) na Região QualiSUS-Rede, bem como acentuadas quedas em 2004 e 2009. As diferenças de notificação de casos são extremas (Figura 3C).

A - Incidência de Aids, Sífilis congênita na I região de Saúde, de 2001 a 2013



B – Incidência de Detecção de Hanseníase e Tuberculose na I região de Saúde, de 2001 a 2013



C - Incidência de Dengue na I região de Saúde, de 2001 a 2013.

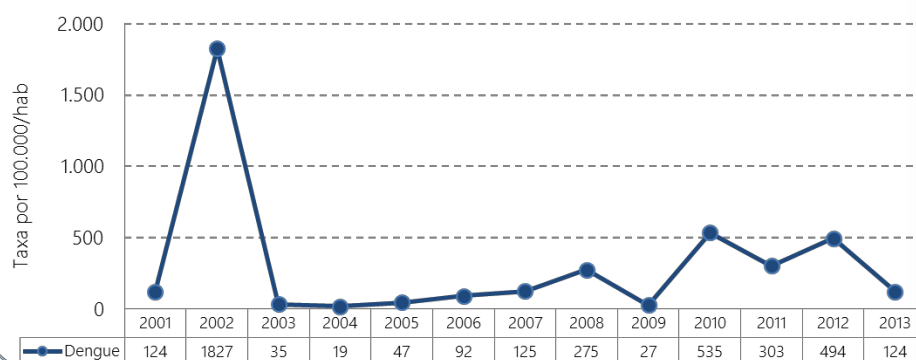
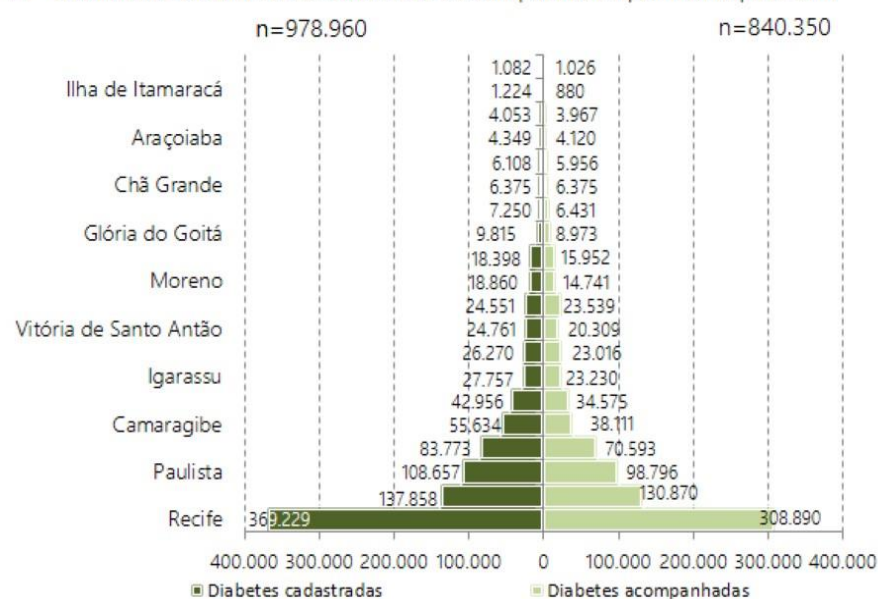


Figura 3. Condições de saúde da população quanto as morbididades de notificação compulsória na I Região de Saúde. Fonte: SINAN/SIM/IBGE/SINASC. [acessado em 27 de OUTUBRO de 2015]. Disponível www.saude.gov.br/sage

Dados de Capacidade Instalada e Cobertura Assistencial da I Região de Saúde

Quanto aos dados de Hipertensão e Diabetes cadastrados e acompanhados no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) na Região Metropolitana de Recife - QualiSUS-Rede (19 municípios e Distrito de Fernando de Noronha) no ano de 2014, estes municípios registraram 978.960 Diabéticos Cadastrados e 840.350 Diabéticos Acompanhados (Figura 4A). Do mesmo modo o SIAB apresenta dados referentes à Hipertensão Arterial Sistêmica, tendo este conjunto de municípios no ano de 2014 o total de 3.282.951 Hipertensos Cadastrados e 2.739.769 Hipertensos Acompanhados (Figura 4B).

A – Quantidade de diabetes cadastrados e acompanhados por município, 2014.



B – Quantidade de hipertensos cadastrados e acompanhados por município, 2014.

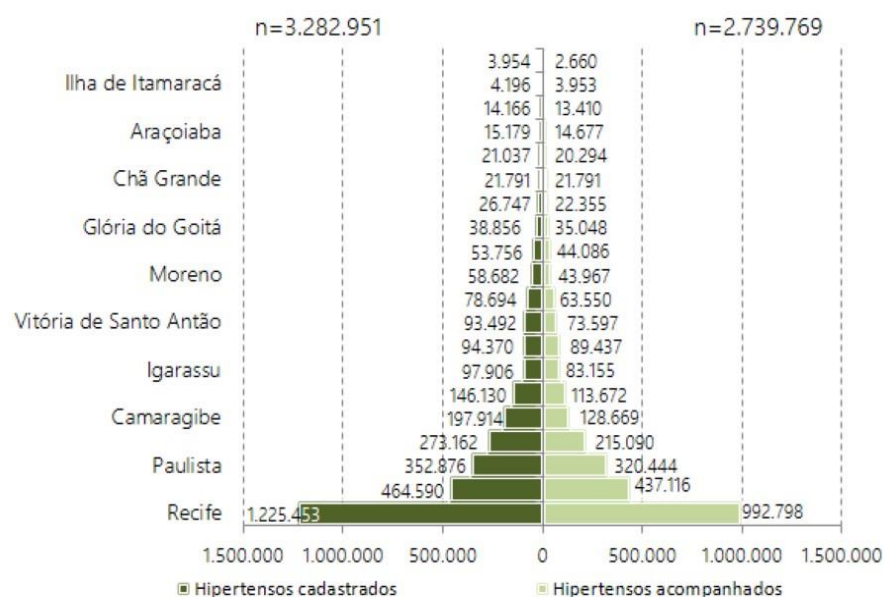


Figura 4. Número de pessoas cadastradas e acompanhadas com diabetes melittus e hipertensão arterial na I Região de Saúde. Fonte: SIAB/DATASUS/MS, [acessado em 27 de outubro de 2015]. Disponível [HTTP://WWW2.DATASUS.GOV.BR/SIAB/INDEX.PHP?AREA=04](http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04)

Dados de Mortalidade da I Região de Saúde

A série histórica de 2001 a 2013 quanto ao número de óbitos por grupos de causas: parasitárias, neoplasias, aparelho circulatório e causas externas para a região QualiSUS-Rede, observa-se que o agravo de maior relevância quanto ao número de óbitos evitáveis são àqueles relacionados às doenças do aparelho circulatório, apresentando pequenas oscilações ao longo dos anos. Atualmente, em segundo lugar estão as Neoplasias com 4.033 óbitos em 2013, seguido por causas externas que apresentou desde 2008 uma redução de 20% em relação ao número de óbitos em 2013 (Figura 5A).

Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil a série histórica evidencia uma redução, na taxa de mortalidade, atualmente de 12,73 por mil nascidos vivos desde do ano de 2009 para a I Região de Saúde (Figura 5B).

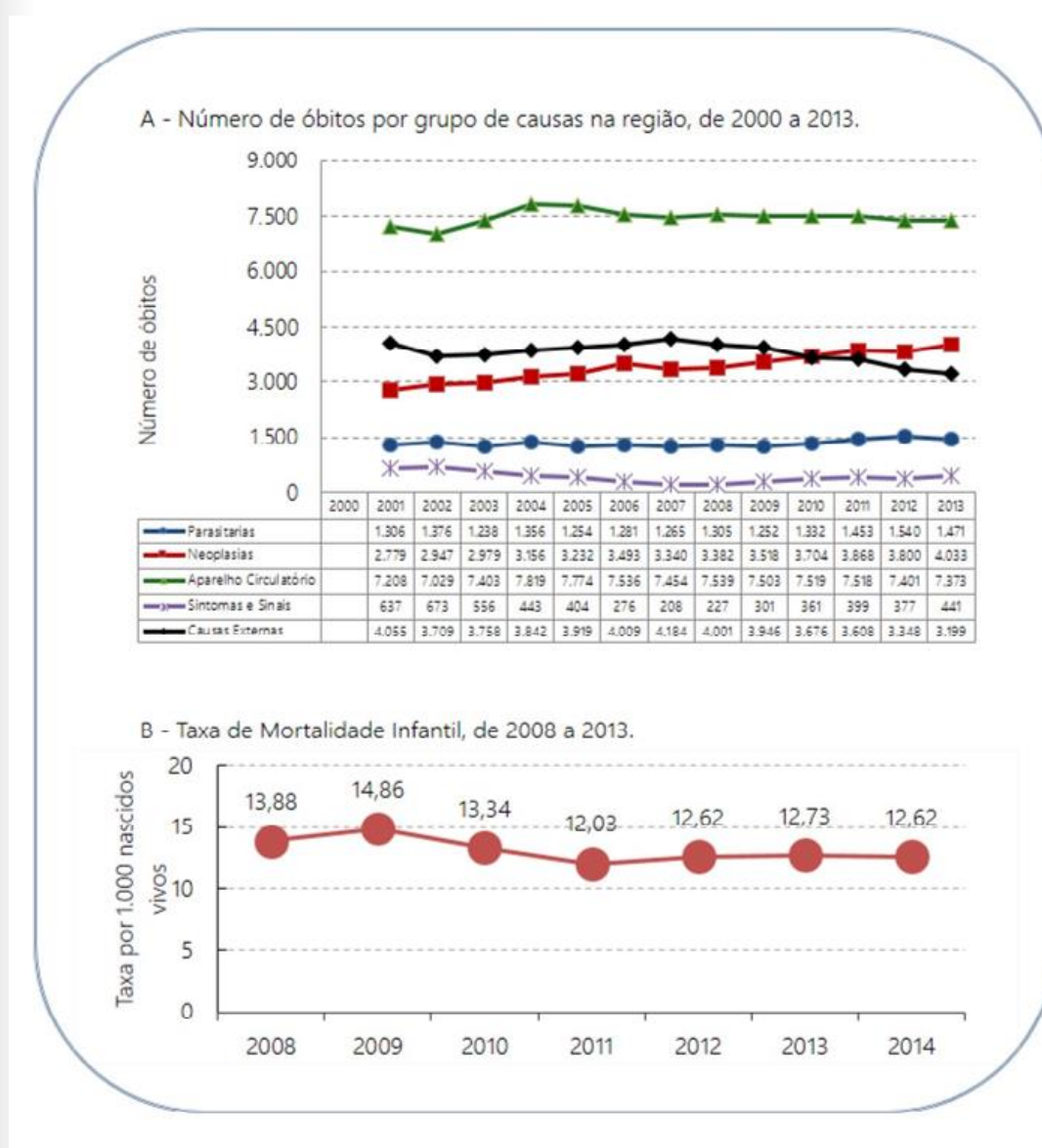


Figura 5. Condições de saúde da população – número de casos de mortalidade e suas causas na I região de saúde e a Taxa de Mortalidade Infantil. Fonte: SIM/IBGE/SINASC. Acessado em 27 de outubro de 2015. Disponível em: www.saude.gov.br/sage

Pesquisa QualiSUS-Rede e dados gerais

A pesquisa da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, aprovada pela CONEP pelo parecer 399.423 em 18 de setembro de 2013, iniciou sua coleta de dados na Região Metropolitana do Recife no mês de janeiro de 2014, encerrando suas atividades em agosto de 2014. Dentre os 771 questionários aplicados na Região, divididos em 5 (cinco) diferentes instrumentos e os resultados gerais alcançados foram o seguinte: Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico – 636; Farmácia Hospitalar – 67; Responsável pela Assistência Farmacêutica (RAF) – 20; Secretário de Saúde – 19 e Central de Abastecimento Farmacêutico (RCAF) – 28 (BRASIL, 2014).

Cabe ainda destacar que 79,72% dos questionários aplicados no Ponto de atenção e/ou Apoio Terapêutico foram em estabelecimentos classificados, segundo o CNES, como Centro de Saúde/Unidade Básica, onde está inserido as Unidade de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde na I Região de Saúde (Tabela 5).

Tabela 5. Tipo de Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico adaptados a partir da classificação do CNES

Tipo de Estabelecimento	n	%
Centro de Atenção Psicossocial	42	6,60
Centro de Saúde/Unidade Básica	507	79,72
Clínica/Centro de Especialidade	14	2,20
Farmácia	17	2,67
Policlínica	37	5,82
Posto de Saúde	5	0,79
Saúde Prisional	12	1,89
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	2	0,31
Total	636	100

Fonte: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=26 e Banco de dados da Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Os dados apresentados representam um diagnóstico regional da Assistência Farmacêutica e poderão subsidiar as discussões e a tomada de decisão de gestores da região QualiSUS-Rede a exemplo da decisão de priorização para a informatização das farmácias na atenção básica, centrais de abastecimento, farmácias dos CAPS e do componente especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Aspectos relacionados à Gestão da Assistência Farmacêutica na Região QualiSUS-Rede - Metropolitana do Recife –PE

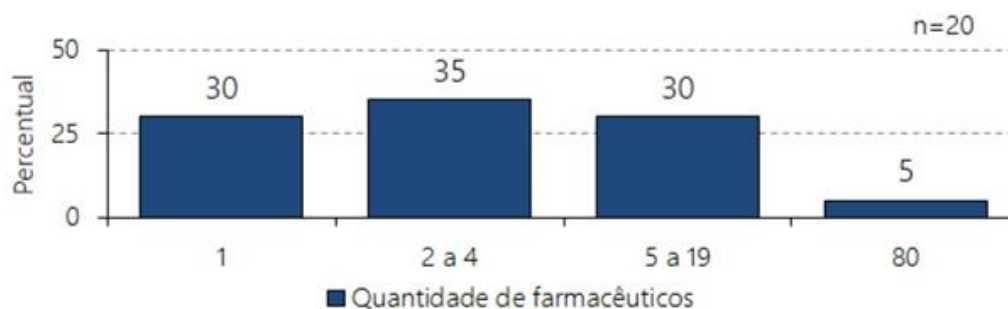
Perfil dos profissionais da Assistência Farmacêutica:

A Organização Mundial da Saúde, em acordo com demais organizações internacionais, reconhece que o profissional farmacêutico apresenta o melhor perfil para a condução de ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional de medicamentos e deve atuar de forma articulada à equipe de saúde (MARIN, 2003).

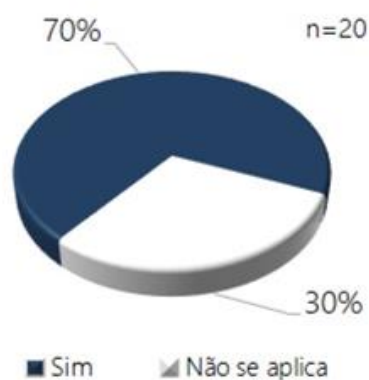
Na região Metropolitana do Recife 70% dos municípios contam com farmacêutico à frente da Coordenação da Assistência Farmacêutica (Figura 6B). No tocante à quantidade de farmacêuticos que atuam na AF, observa-se que 65% dos municípios possuem mais de 1 farmacêutico no seu quadro de pessoal (Figura 6A).

Em relação à existência de farmacêuticos compondo as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), observa-se que 20% dos municípios afirmaram dispor desse profissional no NASF (Figura 6C).

A – Percentual de municípios por quantidade de farmacêuticos atuando na Assistência Farmacêutica.



B – Percentual de municípios em que o farmacêutico é responsável pela Coordenação da Assistência Farmacêutica Municipal.



C – Percentual de municípios em que existe farmacêutico na Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).



Figura 6. Perfil e quantitativo dos profissionais da assistência farmacêutica informados pelos responsáveis da AF. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Conforme os dados na região Metropolitana do Recife há um quadro insuficiente de profissionais farmacêuticos atuando na gestão e nos Pontos de atenção e/ou Apoio Terapêutico da assistência

farmacêutica, sendo sua presença essencial na construção dos desafios colocados ao novo modelo que visa a organização do trabalho em redes de atenção à saúde, com o objetivo de aprimorar as atividades existentes na dimensão técnico gerencial e implantar novas práticas relacionadas às ações clínico-assistenciais, especialmente aquelas dedicadas ao Uso Racional de Medicamentos. Cabe destacar ainda o número reduzido dos profissionais farmacêuticos que atuam nos NASF existentes na região.

Existência de Política Salarial:

O Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) deverá propiciar o constante aperfeiçoamento, qualificação profissional e formação dos servidores, a fim de melhorar a resolutividade das ações e serviços. A qualificação profissional deve ser vinculada ao desempenho e execução das atividades. A avaliação de desempenho institucional deverá considerar o desempenho do servidor de acordo com as metas e objetivos propostos no planejamento global das ações de saúde e na programação dos serviços (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1991).

Na região Metropolitana do Recife foi informado pela maioria dos responsáveis pela AF e secretários de saúde a inexistência de PCCS que contemple os profissionais da AF (Figura 7A).

Em relação à avaliação de desempenho dos profissionais da AF vinculada ao alcance de metas e produção, 90% dos responsáveis pela AF informaram que não possui essa prática de avaliação no município, sendo reafirmada por 79% dos secretários de saúde da região (Figura 7B).

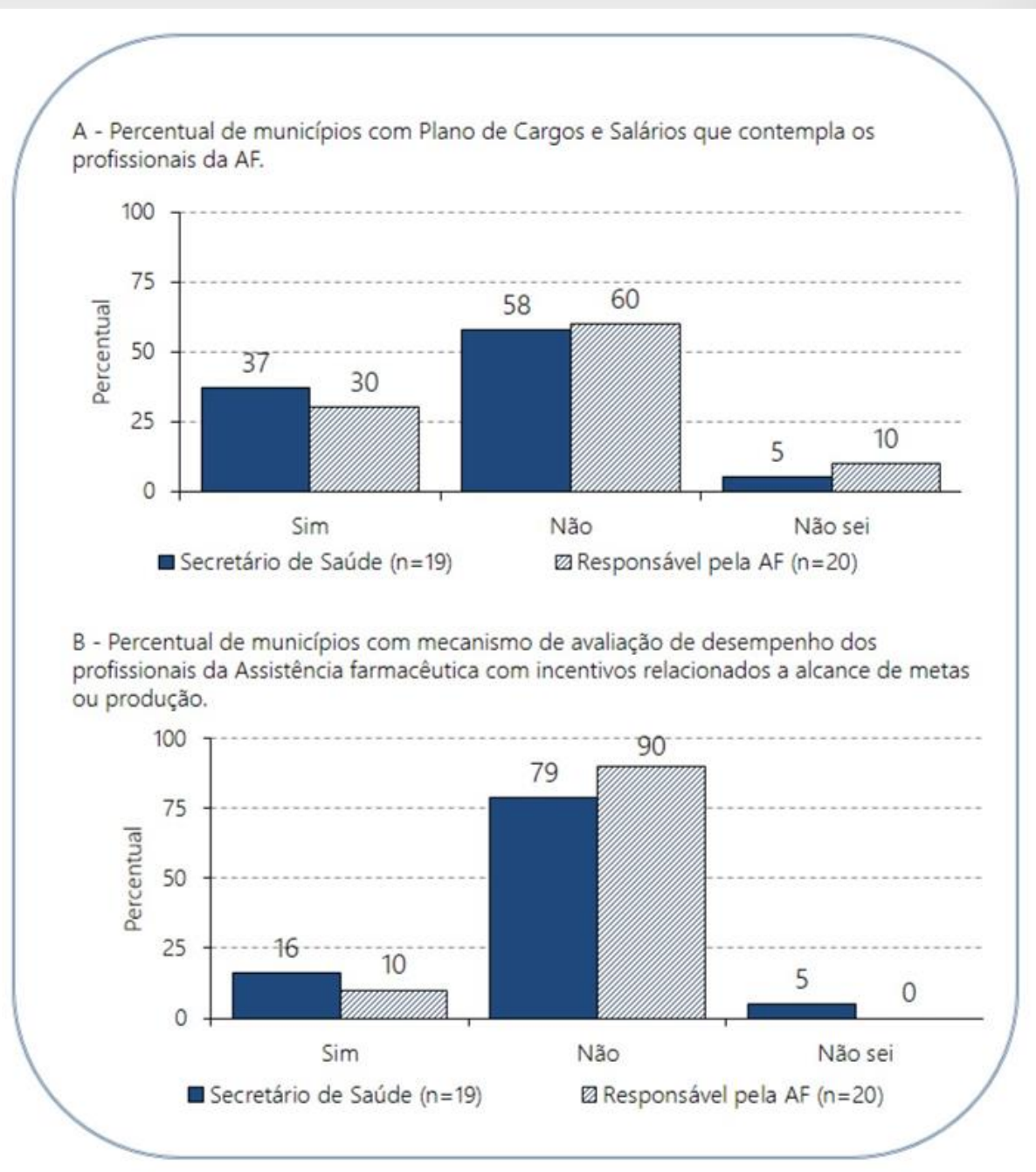


Figura 7. Existência de política salarial conforme secretários de Saúde e responsáveis pela Assistência Farmacêutica (AF). Fonte: Banco de dados Pesquisa QualISUS-Rede AF, 2014.

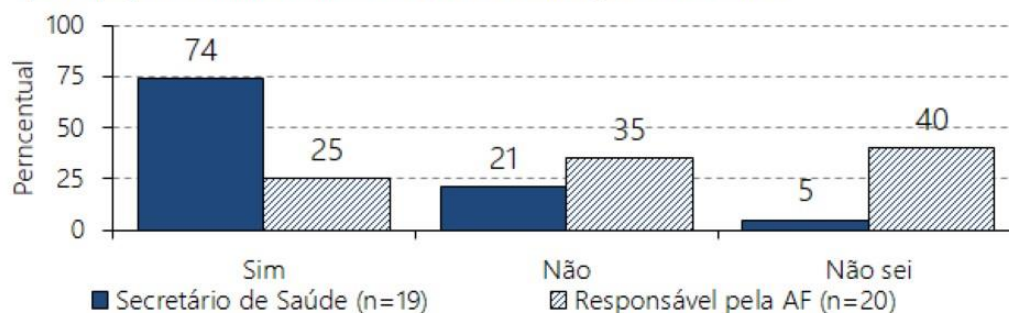
Sobre a existência de uma política salarial, que contemple vínculo estável e carreira aos profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos, foi constatada na grande maioria dos municípios a sua inexistência. A ausência de PCCS na maioria dos municípios, bem como de critérios para avaliar o desempenho funcional do servidor, fragiliza a área de gestão de pessoas e seu planejamento estratégico para qualificação da gestão.

Educação Permanente para a Assistência Farmacêutica

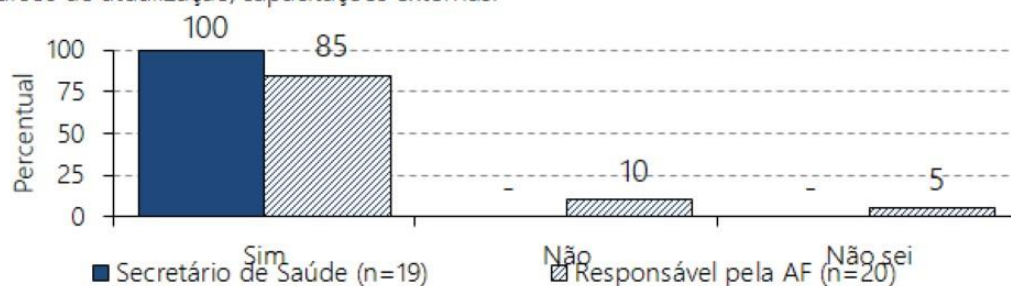
Neste item da pesquisa, avaliou-se o planejamento e a previsão de recursos financeiros para execução de proposta de educação permanente em saúde voltada aos profissionais dos estabelecimentos de saúde que atuam desde a atenção básica até hospitalar, os resultados da pesquisa foram:

- 74% dos secretários municipais de saúde informaram que disponibilizam recursos financeiros para educação permanente em saúde para farmacêuticos, enquanto somente 25% dos responsáveis pela AF confirmaram essa afirmação (Figura 8A);
- 100% dos secretários municipais de saúde informaram que viabilizam a participação dos farmacêuticos e outros profissionais envolvidos com a AF em atividades relacionadas à educação permanente em saúde. Enquanto para os responsáveis da AF os percentuais foram 85% para a participação dos farmacêuticos e 75% a outros profissionais envolvidos com a AF (figura 8B e 8C).
- 45% dos responsáveis pela farmácia hospitalar responderam que o gestor do estabelecimento viabiliza a participação dos farmacêuticos em cursos de atualizações/capacitações externas (figura 8D).

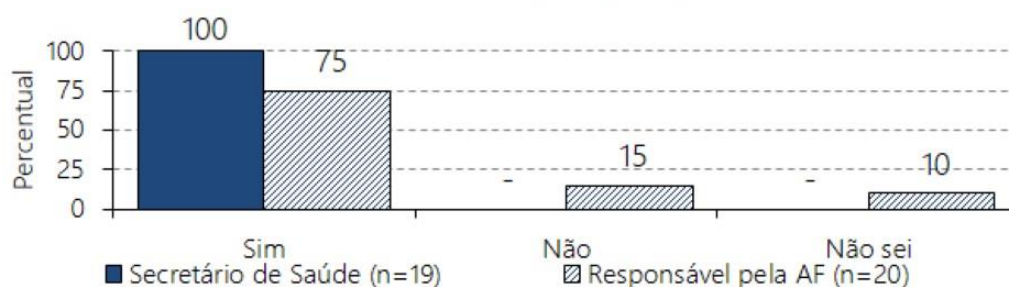
A - Percentual de municípios em que existe previsão de recurso financeiro para participação do farmacêutico em curso de Educação Permanente.



B - Percentual de municípios em que é viabilizada participação dos farmacêuticos em cursos de atualização/capacitações externas.



C - Percentual de municípios em que é viabilizada a participação dos demais profissionais da Assistência Farmacêutica em cursos de atualização/capacitações externas.



D - Percentual de hospitais com farmácia que viabilizam a participação dos farmacêuticos em cursos de atualização/capacitações externas.

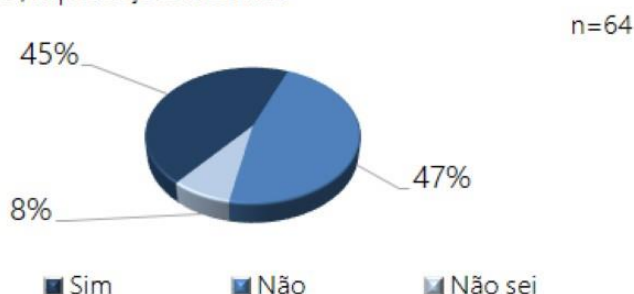


Figura 8. Educação permanente para a assistência farmacêutica na visão do secretário de saúde, responsável pela Assistência Farmacêutica (AF) e na farmácia hospitalar. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Quanto as capacitações realizadas para farmacêuticos no último ano (2013), em 74% dos municípios analisados nenhuma capacitação foi realizada e dos que realizaram a predominância foi de menos 1 curso/ano, ou seja, 16% (Figura 19A). No que se refere a análise da oferta de capacitações voltadas para as atividades da assistência farmacêutica para outros profissionais de saúde, esse percentual foi de 63%. Sobre o Uso Racional de Medicamentos, 75% dos responsáveis pela AF, informou que o farmacêutico não realizou no último ano capacitação para os profissionais da equipe saúde de (Figura 9B e 9C).

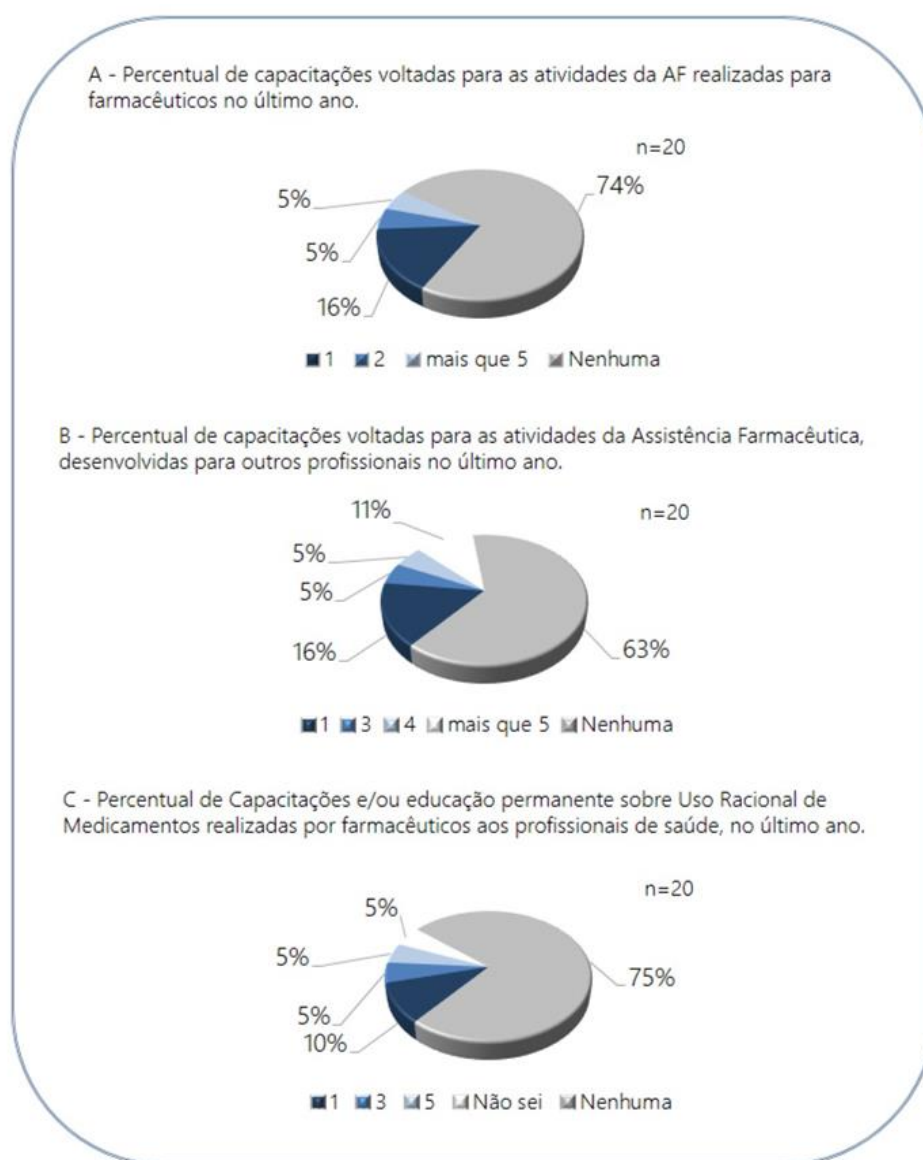


Figura 9. Capacitações e/ou educação permanente para a assistência farmacêutica na visão dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica (AF). Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

No que se refere ao tema Educação Permanente em Saúde os secretários municipais de saúde da região afirmaram existir incentivo da gestão com a disponibilidade de recursos financeiros para realização de capacitações dos profissionais farmacêuticos, bem como, a viabilização de sua participação em cursos ofertados por outros entes federativos. Entretanto, chama atenção os resultados que revelaram um quadro de insuficiência e/ou ausência na oferta de capacitações com foco para o Uso Racional de

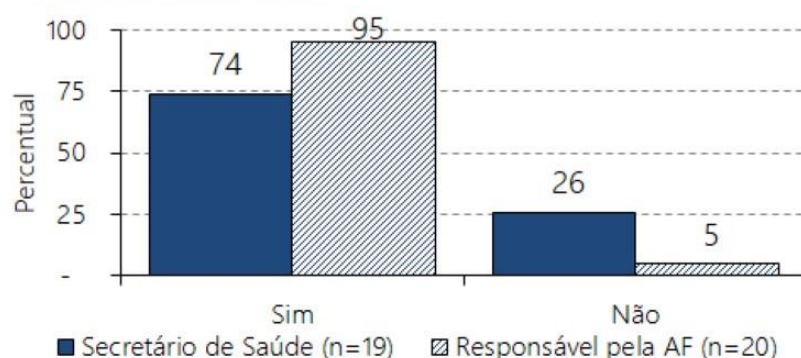
Medicamentos, bem como para os processos de trabalho que envolvem as atividades da AF voltadas para os diversos profissionais da equipe de saúde, inclusive o farmacêutico.

Conhecimento dos Gestores sobre normas/legislações no âmbito da AF na Atenção Básica

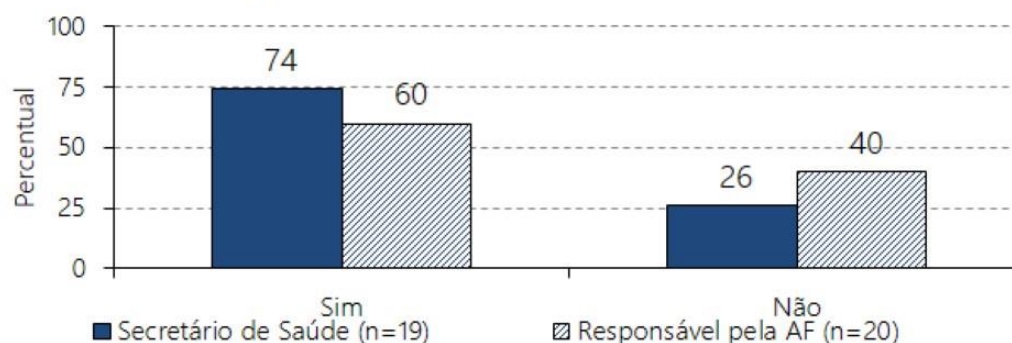
O conhecimento dos gestores municipais sobre a Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013 é essencial para iniciar a operacionalização da Política da AF na Atenção Básica. De acordo com os resultados da pesquisa, 95% dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica e 74% dos secretários de saúde na região relatam conhecer a portaria que define as normas e execução do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Figura 10A). No que se refere ao conhecimento da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em vigência, que define normas para a execução do Financiamento do CBAF no Estado de PE, 40% dos responsáveis pela AF e 26% dos secretários informaram desconhecer tal documento normativo. (Figura 10B).

Quanto à forma de pactuação realizada na CIB para o repasse da contrapartida Estadual do CBAF, 58% dos secretários e 85% dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica conhecem a forma de repasse através de medicamentos produzidos em laboratórios públicos (Figura 10C).

A - Percentual de gestores que têm conhecimento da Portaria do Ministério da Saúde, em vigência, que define as normas e execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.



B - Percentual de gestores que têm conhecimento da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite-CIB, em vigência, que define as normas e execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.



C - Percentual de gestores que têm conhecimento da forma de pactuação vigente realizada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para o Repasse da Contrapartida Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

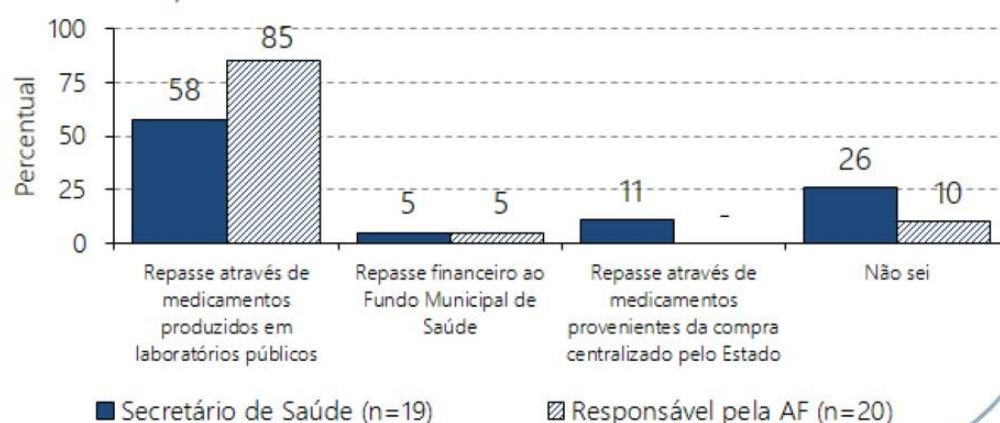


Figura 10. Conhecimento dos gestores sobre normas/legislações no âmbito da assistência farmacêutica (AF) na atenção básica. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Os resultados da pesquisa chamam atenção ao fato da existência de secretários municipais de saúde que não têm ciência da norma relacionada aos recursos financeiros repassados, referentes ao CBAF, para aquisição de medicamentos e insumos estratégicos constantes nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos, assim como, o documento da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite que regulamenta normas de execução deste recurso, incluindo a contrapartida estadual e municipal e sua frequência de repasse.

A rotatividade dos gestores inclusive os que atuam na AF favorece o desconhecimento das normas e execuções das ações da área, especialmente as que envolvem o Componente Básico.

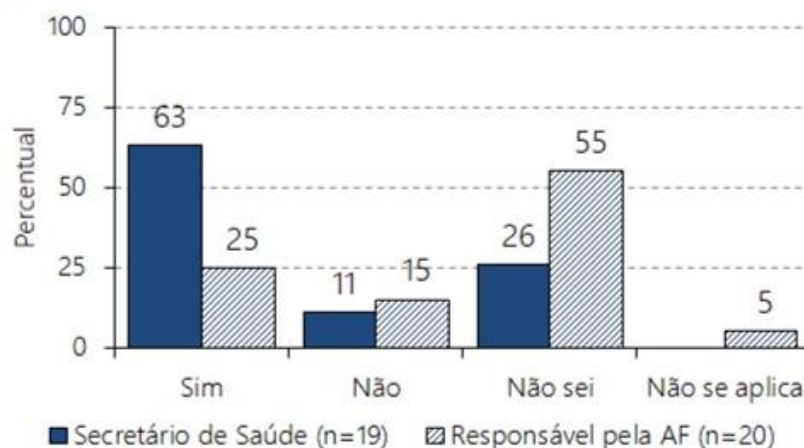
Entretanto é importante frisar que há ainda responsáveis pela AF que desconhecem a Resolução CIB, revelando um quadro de fragilidade na divulgação e repasse das informações pactuadas no estado para os municípios da região.

Regularidade da capacidade de execução dos repasses e suficiência de recursos tripartite

A Portaria no 1.555, de 30 de julho de 2013, em vigência, descreve que o financiamento do CBAF é tripartite, sendo pactuado o repasse per capita por ano em parcelas mensais para a contrapartida federal, para a união de R\$ 5,10 e para os estados, Distrito Federal e municípios de R\$ 2,36, respectivamente, em periodicidade de repasses definidas em pactuações locais, perfazendo um valor mínimo obrigatório destinado ao CBAF de R\$ 9,82 per capita por ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). O montante financeiro das três esferas diz respeito à aplicação mínima de recursos a ser utilizada pelos municípios no planejamento orçamentário, na programação e aquisição dos medicamentos para assistência farmacêutica na atenção básica, e a harmonização de todas as etapas com a aplicação e execução total dos recursos pode demonstrar o comprometimento da gestão local, regional ou estadual com a AF, assim como possibilitar a garantia de acesso regular dos medicamentos aos usuários do SUS.

Na Região Metropolitana de Recife 63% dos secretários de saúde relataram que o município repassou o valor total previsto de suas contrapartidas e apenas 25% dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica confirmaram. Em relação ao repasse da contrapartida do Estado de Pernambuco 74% dos secretários de saúde e 80% dos RAF afirmam que o repasse não foi realizado (Figura 11A e 11B).

A - Percentual de municípios que destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em Portaria, em 2013.



B - Percentual de municípios em que o Estado destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em Portaria, em 2013.

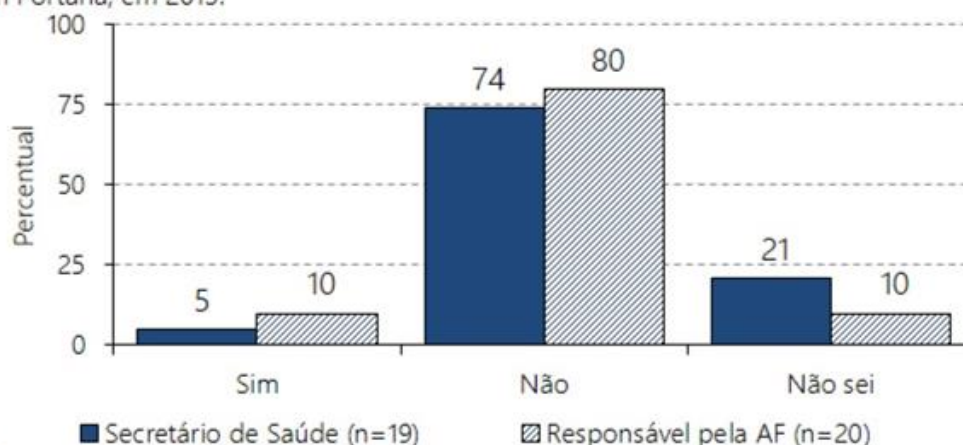


Figura 11. Regularidade da capacidade de execução dos repasses e suficiência de recursos tripartite: destinação de recursos, conforme Secretários de Saúde e responsável pela Assistência Farmacêutica (AF). Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Quanto à utilização pelo município da totalidade dos recursos orçados para aquisição de medicamentos 74% dos secretários informaram ter sido utilizado em sua totalidade, em relação a 25% dos RAF (Figura 12A). Para 84% dos secretários e 65% dos RAF o recurso total previsto na Portaria que regulamenta o repasse do financiamento do Componente Básico da AF não é suficiente para aquisição dos medicamentos e insumos pactuados (Figura 12B).

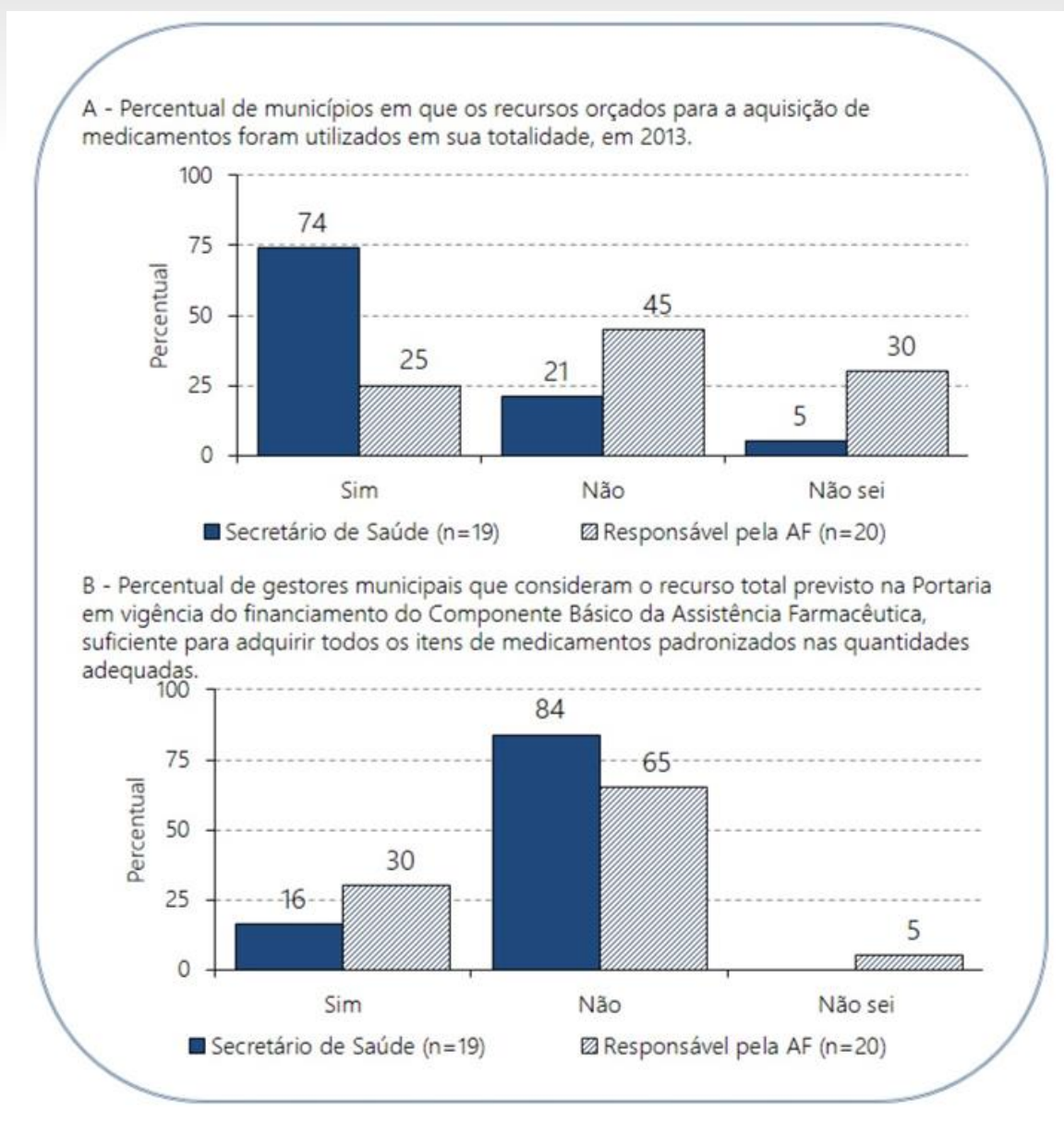


Figura 12. Regularidade da capacidade de execução dos repasses e suficiência tripartite informado: recursos usados na totalidade e recursos previstos suficientes por secretários e responsáveis pela Assistência Farmacêutica (AF). Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

A maior parte dos secretários informou que efetiva a contrapartida municipal quanto ao Componente Básico da AF e a minoria dos RAF confirmaram esta informação. No tocante a contrapartida Estadual, a maioria dos secretários e RAF responderam que o mesmo não está cumprindo o repasse da sua contrapartida, conforme pactuado. Essa mesma parcela de entrevistados informa que o recurso é insuficiente para manter a população assistida plenamente.

Chama atenção a fragilidade na execução orçamentária para aquisição de medicamentos, além da falta de conhecimento e acompanhamento por alguns secretários e RAF quanto ao repasse e execução dos recursos destinados ao CBAF.

Participação dos Responsáveis pela Assistência Farmacêutica nos Instrumentos de Planejamento e Gestão da Saúde

Estruturar a assistência farmacêutica nos Estados e Municípios é um grande desafio do SUS, especialmente no que diz respeito a articular-se com a assistência à saúde, tendo os medicamentos e insumos estratégicos como parte dos recursos materiais e o farmacêutico como agente de produção do cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Desse modo, ter os farmacêuticos (gestores ou trabalhadores da saúde) envolvidos no processo de planejamento em saúde é fundamental para garantir que ações desta área sejam discutidas e priorizadas.

Quanto à participação dos responsáveis pela AF na construção dos Instrumentos de Planejamento em Saúde, na visão dos secretários, a maior participação do profissional é na elaboração do Plano Municipal de Saúde - PMS (84%), seguido da Programação Anual de Saúde - PAS (79%), enquanto que para o Responsável pela AF é o PMS e o Relatório Anual de Gestão - RAG que se configuram como instrumento de maior participação chegando a 70%. A menor participação do profissional na visão tanto dos secretários como dos RAF, com 68% e 20% respectivamente está relacionado à Lei Orçamentária Anual (Figura 13A).

A - Percentual de municípios que de acordo com os Secretários de Saúde, o responsável pela Assistência Farmacêutica participou da elaboração do PMS, LOA, PPA, PAS e RAG.

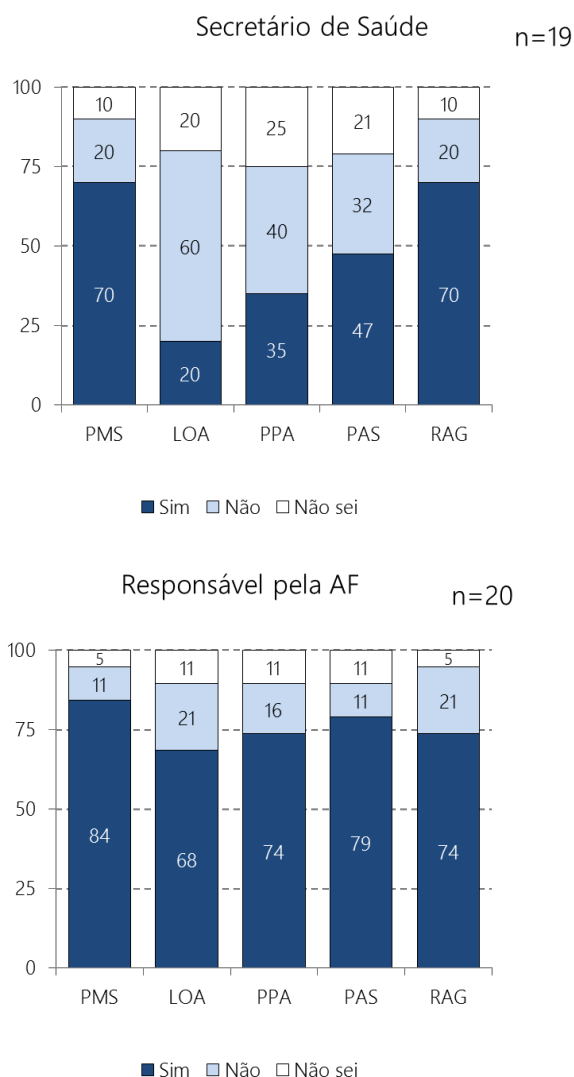


Figura 13. Panorama da assistência farmacêutica na participação da construção dos instrumentos de planejamento e gestão da saúde. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014. Legenda: Plano Municipal de Saúde (PMS), Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Plurianual (PPA), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Referente à participação dos responsáveis da Assistência Farmacêutica no processo de elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, a pesquisa evidencia alguns dados importantes como sua baixa participação nas construções na elaboração e acompanhamento do PMS, LOA, PPA, PAS e RAG quando comparados aos dados do Secretário. A Participação dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica nos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde é essencial para uma AF de qualidade, pois imprime o protagonismo e garantia de democracia na tomada de decisões que

reforçam os processos de planejamento, programação, orçamento, e com isso a inclusão das ações prioritárias da AF.

Panorama da Inserção das Ações da Assistência Farmacêutica nos Instrumentos de Planejamento e Gestão da Saúde

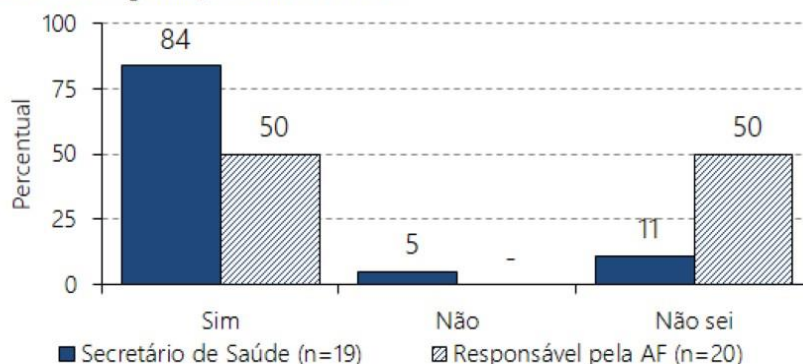
Um planejamento efetivo inclui as ações de vários atores no processo de gestão e consequentemente torna-se essencial para a elaboração dos seus instrumentos, que por sua vez, visam garantir que ações essenciais sejam priorizadas e executadas para benefício do usuário do SUS, bem como asseguram sua continuidade.

A seguir serão apresentados os dados referentes à inserção de ações que contemplam assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento em saúde. Observa-se que 84% dos secretários de saúde afirmaram que as ações da assistência farmacêutica estão contempladas na Programação Anual de Saúde (PAS), enquanto 50% dos responsáveis pela AF afirmam o mesmo (Figura 14A).

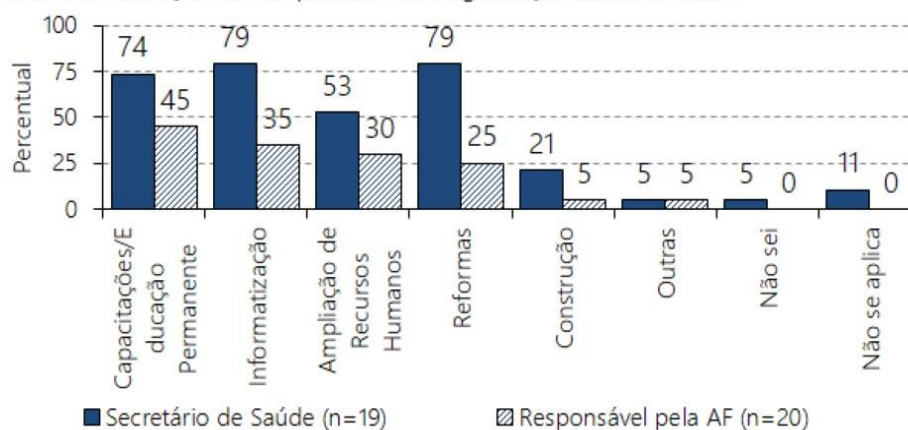
Quanto aos tipos de ações da assistência farmacêutica previstas no PAS as ações mais citadas pelos secretários foram melhorias na infraestrutura, reformas e informatização com 79% cada, seguida por Capacitação/Educação permanente (74%) e Ampliação de Recursos Humanos (53%). Enquanto os Responsáveis pela AF referiram Capacitação/Educação permanente (45%) e Informatização (35%) conforme figura 14B.

Com relação ao Relatório Anual de Gestão 68% dos secretários de saúde e 45% dos responsáveis pela AF afirmaram que as ações de assistência farmacêutica foram descritas no último RAG (Figura 14C).

A - Percentual de municípios em que as ações da Assistência Farmacêutica estão contempladas na Programação Anual da Saúde.



B - Percentual das ações da AF previstas na Programação Anual da Saúde.



C - Percentual de municípios onde as ações da AF foram descritas no último Relatório Anual de Gestão.

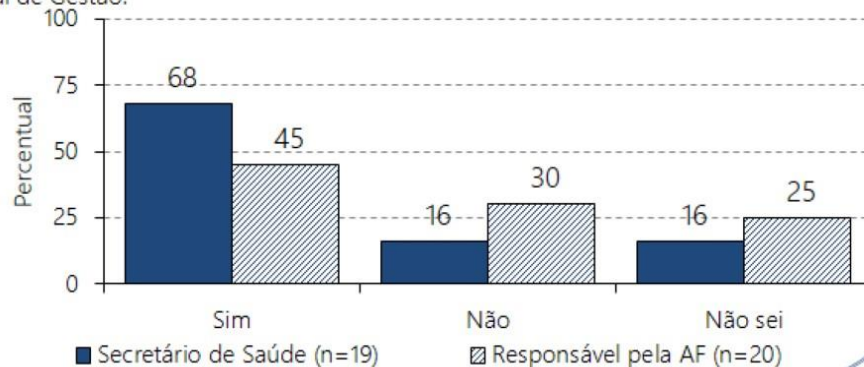


Figura 14. Panorama da assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento de gestão: ações previstas na programação nacional de saúde e descritas no relatório anual de gestão, na visão dos secretários de saúde e responsável pela Assistência Farmacêutica. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.pela Assistência Farmacêutica. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Sobre os recursos previstos e executados informados no RAG para a assistência farmacêutica 68% dos secretários e 55% dos responsáveis pela AF confirmaram esta ação (Figura 15A).

Quanto à inserção das ações de Educação Permanente para a assistência farmacêutica no PMS, observou-se que 74% dos secretários municipais de saúde e 60% dos responsáveis pela AF relataram que o instrumento contempla as ações (Figura 15B).

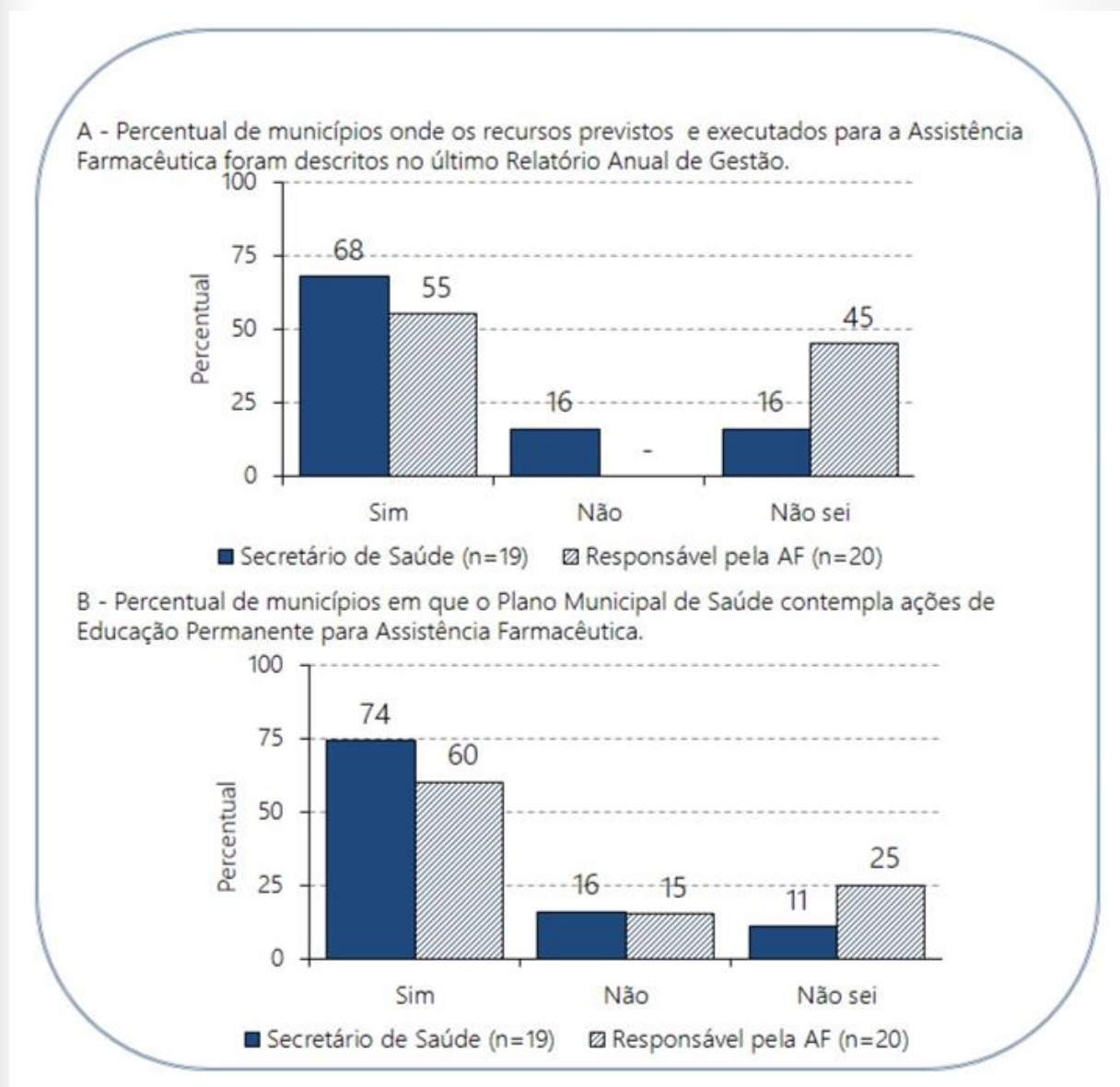


Figura 15. Panorama da assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento de gestão: recursos previstos e descritos no RAG e ações de educação no PMS informados por secretários de saúde e responsáveis pela Assistência Farmacêutica. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Na figura 16A, que representam os resultados dos questionamentos sobre a LOA, 74% dos secretários e 65% dos RAF afirmaram que os recursos para aquisição de medicamentos estão previstos na LOA. Quando perguntado sobre outras ações de AF além da aquisição de medicamentos também estão contempladas na LOA, a pesquisa demonstra que “Estruturação” foi a mais citada pelos secretários (58%) e pelos RAF (25%).

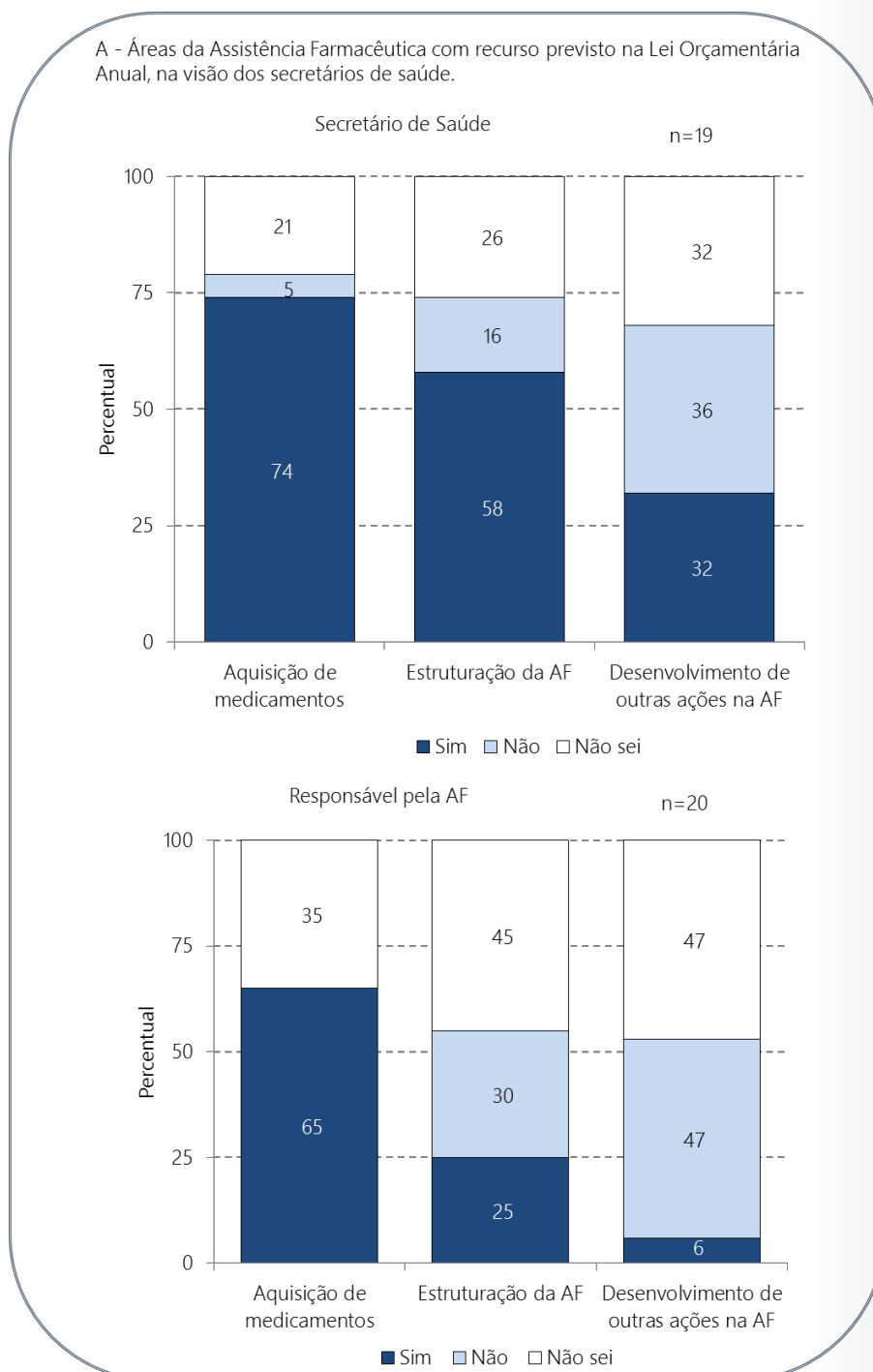


Figura 16. Panorama da assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento de gestão: recursos previstos na LOA. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Referente à inserção de ações que contemplem a assistência farmacêutica nos instrumentos de planejamento e gestão da saúde, tanto o secretário municipal de saúde quanto o responsável pela AF confirmam a presença de ações voltadas para AF no PMS, PAS, RAG e LOA, entretanto, observa-se uma divergência no percentual entre ambos os gestores.

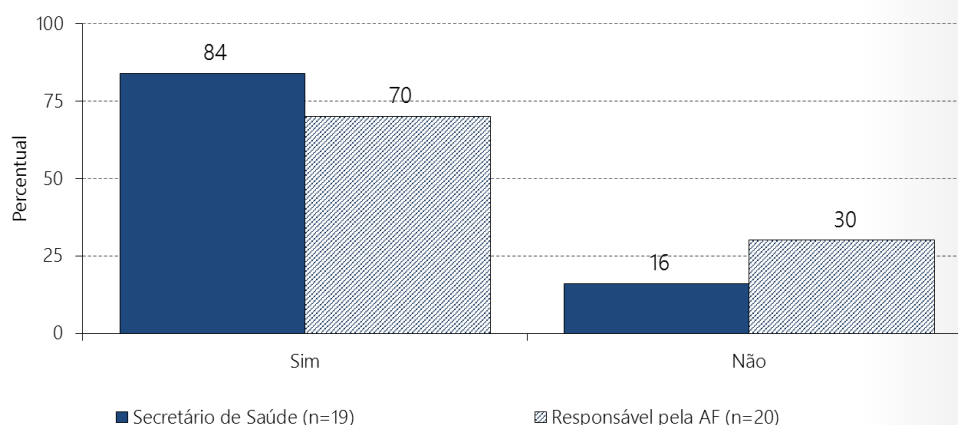
As ações mais presentes citadas pela maioria dos gestores no PAS para a AF foram capacitações/ Educação Permanente, Informatização e Reformas, todavia, quando perguntado sobre a previsão orçamentária da LOA para a AF, a maioria confirmou recursos específicos apenas para aquisição de medicamentos e menos da metade dos municípios da região citou desenvolvimentos de outras ações. Ressalta que as ações do PAS para ser executadas dependem de previsão orçamentária na LOA.

Existência de demandas judiciais

O acolhimento pelo Poder Judiciário de ações que visam obrigar o Poder Público a custear prestação de saúde não abrangida pelas políticas públicas tem provocado efeitos que afetam diretamente a programação orçamentária e financeira do Estado, que, por sua vez, prejudicam a formulação de políticas e o provimento de bens e serviços em outras áreas demandadas pela sociedade. De acordo com especialistas, este processo é crescente e tem provocado desorganização nos sistemas de planejamento e financeiro dos entes federados em virtude da imprevisibilidade das ações e dos custos delas decorrentes. (PEREIRA, 2010).

De acordo com os gestores, há demandas judiciais para fornecimento de medicamentos conforme referido por 84% dos secretários e 70% dos responsáveis pela AF (Figura 17A). Os secretários de saúde relatam que 63% são direcionadas aos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e 56% para outros (Figura 17B).

A - Percentual de municípios com demanda judicial para fornecimento de medicamentos.



B - Percentual de incidência de demanda judicial para fornecimento de medicamentos nos municípios de acordo com os Secretários de Saúde.

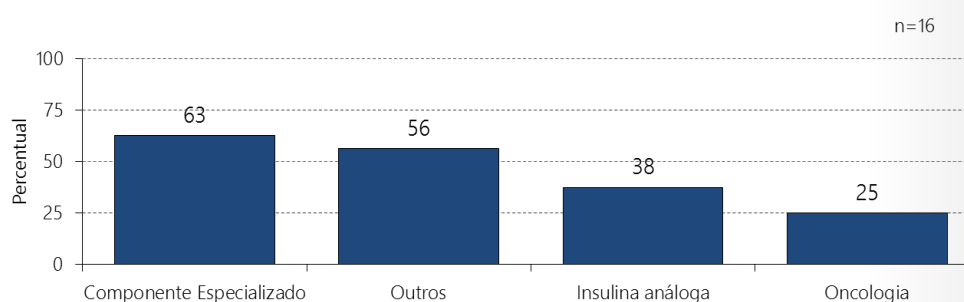


Figura 17. Existência de demandas judiciais: municípios com demandas e a frequência do tipo de demandas judiciais. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

De acordo com a maioria dos secretários municipais de saúde dos municípios da região Metropolitana do Recife, existe demanda judicial para fornecimento de medicamentos, principalmente, os relacionados ao Componente Especializado e Insulina Análoga.

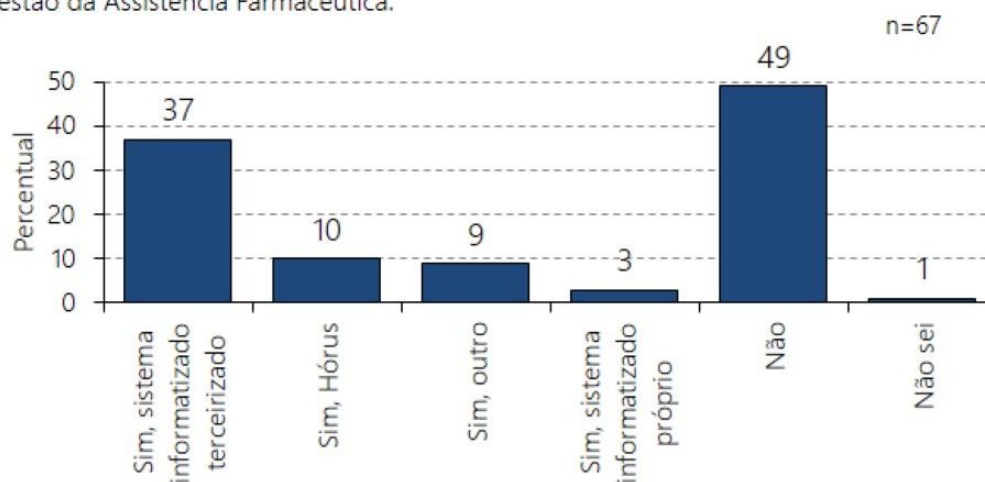
Aspectos relacionados ao componente logístico da Assistência Farmacêutica (AF)

Infraestrutura tecnológica para gestão da Assistência Farmacêutica

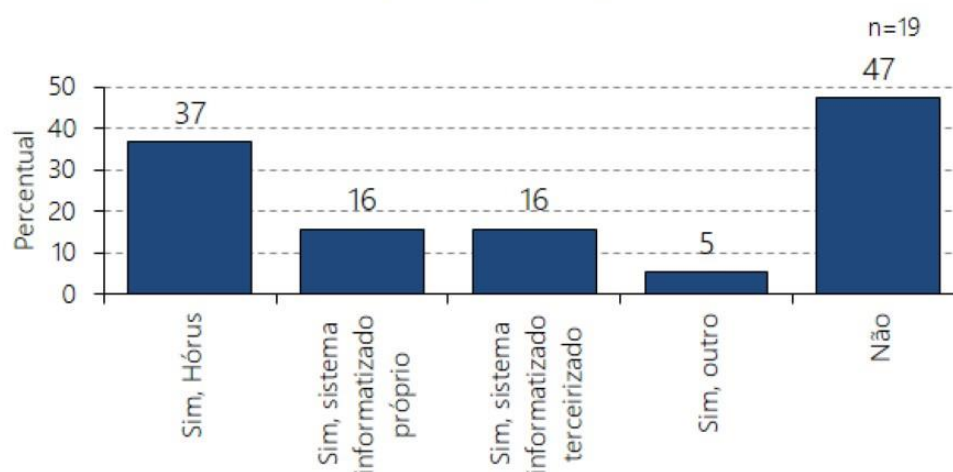
Os sistemas de atenção à saúde têm como elemento decisivo a utilização das tecnologias de informação, entretanto, para a consolidação da AF inserida nas RAS são necessárias informações para a continuidade de ações assistenciais e gerenciais relacionadas ao acesso e uso de medicamentos, principalmente num cenário nacional que demonstra ausência e/ou carência dessas na rede pública de saúde. (MENDES, 2011).

Quanto à existência de um sistema informatizado para a gestão da AF, 74% dos responsáveis pela AF afirmaram que há nos municípios (Figura 18B). No entanto, 61% das CAF não possuem um sistema informatizado que atenda às exigências da Portaria n. 271, de 27 de fevereiro de 2013 (Figura 18C). No âmbito da farmácia hospitalar 59% possui sistema informatizado, sendo que 37% utilizam sistema terceirizado e 10% o Hórus (Figura 18A).

A - Percentual de farmácias hospitalares que possuem sistema informatizado para gestão da Assistência Farmacêutica.



B - Percentual de municípios que possuem um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica, informado pelos responsáveis pela AF.



C - Percentual de Central de Abastecimento Farmacêutico que possui um sistema informatizado que atende as exigências da Portaria n. 271, de 27 de fevereiro de 2013.

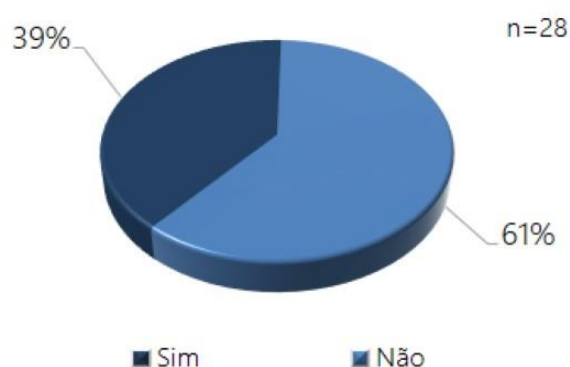


Figura 18. Infraestrutura tecnológica para gestão da assistência farmacêutica: sistema informatizado nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualISUS-Rede AF, 2014.

Quanto à existência de computadores, impressoras e internet, 93% dos Responsáveis pela CAF afirmaram que estas possuem computador e impressora, 75% contam com acesso à internet. Enquanto 88% dos Responsáveis pelo Ponto de Atenção e/ou Apoio terapêutico responderam que não possuem computador na farmácia, 92% não possuem impressora e apenas, 20% das farmácias possuíam acesso à internet, porém, quando analisado na visão do estabelecimento este percentual se eleva porque várias unidades tinham ponto de internet em outras áreas da unidade de saúde, porém fora da farmácia (Figura 19A).

A – Percentual estabelecimentos que possuem computador (es), impressora (s) e internet.

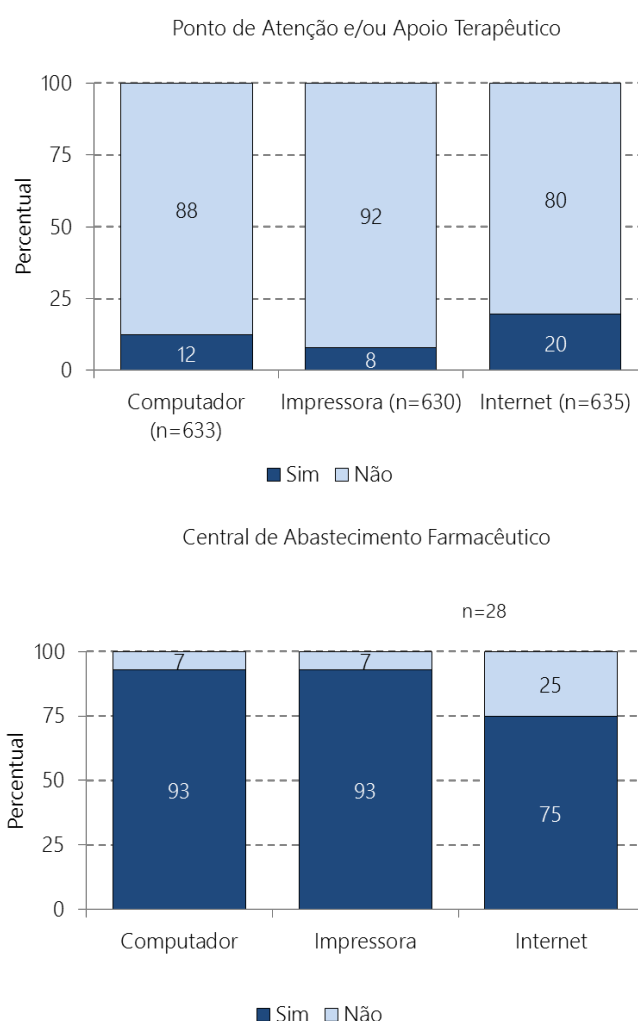


Figura 19. Infraestrutura tecnológica para gestão da assistência farmacêutica: computadores, impressoras e internet disponíveis nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa AF, QualiSUS-Rede AF, 2014.

No tocante à infraestrutura tecnológica os resultados da pesquisa demonstram, nesta região de saúde de atuação do projeto, um aspecto positivo nas CAF já que há disponibilidade de equipamentos de

informática (computadores e impressoras), com expansão do processo de informatização, fato este, essencial para o avanço nas ações e serviços da AF neste local. No entanto, nos pontos de atenção e/ou apoio terapêutico os resultados evidenciam pouca infraestrutura tecnológica para atender a demanda dos serviços.

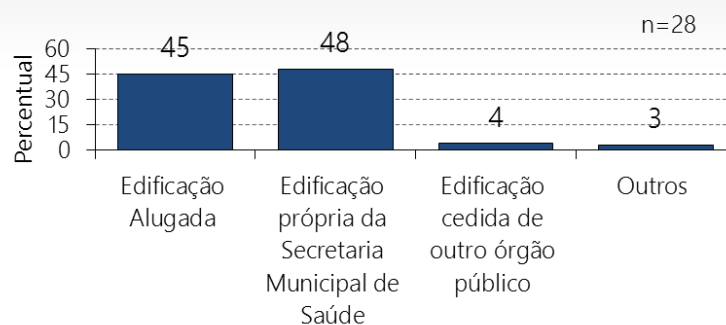
Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos.

O espaço destinado à farmácia e à CAF deverá ser estruturado de acordo com o dimensionamento das áreas, volume de medicamentos a serem guardados, frequência do recebimento, número de pacientes atendidos, procedimentos técnicos realizados, garantindo a execução das atividades logísticas da AF conforme condições sanitárias, de segurança e de acesso (OSORIO DE CASTRO et.al., 2014).

Sobre a estrutura de funcionamento da CAF, 48% funcionam em edificação própria da Secretaria Municipal de Saúde (Figura 20A), porém 68% segundo seus responsáveis compartilham imóvel com outros serviços (Figura 20B). Nas farmácias hospitalares 96% possui farmácia central, 37% CAF e 31% farmácia ambulatorial (Figura 20D).

Em relação a existência de extintor de incêndio na CAF, 64% afirmaram dispor deste equipamento (Figura 20C).

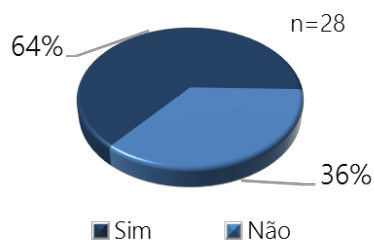
A - Percentual dos tipos de edificação em que funcionam as Centrais de Abastecimento Farmacêutico.



B - Percentual de Centrais de Abastecimento Farmacêutico funcionando em prédio de uso exclusivo.



C - Percentual de Centrais de Abastecimento Farmacêutico que possuem extintor de incêndio.



D - Percentual de setores identificados nas farmácias hospitalares.

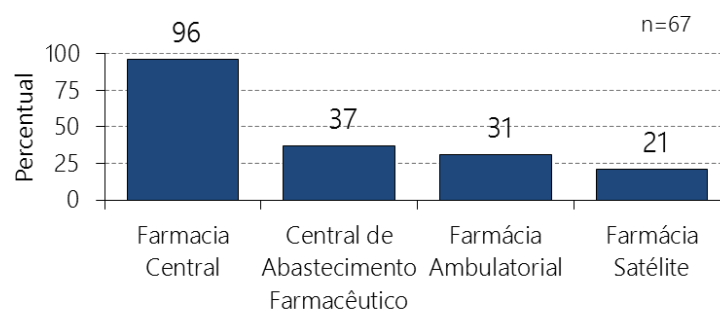


Figura 20. Panorama da estrutura física destinada ao armazenamento e dispensação de medicamentos: funcionamento das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e das farmácias hospitalares. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014. Legenda: Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

No que se refere à existência de refrigerador ou câmara fria para o armazenamento de medicamentos, para 53% dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico responderam que não se aplica, porque não armazenam e ou dispensam medicamentos termolábeis, seguido por 30% onde os eletrodomésticos são exclusivos para medicamentos. Nas CAF 64% dos refrigeradores ou a câmaras frias são exclusivos para medicamentos e em 32% não se aplica. (Figura 21A).

Referente a possuir espaço adequado para o armazenamento de medicamentos nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, 60% destes não possuem espaço adequado, já nas CAF este valor é 71% (Figura 21B).

No tocante a existência de um local específico para a diluição de saneantes/ germicidas no hospital, 82% não realizam esta atividade e dos estabelecimentos que realizam em 9% não existe local específico para o procedimento (Figura 21C).

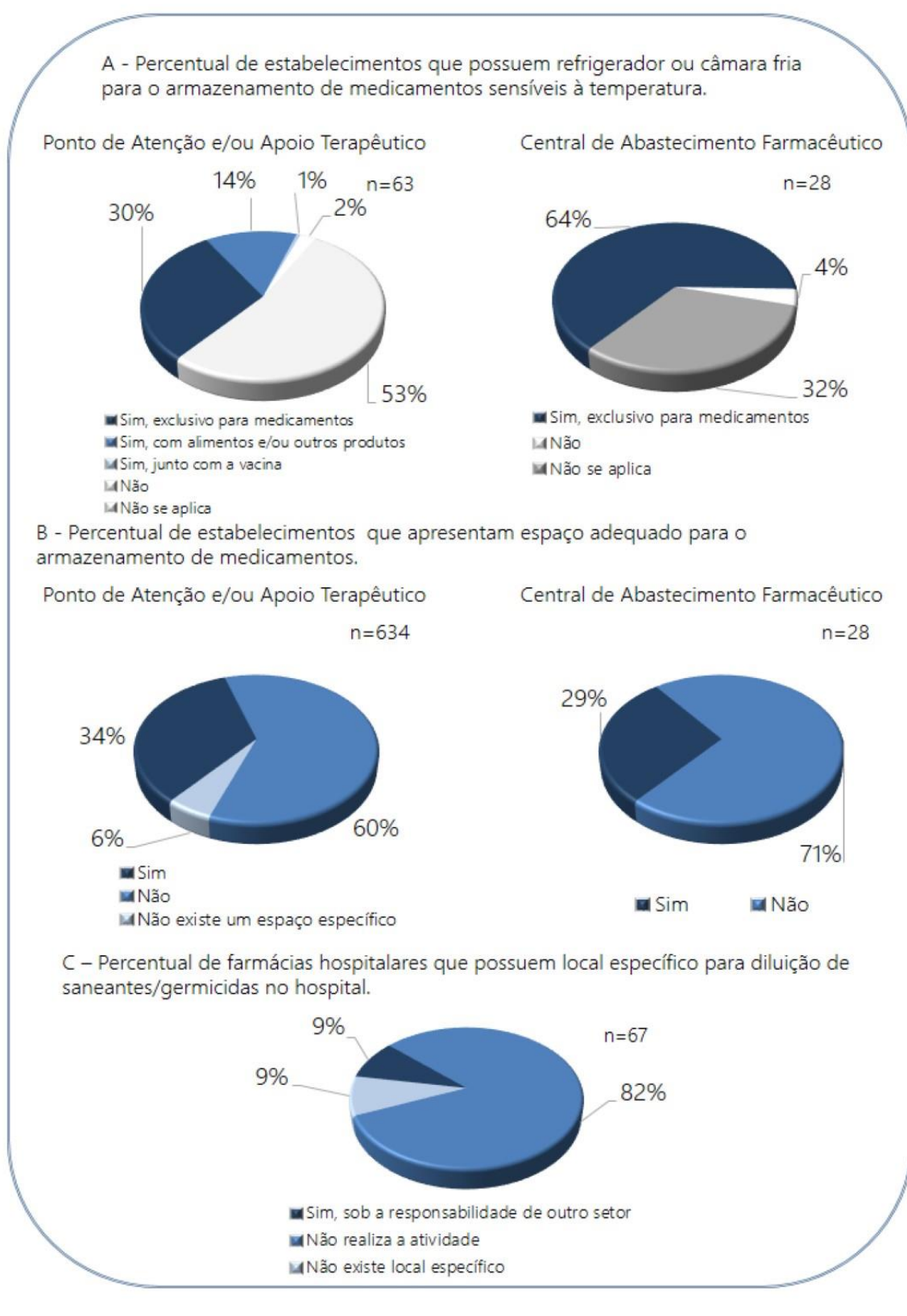


Figura 21. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos : disponibilidade de refrigerador ou câmara fria, de espaço adequado para armazenamento e específico para diluição de saneantes/germicidas. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Quanto ao armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial, 3% dos Responsáveis pelo Ponto de Atenção relataram não existir um espaço específico e 75% não possuíam esses medicamentos em estoque. Já nas CAF 55% dos seus responsáveis disseram existir um espaço específico para o armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial enquanto que nas farmácias hospitalares foi observada, em 94% dos estabelecimentos, a existência de espaço específico para armazenamento (Figura 22A).

No tocante às condições de armazenamento dos estabelecimentos de Ponto de Atenção (Figura 22B) são apresentados os seguintes resultados:

- 53% não estavam protegidos do calor;
- 30% não possuíam ventilação adequada;
- 76% estavam limpos;
- 82% estavam protegidos da ação direta da luz solar;
- 55% não possuíam umidade.

Nas CAF (Figura 22B) os resultados foram:

- 71% estavam protegidas do calor;
- 70% estavam limpas;
- 82% estavam protegidos da ação direta da luz;
- 57% não possuíam umidade;
- 54% possuíam ventilação adequada.

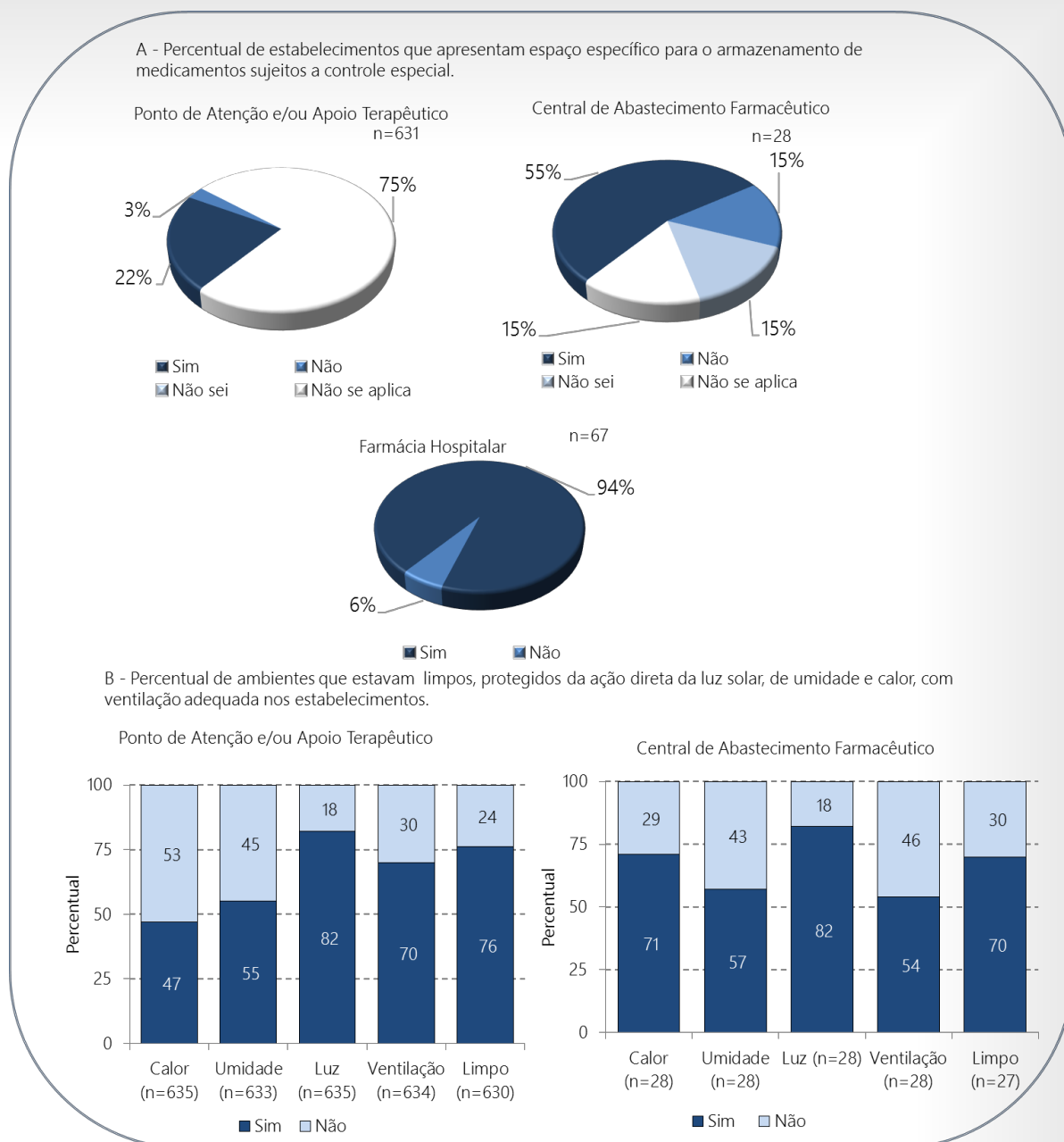


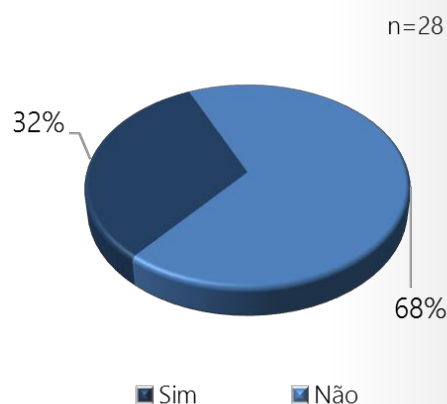
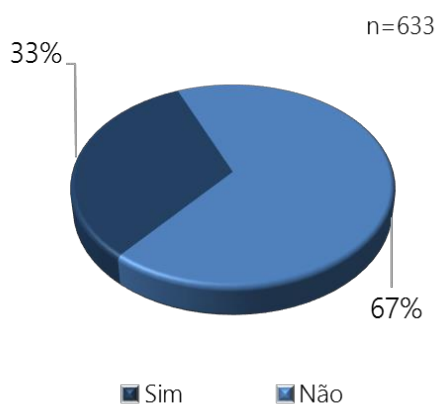
Figura 22. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos: espaço adequado para armazenamento e condições do ambiente. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Em relação à existência de ambiente destinado ao armazenamento de medicamentos com capacidade suficiente para assegurar o armazenamento ordenado das diversas categorias de medicamentos, 33% dos Pontos de Atenção, bem como 32% das CAF dispõem deste tipo de ambiente (Figura 23A). No que concerne à área de armazenagem de medicamentos climatizada, 55% dos Pontos de Atenção afirmam não possuírem. Já nas CAF, 71% informou que são climatizadas (Figura 23B).

A - Percentual de estabelecimentos em que o ambiente destinado ao armazenamento de medicamentos possui capacidade suficiente para assegurar o armazenamento ordenado das diversas categorias de medicamentos.

Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico

Central de Abastecimento Farmacêutico



B - Percentual de estabelecimentos com área de armazenagem de medicamentos climatizada, conforme recomendação da Vigilância Sanitária.

Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico

Central de Abastecimento Farmacêutico

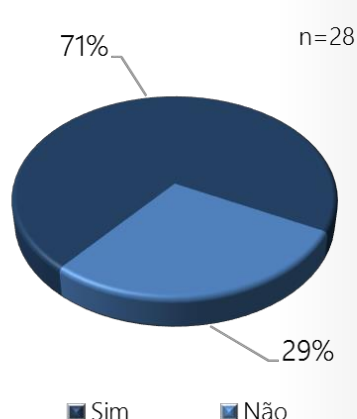
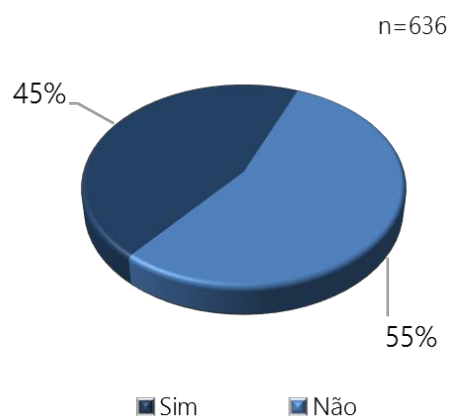


Figura 23. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos: de diversas categorias de medicamentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Com relação à existência de local específico para a deposição de resíduos de medicamentos 51% dos Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico informaram não existir um local específico para este fim. Porém, nas CAF, 75% possuíam (Figura 24A).

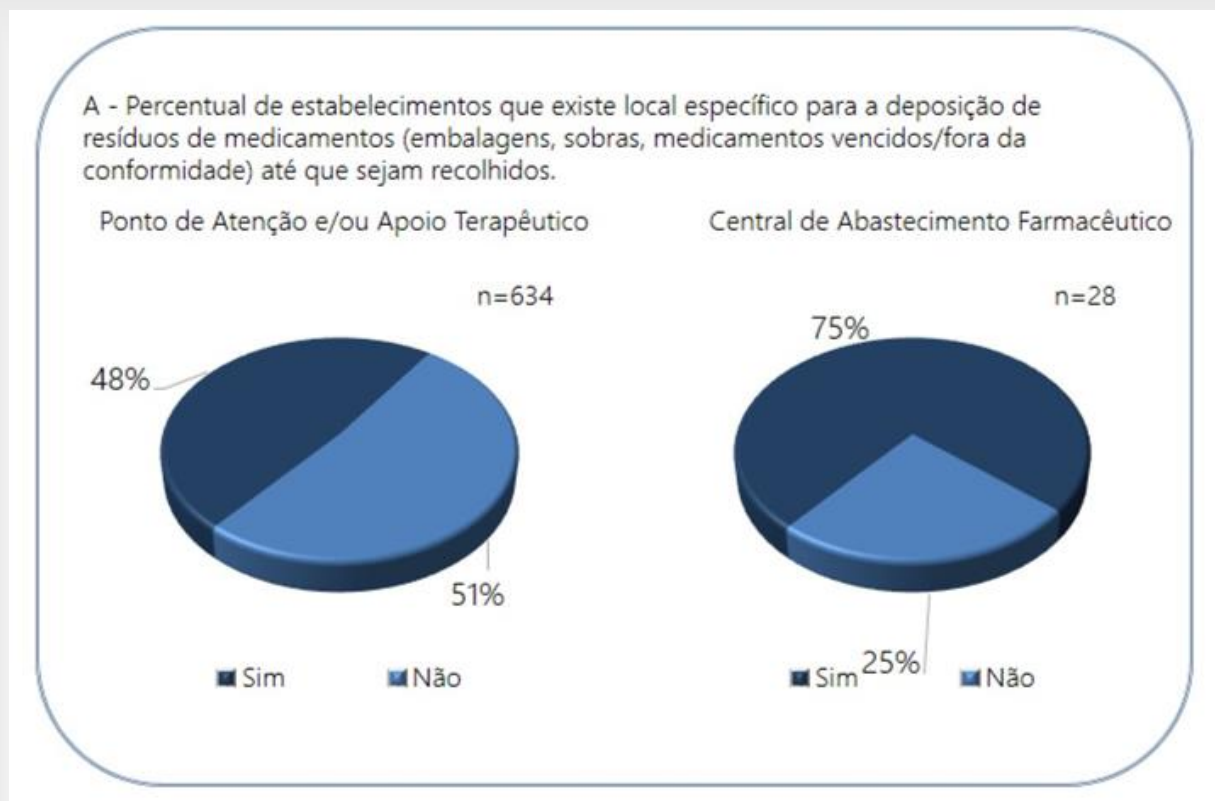


Figura 24. Panorama da estrutura física destinado ao armazenamento e dispensação de medicamentos: local específico para deposição de resíduos de medicamentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Observou-se uma estrutura melhor de espaço físico adequado para o armazenamento de medicamentos nos pontos de atenção da região, quando comparadas às CAF. Vale destacar ainda que a maior parte dos entrevistados das Centrais de Abastecimento referiu ter ambiente climatizado e local para deposição de resíduos sólidos, se configurando como aspectos positivos, principalmente nas condições de proteção ao calor e ausência de umidade, entretanto, nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico essas condições ainda não são atendidas na maioria dos serviços.

Padronização do elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde.

A partir da promulgação do Decreto nº 7.508/2011, fica definido que a RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS e que, o conjunto dos medicamentos ali definidos, são fundamentais para a garantia da integralidade do cuidado em saúde devendo os mesmos serem garantidos pelo sistema público de saúde. Na prática, este marco legal amplia a função da RENAME para além de uma lista de referência, tornando-a uma relação integrada ao processo de planejamento e organização da assistência à saúde que indica, de forma transparente, os medicamentos selecionados pelo SUS para garantir o tratamento medicamentoso das doenças, agravos e situações clínicas presentes da comunidade. (JUNIOR, et al. 2015)

A elaboração da lista de medicamentos essenciais deve ser um processo dinâmico, participativo, bem articulado e envolver a maior representatividade de profissionais de saúde, permitindo atualizações periódicas, conforme necessidade local, municipal, regional e estadual.

Na Região Metropolitana do Recife, observou-se que dos 19 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha, 40% afirmaram haver Relação de Medicamentos instituída, sendo considerada como referência a REMUME ou a RESME (Figura 25A).

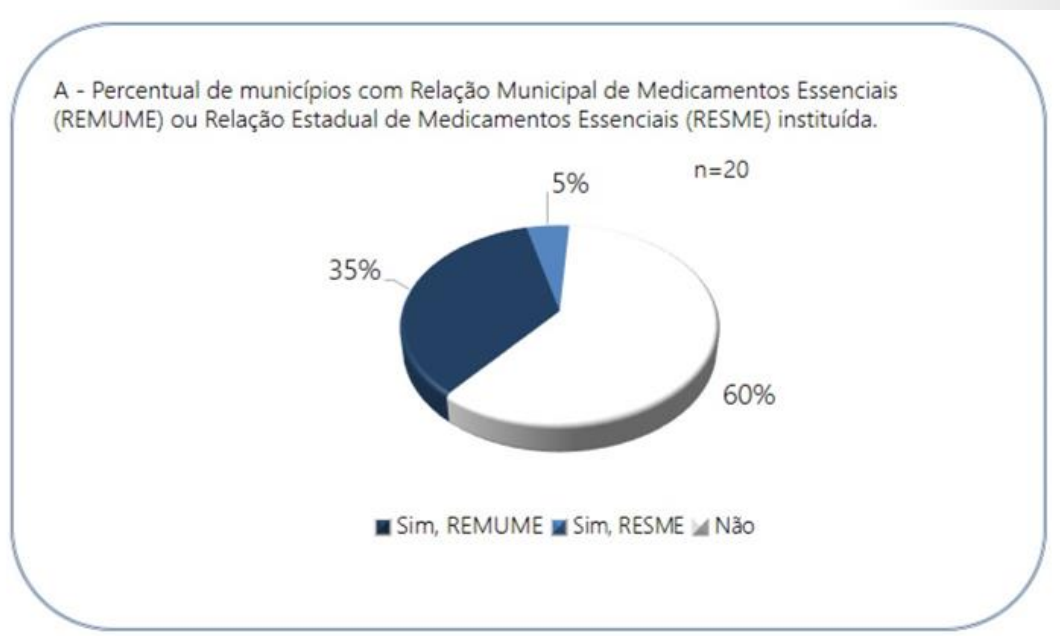


Figura 25. Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da assistência farmacêutica: REMUME ou RESME. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Quanto aos hospitais da região, 90% afirmaram a existência de padronização de medicamentos estabelecida, porém em um percentual menor de estabelecimentos (82%) foi apresentada à relação ao entrevistador quando solicitada (Figura 26A).

A – Percentual de hospitais que possuem padronização de medicamentos instituídos.

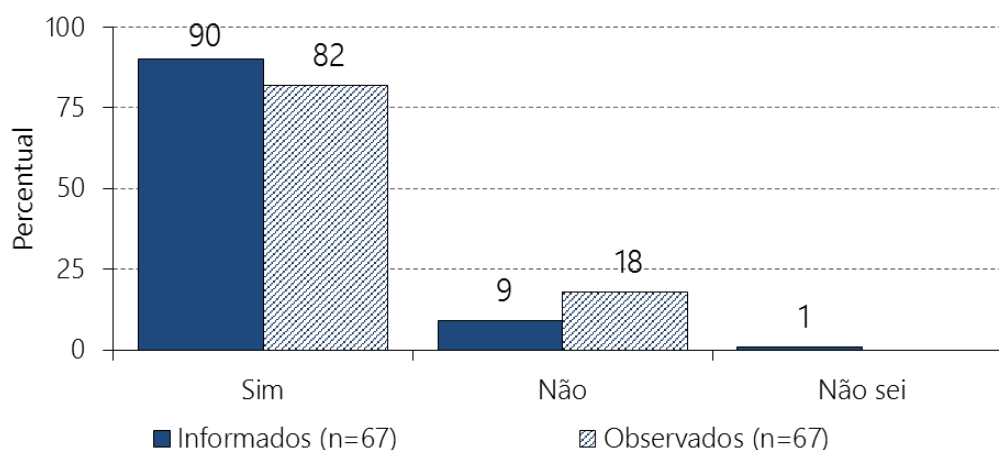
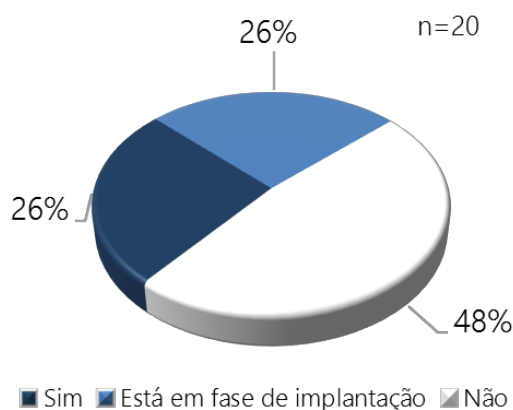


Figura 26. Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da Assistência Farmacêutica: padronização de medicamentos hospitalar. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Quanto à existência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente instituída, em 48% dos municípios não há Comissão (Figura 27A). Na RMR foi identificada Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente instituída em apenas 18% dos hospitais visitados. Das CFT constituídas, 75% se reuniram no último ano (Figura 27B).

A - Percentual de municípios em que existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente instituída de acordo com os Responsáveis pela Assistência Farmacêutica.



B – Percentual de hospitais com Comissões de Farmácia Terapêutica (CFT) formalmente constituídas e se as CFT's se reuniram no último ano.

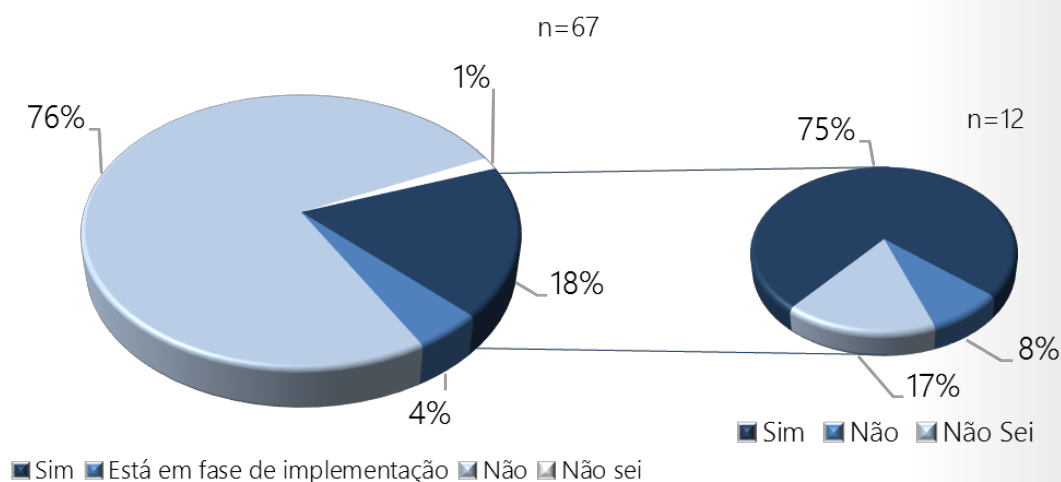
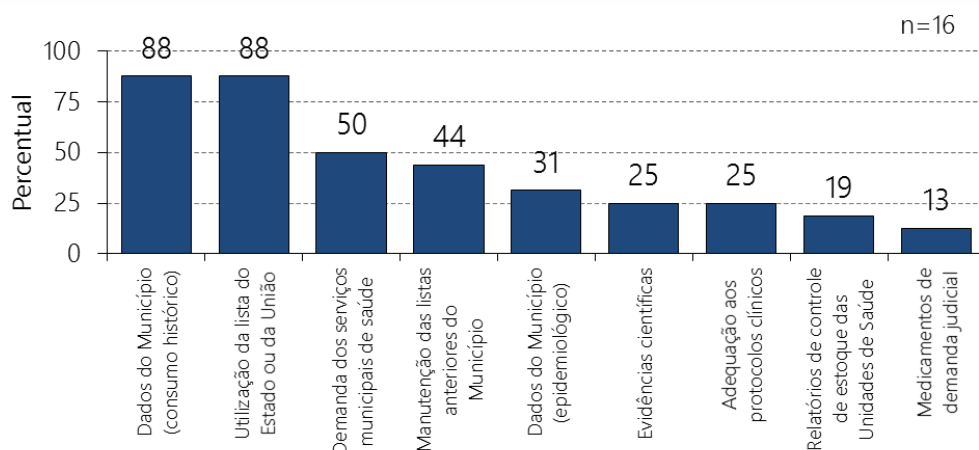


Figura 27. Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da Assistência Farmacêutica e pelas farmácias hospitalares: existência e/ou reunião de CFT no âmbito hospitalar. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Dentre os critérios mais usados na composição da lista de medicamentos do município estão à utilização da lista estadual/ nacional de medicamentos e consumo histórico com 88% cada critério citado (Figura 28A).

Nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico visitados na pesquisa, a quantidade de medicamentos padronizados foram de 71 a 90 itens para 25% dos estabelecimentos, de 121 a 150 itens para 24% e ainda para 17% dos estabelecimentos, de 91 a 120 itens (Figura 28B). E que informaram “não sei” 7% (n=44) dos 636 estabelecimentos visitados.

A – Percentual dos critério(s) utilizado(s) para a composição da lista padronizada de medicamentos do Município, de acordo com RAF.



B – Percentual de Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico que informaram o quantitativo dos medicamentos básicos padronizados

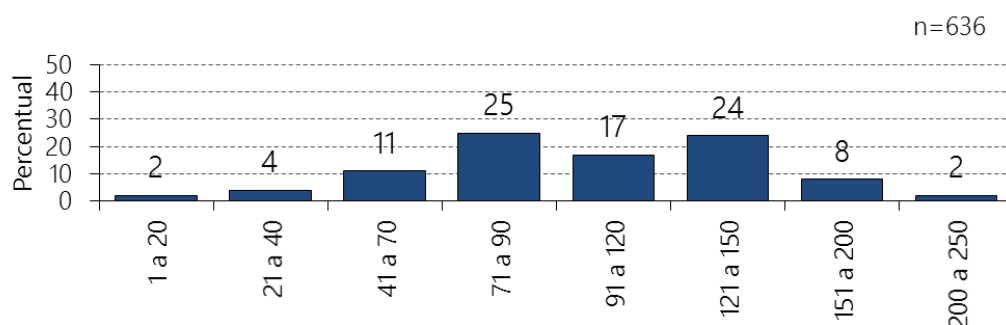


Figura 28. Padronização de elenco de medicamentos informados pelo responsável da assistência farmacêutica: critérios para a lista de medicamentos e total de medicamentos básicos padronizados. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Nota-se que 74% dos entrevistados informaram que os profissionais de saúde tinham acesso a lista padronizada de medicamentos no estabelecimento (Figura 29A), por outro lado, 49% dos prescritores não possuíam a relação de medicamentos padronizada e suas atualizações impressas nos consultórios (Figura 29B). As explicações sobre este contraditório foram colocadas de várias maneiras: “a lista padronizada só fica na farmácia é quem quisesse ter acesso teria que se dirigir ao local”; “a lista padronizada era entendida como a planilha de pedido de ressuprimento mensal”; “só o profissional entrevistado que era responsável pela farmácia tinha acesso à lista padronizada”, e observou ainda, que alguns estabelecimentos não tinham lista padronizada e a maioria não conseguia encontrar a lista para apresentar ao entrevistador.

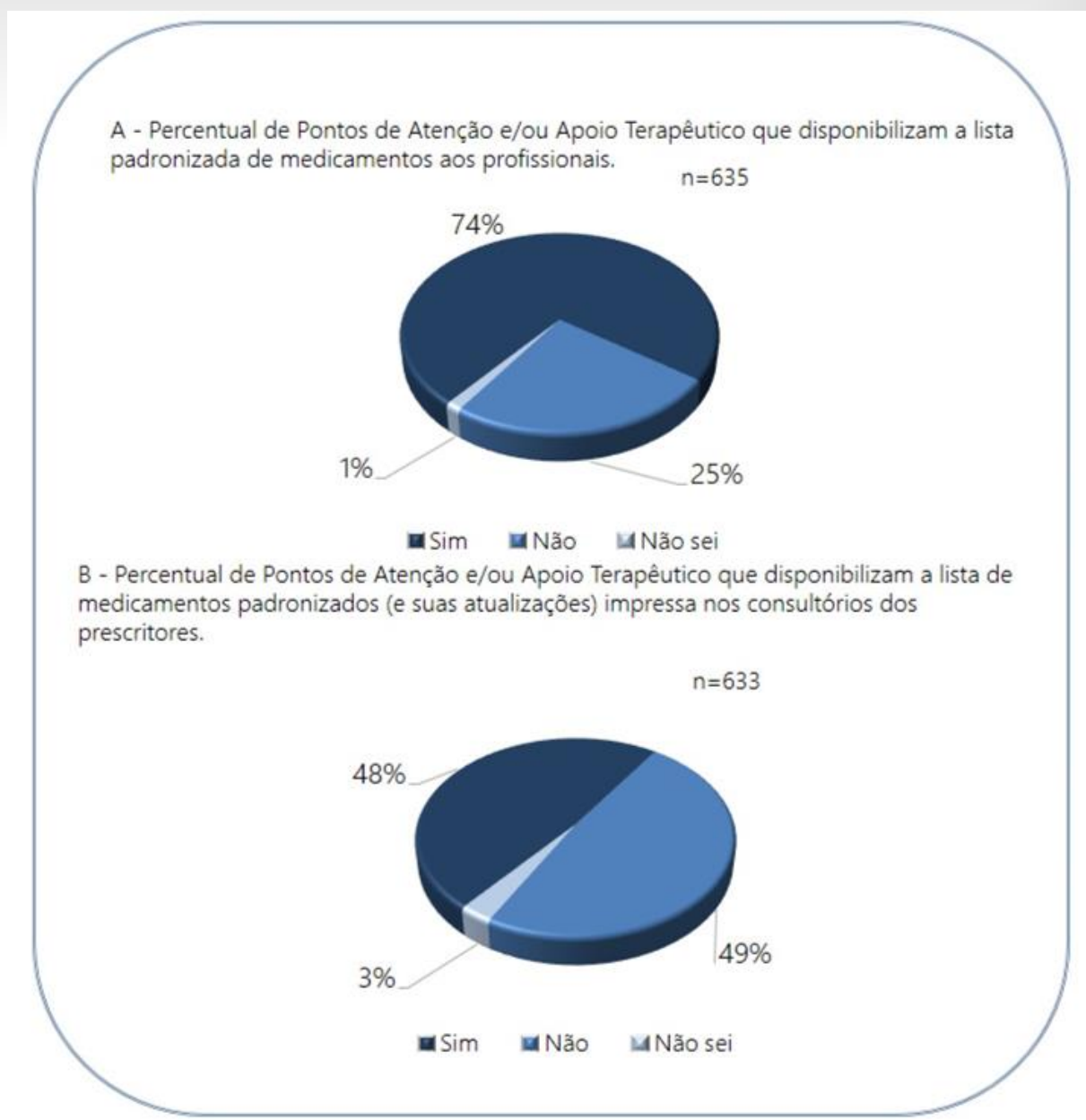


Figura 29. Padronização de elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde: lista padronizada e disponibilização da mesma. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Observa-se que 81% dos estabelecimentos de saúde não disponibilizavam informações de locais de acesso aos medicamentos (Figura 30A). A forma mais presente de divulgação dos 9% que afirmaram que ofereciam o acesso a esta informação foi o uso de placa (58%), seguida de banner (19%) e cartaz papel impresso (12%) conforme Figura 30B.

A - Percentual de Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico que disponibilizam informação visível ao usuário sobre os locais de entrega/dispensação de medicamentos padronizados.

n=628



B - Percentual de formas de divulgação dos locais de entrega/dispensação de medicamentos padronizados nos Pontos de Atenção e/ou apoio Terapêutico.

n=62

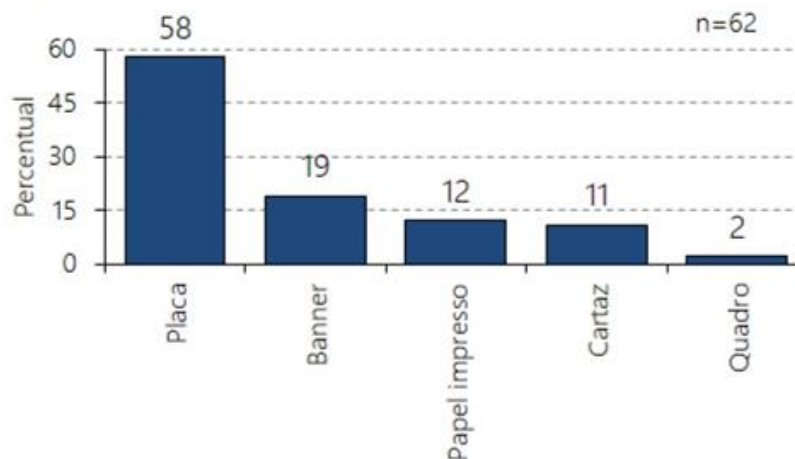


Figura 30. Padronização de elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde: lista visível aos usuários e formas de divulgação dos locais de entrega/dispensação. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

No que se refere à concessão de formulário para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada do município, se configurou como inexistente em 74% dos estabelecimentos (Figura 31A).

A - Percentual de Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico que disponibilizam formulário para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada do Município.

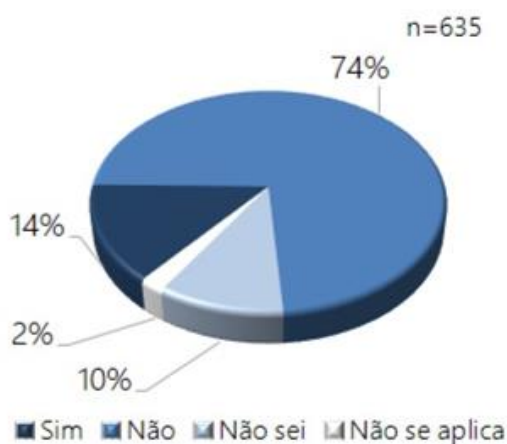


Figura 31. Padronização de elenco de medicamentos e disponibilidade de informação aos usuários e profissionais da rede de saúde: formulário de solicitação/inclusão de medicamentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Quanto à existência de Relações de Medicamentos Essenciais como instrumentos norteadores da Política da AF, observa-se que ainda não se constitui uma prática em uma boa parte dos municípios da Região Metropolitana do Recife a adoção da REMUME ou RESME, o que se considerou um aspecto preocupante no diagnóstico, somado ao reduzido número de Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A disponibilização de formulário para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada do município, chama atenção que uma minoria afirmou ter acesso a este formulário e ou tinha conhecimento da existência do mesmo. Essas informações revelam que os processos de seleção de medicamentos não estão oferecendo um espaço participativo aos profissionais da rede de saúde ou não estão acontecendo.

Outro aspecto que merece atenção diz respeito à baixa disponibilidade de informação aos usuários sobre os locais de dispensação de medicamentos na rede municipal e que quase a metade dos prescritores não têm conhecimento da lista de medicamentos básicos disponibilizada pelo município, podendo levar a prescrição irracional e inadequada com medicamentos que não fazem parte do SUS, levando a problemas de acesso do paciente ao medicamento e tratamento.

Controle e programação de medicamentos.

A programação de medicamentos consiste em estimar a quantidade adequada de medicamentos previamente selecionados a serem adquiridos ou supridos para atendimento de determinada demanda dos serviços, por certo período de tempo, assim como, garantir a regularidade do abastecimento e eliminar perdas e desperdícios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A utilização de um sistema de controle eficiente de entradas e saídas, constitui-se uma ferramenta essencial para subsidiar a programação. Enquanto o inventário é a contagem física dos estoques para verificar se a quantidade de medicamentos estocada está em conformidade com a quantidade registrada nas fichas de controle ou no sistema informatizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, op. cit).

Nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico visitados, observou-se que 68% dos estabelecimentos de saúde visitados da RMR não fazem o controle de medicamentos através do registro de entrada e saída diário. Enquanto nas farmácias hospitalares e nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico da mesma região, 81% e 75% realizam esta atividade (Figura 32A)

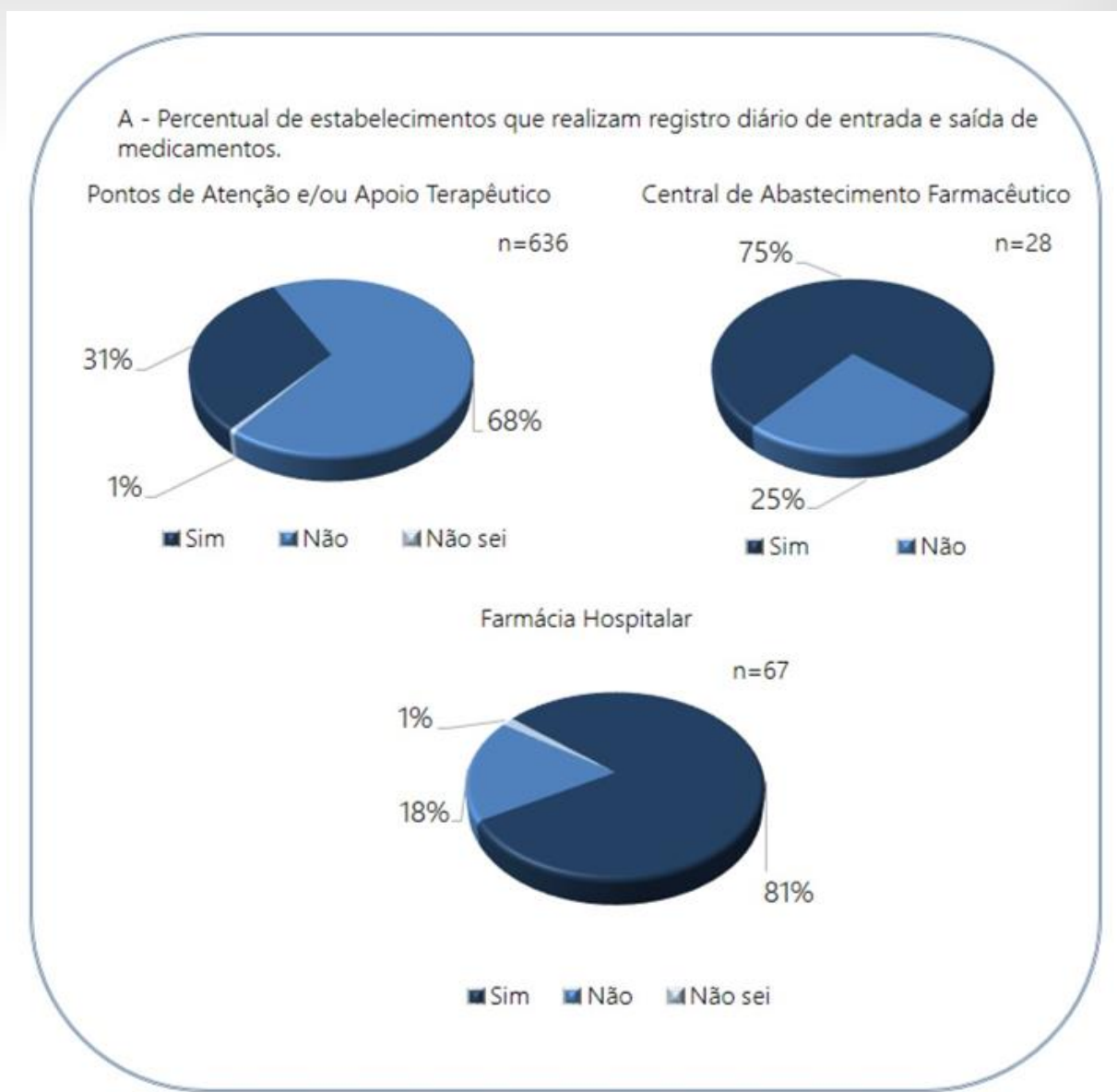


Figura 3. Controle e programação de medicamentos: registro de entrada e saída nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualISUS-Rede AF, 2014.

Nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico visitados apenas 31% afirmaram realizar registro diário de entrada e saída de medicamentos, sendo que destes, 49% fazem através de ficha de prateleira, 29% manual e 19% sistema informatizado, sendo o mais utilizado o sistema Hórus (11%). Enquanto nas farmácias hospitalares, 46% fazem através de sistema informatizado, 16% ficha de prateleira e 15% planilha de Excel (Figura 33A).

Nas Centrais de Abastecimento as formas mais utilizadas para realizar o registro citadas foram: sistema HÓRUS (43%) e planilha em Excel (33%) conforme Figura 33A.

A - Percentual das formas de registro de entrada e saída de medicamentos nos estabelecimentos.

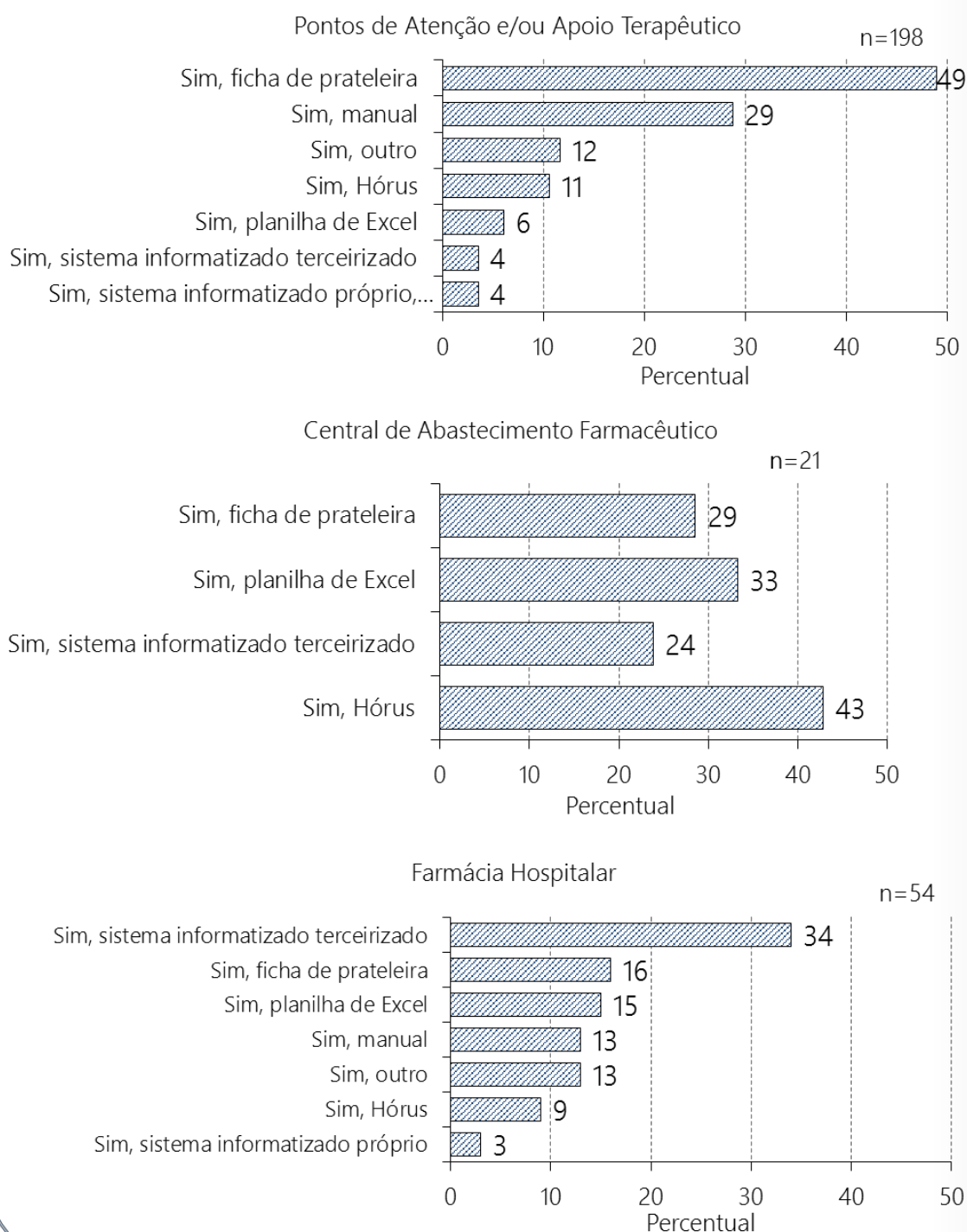


Figura 33. Controle e programação de medicamentos: as formas de registro de entrada e saída de medicamentos nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Quanto à prática de realização do inventário para medicamentos de controle especial nos Pontos de Atenção, observou-se que 26% dos estabelecimentos visitados armazenam medicamentos Sujeitos a Controle Especial (SCE), sendo que 4% não fazem inventário e 80% fazem mensalmente (Figura 34A e 34B).

Enquanto nas CAF, 72% dos estabelecimentos visitados armazenam medicamentos SCE, sendo que 4% não fazem inventário e 37% fazem anualmente (Figuras 34A e 34B).

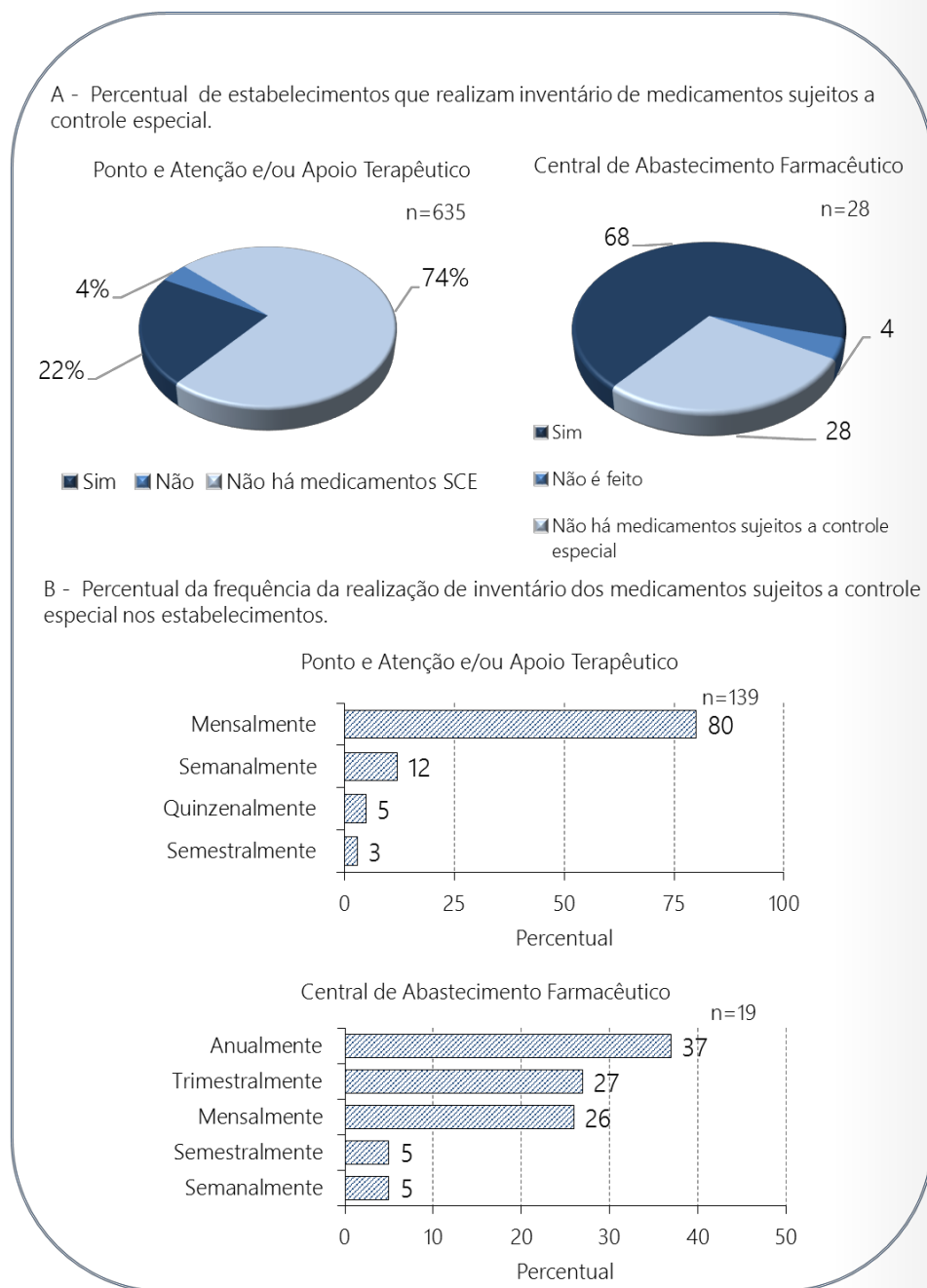


Figura 44. Controle e programação de medicamentos: realização e frequência de inventários de medicamentos sujeitos a controle especial nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

O inventário dos demais medicamentos é realizado em 84% dos pontos de atenção visitados com frequência mensal de 85% (Figura 35A e 35B). O grande percentual que afirmam realizar este processo, o faz para obter dados da posição de estoque para a elaboração do seu pedido mensal, mais não para conferência da conformidade com a quantidade registrada, pois 68% não possuem este controle (Figura 35A).

Em 93% das Centrais de Abastecimento farmacêutico que realizam inventário, sendo que 45% fazem anualmente (Figuras 35A e 35B).

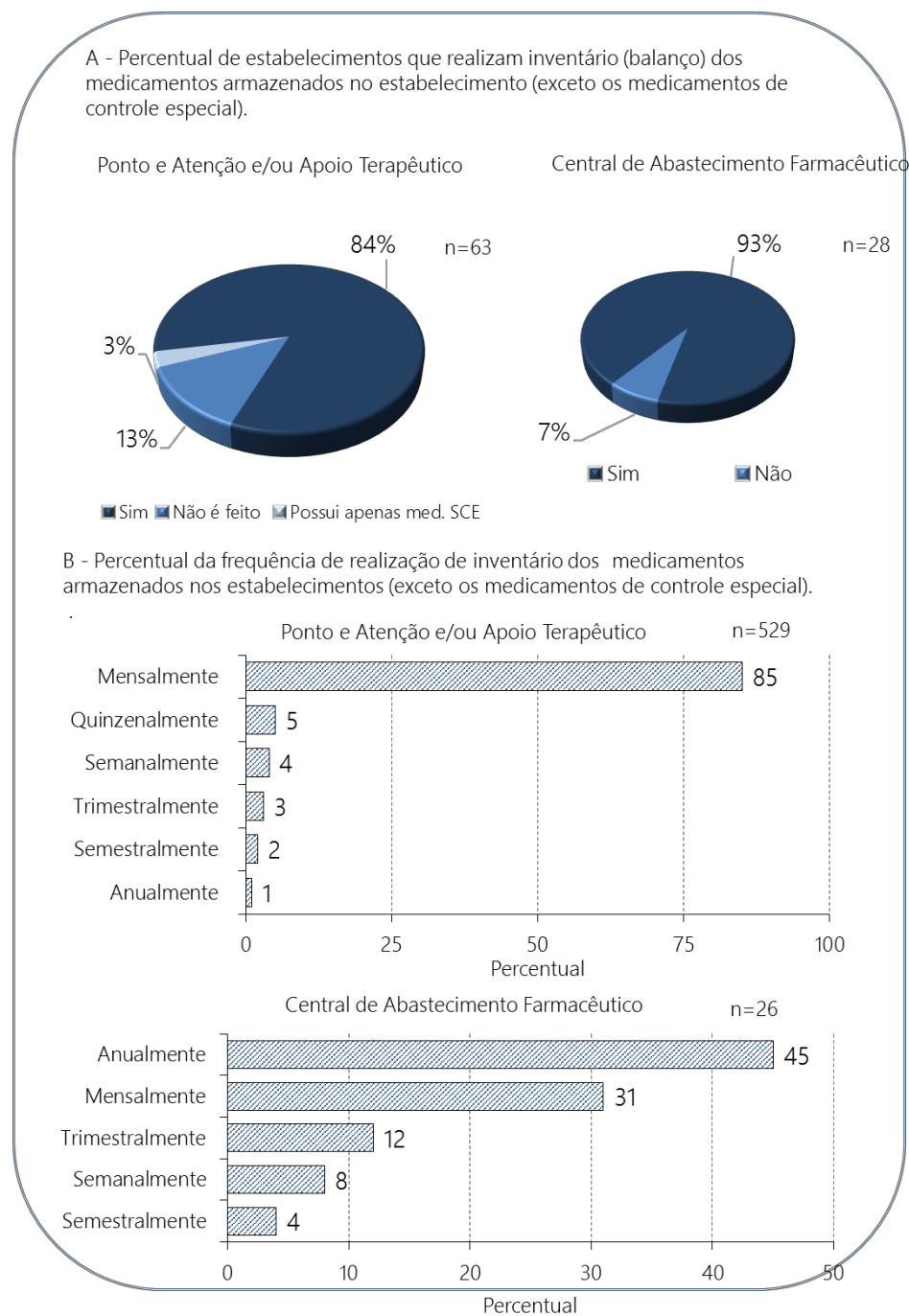


Figura 35. Controle e programação de medicamentos: realização e frequência de inventários de medicamentos (exceto os medicamentos de controle especial) nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

No que diz respeito aos critérios utilizados no último ano na programação para aquisição de medicamentos, foi mais citado o consumo médio com 89%, de acordo com os responsáveis pela Assistência Farmacêutica (Figura 36A).

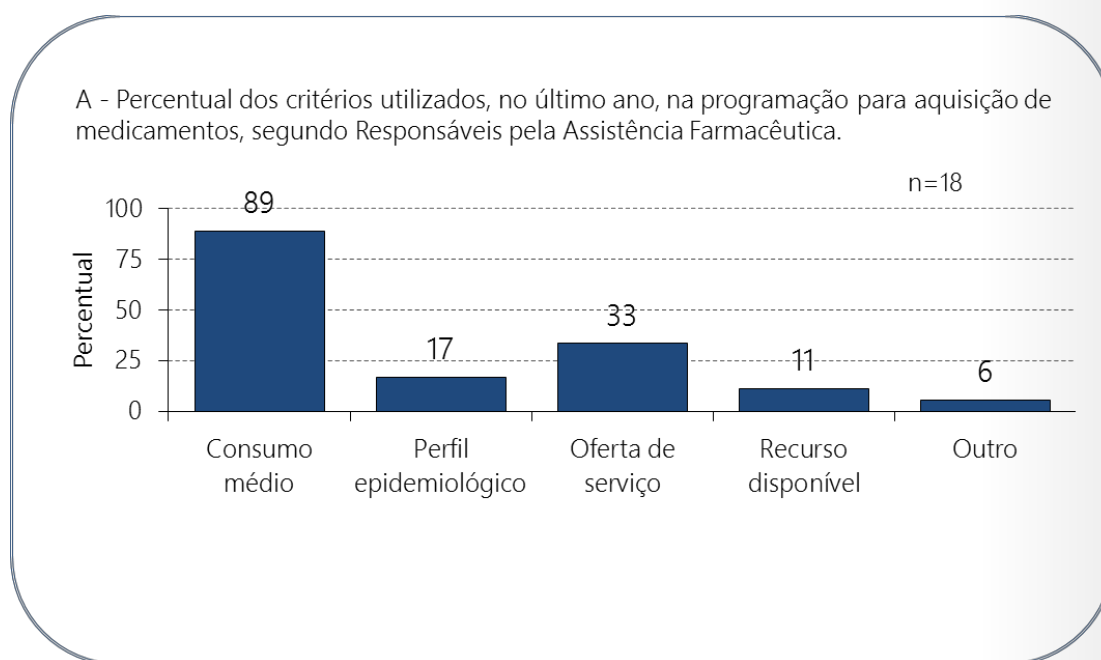


Figura 36. Controle e programação de medicamentos: critérios utilizados na programação. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Na observação direta, verificou nas unidades básicas de saúde que na sua grande totalidade efetuam o registro de saída de medicamentos contendo as seguintes informações: nome do paciente, endereço, data, medicamento, quantidade e assinatura do recebedor, porém, estas informações não são consolidadas posteriormente para servir de dado real do consumo do medicamento diário para subsidiar a programação de ressurgimento mensal do estabelecimento. Este registro apenas é utilizado pelos profissionais da ESF para confirmar, caso necessário, o recebimento do medicamento pelos pacientes, principalmente os medicamentos relacionados ao Programa do Hiperdia, e não com a finalidade de controle de estoque.

Na Região em estudo, nas CAF e farmácia hospitalar a sistemática de registro de informações que subsidiem uma programação de medicamentos adequada às reais necessidades da assistência, tais como realização de registros de entrada e saída e inventários periódicos encontram-se melhor estabelecidas, o que não foi observado na maioria dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico que sequer realizavam registro.

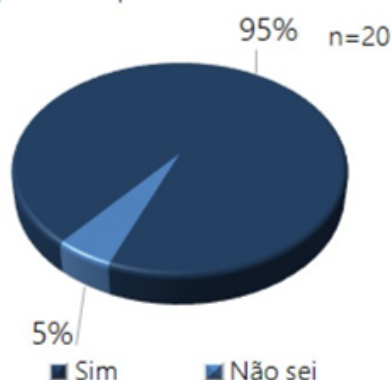
Aquisição de medicamentos

O processo de aquisição de medicamentos consiste num conjunto de procedimentos, devendo ser permanentemente qualificado, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades), técnicos (cumprimento das especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado), estabelecidos pela programação, para garantia da disponibilidade dos mesmos, em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade e manter a regularidade do suprimento das unidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006 e 2007; SANTOS, 2014).

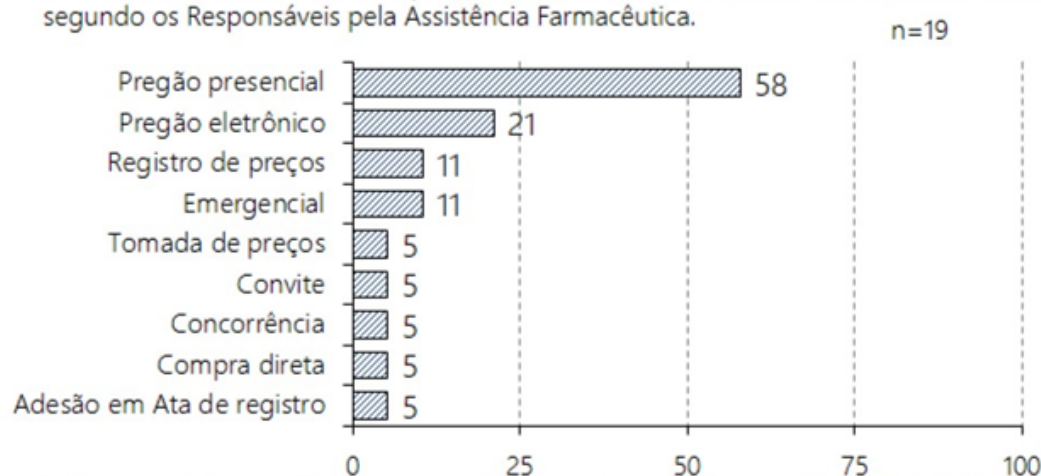
De acordo com as informações dos responsáveis pela AF entrevistados, 95% afirmaram que possuem Comissão Permanente de Licitação (Figura 37A). Dentre estes, 58% informaram que utilizam o Pregão Presencial para compra de medicamentos básicos no município, e informaram também a Tomada de Preço e a Carta Convite com 5% cada modalidade. (Figura 37B).

Quanto à participação na elaboração do Termo de Referência (TR) para a aquisição de medicamentos, 70% dos responsáveis pela AF responderam que o farmacêutico participa e 20% relatam que o farmacêutico não emite parecer técnico no processo licitatório para a aquisição de medicamentos (Figura 37C).

A - Percentual de municípios em que existe uma Comissão Permanente de Licitação, segundo os Responsáveis pela Assistência Farmacêutica.



B - Percentual das formas de aquisição de medicamentos básicos utilizadas no último ano, segundo os Responsáveis pela Assistência Farmacêutica.



C - Percentual de municípios em que o farmacêutico participa na elaboração do Termo de Referência (TR) e na emissão de Parecer Técnico (PT) nos processos licitatórios para aquisição de medicamentos.

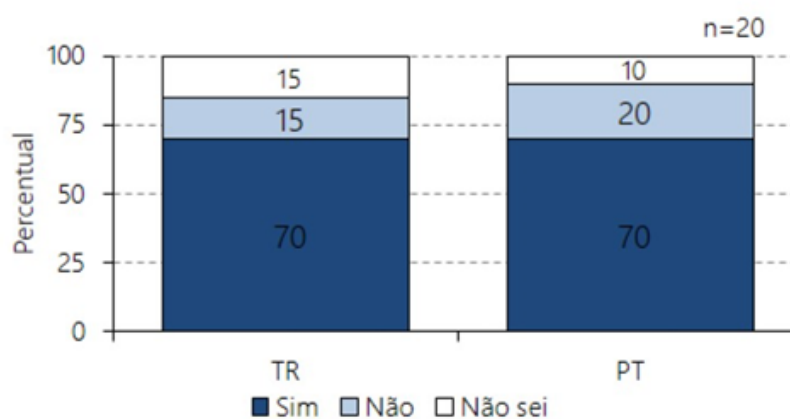


Figura 37. Aquisição de medicamentos: existência de comissão permanente de licitação (CPL), formas de aquisição de medicamentos básicos; participação do farmacêutico na TR e emissão de PT. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014. Legenda: termo de referência (TR) e parecer técnico (PT).

No que diz respeito à organização do município na modalidade de consórcio para a aquisição de medicamentos nesta região 100% informaram à época que não estão organizados nesta forma. Em referência à utilização das informações disponíveis no Banco de Preços em Saúde, 57% dos entrevistados responderam que utilizam para compra de medicamentos (Figura 38A).

A - Percentual de municípios que utilizam as informações disponíveis no Banco de Preços para orientar o processo de aquisição de medicamentos, de acordo com os Responsáveis pela Assistência Farmacêutica.

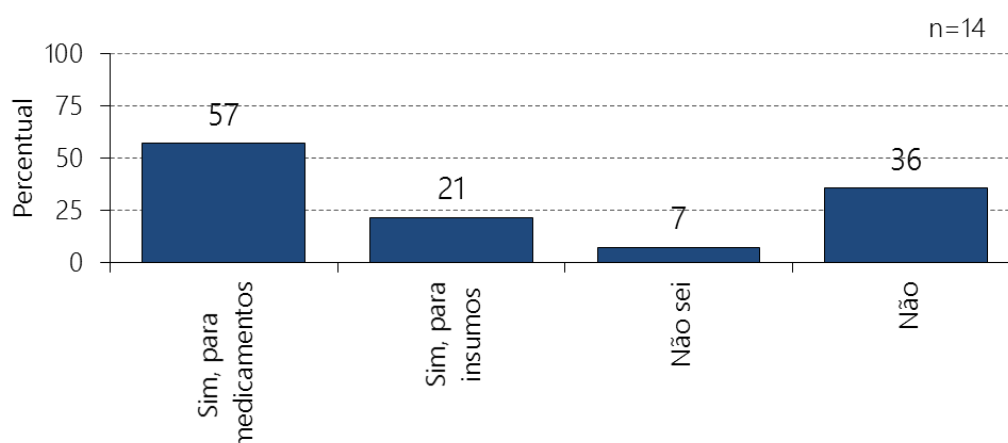


Figura 38. Aquisição de medicamentos: Banco de Preço. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Os processos de aquisição de medicamentos básicos na região vêm ocorrendo, na sua maioria, por processos licitatórios, porém observa-se que existe municípios cuja elaboração do termo de referência e o parecer técnico está a cargo de outros profissionais ou sem realização.

Chama atenção o elevado percentual de municípios que estão utilizando o Banco de Preços em Saúde para orientar o seu processo de aquisição de medicamentos e ou insumos na RMR.

Abastecimento e distribuição de medicamentos

A atividade de distribuição de medicamentos se caracteriza pelo suprimento de medicamentos às unidades de saúde, conforme as necessidades dos solicitantes, em quantidade, qualidade e tempo oportuno. Deve garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência, no controle e informação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Na região em estudo, 83% dos pontos de atenção visitados afirmaram da existência de um cronograma de envio do pedido para abastecimento, porém, foi relatado pela maioria dos entrevistados que não existia o período das entregas normatizado, portanto, sabiam o dia que deveriam elaborar o pedido, mas não tinham conhecimento do dia preciso do recebimento dos medicamentos no estabelecimento. O que chama a atenção é que em 15% dos pontos visitados não existia um cronograma definido nem para envio de pedido e ou entrega (Figura 39A).

Em relação a regularidade do desabastecimento de medicamentos nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, bem como na CAF a opção de frequência “às vezes” foi a mais citadas em ambos os estabelecimentos, no entanto, nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico e CAF (21% e 32%) o desabastecimento de medicamento ocorre “sempre” (Figura 39B).

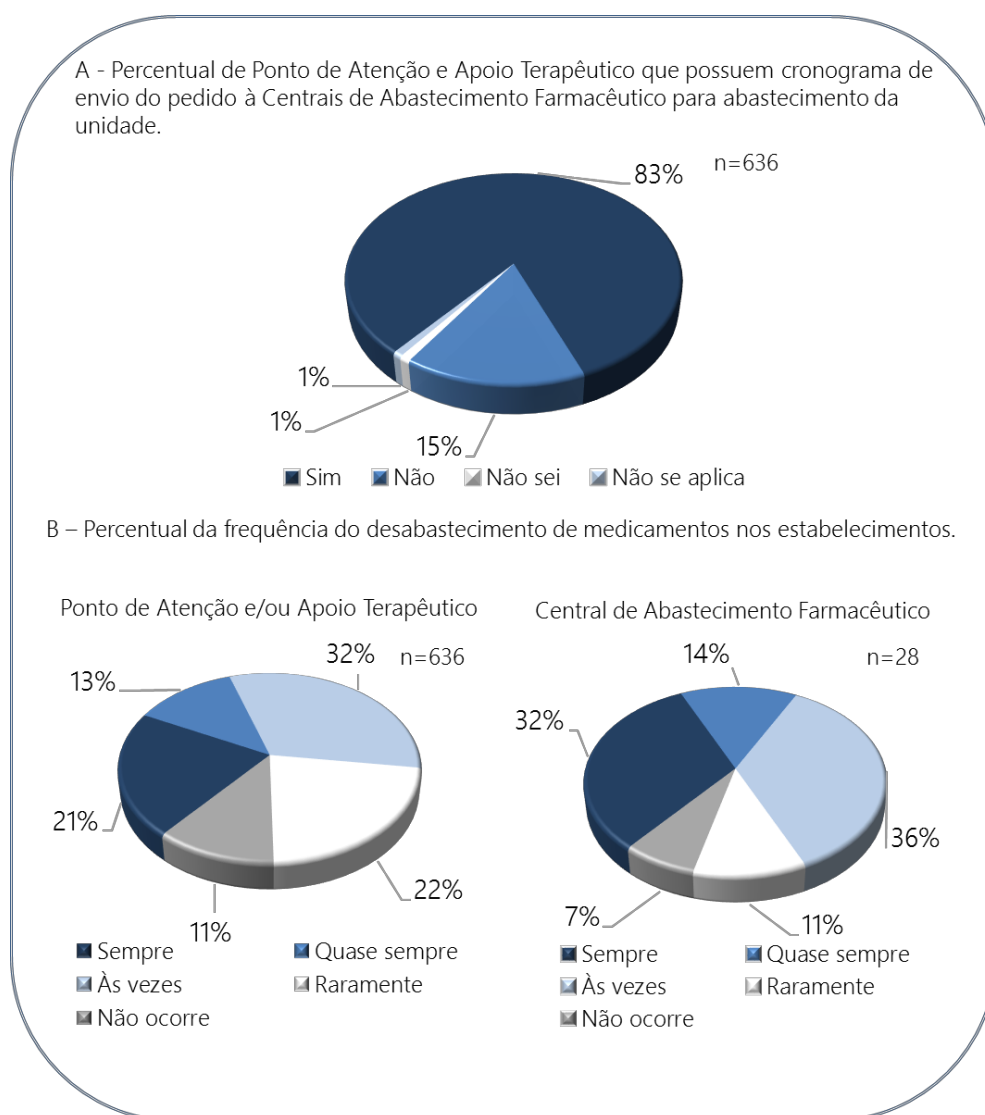


Figura 39. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: cronograma de envio de pedido e frequência de desabastecimento. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Em relação às possíveis causas do desabastecimento de medicamentos no estabelecimento, nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico como nas CAF os mais citados foram “atraso na entrega do distribuidor/fornecedor” e “outros” (Figura 40A).

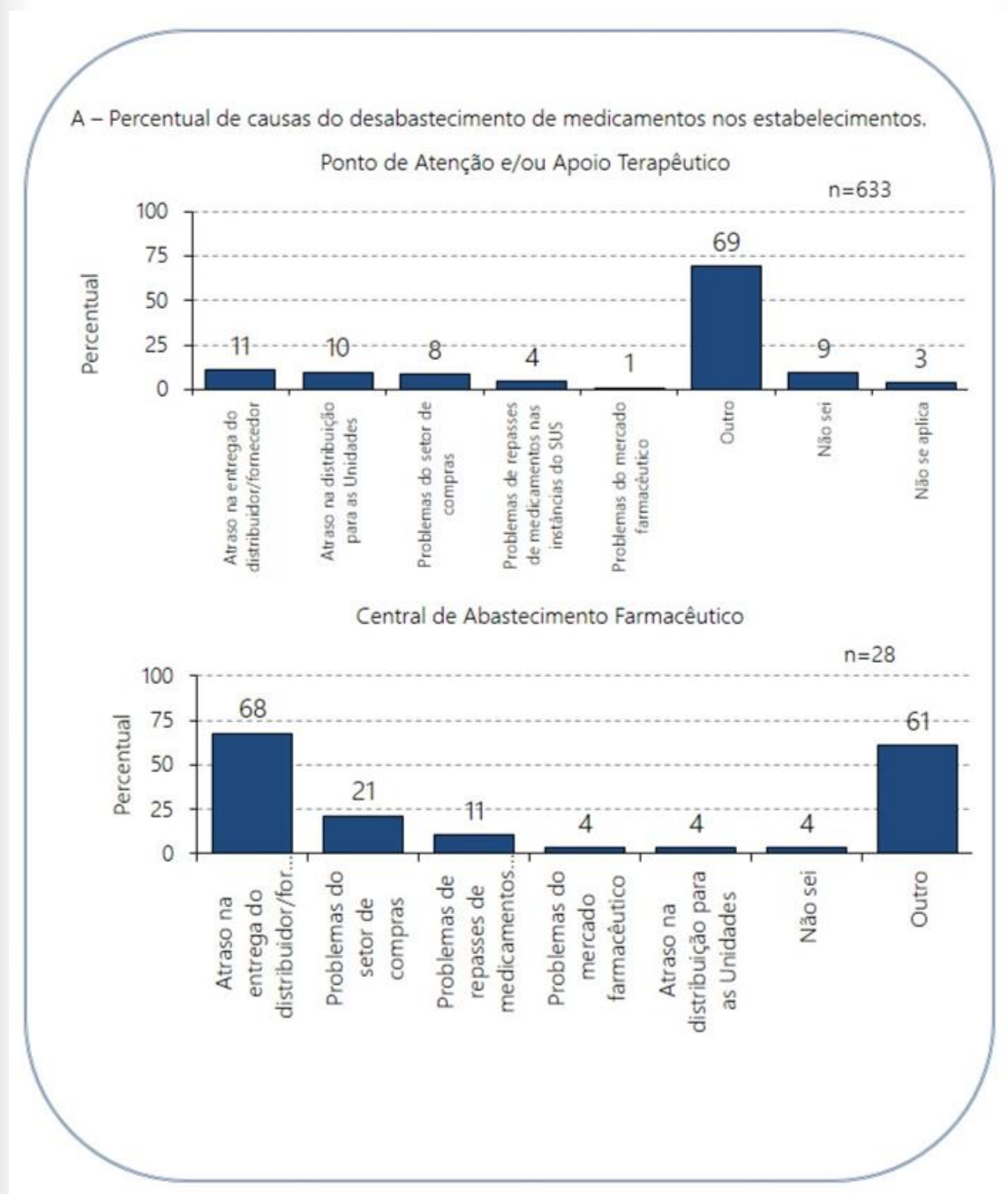


Figura 50. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: causas de desabastecimento nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Dos 69% dos entrevistados que relataram outros problemas relacionados ao desabastecimento no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, o mais citado foi a própria falta na CAF (51%), seguido da demanda de atendimento da unidade ser maior do que a oferta de medicamentos disponíveis (15%), problemas relacionados ao processo licitatório (12%), além de outros como podem ser visualizados na (Figura 41A). E das 61% CAF que relataram como opção “outros problemas relacionados ao desabastecimento”, o mais citado foi atraso no processo licitatório (79%) conforme Figura 41A.

A – Percentual de outras causas do desabastecimento de medicamentos nos estabelecimentos.

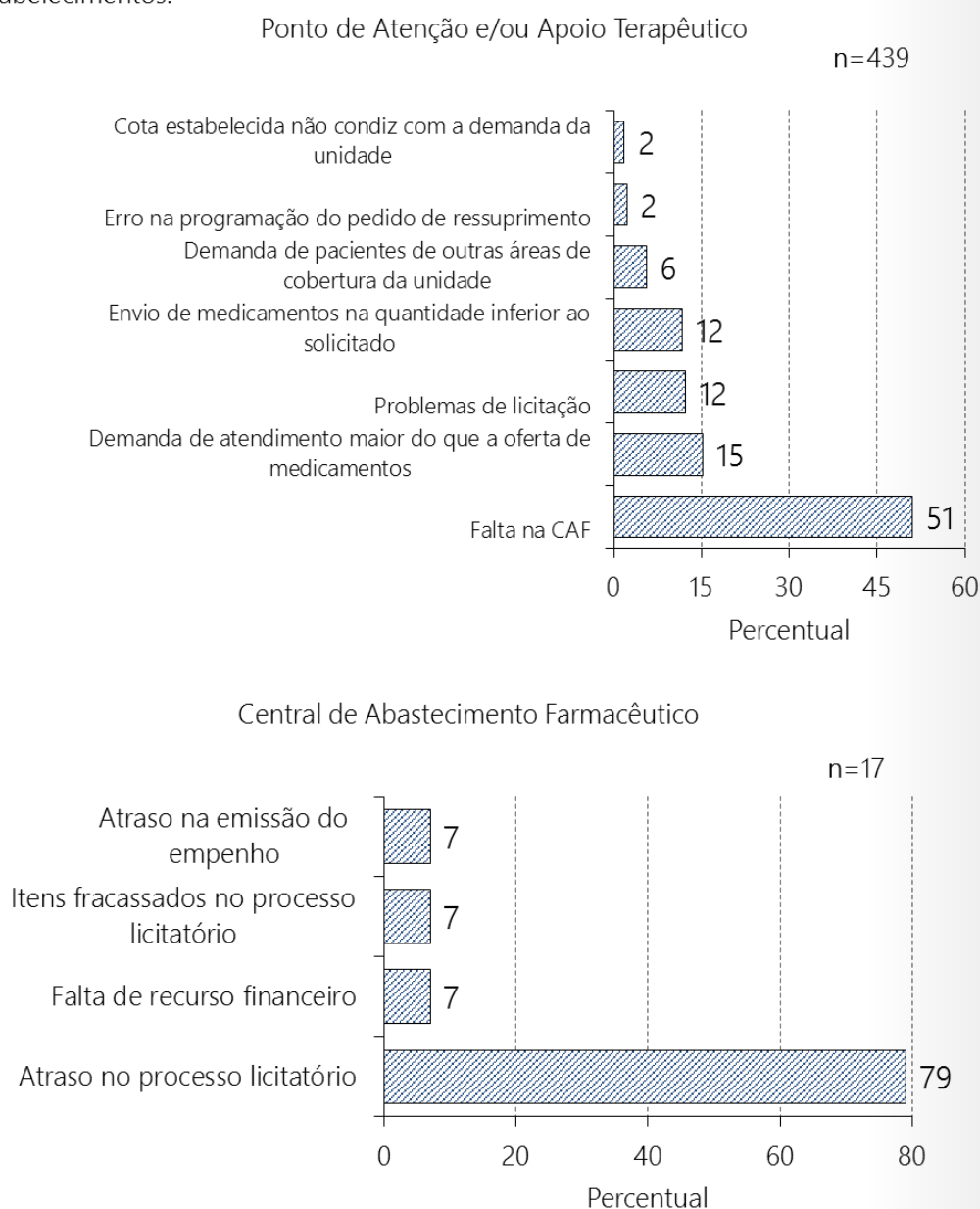


Figura 61. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos causas de desabastecimento. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Verificou-se ainda, que quando há excesso de medicamentos no estoque, os Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico buscam soluções no próprio município, sendo a **“devolução à CAF”** (41%) e a **“redistribuição para outras unidades”** (18%), os procedimentos mais frequentes. Das medidas mais adotadas pelas CAF destacam-se as **“trocas com outras instituições do município”** (46%) e as **“doações”** (36%), bem como a realização de **“redistribuição para outras unidades”** com 21% (Figura 42A).

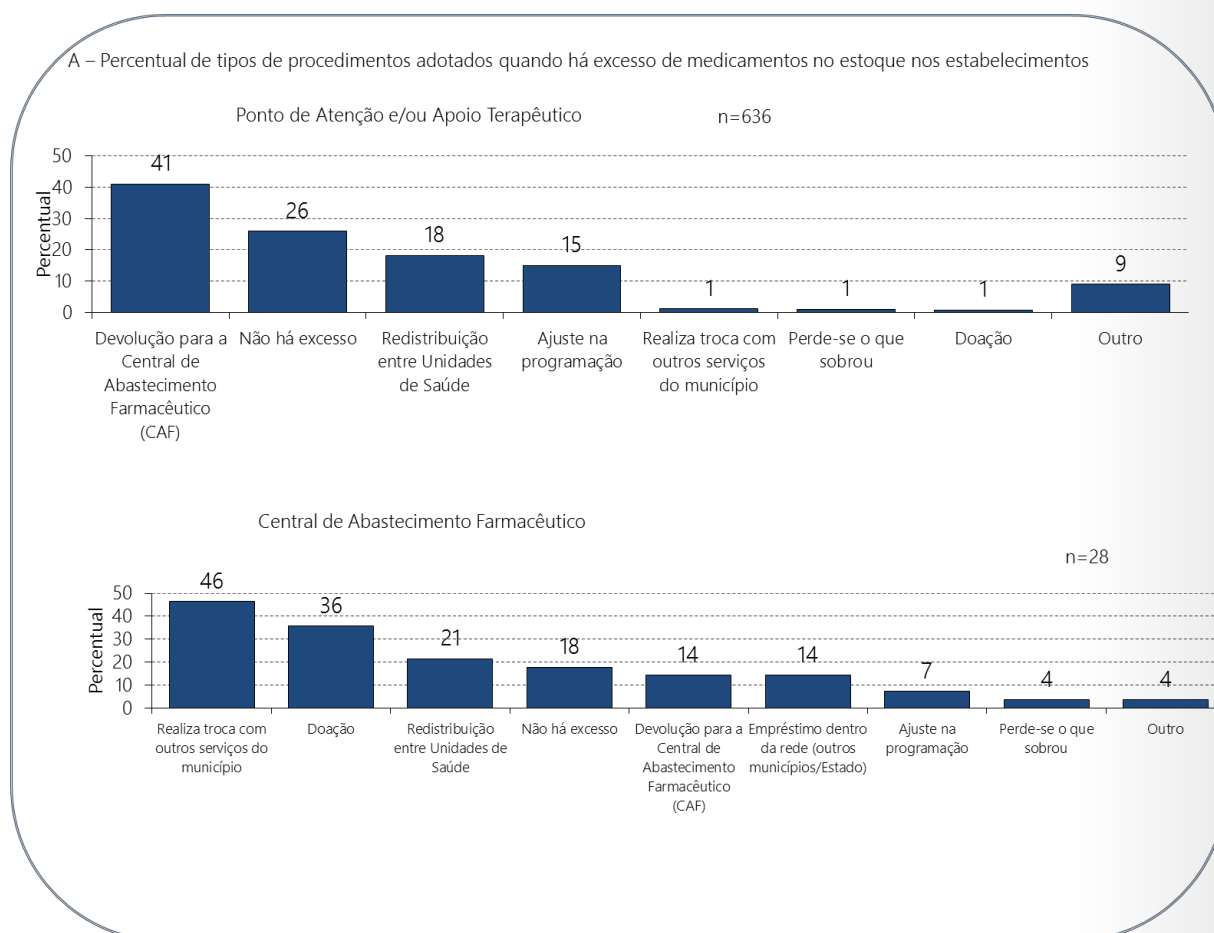


Figura 42. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: procedimentos quando há excesso de medicamentos referidas nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Tanto os responsáveis pela AF como no Ponto de Atenção afirmam que existem serviços de entrega de medicamentos em casa, no entanto 34% no Ponto de Atenção é por programa não formalizado no município, informação confirmada por 15% dos responsáveis pela AF (Figura 43A).

A – Percentual de realização de entrega de medicamentos em casa pelos Pontos de Atenção e/ou Apoio terapêutico e de acordo com os responsáveis pela AF

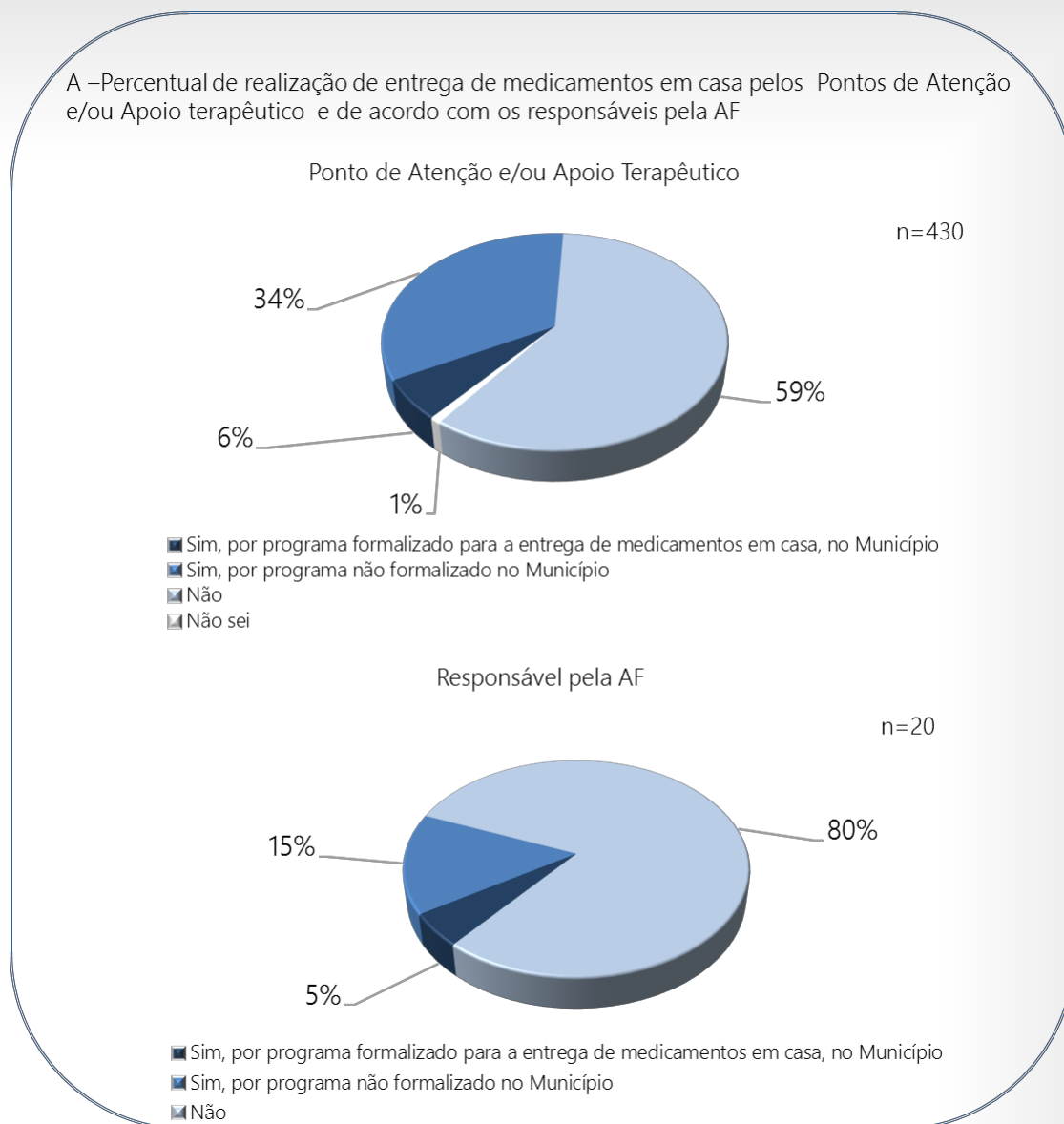


Figura 43. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: entrega em domicílio.
Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

A distribuição de medicamentos das CAF para os Pontos de Atenção é feita com maior frequência em “kombi” (57%), seguida com (29%) de “carros utilitários tipo baú” e (25%) “carros de passeio” (Figura

44A), sendo considerada suficiente por 64% dos Responsáveis pela CAF (Figura 44B).

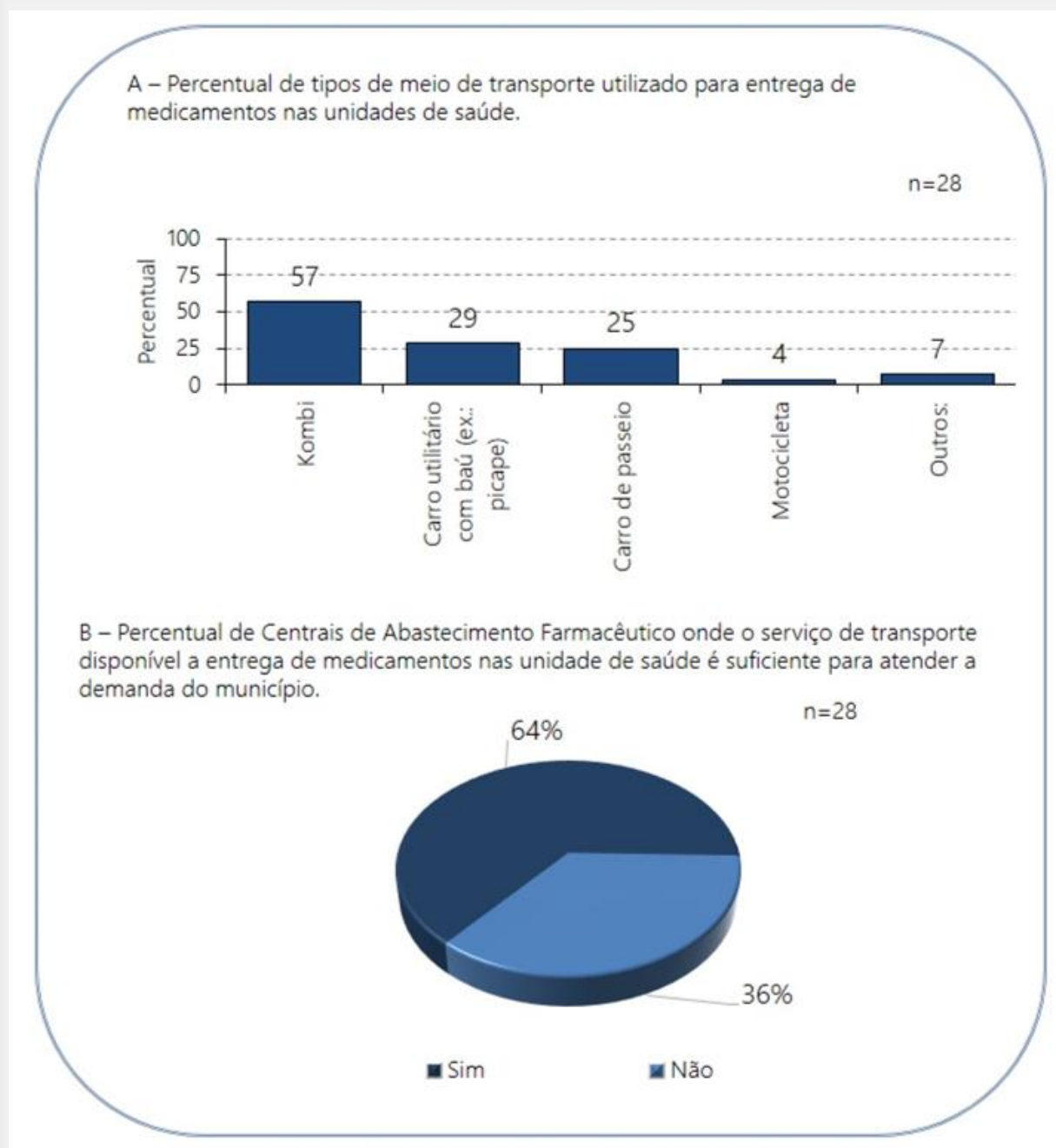


Figura 44. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: meio de transporte utilizado e se o mesmo é suficiente. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

O sistema de distribuição de medicamentos mais utilizado na farmácia hospitalar da RMR é o “misto/combinação” (51%), seguida em (38%) do “coletivo”. Apenas (2%) utilizam o sistema de “dose unitária” (Figura 45 A).

A – Percentual de tipos de sistema de distribuição de medicamentos utilizados pelas farmácias hospitalares.

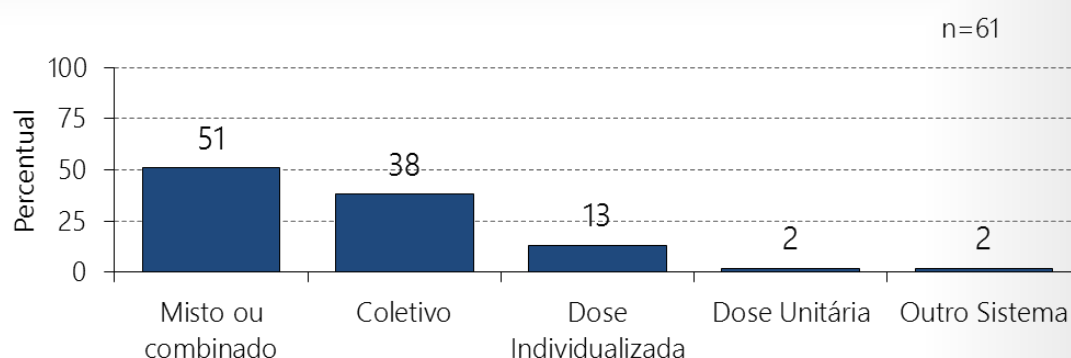


Figura 45. Abastecimento e distribuição de medicamentos nos estabelecimentos: tipos de distribuição na farmácia hospitalar. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Quanto ao abastecimento e distribuição de medicamentos na região observa-se faltas com frequências variadas, sendo os principais motivos apontados de ordem interna, ou seja, inerente à assistência farmacêutica e a gestão municipal diretamente. Importante ressaltar a capacidade de identificação dos problemas para buscar as soluções viáveis. No tocante a normatização do período de abastecimento e distribuição a maioria dos entrevistados da região afirmam dispor de cronograma, entretanto, o mesmo não atende satisfatoriamente, pois a informação é limitada a data do envio do pedido para abastecimento não abrangendo o período das entregas. Chama a atenção que 15% dos estabelecimentos não tinham conhecimento de cronograma, ou seja, não sabiam o dia que deveria fazer o pedido para ressuprimento e o dia do abastecimento da unidade.

Em relação ao transporte 36% dos municípios da região relataram ser insuficiente, levando a problemas no atraso da distribuição dos medicamentos aos estabelecimentos de saúde.

No tocante ao sistema de distribuição adotado pelas farmácias hospitalares da região, chama atenção o baixo percentual de estabelecimentos que utilizam a dose unitária.

Aspectos relacionados a cuidado farmacêutico

Suficiência e capacitação dos profissionais para o exercício do cuidado farmacêutico.

Nos últimos 40 anos a Farmácia, como prática profissional, tem vividos grandes mudanças, tornando-se cada vez mais envolvida na otimização do uso de medicamentos e evoluindo para uma prática mais orientada ao paciente (ACÚRCIO, 2013). Na Atenção Básica à Saúde o avanço dos serviços farmacêuticos deve ter origem em um novo desenho do processo de trabalho dos farmacêuticos, de modo a aprimorar atividades já existentes e a implantar novas atividades, ligada à clínica farmacêutica e às ações técnico-pedagógicas, com a consolidação de ações dedicadas ao uso racional de medicamentos. A inserção de novas práticas, através do profissional farmacêutico, cria novos indicadores úteis aos gestores e aos profissionais de saúde, não apenas direcionado ao acesso aos medicamentos, mas também aos resultados de saúde obtidos a partir deles, gerando melhorias efetiva na qualidade de vida dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

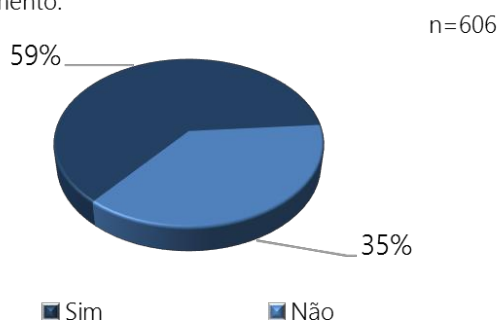
O atual panorama trazido pelos dados desta pesquisa em relação ao acesso aos serviços farmacêuticos nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, revela que 87% dos estabelecimentos da RMR não contam com a atuação do profissional farmacêutico (Figura 46A).

Na ausência do profissional farmacêutico no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico foi perguntado se existia algum farmacêutico na rede que servia de referência para apoio às unidades, 59% relataram que sim, sendo o mais citado o farmacêutico da coordenação municipal (21%), seguidos do farmacêutico da farmácia regional/distrital (18%), do NASF e de outra unidade com (9%), conforme a figura 46B e 46C.

A – Percentual de Ponto de Atenção/Apoio Terapêutico que possuem farmacêutico atuando no estabelecimento.



B – Percentual de Ponto de Atenção/Apoio Terapêutico que possuem farmacêutico de referência para o estabelecimento.



C – Percentual de tipo de origem do farmacêutico referência no Ponto de Atenção/Apoio Terapêutico.

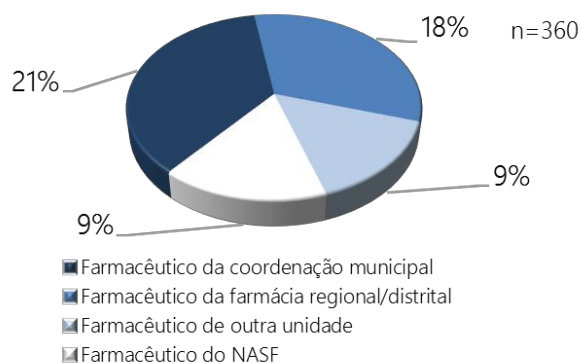


Figura 46. Suficiência e capacitação dos profissionais para o exercício do cuidado farmacêutico: farmacêutico na unidade, farmacêutico de referência e sua origem. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Quanto a presença de farmacêuticos na equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, 16% dos responsáveis pelo Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico afirmaram que existe e 34% informou que não se aplicavam, devido à inexistência de apoio da equipe do NASF no ponto visitado (Figura 47A).

Em relação a capacitações para o uso racional de medicamentos (URM) em 87% dos Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico o farmacêutico não realizou nenhum treinamento para os profissionais das equipes de saúde (Figura 47B).

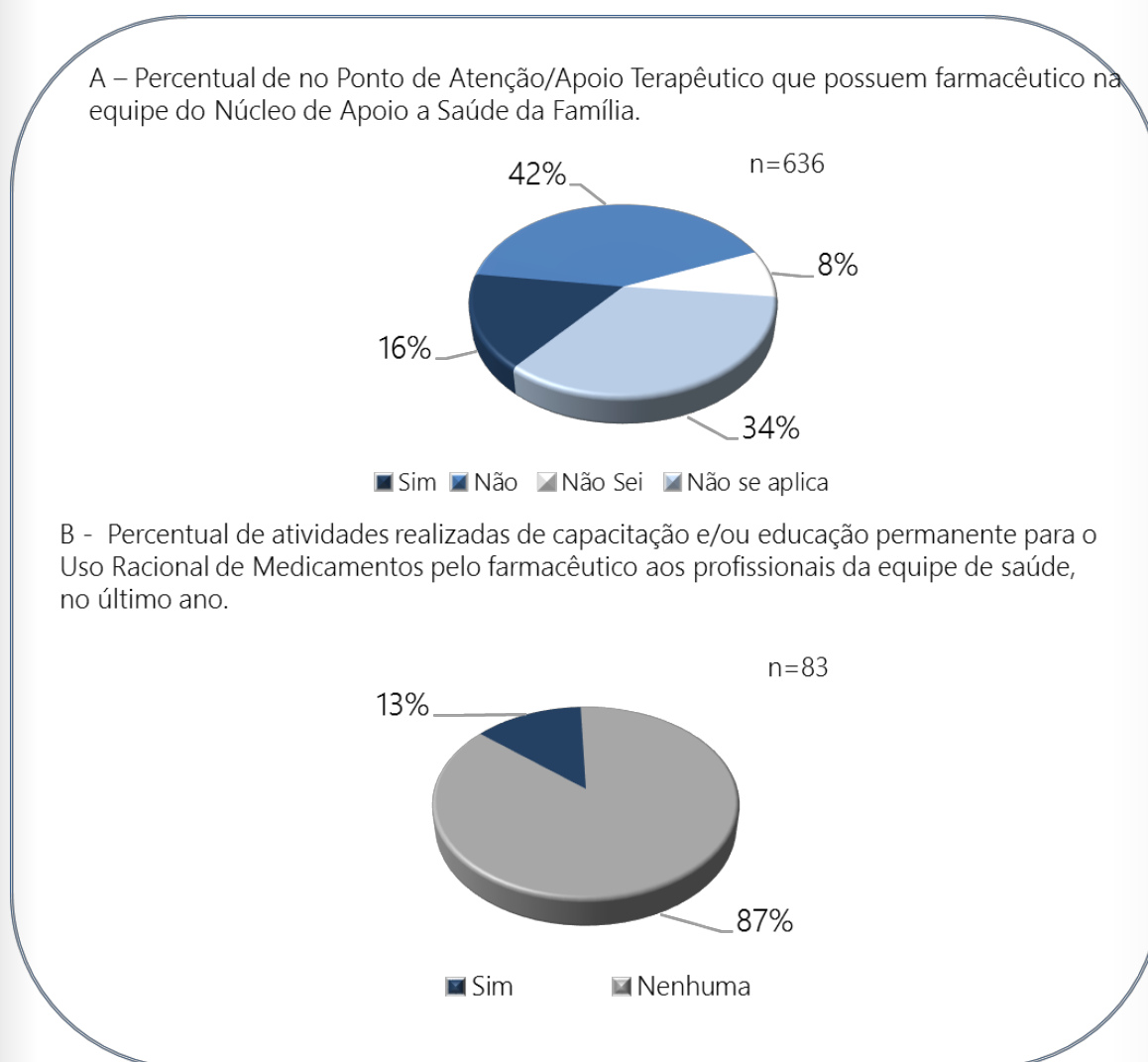


Figura 77. Suficiência de profissionais para o exercício do cuidado farmacêutico nos estabelecimentos: Farmacêutico no NASF e capacitações e/ou educação permanente para o uso racional de medicamentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Na maioria dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico foi informado que os profissionais de saúde não receberam capacitação sobre o URM pelo farmacêutico.

Observa-se baixa presença do farmacêutico nas equipes do NASF e nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico existentes na região. A sua presença gera benefícios aos profissionais da equipe e aos usuários, pelo apoio e oferta dos serviços farmacêuticos, principalmente as atividades técnico-assistenciais e pedagógicas.

Ações desenvolvidas na prática do Cuidado Farmacêutico: atividades de educação em saúde e uso racional de medicamentos

A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde. Dentre os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais inclui-se educação em saúde que “está diretamente relacionada com a promoção do uso racional dos medicamentos para efetiva resolubilidade da atenção à saúde” e tem como papel central ações de prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Além disso, destaca-se a elaboração de material informativo como uma das estratégias utilizadas para realização das atividades de educação em saúde.

Nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico 63% dos profissionais informaram que os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde realizam atividades em grupo com os usuários para falar sobre o uso racional de medicamentos (Figura 48A), sendo realizada por enfermeiros (90%), médicos (55%) e farmacêuticos, este último em menor percentual, totalizando 11% (Figura 48B).

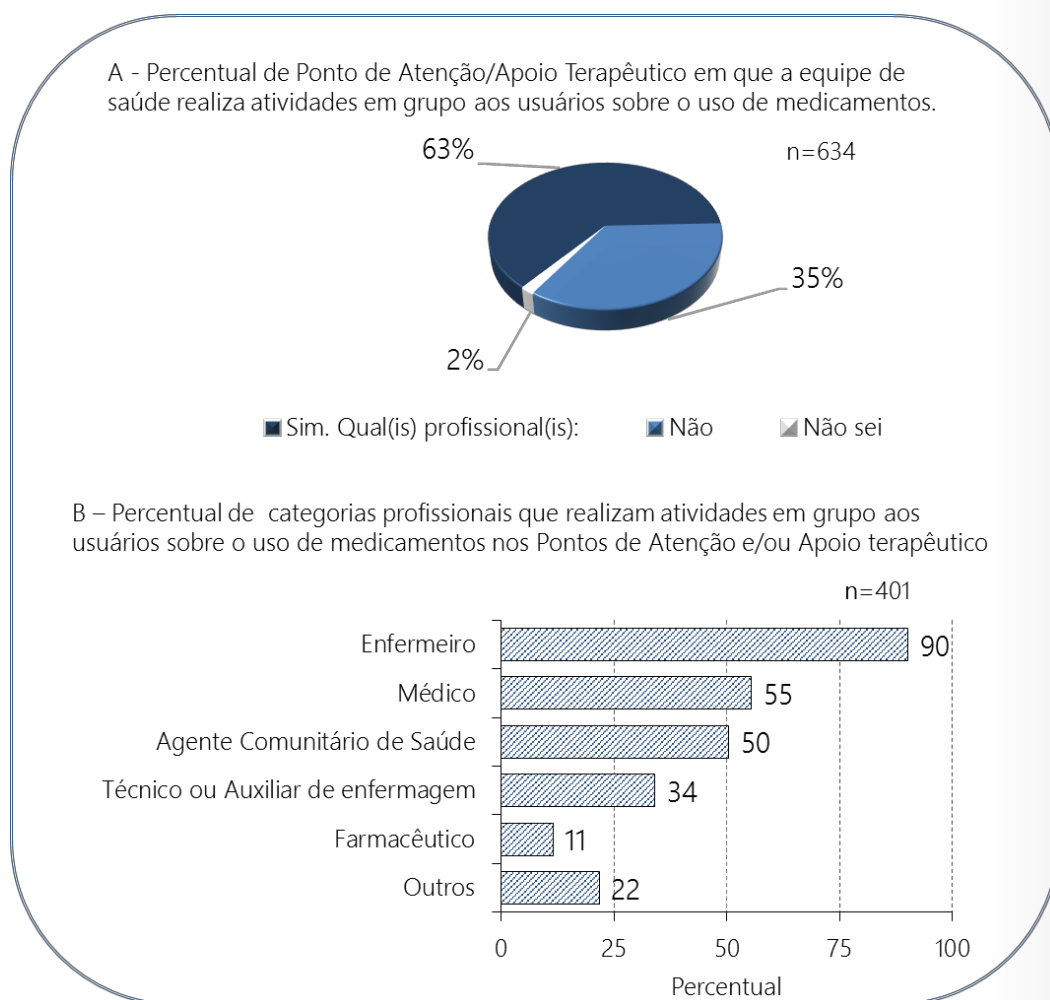


Figura 48. Educação em saúde nos estabelecimentos: atividades em grupo aos usuários sobre o uso de medicamentos realizadas pelos profissionais da equipe e quais profissionais realizam. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

A respeito das atividades de educação em saúde que aborde o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, 75% dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico informou que a equipe de saúde não realiza essas atividades. Resultado bem similar foi identificado para os responsáveis pela AF onde 70% informou que não realiza atividades de educação em saúde sobre esse tema (Figura 49A).

Dos 21% que afirmou realizar no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico atividades de educação em saúde abordando o tema “uso de plantas medicinais e fitoterápicos”, estas são realizadas com mais frequência por enfermeiros (60%), Médicos e Agentes Comunitários de Saúde (37%) cada, e os farmacêuticos com menor percentual para ação, totalizando 9% (Figura 49B). Os mesmos relatam que a abordagem principal é acerca de ervas e chás.

Durante as entrevistas foram relatados pelos profissionais que existe um interesse em ampliar e realizar atividades relacionadas ao “uso de plantas medicinais e fitoterápicos”, porém, colocaram como empecilho a falta de conhecimento sobre o assunto.

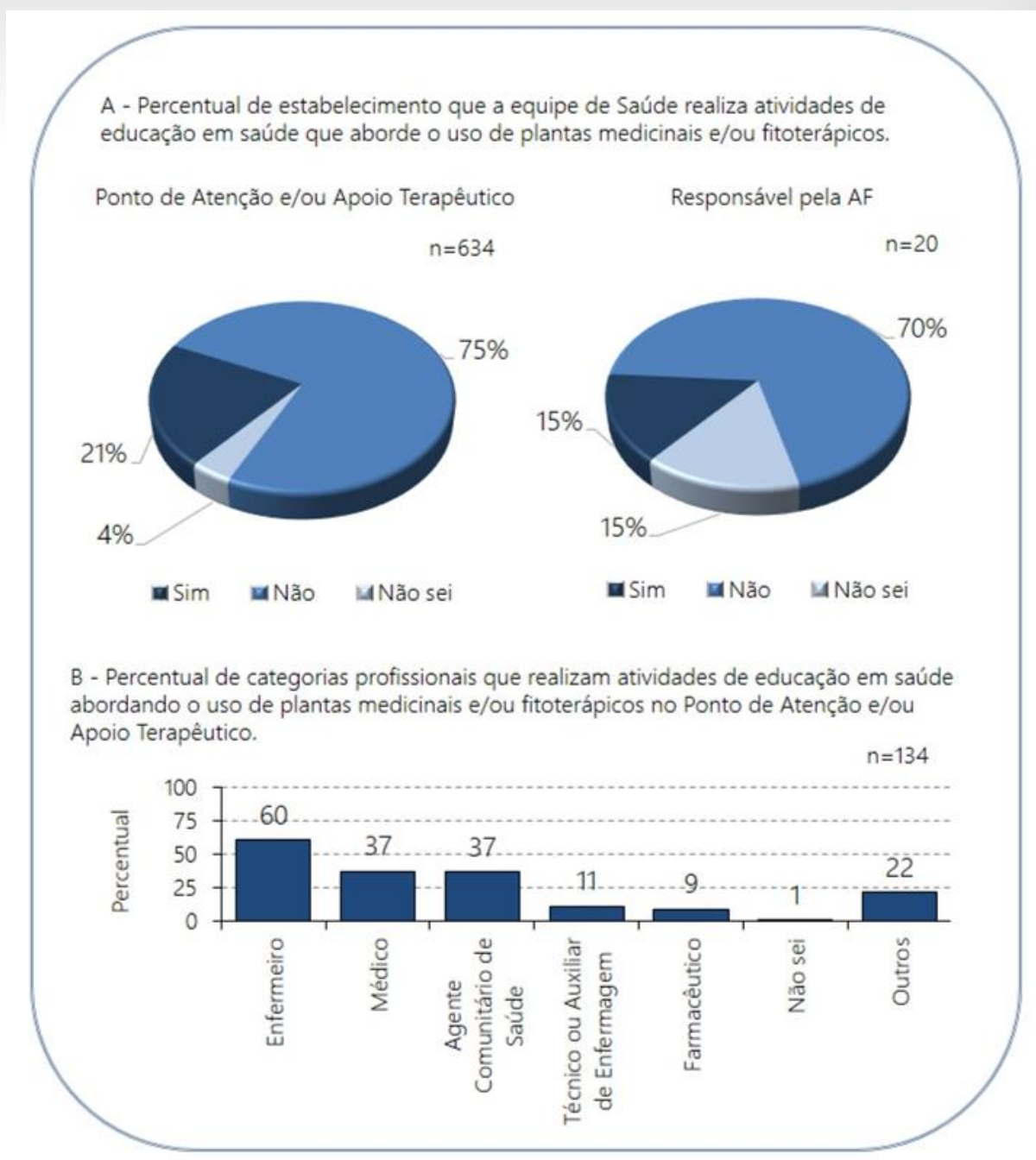


Figura 49. Educação em saúde nos estabelecimentos: atividades sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicos e profissionais que realizam tais atividades. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Sobre a elaboração de informativo pela equipe da AF para o usuário de medicamentos, 70% dos responsáveis pela AF informaram não realizar (Figura 50A). Quando questionamos no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, sobre a existência de material informativo para ser disponibilizado ao usuário no estabelecimento, 93% informou que não dispõem deste material nas unidades (Figura 50B). A figura 50C mostra os temas de material informativo disponibilizado aos usuários nos estabelecimentos de Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico onde os mais citados foram “Elenco da

Farmácia Popular” 29%, seguido de “Uso Racional de Medicamentos” 19% e “Relação de Medicamento” 13%.

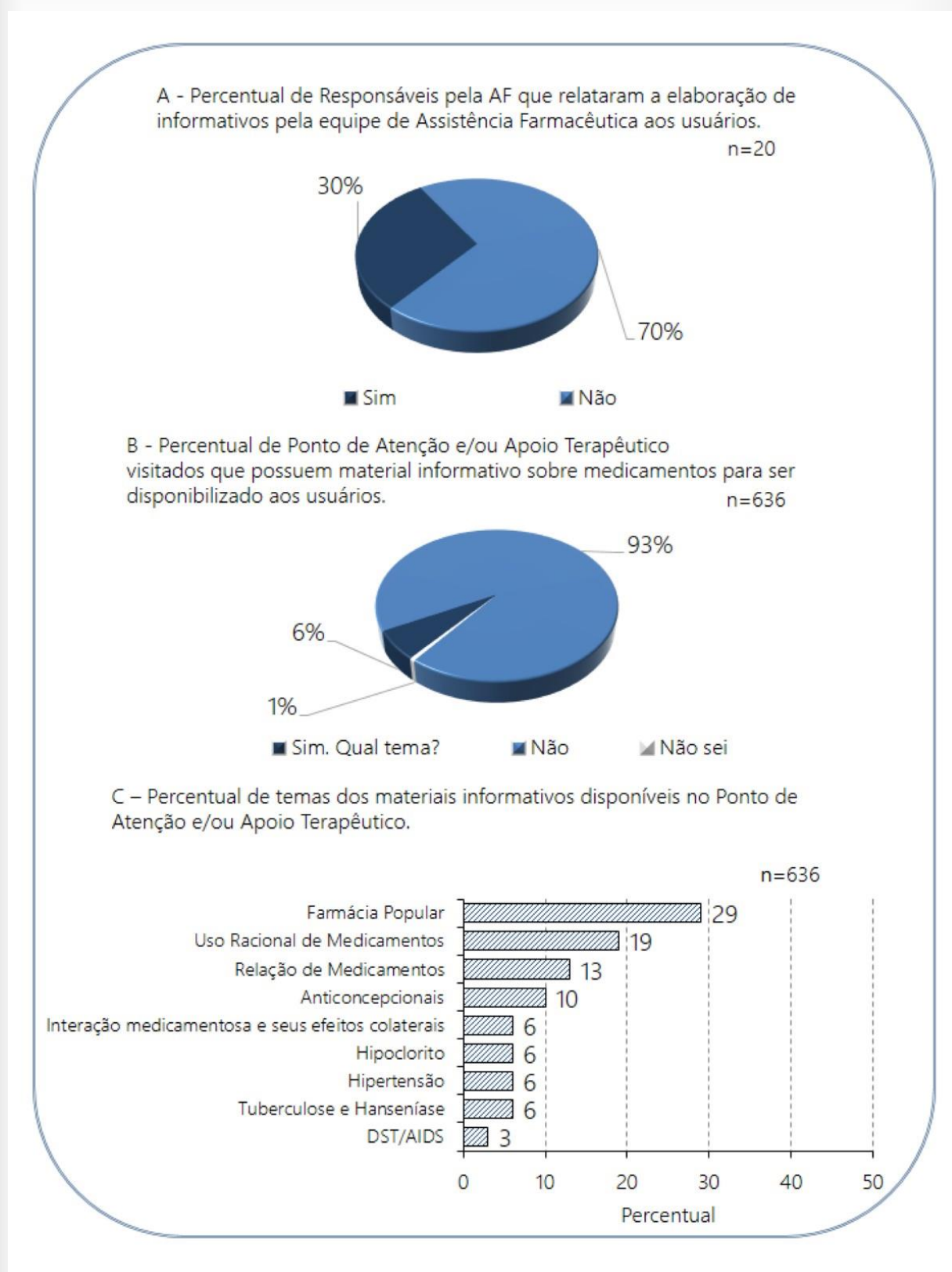


Figura 50. Educação em saúde nos estabelecimentos: elaboração, disponibilização e quais os temas dos informativos disponibilizados aos usuários. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Observa-se que quase a totalidade dos pontos visitados não existia nenhum material informativo elaborado e disponibilizado sobre medicamentos. Esse resultado mostra a deficiência da diretriz do Uso Racional de Medicamentos na Política da AF, no seguimento educação e informação, nos estabelecimentos públicos de saúde da RMR.

Outros profissionais são incluídos como protagonistas na disseminação de ações de fomento ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos e para as atividades em grupo com usuários voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos, tendo destaque à equipe de enfermagem, o médico e o Agentes Comunitários de Saúde, ao contrário a pequena proporção do farmacêutico que pode estar associada à sua baixa presença nas equipes do NASF e estabelecimentos de saúde na região.

Uso Racional de Medicamentos (aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais)

O cuidado farmacêutico na AB e, especialmente, no NASF, diz respeito às ações que envolvem as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico pedagógica. A primeira refere-se ao cuidado farmacêutico e às ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada. Já a segunda refere-se às ações que atendam, mais diretamente, as necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e outras ações compartilhadas. Presume-se que o farmacêutico possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Podemos citar como atividades técnico assistenciais: dispensação, orientação em saúde, discussão de casos, matriciamento, visita domiciliar, seguimento farmacoterapêutico e participação em construção de projeto terapêutico singular.

Em relação à quais atividades técnico-assistenciais que o farmacêutico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF realiza, 77% informaram que realizam Orientação em Saúde, seguida por Grupo Operativo de Educação em Saúde com 61% e a ação menos citada foi Seguimento Farmacoterapêutico com 1% (Figura 51A).

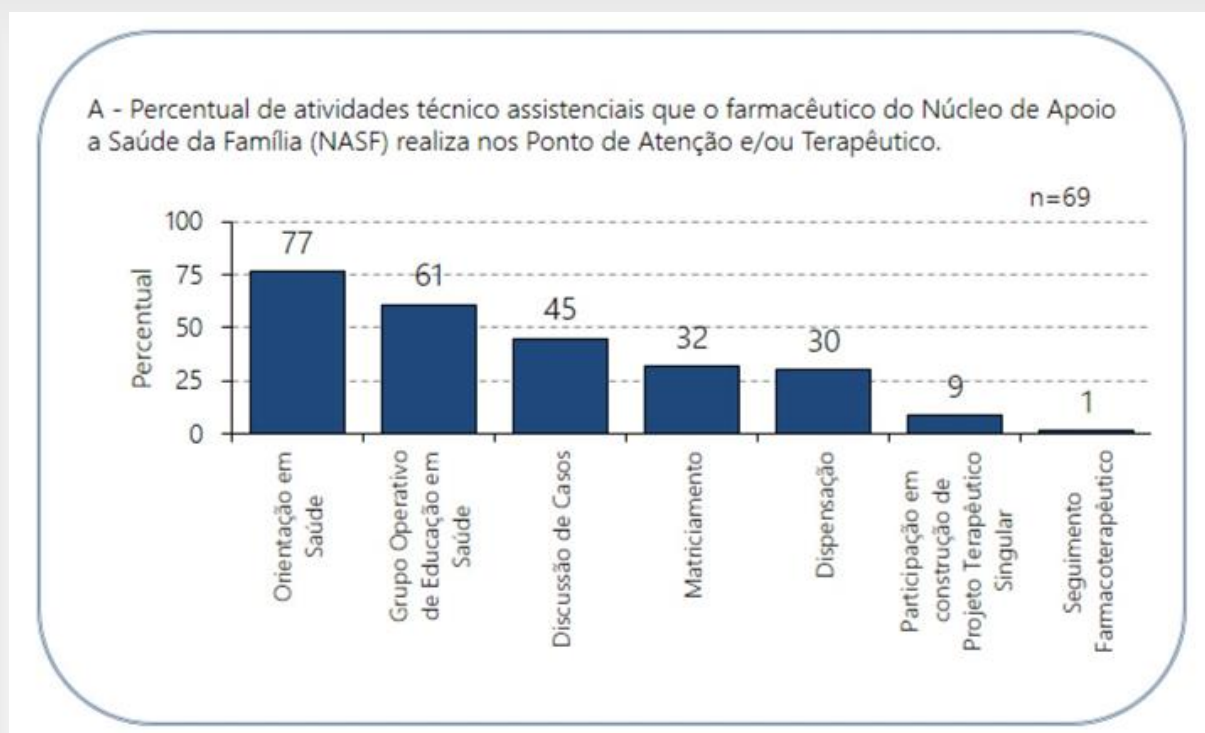


Figura 81. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: tipos de atividades realizadas pelo farmacêutico do NASF. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Quanto as atividades técnico-assistenciais dos farmacêuticos no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, 91% citam dispensação e 41% orientação em saúde como as mais frequentes, converge com os resultados obtidos para os responsáveis da AF, que referem “dispensação” (94%) e “orientação em saúde” (56%) conforme Figura 52A.

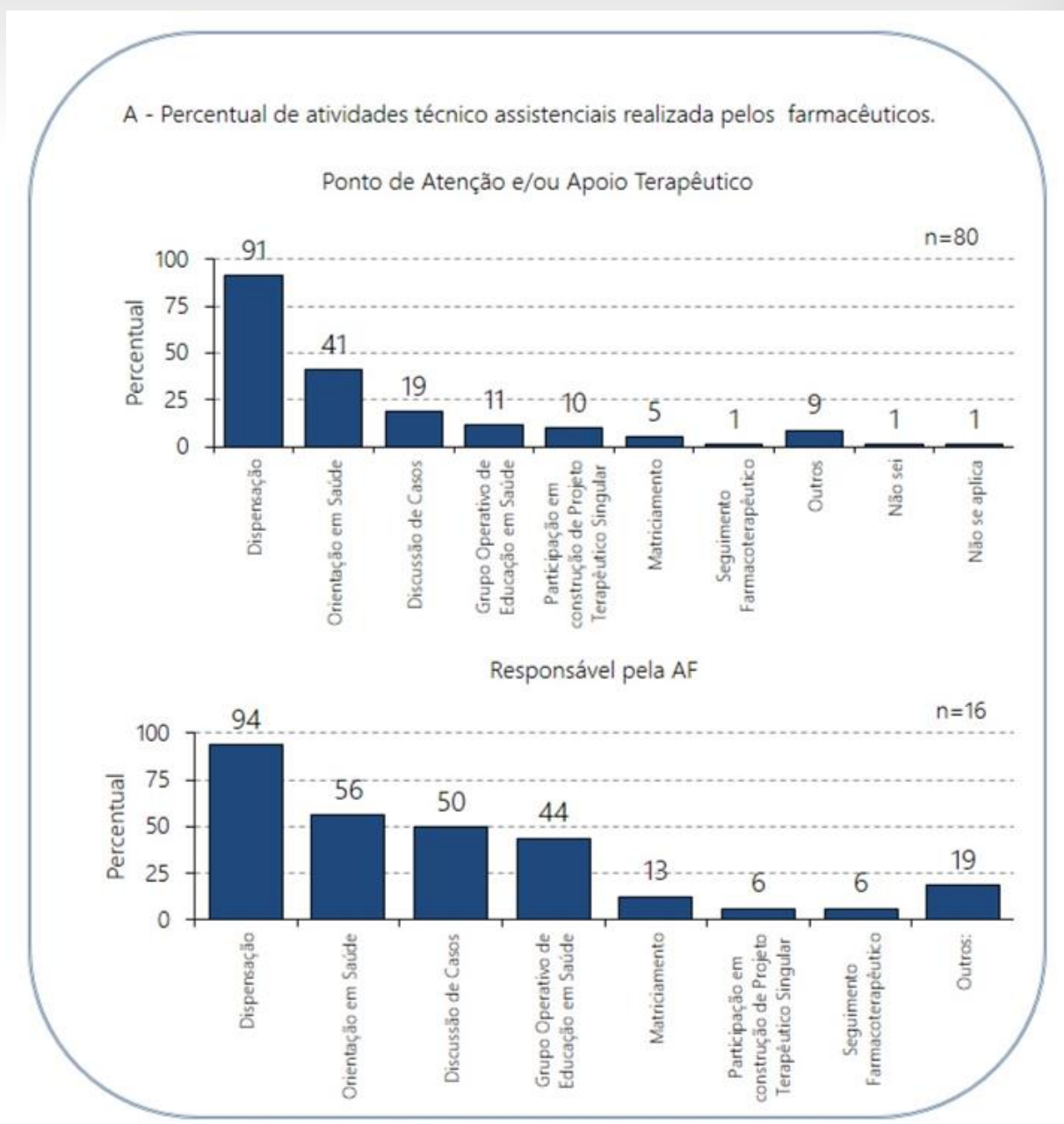


Figura 92. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: tipos de atividades realizadas pelos farmacêuticos dos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Referente as atividades técnico-pedagógicas e assistenciais realizadas pelos farmacêuticos no âmbito da farmácia hospitalar listadas na tabela 6. As mais citadas foram: “informações sobre medicamentos” (58%), “treinamentos/capacitações” (45%), “participa de comissão de controle de infecção hospitalar” (37%) e “triagem de prescrição” (36%). E as menos citadas foram: visita domiciliar (1%), “segmento farmacoterapêutico” (3%), “dispensação” (6%) e a atividade de farmácia clínica e atenção farmacêutica (10%).

Nesta mesma tabela chamam atenção a predominância de atividades técnico-gerenciais realizada pelos farmacêuticos como “controle de estoque” (84%), “aquisição” (61%) e “seleção” (60%).

Tabela 6. Tipos de serviços que o farmacêutico realiza no hospital.

N=67

Tipos de Serviços	n	Percentual (%)
Controle de estoque	56	84
Aquisição e distribuição	41	61
Seleção	40	60
Informação sobre medicamentos	39	58
Treinamentos/capacitações	30	45
Participa da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	25	37
Triagem de prescrição	24	36
Farmacovigilância	21	31
Supervisão de estágio (Técnico, Graduação e Pós-Graduação)	20	30
Outro	16	24
Participação em Equipe Interdisciplinar	15	22
Preparo de doses unitária e unitarização de doses	13	19
Seleção de fornecedores e preparo de editais de compra	13	19
Participa do Núcleo de Segurança do Paciente	12	18
Participação em Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)	12	18
Conciliação medicamentosa	8	12
Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica	7	10
Não se aplica	7	10
Participa da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	7	10
Dispensação	4	6
Manipulação de terapia antineoplásica	4	6
Desenvolvimento de Pesquisas	3	4
Participa da Comissão Multidisciplinar de Ética em Pesquisa	3	4
Residência	3	4
Distribuição	2	3
Manipulação de Nutrição Parenteral	2	3
Segmento farmacoterapêutico	2	3
Comissão de Padronização	1	1
Controle de medicamentos psicotrópicos	1	1
Diluição e reenvase de saneantes e germicidas	1	1
Gerência de Risco	1	1
Não realiza	1	1
Participação a Comissão de Adesão ao Tratamento	1	1
Participação de projeto singular com a SMS de Recife	1	1
Qualificação de Fornecedores	1	1
Visitas Domiciliares	1	1

Elaboração Própria: Fonte: Banco de dados Pesquisa AF, QualiSUS-Rede, 2014.

Ao avaliar os resultados obtidos sobre a entrega do medicamento ao usuário nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, a frequência “sempre” é a mais citada para todos os profissionais com destaque para o Auxiliar de Farmácia (98%), Auxiliar Administrativo (93%) e Técnico de Enfermagem (87%) e Farmacêutico (38%), (Figura 53A).

Em relação ao item de quem faz a orientação sobre o medicamento ao usuário durante a entrega, a frequência “sempre” foi a mais citada para o enfermeiro (82%) e Técnico de Enfermagem (78%) e o profissional Farmacêutico apresentou (65%) nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico (Figura 53B).

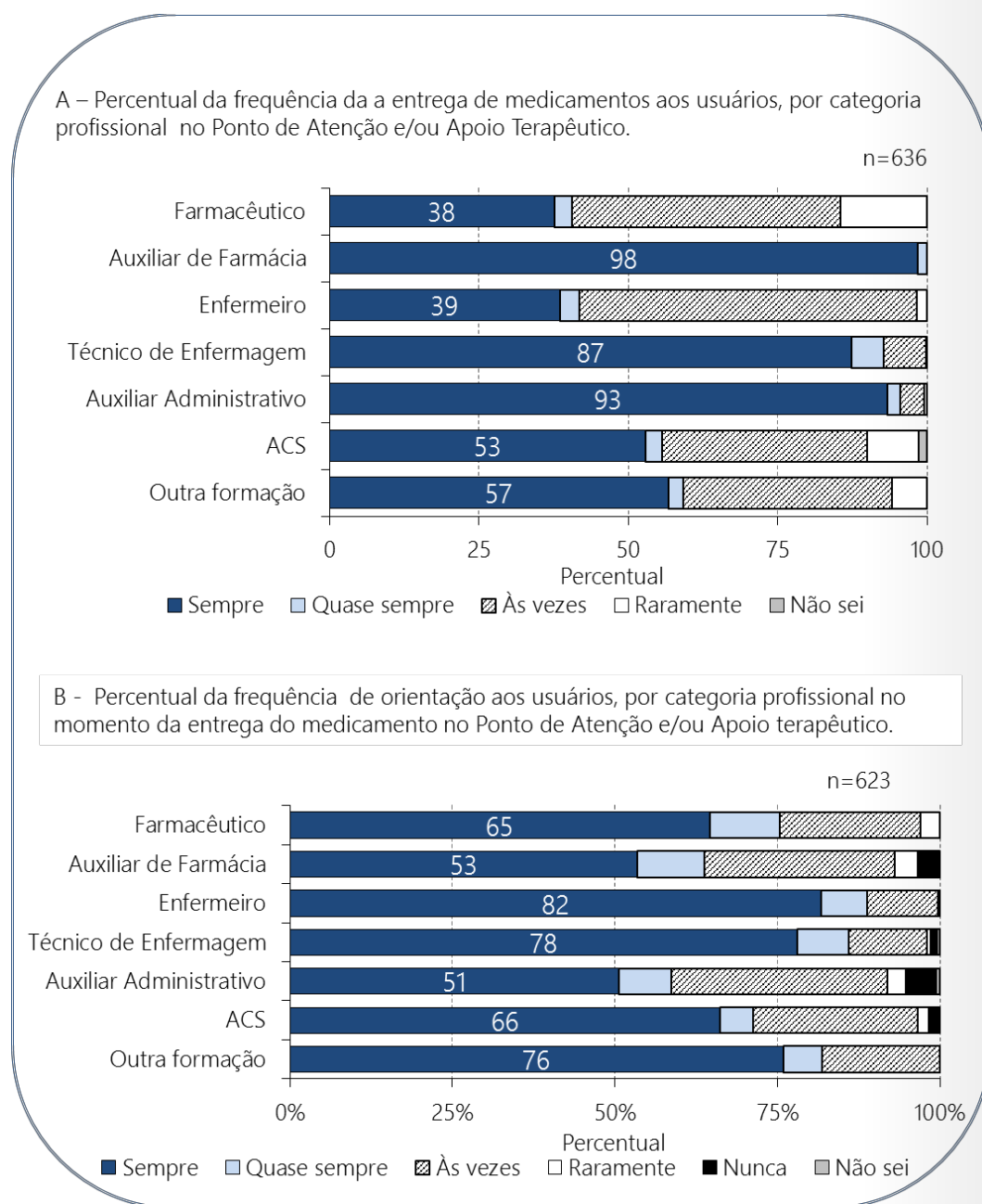


Figura 53. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: frequência das categorias profissionais que fazem a entrega e orientação. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014. Legenda Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Quanto aos profissionais que realizam a entrega do medicamento ao usuário na CAF, o Auxiliar de Farmácia e o Técnico de Enfermagem se destacam apresentando uma frequência “sempre” em (100%), o Farmacêutico foi referido em (38%), na Central de Abastecimento Farmacêutico. Não foi encontrado o profissional Enfermeiro fazendo entrega de medicamentos nas CAF da RMR (Figura 54A).

Em relação ao profissional que faz a orientação sobre o medicamento ao usuário durante a entrega, a frequência “sempre” é a mais citada apenas para o Farmacêutico (64%) e Auxiliar Administrativo (50%), segundo os responsáveis pela CAF (Figura 54B).

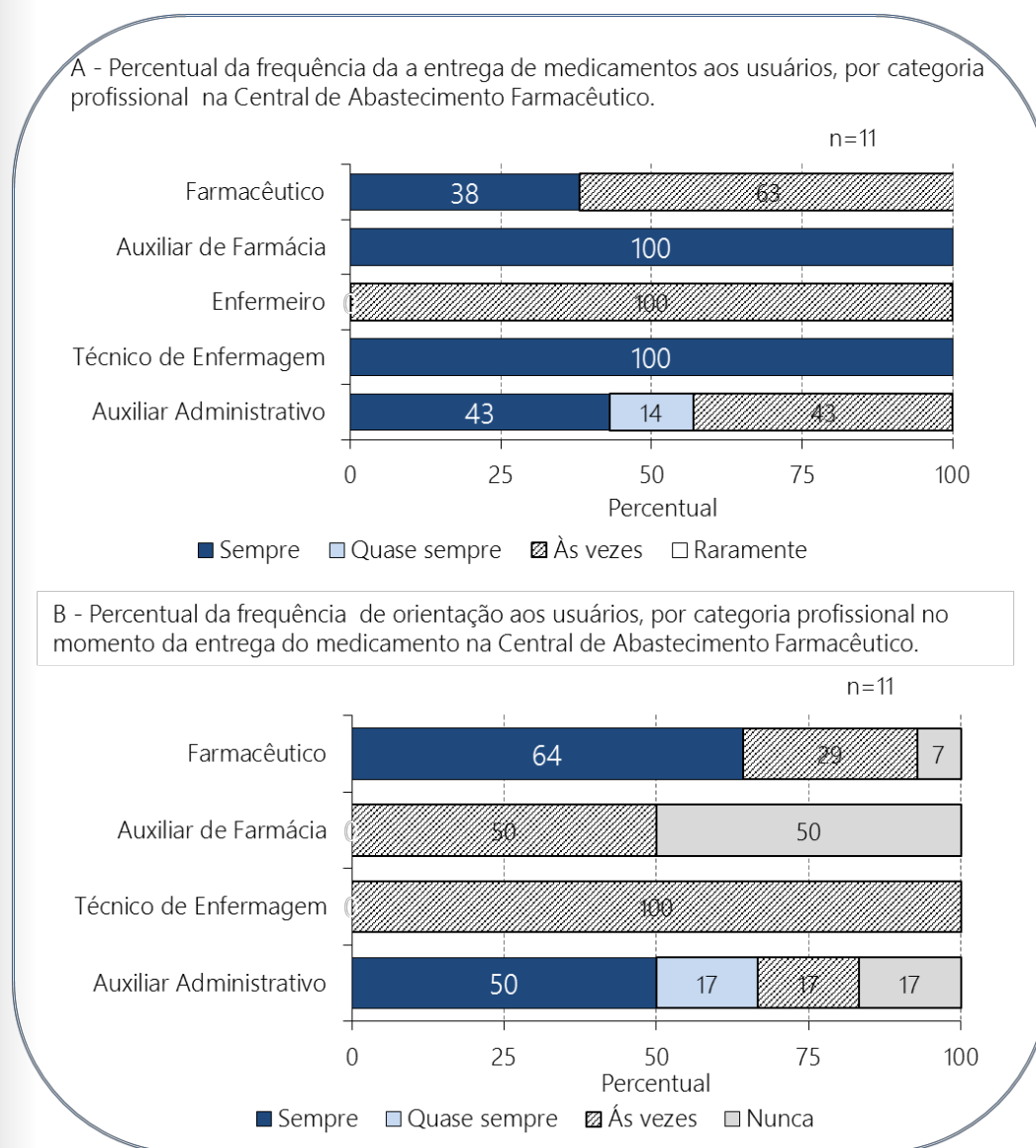


Figura 104. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: frequência dos profissionais que fazem a entrega e orientação na CAF. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

No tocante a realização de seguimento farmacoterapêutico nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico (18%) informaram que o serviço é realizado (Figura 55A), para os seguintes grupos de

usuários: Hipertensão (76%), Tuberculose (34%), Hanseníase (27%), Asma/Rinite (5%), DST/AIDS (4%) e outros não citados (25%) (Figura 55B). Em relação a ocorrência de visita domiciliar pelo farmacêutico, apenas 11% afirmaram que este profissional realiza (Figura 55C).

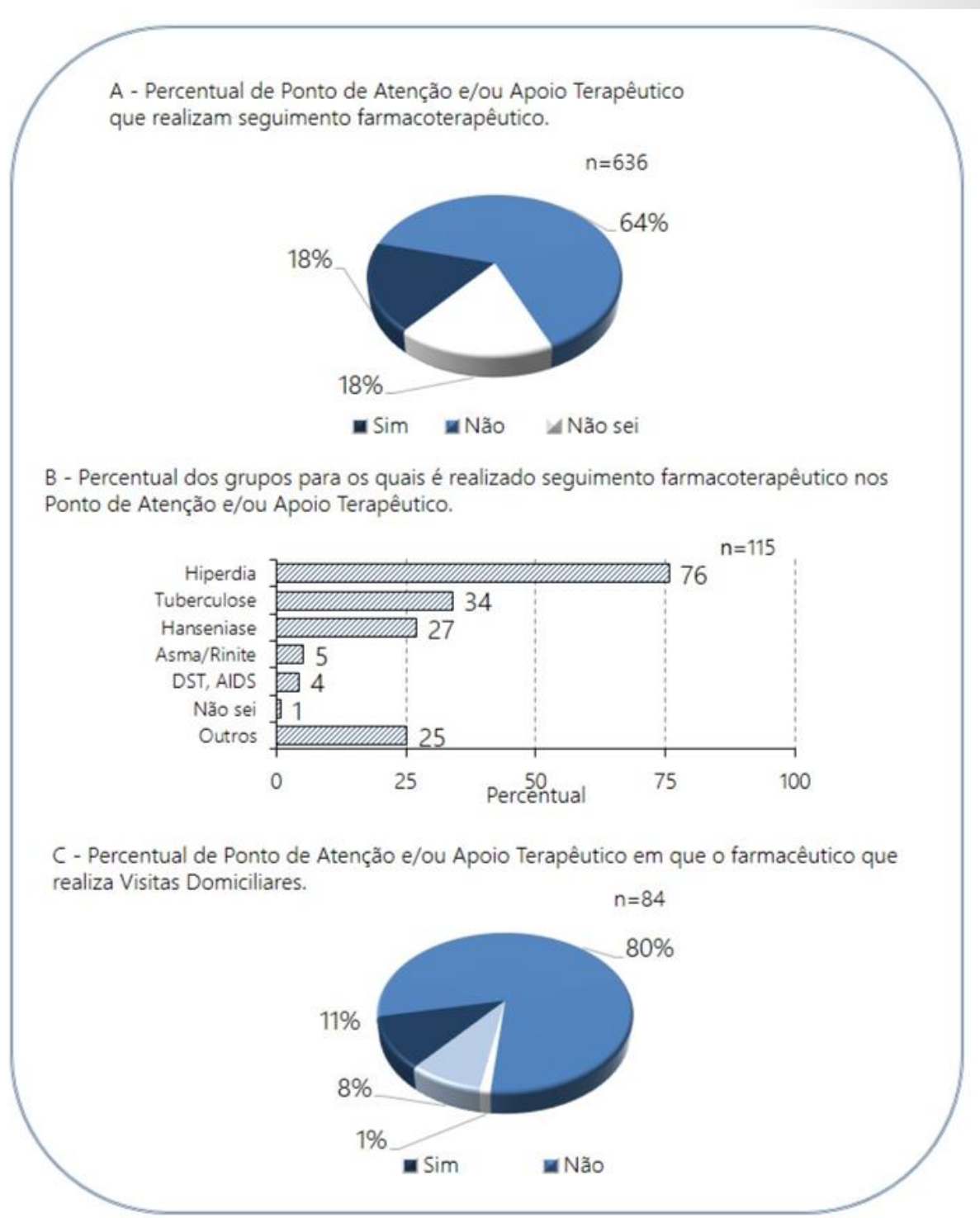
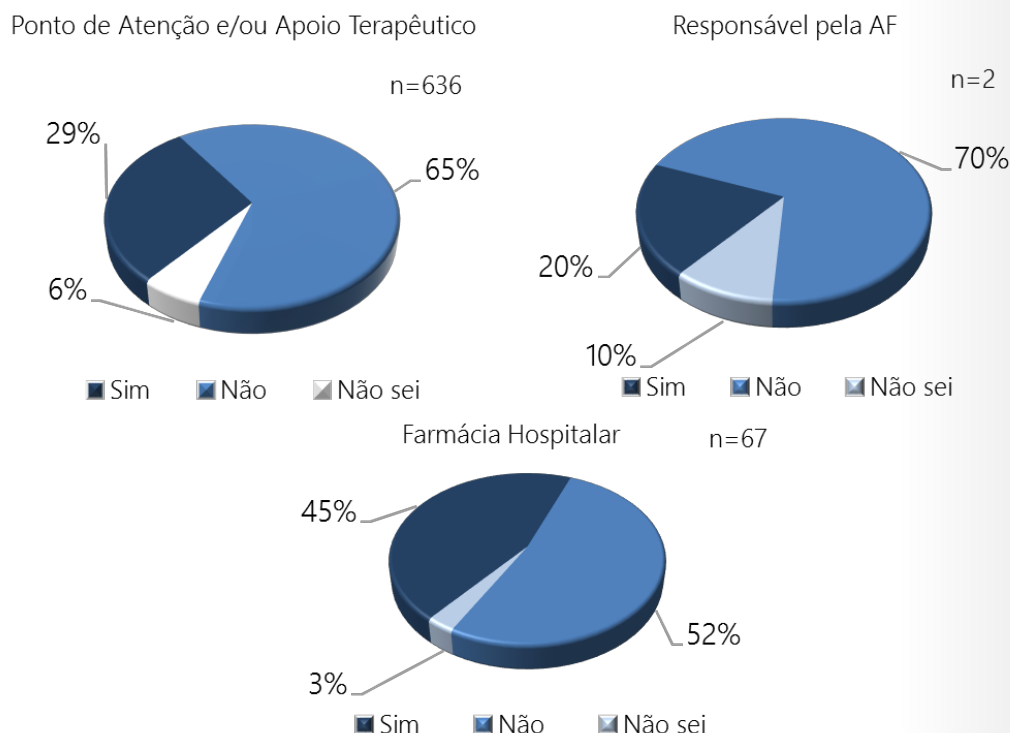


Figura 115. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: realização de seguimento farmacoterapêutico, e para quais grupos são realizados e realização de visitas domiciliares pelos farmacêuticos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Os resultados da pesquisa aplicada nos estabelecimentos de saúde da RMR mostram que (65%) dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico e (52%) das farmácias hospitalares não realizam a notificação de queixa técnica e ou evento adverso relacionado ao medicamento, 70% dos Responsáveis pela AF confirmaram os resultados obtidos do Ponto de Atenção e/ou apoio Terapêutico (Figura 56A).

Referente aos encaminhamentos dados às notificações de evento adverso relacionado ao medicamento na farmácia hospitalar, 61% notificam ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) e 57% encaminha para outro setor (Figura 56B).

A - Percentual de entrevistados dos estabelecimentos e responsáveis pela AF que informaram notificar, queixas e/ou eventos adversos a medicamentos



B - Percentual de tipos de encaminhamentos dados às notificações de eventos adversos relacionados a medicamentos nas farmácias hospitalares.

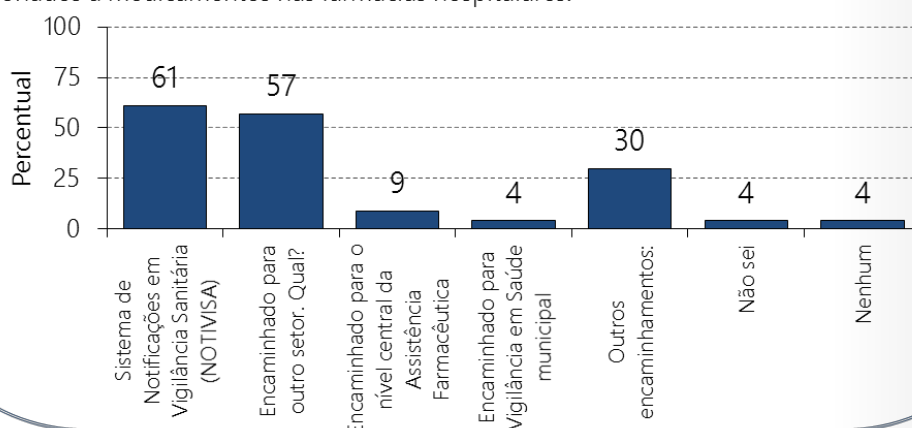


Figura 56. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: notificação de queixas e/ou eventos adversos a medicamentos e tipos de encaminhamentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

O termo agendamento, utilizado na pesquisa como “a informação registrada ao usuário e ao estabelecimento de saúde durante a entrega e/ou dispensação”. Observa-se que 60% dos estabelecimentos não realizam agendamento da entrega e/ou dispensação de medicamentos de uso contínuo (tratamento de condições crônicas) no ponto de atenção, enquanto nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (55%) realizam está atividade (Figura 57A). Quanto à forma de

agendamento a maior frequência foi pelo método “Manual” (77%) nos pontos de atenção e “Planilha de Excel” (50%) nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (Figuras 57B).

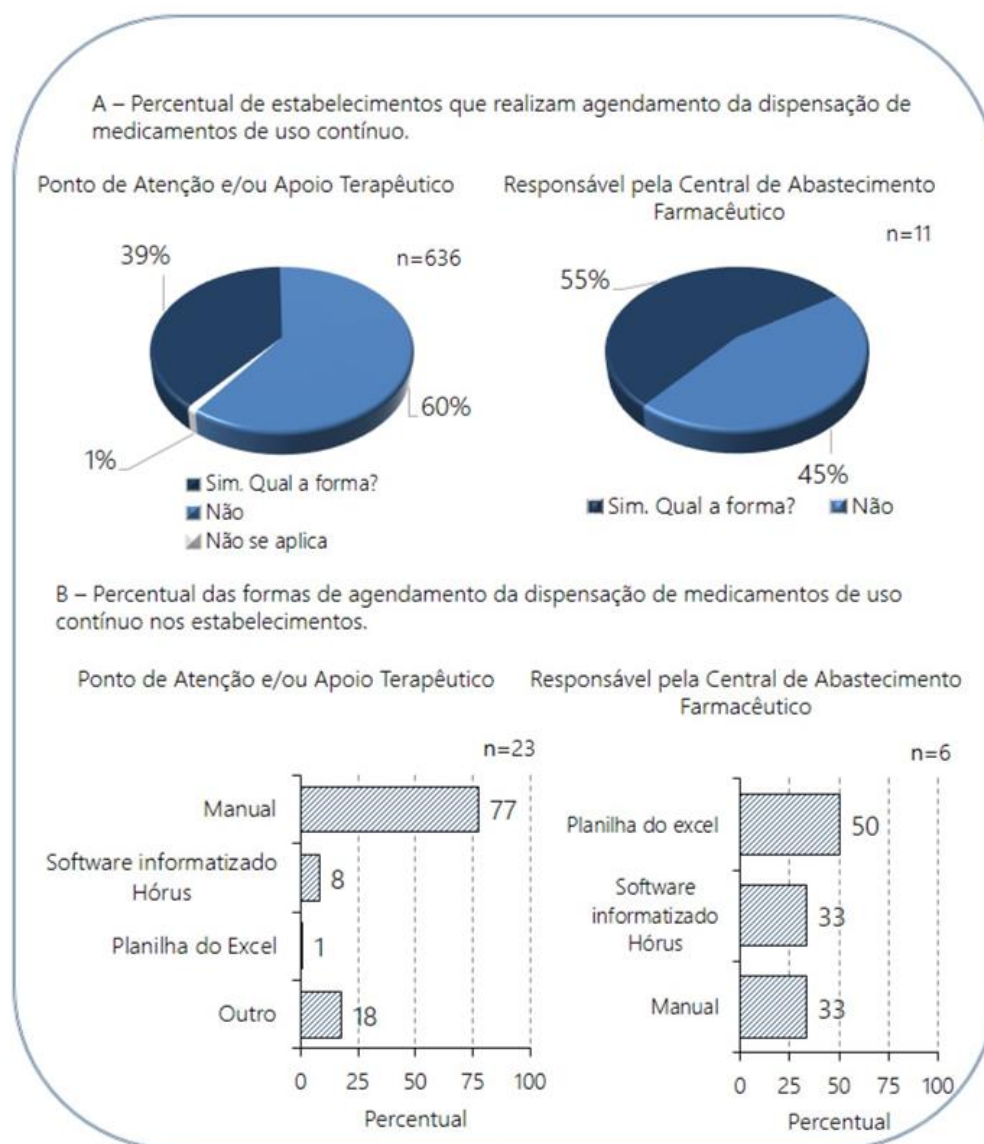
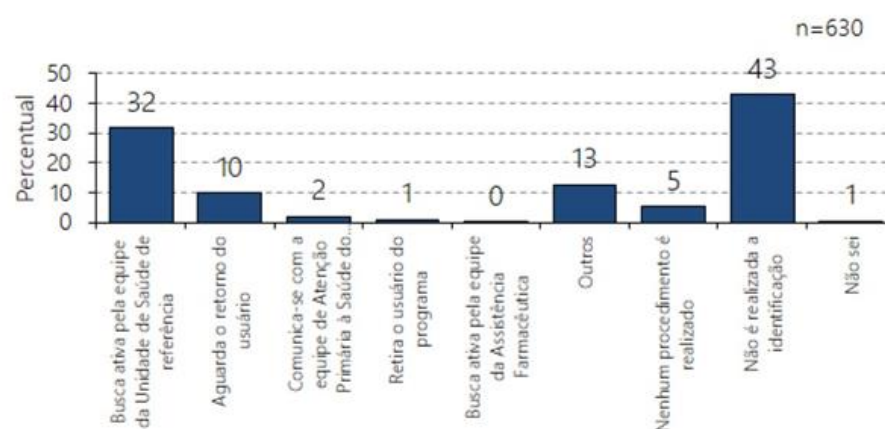


Figura 127. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: agendamento e formas de dispensação de medicamentos de uso contínuo. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Em relação às informações dos entrevistados no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico sobre qual procedimento adotado quando é identificado o não comparecimento do usuário na retirada de medicamento, 43% informou a não realização da identificação e 32% informou fazer busca ativa pela equipe da Unidade de referência do usuário, enquanto nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico 57% não realizava a identificação (Figura 58A).

A - Percentual de tipos de procedimentos adotados quando é identificado o NÃO comparecimento do usuário na retirada de medicamentos nos estabelecimentos

Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico



Responsável pela Central de Abastecimento Farmacêutico

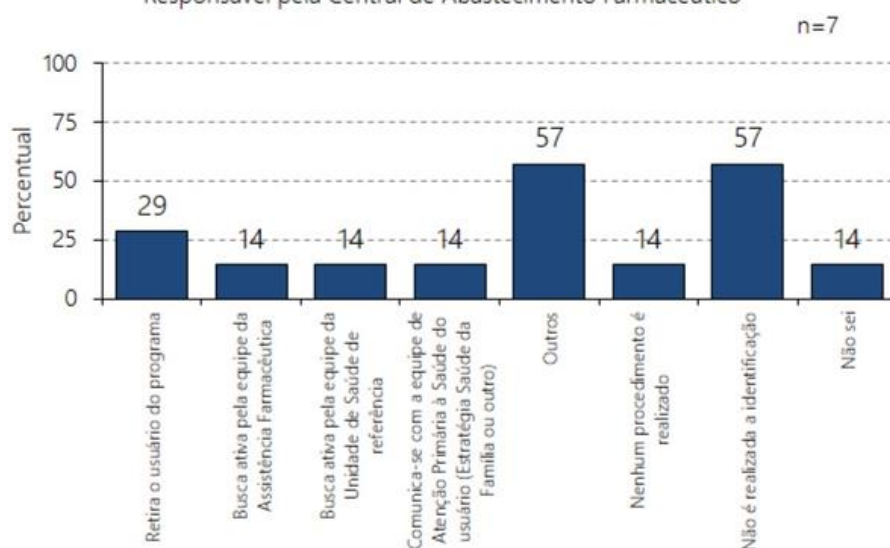
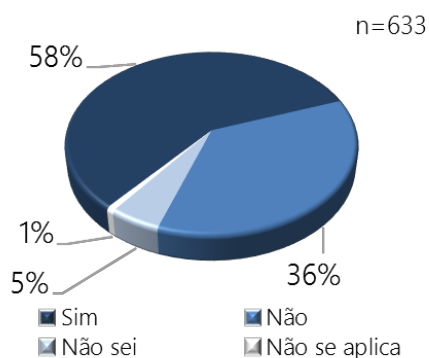


Figura 58. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: procedimento adotado para o não comparecimento do usuário. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, 58% informaram existir mecanismos para registrar a não adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso, percentual inferior (15%) informado pelos Responsáveis pela AF (Figura 59A).

A - Percentual de entrevistados que informaram existir mecanismo para registrar a não adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso.

Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico



Responsável pela AF

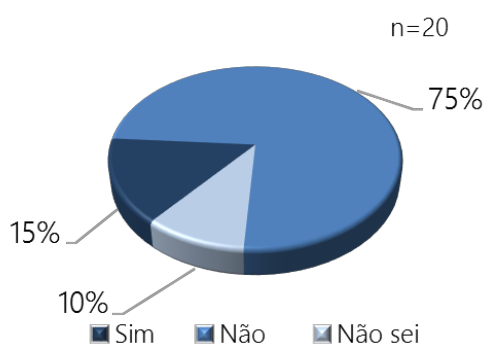


Figura 59. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: registro da não adesão dos usuários. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Em relação às informações obtidas no Ponto de Atenção e/ou Apoio Terapêutico sobre as estratégias utilizadas pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde, no caso de algum paciente apresentar dificuldades em utilizar seus medicamentos de forma correta ou de compreender a terapia que lhe foi prescrita, as mais referidas foram: utiliza métodos alternativos (67%), realiza contato com o familiar (27%) e realiza contato com o ACS (20%) apresentados na Figura 60A.

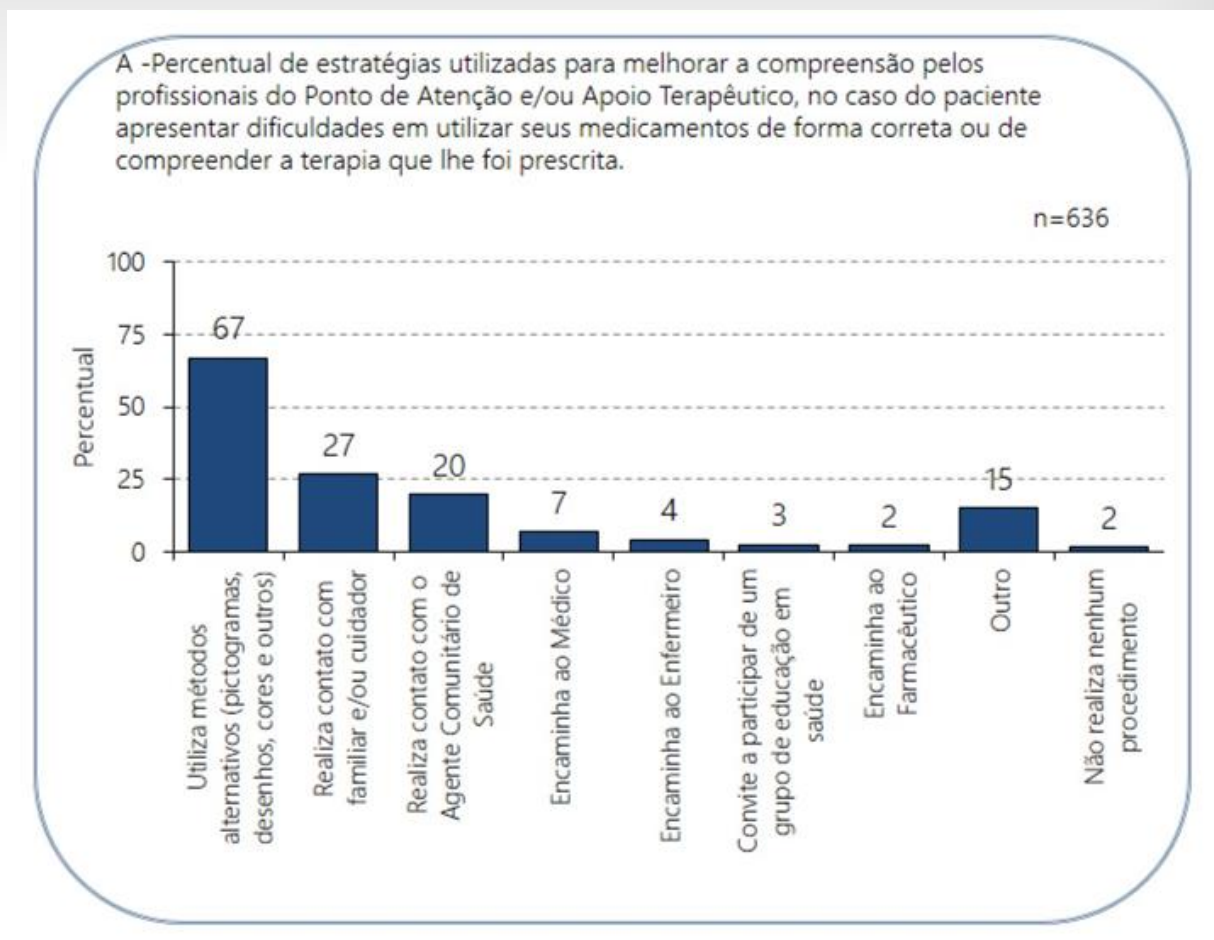
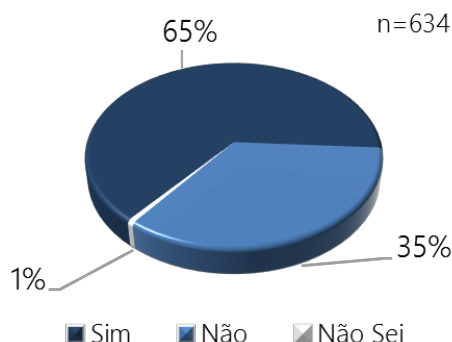


Figura 13. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: tipos de mecanismos utilizados quando o paciente apresenta dificuldade em utilizar seus medicamentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

A integração da equipe se mostra presente em 65% dos estabelecimentos de saúde da RMR, que se traduz na rotina de reuniões semanal, mensal, ou trimestral, onde a equipe discute processos de trabalho de todas as áreas, incluindo à Assistência Farmacêutica (Figura 61A e 61B).

A - Percentual de Ponto de Atenção/Apoio Terapêutico em que a equipe multiprofissional se reúne para discutir processos de trabalho relacionados à Assistência Farmacêutica.



B - Percentual da regularidade das reuniões da equipe multiprofissional no Ponto de Atenção/Apoio Terapêutico.

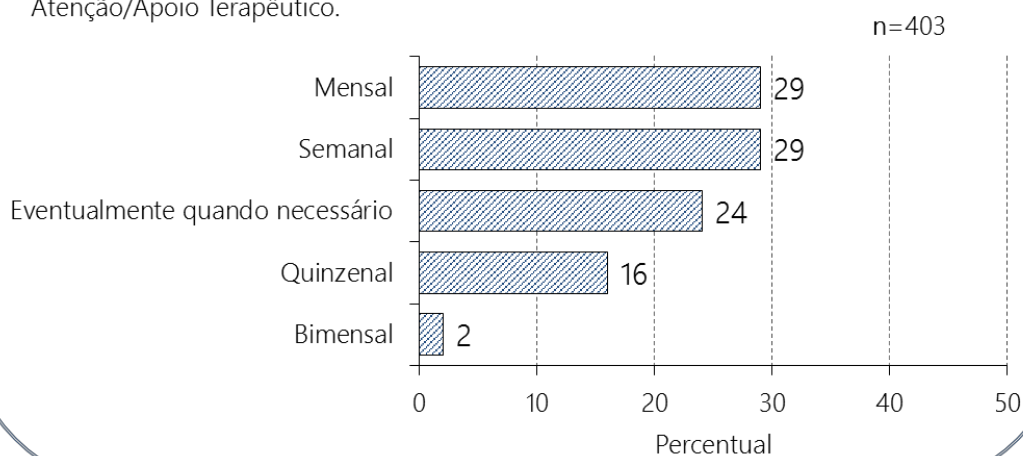


Figura 61. Uso racional de medicamentos, aspectos técnico-pedagógicos e assistenciais nos estabelecimentos: frequência das reuniões da equipe multiprofissional para discutir processos de trabalho relacionados à AF. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualisUS-Rede AF, 2014.

Na região, observaram-se algumas atividades técnico-assistenciais realizadas pelos farmacêuticos, evidenciada pela média de ações referidas pelos entrevistados quanto à realização de dispensação, e baixa quanto a realização de orientação terapêutica, segmento farmacoterapêutico e outras relacionadas a clínica farmacêutica.

Na farmácia hospitalar destaca-se a predominância da realização de atividades técnico-gerenciais em relação às técnico-pedagógicas e assistenciais realizadas pelos farmacêuticos.

É necessário frisar a baixa elaboração e disseminação de materiais educativos voltados à temática de medicamentos aos usuários na rede de saúde. O acesso dos usuários a informações sobre medicamentos é uma estratégia essencial para a promoção do URM.

Mesmo sendo baixo o percentual de orientação pelo farmacêutico nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico no momento da entrega do medicamento ao usuário é elevada esta taxa realizada por outros colaboradores do serviço farmacêutico.

Em relação à prática de notificação de queixa técnica e/ou evento adverso relacionado ao medicamento, a maioria dos profissionais nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico e da Farmácia Hospitalar não realizam. Esta situação pode estar relacionada à falta de sensibilização, informação e estabelecimento de fluxo e ou procedimento interno para os profissionais de saúde da rede de saúde.

Nota-se que nos estabelecimentos de saúde que possuem farmacêuticos, uma pequena parcela realiza visita domiciliar.

No tocante ao seguimento farmacoterapêutico, os estabelecimentos que realizam referiram que os grupos de usuários mais comuns são àqueles acometidos por doenças crônicas não-transmissíveis (diabetes e hipertensão) e transmissíveis (hanseníase e tuberculose).

A maioria dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico não realizam o agendamento da entrega e/ou dispensação de medicamentos de uso contínuo. Esta etapa é considerada imprescindível para a adesão terapêutica e continuidade do tratamento, sendo uma eficiente ferramenta de cuidado longitudinal do usuário e no processo técnico gerencial relacionado à etapa de programação.

Chama atenção que 35% dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico informaram que os processos de trabalho relacionados à farmácia e/ou AF não passam nas discussões de equipe multiprofissional. Este resultado pode estar relacionado à ausência do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional. O trabalho articulado e integrado em equipe é necessário porque visa o aumento da capacidade resolutiva das ações e serviços de saúde favorecendo ao planejamento estratégico para o enfrentamento de problemas, tais como, a gestão do serviço e do cuidado com o usuário no Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico e ou na rede de atenção à saúde.

Utilização de tecnologias de gestão do cuidado

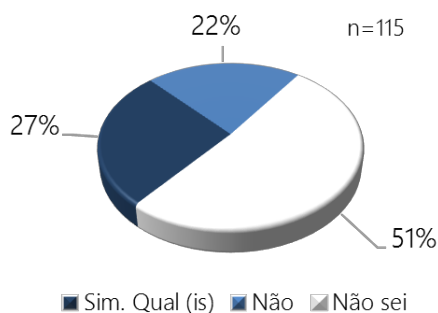
Considerando o marco teórico das redes de atenção à saúde e da gestão da clínica, os serviços de clínica farmacêutica podem ser considerados como tecnologias de micro gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Estes devem abranger um elenco de ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, ofertados por meio individual ou compartilhado com a equipe de saúde.

A busca e disponibilização de tecnologias que proporcionem informações confiáveis, isentas e evidenciadas, qualificam o processo e conferem ao profissional maior segurança na tomada de decisões, com resultados terapêuticos mais seguros e eficazes.

As perguntas abaixo buscaram retratar nos pontos de atenção e apoio terapêutico da região a disponibilidade e utilização de tecnologias, pelas equipes de saúde, na gestão do cuidado farmacêutico:

- 27% dos pontos de atenção utilizam protocolos clínicos no Seguimento Farmacoterapêutico (Figura 62A).
- 89% dos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico e 96% das CAF utilizam algum mecanismo para obtenção de informações sobre medicamentos (Figura 62B).

A - Percentual de Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico que utilizam Protocolos Clínicos no Seguimento Farmacoterapêutico.



B - Percentual de estabelecimentos em que as equipes de saúde utilizam alguma fonte para obter informação sobre medicamentos.

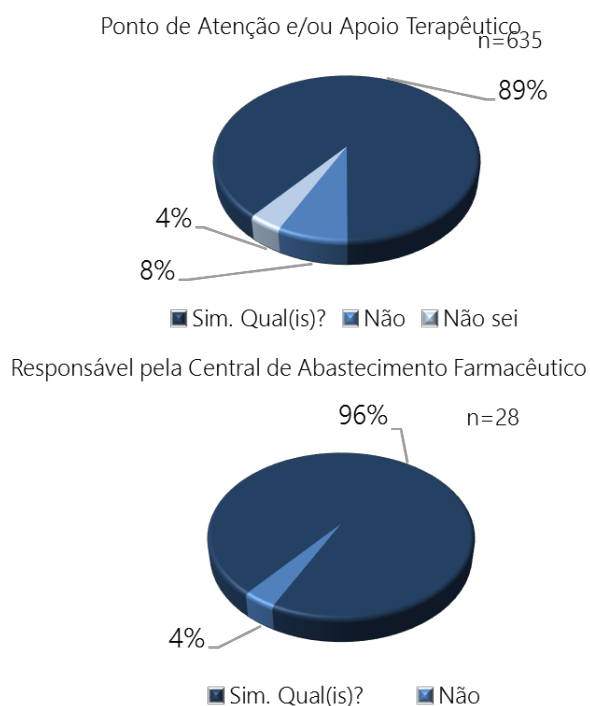


Figura 62. Utilização de tecnologias de gestão do cuidado: protocolos clínicos no seguimento farmacoterapêutico e fonte de informação sobre medicamento nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Quanto ao tipo de mecanismo para obtenção de informações sobre medicamentos nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, destaca-se dentre eles a utilização dos Dicionários de Especialidades Farmacêuticas (39%) e a internet (37%), enquanto nas CAF prevalece o uso da internet (92%) e Formulário Terapêutico Nacional (35%) conforme apresentados na Figura 63A.

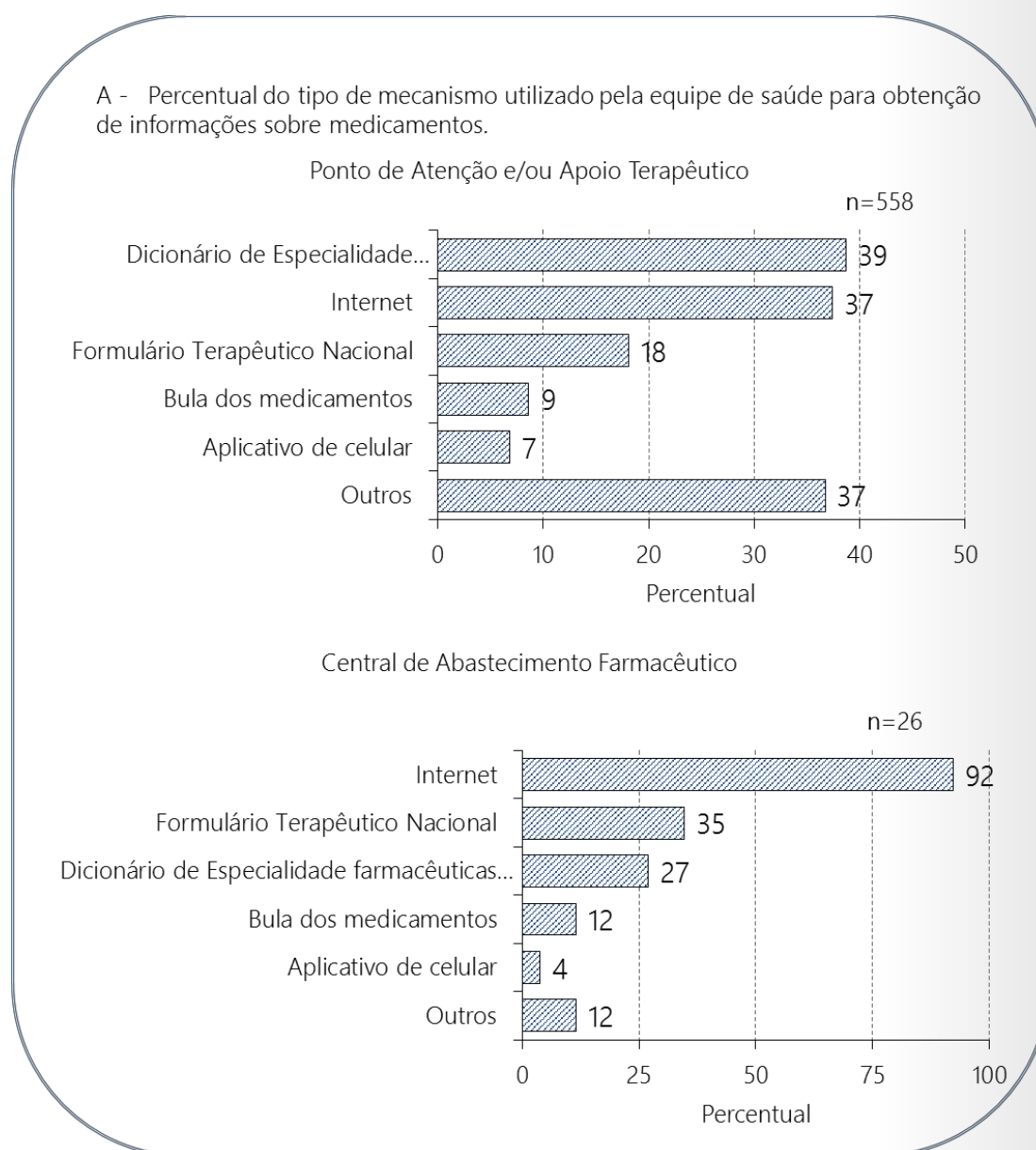


Figura 63. Utilização de tecnologias de gestão do cuidado: tipo de mecanismo utilizado para obter informações nos estabelecimentos. Fonte: Banco de dados Pesquisa QualiSUS-Rede AF, 2014.

Dos estabelecimentos que realizam seguimento farmacoterapêutico menos da metade relatou utilizar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

A maioria dos estabelecimentos utiliza algum mecanismo para obtenção de informação sobre medicamentos, sendo a busca na internet um dos meios mais utilizados tanto nas CAF como nos Pontos de atenção e / ou Apoio Terapêutico.

Recomendações Gerais

Aspectos relacionados à Gestão da Assistência Farmacêutica

- Organizar o quadro de recursos humanos para o desenvolvimento das ações da AF, por meio de uma análise que permita definir competências e habilidades do profissional para direcioná-lo ao desenvolvimento de atividades ligadas ao seu perfil e garantir quantidade suficiente de farmacêuticos para suprir os serviços existentes e os que serão implantados e/ou qualificados.
- É necessária a sensibilização e articulação dos gestores, para a implantação de políticas salariais que contemplem todos os profissionais de saúde, inclusive o farmacêutico, a fim de atingir níveis de melhor qualidade nos serviços técnicos gerenciais e assistenciais da AF.
- Oferecer e fomentar capacitações adequadas ao perfil de todos profissionais de saúde envolvidos com as atividades relacionadas à política da AF e a demanda dos serviços, seja por investimentos próprios ou por meio de apoio de cursos ou treinamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e outras instituições.
- Desenvolver estratégias locais para a disseminação continuada das normas e/ou legislações relacionadas a Assistência Farmacêutica, subsidiando sua organização nos municípios, estados, CIR, CIB, mas sempre que possível articulados com o CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde.
- Há necessidade de planejar, disponibilizar e executar de forma efetiva os recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica Básica em sua totalidade e com regularidade. Para sua execução, são indispensáveis à seleção e a programação de medicamentos e insumos, assim como a compra destes com valores adequados (princípios de escala e economia), somado ao acompanhamento dos gestores durante todo o processo, possibilitando o acesso do usuário de forma segura e eficaz.
- Os secretários de saúde devem garantir a inserção dos responsáveis pela AF nos espaços democráticos e construtivos dos instrumentos de planejamento e gestão da saúde para proporcionar um avanço nas discussões e melhorar a eficiência da execução da gestão da AF no município, bem como os trabalhadores devem passar a ser protagonistas se inserindo nos processos de tomadas de decisão da gestão, incluindo o PMS, PAS e o RAG que subsidiam a LOA e PPA.
- Espera-se que estratégias sejam traçadas para a diminuição das demandas judiciais, com objetivo de prover uma maior aproximação entre o Justiça e Saúde, diminuindo os conflitos e estabelecendo a cooperação e articulação entre ambos, assim como, ações conjuntas entre os entes federados para possibilitar maior efetividade do direito ao acesso do medicamento padronizado no SUS aos indivíduos.

- Em todas as quinze regiões do projeto QualiSUS-Rede identificou-se a desatualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no tocante a tipologia dos estabelecimentos denominados “farmácia” seja em edificações exclusivas ou aquelas que existem como um ambiente interno em outros estabelecimentos de saúde, especialmente nas unidades básica de saúde e centros de atenção psicossocial, além do desconhecimento dos códigos dos “serviços especializados”, fundamentais para caracterizar os serviços prestados pelos estabelecimentos, seus profissionais envolvidos, dentre ele o farmacêutico, e a respectiva produção destes nos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares.

Aspectos relacionados ao componente logístico da Assistência Farmacêutica

- Disponibilizar equipamentos de informática (computadores e impressoras), bem como conectividade, e expandir o processo de informatização em rede com sistemas de gestão, tais como HÓRUS ou sistemas próprios que interoperem com a base nacional de dados de ações e serviços da assistência farmacêutica.
- Merece atenção especial dos gestores os resultados levantados sobre o armazenamento nos Pontos de Atenção e /ou Apoio Terapêutico e CAF, visto que alguns cuidados devem ser considerados para preservar a estabilidade dos medicamentos, como climatização, evitando perdas e /ou ineficácia dos medicamentos entregues, dispensados e administrados na rede pública, assim como, espaço adequado atendendo as Boas Práticas de Armazenagem de Medicamentos.
- Garantir local específico para o armazenamento dos medicamentos de controle especial em todos os serviços em que esses são disponibilizados sob controle e supervisão do profissional farmacêutico responsável. Para os medicamentos termolábeis devem ser observadas as condições exigidas para o armazenamento com disponibilidade de refrigerador e/ou câmara fria de uso exclusivo, que garantam sua estabilidade.
- O descarte adequado de resíduos deve ser assegurado em todos os serviços, com local específico para o seu acondicionamento e recolhimento, evitando contaminações e acidentes.
- Como forma de legitimar e aprimorar o trabalho de padronização os municípios devem elaborar, revisar e atualizar por meio de CFT formalmente instituída, suas relações de medicamentos essenciais, com sugestão de revisão a cada dois anos, em consonância com as atualizações da RENAME, conforme decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, bem como garantir ampla divulgação e disponibilização das listas de medicamentos e locais de acesso à

população e aos profissionais. Na perspectiva de avançar na organização da AF, recomenda-se a formação de CFT e elaboração de padronizações regionais.

- Em relação a estrutura das farmácias ou unidades de saúde, estas devem contemplar painéis para afixação de cartazes substituíveis, aparadores para disponibilização de materiais informativos, sistema audiovisual para a reprodução de programas informativos ou outras formas de divulgação aos usuários dos locais disponíveis para entrega/dispensação de medicamentos na rede de saúde (BRASIL, 2009).
- Para que a programação e suprimento da rede atendam as reais necessidades da população recomenda-se que sejam considerados minimamente perfil epidemiológico, oferta de serviços, recurso disponível e consumo histórico. Neste último, sugere-se implementar e ampliar, sobretudo nos Pontos de Atenção, a prática do uso e registro das movimentações de estoque, seja manual ou, preferencialmente, informatizado.
- A inserção do profissional farmacêutico seja na elaboração do termo de referência como na emissão de parecer técnico para aquisição de medicamentos qualifica tecnicamente o processo, e essa prática deve ser instituída nos municípios.
- No intuito de melhorar a eficiência nos processos de compras e otimizar a utilização dos recursos financeiros, algumas inovações, a exemplo dos consórcios regionais, atas de registro de preços regionais ou estadual apresentam-se como soluções, proporcionando maior poder de compra e economia de escala.
- Rever e ampliar alguns procedimentos para otimizar os processos na região, tais como: formalização de cronograma de abastecimento, estabelecendo os fluxos, os prazos para execução e a periodicidade dos pedidos e entregas de medicamentos; elaboração de normas e procedimentos padrões das rotinas dos serviços, a fim de evitar transtornos de abastecimento por falhas no processo e favorecer o acesso regular dos medicamentos pelos usuários.

Aspectos relacionados ao cuidado farmacêutico

- É necessário a criação de um cronograma de Educação Permanente visando à capacitação de todos profissionais com foco principalmente no URM assegurando o acesso a informação. Em relação ao farmacêutico na equipe do NASF, recomenda-se a inserção em todas as equipes da região, com objetivo de ampliar e qualificar o cuidado farmacêutico.
- Rever e ampliar o acesso aos serviços farmacêuticos nos Pontos de Atenção e/ou Apoio Terapêutico, através da inserção do profissional farmacêutico.

- Estratégias deveram ser traçadas para promover o desenvolvimento de atividades técnico-pedagógicas e assistenciais pelos farmacêuticos no âmbito da farmácia hospitalar pública.
- É necessária uma maior atuação dos farmacêuticos na realização de atividades em grupo com os usuários tanto sobre o uso do medicamento quanto de plantas medicinais e fitoterápicos, neste último deve se considerar ainda a importância da busca pelo conhecimento das práticas locais, bem como o saber local da população, interagindo melhor com a comunidade.
- Outra, iniciativa importante seria estimular a elaboração de material informativo pelos profissionais da AF, orientados pelos farmacêuticos dos municípios em parceria com Estado e academia com temas relacionados aos medicamentos, sendo uma forma de educação em saúde para comunidade deste território, e elevando a integração da equipe de saúde nas atividades de promoção de saúde. Recomenda que os farmacêuticos ampliem as visitas domiciliares e interajam com os demais membros da equipe multiprofissional para eventuais discussões de casos, principalmente no tocante aos usuários de medicamentos de uso contínuo e/ou polimedicados.
- É essencial, tanto para o usuário como para a equipe de saúde, o registro da dispensação dos medicamentos, garantindo a rastreabilidade do medicamento, bem como a busca ativa aos usuários faltosos que fazem uso contínuo de medicamentos e aqueles “polimedicados”.
- Devem ser inseridos nos pontos de atenção e/ou apoio terapêutico tecnologias apropriadas que possibilitem o uso da informação no desenvolvimento das diversas atividades inerentes ao cuidado farmacêutico, de forma acessível e bem orientada. As fontes de informações devem ser rigorosamente selecionadas, divulgadas e disponibilizadas à equipe, tais como Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), Formulário Terapêutico Nacional (FTN), Guias e Cadernos do MS Aplicativos, MEDSUS, HORUS Cidadão, entre outros.

Referências bibliográficas

ACÚRCIO. Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. 320p.

MARIN, N. (org.) Assistência farmacêutica para gerentes municipais. / Organizado por NellyMarinet al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. [373]p., ilus. [Acesso em 29 de outubro de 2015]. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf

Junior JMN, Alexandre RF, Costa LH, et al. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol. 6 (Supl. 4). Outubro, 2015 p.3354- 71

MENDES, EV. As Redes de Atenção à Saúde, Belo Horizonte, Editora ESP/MG, 2009.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana a Saúde, 2011. 549 p.:il.p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4279 de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos: Uso Racional de Medicamentos: Temas selecionados. N 02. Brasília, 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Estadual de Pernambuco: Subprojeto Regional QualiSUS-Rede – Região Metropolitana do Recife. Recife, 2012. Acesso em: 23 nov. 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/398-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/qualisus-rede/l2-qualisus-rede/14008-subprojetos-qsr>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1555/GM, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica: Intervenção Sistêmica da Assistência Farmacêutica. Projeto QualiSUS-Rede [Acessado em 18 de dezembro de 2015] Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/16303>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1 - Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica: Projeto “A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do projeto QualiSUS-Rede. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, RESOLUÇÃO Nº 012, DE 03 DE OUTUBRO DE 1991. [Acesso em 18 de setembro de 2015]. Disponível em conselho.saude.gov.br/resolucoes/1991/Reso012.doc

MINISTERIO DA SAUDE (2015). Ministério da Saúde. Acesso em 3 de novembro de 2015, disponível em www.saude.gov.br/sage: www.saude.gov.br/sage

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. (novembro de 2015a). Informações sobre o Repasse de Incentivo para a Rede Cegonha. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2013). REUNIÃO REGIONAL- REDE CEGONHA.

MINISTERIO DA SAUDE, M. (2015). *Ministerio da Saúde*. Acesso em 3 de novembro de 2015, disponível em www.saude.gov.br/sage: www.saude.gov.br/sage

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. (2015b). Plano de ação regional da rede de urgência e emergência da região metropolitana de Recife ampliada. *Resumo do Plano de Ação Regional*. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. (novembro de 2015c). Nota Técnica. *Informações sobre o Estado de Pernambuco, no âmbito na rede de cuidados a Pessoa com Deficiência*. Brasília.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC.: OPAS, 2010 (SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas nº4).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_arttext

OSORIO-DE-CASTRO et.al. Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. 469p.

PEREIRA, DS. O orçamento público e o processo de judicialização da saúde. Brasília, 2010. [Acesso em 15 de setembro de 2015]. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2055752>.

PERNAMBUCO. LEI 17.511/2008 – Plano Diretor do Recife – Plano de Mobilidade. [Acesso em 06 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/3753.pdf>

PERNAMBUCO. Constituição do Estado de Pernambuco. [Acesso em 07 de dezembro de 2015]. <http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=12&numero=1989&complemento=0&ano=1989&tipo=TEXTTOORIGINAL>

SANTOS, JN dos. Análise do gasto público com medicamentos do componente básico da Assistência farmacêutica do município do Jaboatão dos Guararapes: tendência 2008 a 2013 / Joyce Nunes dos Santos. - Recife: O Autor, 2014. 211 folhas: il. 30 cm. [Acesso em 17 de setembro de 2015]. <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/11536/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Joyce%20Nunes%20dos%20Santos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Programa de Estudos em Sistemas de Saúde. Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde. Relatório de Pesquisa FAPESP - fase 1. Campinas: UNICAMP, junho de 2007.



**Colegiado de Secretários Municipais de
Saúde do Estado de PE
COSEMS-PE**