



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Barbosa, Mariana Michel; Morgado Garcia, Marina; Rezende Macedo do Nascimento,
Renata Cristina; Afonso Reis, Edna; Guerra Junior, Augusto Afonso; De Assis Acurcio,
Francisco; Álvares, Juliana

Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em
Minas Gerais

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 8, agosto, 2017, pp. 2475-2486

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052143006>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais

Infrastructure evaluation of Pharmaceutical Services in the National Health System of Minas Gerais

Mariana Michel Barbosa¹

Marina Morgado Garcia¹

Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento¹

Edna Afonso Reis¹

Augusto Afonso Guerra Junior¹

Francisco De Assis Acurcio¹

Juliana Álvares¹

Abstract In 2008 the state of Minas Gerais created the “Programa Rede Farmácia de Minas” (RFM), a strategy to ensure adequate infrastructure of local public pharmacies, in order to improve the quality of medications use. Objectives: To characterize the infrastructure of public pharmacies in Minas Gerais, comparing municipalities that have received the RFM program to the ones that haven’t, in order to verify if the State’s Economic Incentives implied in improvement of local Pharmaceutical Services (PS). Methods: A cross-sectional, exploratory, evaluative study in a representative sample of the municipalities of Minas Gerais. Face-to-face interviews were conducted with users, physicians, and drug dispensers, as well as observation of pharmacy facilities and telephone interviews with municipal officials from the PS. 104 municipalities were selected, of which 41.3% had adopted the RFM. Data were collected from July 2014 to May 2015. Results: Municipalities adept to the RFM presented significantly higher rates of legal documentation, more comfort for users and staff, better storage conditions of medicine and competence to conduct clinical activities. Conclusion: The higher state investment in the PS organization for municipalities adept to the RFM developed better infrastructure that have been approved by health professionals and the users of the National Health System.

¹ Faculdade de Farmácia, UFMG. Av Antônio Carlos 6627/FAFAR/1027/Bl. 2, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG Brasil. marianamichelbarbosa@gmail.com

DOI: 10.1590/1413-81232017228.10952017

Resumo Em 2008, o estado de Minas Gerais criou o Programa Rede Farmácia de Minas (RFM), uma estratégia para garantir infraestrutura adequada das farmácias. O objetivo deste artigo é caracterizar a infraestrutura da Assistência Farmacêutica (AF) de Minas Gerais, comparando municípios contemplados ou não pela RFM, no intuito de verificar se os gastos estaduais implicaram em melhoria das AF municipais. Estudo transversal de avaliação da AF de Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas presenciais e telefônicas com usuários, médicos, responsáveis pela AF e dispensadores de medicamentos, além de observação das instalações. Foram selecionados 104 municípios, dos quais 41,3% haviam adotado a RFM. Os dados foram coletados de julho de 2014 a maio de 2015. Municípios com RFM apresentaram taxas significativamente maiores de regularização da documentação legal, maior conforto para os usuários e funcionários, melhores condições de armazenamento de medicamento e realização de atividades clínicas. O maior volume de investimentos estadual na AF dos municípios com RFM gerou melhores condições de infraestrutura que foram avaliadas positivamente tanto por profissionais de saúde como pelos usuários do SUS.

Palavras-chave Assistência farmacêutica, Programa Rede Farmácia de Minas, Infraestrutura

Key words Pharmaceutical services, Rede Farmácia de Minas, Infrastructure

Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF), na última década, sofreu importantes avanços, tanto com a Política Nacional de Medicamentos (PNM)¹ como com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)², que tornaram a AF parte integrante do processo de cuidado aos pacientes, com ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde. Com essas políticas, os municípios passaram a ser os principais responsáveis pela aquisição dos produtos da AF, o que lhes demandou conhecimento, organização e gestão política³.

Para o enfrentamento deste desafio é necessário consolidar a AF com ações articuladas das três esferas de poder voltadas ao cuidado à saúde, indo muito além do processo logístico-administrativo. Apesar dos citados avanços, ainda existe um abismo entre a AF consolidada e estruturada pelas leis e portarias e a atual praticada pelos municípios, estados e união, com problemas de ordem organizacional e financeira³. Na maioria das vezes, a operacionalização da AF mostra-se incipiente, com ênfase apenas na aquisição de medicamentos⁴⁻⁶. Assim supõe-se que a parte de infraestrutura, considerada como o conjunto de instalações, equipamentos, mobiliários e serviços necessários ao funcionamento efetivo de um estabelecimento de saúde, possa ter ficado relegada ao segundo plano na gestão da AF.

Somente a partir do ano de 2013 foi estabelecido que os estados e municípios poderiam destinar até 15% do orçamento do componente básico da AF para atividades de adequação do espaço físico, aquisição de equipamentos e mobiliário e atividades de qualificação dos recursos humanos⁷. Porém, no atual cenário de escassez de recursos, não se tem conhecimento se os municípios destinam esses 15%.

Em 2008, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), diante do cenário de evolução dos gastos públicos com medicamentos e da situação precária da infraestrutura das farmácias (e dispensários) do Sistema Único de Saúde (SUS), criou uma estratégia para garantir infraestrutura adequada das farmácias públicas municipais, no intuito de ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos, a Rede Farmácia de Minas (RFM). Para alcançar os objetivos da RFM, o estado concedeu incentivo financeiro para a implantação de farmácias comunitárias públicas com estruturas físicas próprias, *layouts* padronizados e previamente certificados pela vigilância sanitária como adequados para a oferta

de serviços farmacêuticos. Além disso, a RFM previa o custeio mensal para contratação e fixação do profissional farmacêutico, bem como qualificação dos recursos humanos envolvidos com a AF no SUS. A SES/MG desenvolveu também um Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SiGAF), em linguagem WEB, para apoiar e subsidiar o desempenho das atividades e processos de trabalho desenvolvidos nas farmácias em cada município e integrá-los em uma rede única dentro do SUS estadual⁸.

Na fase inicial, a RFM priorizou municípios com até 10.000 habitantes, que correspondiam a cerca de 50% do total do estado. Em geral, esses municípios apresentavam piores condições de infraestrutura para o armazenamento e dispensação de medicamentos, além de ter gasto *per capita* elevado com medicamentos, se comparados a cidades de maior porte. Em 2009, a RFM foi expandida para municípios de até 30.000 habitantes e, em 2013, para os demais no estado⁸⁻¹⁰.

Atualmente existem 584 unidades inauguradas da RFM com um gasto, até o ano de 2015, de R\$ 126.082.118,35. Desse total, 53,5% foram destinados para obras das unidades e 46,5% para incentivar a contratação de profissional farmacêutico⁸⁻¹¹.

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a infraestrutura das farmácias públicas de Minas Gerais, comparando municípios contemplados ou não pela RFM, no intuito de verificar se as estratégias do referido Programa Estadual foram alcançadas e se os gastos estaduais com o mesmo implicaram em melhoria das AF municipais.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de avaliação da AF, do estado de Minas Gerais, sob a perspectiva dos gestores, profissionais da saúde e usuários do SUS, além da observação direta da estrutura dos serviços de AF.

O plano de amostragem considerou as várias populações de estudo, composta por secretários municipais de saúde, coordenadores da AF municipal, profissionais responsáveis pela entrega de medicamentos (dispensadores), médicos e usuários, e estimou os diversos tamanhos de amostra para cada uma dessas populações. O tamanho da amostra *n* de municípios foi calculado por meio da seguinte expressão algébrica:

$$n = N.p(1-p).z^2 / [(p(1-p).z^2 + (N-1).e^2)]$$

Em que:

$N = 853$ municípios do estado de Minas Gerais,

$p = 0,50$ é o valor populacional da proporção que maximiza a variabilidade;

$z = 1,96$ é o valor na curva normal reduzida para o nível de confiança de 95% dos intervalos de confiança;

$e = 0,10$ é a margem de erro de 10 pontos percentuais.

O cálculo levou a 90 municípios. Considerando-se uma possibilidade de perda de cerca de 20%, o tamanho final foi estabelecido em 104 municípios. A amostra total (104 municípios) foi estratificada da seguinte forma: todos os municípios sede de região ampliada de saúde do Estado de Minas Gerais (19) foram selecionados; 50% dos municípios sede de região de saúde (totalizando 29 municípios) foram selecionados por sorteio aleatório; e 56 municípios dentre os demais municípios do Estado, excluindo-se os dois primeiros estratos, foram selecionados por sorteio aleatório. Para obter a amostra dos serviços de saúde, foram sorteadas unidades de atenção primária de saúde, sendo incluídos os Postos de Saúde, Centros de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde e Unidades Mistas, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), totalizando 253 serviços. O número de serviços amostrados em cada município foi proporcional ao porte populacional.

O presente estudo utilizou o mesmo percurso metodológico e instrumentos adotados pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)¹². Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela dispensação dos medicamentos nos serviços de saúde da amostra. Além destas, foram realizadas entrevistas telefônicas com os secretários municipais de saúde e responsáveis pela AF. Foi feita ainda a observação das instalações dos serviços farmacêuticos e verificação da disponibilidade física dos medicamentos, que foram registradas por meio de um roteiro de observação¹².

Este roteiro, composto por registro fotográfico e questões semiestruturadas, foi preenchido a partir da verificação de itens considerados indispensáveis para o funcionamento de Farmácias, tais como estrutura física, equipamentos, mobiliários e recursos humanos¹². Esses roteiros foram preenchidos nas unidades dispensadoras instaladas nos serviços de saúde amostrados e na Farmácia de Minas, quando implantada no município (Quadro 1). Alguns municípios com

RFM possuíam mais de uma farmácia, sendo que não necessariamente 100% delas eram Unidades da RFM. Os dados foram coletados e as entrevis-tadas realizadas por pesquisadores devidamente capacitados. Os dados foram coletados de julho de 2014 a maio de 2015.

Dos 104 municípios selecionados, 43 (41,3%) haviam adotado a RFM na época da pesquisa. O tamanho médio das populações dos municípios com RFM foi de 11.159 habitantes e a dos municípios sem RFM foi de 133.284 habitantes¹². Cerca de R\$ 8.000.000,00 do Recurso Estadual de Minas Gerais foram destinados à construção das farmácias e incentivo para fixação dos profissionais farmacêuticos nesses 43 municípios⁸⁻¹¹.

Para a análise estatística foram apresentadas frequências absolutas e relativas (com intervalos de 95% de confiança para as frequências relativas). A comparação das proporções foi realizada por meio do teste qui-quadrado de Pearson. A análise dos dados foi realizada utilizando o software SPSS® versão 22. A PNAUM e o presente trabalho foram aprovados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

O presente estudo alcançou elevadas taxas de respostas frente à amostra estabelecida (Quadro 1).

Com uma diferença estatisticamente significativa, as farmácias dos municípios com RFM apresentaram maiores taxas de regularização da documentação legal, 53,1%, apresentavam Alvará Sanitário, 75,0% Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia (CRF), e 68,8% Licença de funcionamento e localização. Nas farmácias de municípios sem RFM, esses percentuais foram de 19,4%, 34,3% e 33,7%, respectivamente (Quadro 2).

Todos os dados estruturais relacionados ao conforto na área de atendimento foram significantivamente melhores nas farmácias de municípios com RFM do que naqueles sem. A característica que mais diferenciou essas farmácias foi a existência de guichês individuais para o atendimento, com cadeiras para os usuários se sentarem (Quadro 2). Em municípios com RFM, 93,8% apresentavam uma área destinada exclusivamente à espera para atendimento dos usuários, 96,8% dessas áreas tinham acesso a sanitários e 90,3% a bebedouros. Já nas farmácias de municípios sem RFM, apenas 34,3% apresentavam área exclusiva

Quadro 1. Taxa de resposta obtida do número de dados coletados *versus* amostras calculadas.

	Amostra Calculada	Dados coletados		Dados coletados		Taxa de resposta (%)	
		Municípios com RFM		Municípios sem RFM			
		< 100.000	> 100.001	< 100.000	> 100.001		
Número de habitantes (%)	--	< 100.000	> 100.001	< 100.000	> 100.001	--	
		43(100,0)	0 (0)	44(86,3)	17(13,7)		
Roteiro de Observação	242 Farmácias 104 Municípios	32 Farmácias (100% RFM) 32 Municípios		175 Farmácias 53 Municípios		85,5 81,7	
Questionário médicos	253 UBS * 104 Municípios	33 UBS 35 Médicos 32 Municípios		190 263 Médicos 50 Municípios		88,1 * 78,9	
Questionário responsáveis pela dispensação	242 Dispensadores 104 Municípios	24 Dispensadores 24 Municípios		160 Dispensadores 44 Municípios		76,0 65,4	
Questionário Usuários	104 Municípios 1254 usuários	34 Municípios 105 usuários		55 Municípios 1054 usuários		85,6 92,4	
Questionário Responsáveis pela AF	104 Municípios 104 Responsáveis pela AF	38 Responsáveis pela AF 38 Municípios		51 Responsáveis pela AF 51 Municípios		85,6 85,6	

* Os questionários dos médicos foram aplicados em todos os médicos presentes nas UBS no dia da pesquisa.

para espera dos usuários. Em 14,3% dessas áreas de espera os usuários ficavam expostos ao sol e chuva, em 81,1% os pacientes eram atendidos em pé, em guichês de atendimento, sendo que em 28% destes havia uma grade separando os usuários dos responsáveis pela dispensação.

Quanto às condições de armazenamento, 90,6% das farmácias de municípios com RFM possuíam ar condicionado na área de armazenamento dos medicamentos, contra 10,9% daqueles não incluídos na RFM (Quadro 2). Dentre as farmácias de municípios com RFM, 81,3% apresentavam uma área exclusiva para o armazenamento de medicamentos, 87,5% tinham armário com chave para medicamentos de controle especial¹³ e 84,4% tinham geladeira exclusiva para guarda de medicamentos termolábeis. Nas farmácias de municípios sem RFM esses percentuais foram inferiores, sendo 33,7%, 50,9% e 65,1%, respectivamente.

Um total de 16,6% das farmácias de municípios sem RFM apresentava indícios da presença de roedores e insetos na área de armazenamento de medicamentos, contra 3,1% nas farmácias da RFM (Quadro 2).

A estrutura física foi a categoria que mais desfez entre os municípios comparados. De maneira geral, as farmácias de municípios sem RFM estavam localizadas dentro de Unidades Básicas de Saúde, sendo que apenas 16,0% apresentavam estrutura física própria e somente 4,6% delas

possuíam uma área destinada exclusivamente à consulta farmacêutica. Já os municípios com RFM, 87,5% apresentavam estrutura física própria e 53,1% apresentavam área destinada exclusivamente à consulta farmacêutica (Quadro 2).

O uso de Sistema Informatizado para registro das atividades da AF e acesso à internet ainda não se mostrou uma realidade em metade das farmácias de municípios sem RFM.

Nos municípios com RFM, 93,8% possuem acesso ao sistema informatizado e 81,3% à internet (Quadro 2). Além disso, todas as farmácias de municípios que participam da RFM citaram utilizar o SIGAF. Enquanto nas farmácias de municípios sem RFM, um total de 23 sistemas informatizados diferentes foi citado.

Em relação aos recursos humanos das farmácias dos municípios comparados, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as características analisadas (Quadro 3). A característica que mais diferenciou foi a formação dos responsáveis pela farmácia e a presença do farmacêutico durante todo o horário de funcionamento. O farmacêutico foi o responsável em 94,7% na RFM e em 63,6% nos demais municípios, onde foram encontrados como responsáveis técnicos enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de farmácia e assistentes sociais.

Um maior número de usuários das farmácias de municípios sem RFM (89,2%) relataram que a qualidade do atendimento nelas é boa ou mui-

Quadro 2. Características das farmácias de municípios contemplados ou não pelo RFM.

Categoria	Característica avaliada	% (IC 95%)	
		Municípios com o RFM	Municípios sem RFM
Documentação legal das farmácias	Alvará Sanitário visível e vigente	53,1 (52,6 – 53,6)	19,4 (19,0 – 19,8)
	Certificado de Responsabilidade Técnica do CRF visível e vigente	75,0 (74,6 – 75,4)	34,3 (33,8 – 34,8)
	Licença de funcionamento e localização	68,8 (68,3 – 69,3)	33,7 (33,2 – 34,2)
Conforto na área de atendimento	Área destinada exclusivamente à espera dos usuários para atendimento	93,8 (93,4 – 94,2)	34,3 (33,7 – 34,9)
	Bebedouro, filtro ou purificador de ar na área de espera dos usuários	90,3 (90,0 – 90,6)	49,1 (48,6 – 49,6)
	Acesso a sanitários na área de espera dos usuários	96,8 (96,6 – 97,0)	49,7 (49,2 – 50,2)
	Proteção do sol e da chuva na área de espera dos usuários	100,0	85,7 (85,5 – 85,9)
	Guichês individuais para atendimento com cadeiras para sentar	93,8 (93,6 – 94,0)	18,9 (18,5 – 19,3)
Condições de armazenamento	Grades no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário	3,1 (2,92 – 3,3)	28,0 (27,5 – 28,5)
	Área destinada exclusivamente ao armazenamento de medicamentos	81,3 (80,9 – 81,7)	33,7 (33,2 – 34,2)
	Armário com chave para medicamentos controlados	87,5 (87,2 – 87,8)	50,9 (50,4 – 51,4)
	Refrigerador ou geladeira de armazenamento exclusivo de medicamentos	84,4 (84,0 – 84,8)	65,1 (64,6 – 65,6)
	Aparelho de ar condicionado	90,6 (90,3 – 90,9)	10,9 (10,6 – 11,2)
	Temperatura menor que 30 °C no momento da observação	100,0	97,1 (95,9 – 98,3)
	Ausência de luz solar diretamente sobre os medicamentos	96,9 (96,7 – 97,1)	85,7 (85,3 – 86,0)
	Ausência de mofo ou infiltração	93,7 (93,5 – 93,9)	70,3 (69,8 – 70,8)
	Medicamentos sem contato direto com o chão ou parede	87,5 (87,2 – 87,8)	65,7 (66,2 – 65,2)
	Nenhum indício da presença de roedores e insetos	96,9 (96,7 – 97,1)	83,4 (83,8 – 83,0)
Gestão	Farmácia privativa (Estrutura física própria)	87,5 (86,8 – 88,2)	16 (15,1 – 16,9)
	Sistema informatizado para registro das atividades da AF	93,8 (93,6 – 94,0)	49,7 (39,3 – 60,1)
	Acesso à internet na Área de dispensação	81,3 (80,9 – 81,7)	54,1 (53,6 – 54,6)
	Área destinada exclusivamente à consulta farmacêutica	53,1 (52,1 – 54,1)	4,6 (4,1 – 5,1)
	Existência de espaço reservado para lanches e refeições (copa) dos funcionários	96,9 (96,7 – 97,1)	61,7 (54,3 – 69,1)
	Existência de espaço destinado a guarda de pertences dos funcionários	56,3 (55,8 – 56,8)	46,3 (45,8 – 46,8)
	Utilização de uniformes ou jalecos pelos funcionários	59,4 (58,9 – 59,9)	47,4 (46,9 – 47,9)

* Valor – p < 0,001.

Quadro 3. Dados de recursos humanos e atividades desenvolvidas nas farmácias de municípios contemplados ou não pelo RFM.

Dados e atividades avaliados	Municípios com RFM		Municípios sem RFM		
	N = 24	% (IC 95%)	N = 44	% (IC 95%)	
Farmacêuticos responsáveis pela farmácia	18	94,7 (94,5-94,9)	28	63,6 (63,1-64,1)	
Participação dos responsáveis pela dispensação de medicamentos, nos últimos dois anos, de algum tipo de curso e/ou capacitação	8	33,3 (32,8-33,8)	17	38,6 (38,1-39,1)	
Farmácias que realizam registro de queixa técnica ou eventos adversos	10	41,7 (41,2-42,2)	18	40,9 (40,4-41,4)	
Responsáveis pela dispensação de medicamentos que realizam alguma atividade de caráter clínico	7	29,2 (28,7-29,7)	11	25 (24,6-25,4)	
Frequência do fornecimento de informações aos usuários sobre a forma de utilizar o medicamento	Sempre/Repetidamente Às vezes Raramente/ Nunca	23 1 0	95,8 (95,3-96,4) 4,2 (3,7-4,7) 0,0	40 3 1	90,9 (90,5-91,3) 6,8 (6,4-7,2) 2,3 (1,9-2,7)
Frequência do fornecimento de informações aos usuários sobre a forma de armazenar o medicamento em casa	Sempre/ Repetidamente Às vezes Raramente/ Nunca	17 6 1	70,8 (69,7-71,9) 25,0 (23,9-26,1) 4,2 (3,1-5,3)	14 26 4	31,8 (31,2-32,4) 59,1 (58,5-59,7) 9,1 (8,5-9,7)

Valor-p < 0,05.

to boa, quando comparados aos 87,8% dos usuários das farmácias de municípios com RFM. Porém quando o dado é estratificado, percebe-se que 40,5% dos usuários das farmácias de municípios com RFM relataram que o atendimento é muito bom, enquanto apenas, 22,5% dos usuários das farmácias de municípios sem RFM relataram que o atendimento é muito bom. O tempo de espera e a disponibilidade do farmacêutico também foram melhores avaliados pelos usuários de municípios com RFM, quando comparados aos municípios sem RFM. Houve maior relato de êxito na retirada de medicamentos pelos usuários das farmácias de municípios com RFM do que pelos usuários dos municípios sem RFM, 77,1% e 61,4%, respectivamente (Quadro 4).

Também houve diferenças estatisticamente significativas entre as percepções sobre a organização da AF pelos responsáveis pela dispensação de medicamentos, médicos e responsáveis pela gestão municipal. Nos municípios com RFM 87,5%, 56,3% e 81,6% consideraram a organização da AF muito boa ou boa, enquanto em municípios sem RFM esses percentuais diminuíram para 63,6%, 34,7% e 66,7%, respectivamente (Quadro 5).

Discussão

O tamanho médio das populações dos municípios com RFM foi menor que o dos municípios sem RFM, devido à própria estruturação do Programa, que contemplou inicialmente aqueles com menor porte populacional¹⁴. É importante ressaltar que a expectativa usual seria que municípios com maior porte populacional apresentassem melhores condições de infraestrutura, situação não constatada neste estudo. Isso pode ser em parte devido ao programa Qualifar-SUS, criado em 2012, com rubrica orçamentária específica para a adequação da área física, equipamentos, mobiliários e qualificação dos recursos humanos da AF¹⁵ de municípios com até 100.000 habitantes e que estivessem inseridos no Plano Brasil Sem Miséria¹⁶. Porém, os valores destinados pelo programa podem ser considerados insuficientes, cerca de 6,4 mil reais por município participante, quando comparados ao valor necessário para adequação da estrutura das farmácias públicas.

Um dos principais objetivos da RFM era fortalecer o reconhecimento das Farmácias Comunitárias do SUS como estabelecimento de saúde, que prevê a presença, em tempo integral de funcionamento, do profissional farmacêutico. Assim, a maior taxa de regularização da docu-

Quadro 4. Avaliação dos usuários sobre as farmácias de municípios com ou sem RFM.

Critérios avaliados		Municípios com RFM		Municípios sem RFM	
		N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Tempo de espera para retirar os medicamentos nas farmácias	Não espera	49	66,2 (65,6-66,8)	397	58,4 (57,7-59,1)
	Espera pouco	22	29,7 (29,1-30,3)	219	32,2 (31,5-32,9)
	Espera muito	3	4,1 (3,5-4,7)	64	9,4 (8,7-10,1)
Frequência de êxito na retira de medicamentos nos últimos 3 meses	Sempre/Repetidamente	57	77,1 (76,1-78,1)	424	61,4 (61,2-61,6)
	Às vezes	13	17,6 (16,6-18,6)	193	28,0 (26,8-29,2)
	Raramente/Nunca	4	5,5 (4,5-6,5)	73	10,6 (10,4-10,8)
Disponibilidade do farmacêutico	Sempre/Repetidamente	54	85,7 (84,6-86,8)	357	68,5 (66,9-70,1)
	Às vezes	3	4,8 (3,7-6,0)	50	9,6 (8,0-11,2)
	Raramente/Nunca	6	9,5 (8,4-10,6)	114	21,9 (20,3-23,5)
Qualidade do atendimento das farmácias	Muito bom/ Bom	65	87,8 (87,1-88,5)	611	89,2 (88,6-90,4)
	Nem ruim nem bom	7	9,5 (8,8-10,2)	55	8,0 (7,4-8,6)
	Ruim/ Muito ruim	2	2,7 (2,0-3,4)	19	2,8 (2,2-3,4)

Valor-p < 0,05.

Quadro 5. Percepção dos profissionais dos serviços de Atenção Primária do SUS sobre a organização da Assistência Farmacêutica nos municípios com e sem RFM.

Avaliação da organização da AF		Municípios com RFM		Municípios sem RFM		Valor p
		N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	
Responsáveis pela dispensação de medicamentos *	Muito boa/Boa	21	87,5 (87,0-88,0)	28	63,6 (62,9-64,3)	<0,001
	Nem ruim/Nem boa	2	8,3 (7,8-8,8)	11	25,0 (24,3-25,7)	<0,001
	Ruim/ Muito ruim	1	4,2 (3,7-4,7)	5	11,4 (10,7-12,1)	<0,001
Médicos*	Muito boa/ Boa	9	56,3 (55,4-57,1)	17	34,7 (33,9-35,5)	<0,001
	Nem ruim/Nem boa	3	18,8 (17,9-19,7)	17	34,7 (33,9-35,5)	<0,001
	Ruim/ Muito ruim	4	25,0 (24,1-25,9)	15	30,6 (29,8-31,4)	<0,001
Responsáveis pela assistência farmacêutica	Muito boa/ Boa	31	81,6 (81,1-82,1)	34	66,7 (66,0-67,4)	<0,001
	Nem ruim/Nem boa	7	18,4 (17,9-18,9)	11	21,6 (20,9-22,3)	<0,001
	Ruim/muito ruim	0	0,0	4	7,8 (7,1-8,5)	<0,001

* Para a avaliação das percepções dos médicos e responsáveis pela dispensação foi feita a média das respostas desses profissionais em cada município da amostra.

mentação legal das farmácias de municípios com RFM pode ser um reflexo do incentivo da fixação desse profissional pactuado pelo Programa Estadual. Porém, era esperado encontrar valores ainda mais altos em relação à documentação legal das Farmácias de municípios com RFM. Esse déficit pode ter ocorrido devido à RFM exigir a regularidade da documentação legal apenas antes da inauguração das novas unidades do Programa, não sendo obrigatória a apresentação desses documentos nos anos subsequentes para a manutenção do município como participante

do Programa RFM. Assim, a cobrança de renovação desses documentos é obrigação apenas dos serviços de vigilância sanitária e do Conselho de Farmácia.

O incentivo financeiro para que os municípios contratassem profissionais farmacêuticos também pode ser o responsável pela sua maior presença durante todo o período de funcionamento das farmácias, nos municípios com RFM (93,8%), comparado às farmácias de municípios sem RFM (65,1%).

Em decorrência da maioria das farmácias de

municípios sem RFM estarem localizadas dentro de Unidades Básicas de Saúde (UBS), elas geralmente não possuíam uma área exclusiva para a espera de atendimento dos usuários. Em algumas dessas farmácias, foram observados usuários esperando atendimento em pé, ao relento, sem acesso a sanitários e bebedouros, sendo atendidos em guichês, sem local para sentar e com grandes separando os usuários dos responsáveis pela dispensação. Esse cenário de desconforto na área de espera dos usuários das farmácias que não participavam da RFM foi semelhante aos encontrados por outros autores que investigaram farmácias públicas do Brasil¹⁷⁻²⁰. Em geral, nesses locais, o espaço físico onde se realiza o atendimento é reduzido, e a dispensação ocorre por meio de janelas gradeadas ou vidros, sem qualquer tipo de orientação ao usuário. O atendimento através de janelas ou grades, separando os usuários dos responsáveis pela dispensação, configura-se um problema organizacional que pode ter importantes reflexos na terapêutica, já que a humanização do atendimento ao usuário tem sido associado à adesão ao tratamento²¹.

Boas condições de infraestrutura podem proporcionar maior humanização do atendimento. Os municípios com RFM apresentaram sala exclusiva de espera, com ventiladores, cadeiras, painel eletrônico de senhas, televisão, acesso fácil a bebedouro e banheiro. Além disso, contam com guichês individuais, permitindo um acolhimento mais reservado, individualizado e próximo.

A RFM estabeleceu um projeto arquitetônico com *layout* padronizado e área física compatível com os serviços a serem realizados. A sala de almoxarifado está de acordo com a regulação sanitária. Em contraposição, farmácias de municípios sem RFM apresentaram um cenário de inadequação das condições de armazenamento de medicamentos semelhante aos encontrados na maioria das farmácias públicas do Brasil, onde se observam espaço físico inapropriado e insuficiente, escassez de mobiliário, ausência de controle e registro de temperatura das áreas de armazenamento de medicamentos, inclusive termolábeis¹⁹⁻²².

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que avaliou cerca de trinta mil farmácias em todo o Brasil²³, encontrou áreas destinadas exclusivamente para o armazenamento de medicamentos em 20,0% e ar condicionado em 17,3% dos estabelecimentos. Essas proporções foram de 81,3%, e 90,6%, entre as farmácias de municípios com RFM, contra 33,7% e 10,9% nos estabelecimentos sem RFM, respectivamente. A presença de

geladeira para medicamentos termolábeis no PMAQ-AB²³ foi observada em apenas 25,0% das farmácias, enquanto nos municípios com RFM essa proporção foi de 84,4 %.

Outras não conformidades sanitárias relativas à área de armazenamento de medicamentos eram referentes à incidência de luz solar diretamente nos medicamentos, presença de mofo e infiltração, medicamentos em contato direto com chão ou parede e indícios de roedores, sendo esses motivos que justificariam a interdição dos estabelecimentos. Embora em menor frequência, esses problemas foram também observados em algumas farmácias de municípios com RFM, o que sugere que a manutenção prevista na RFM, como responsabilidade dos municípios, não estaria ocorrendo de forma adequada. Esse fato ilustra a complexidade envolvida no sucesso da descentralização da saúde, que só ocorre quando há cooperação entre as esferas federal, estaduais e municipais, e o equilíbrio permanente entre autonomia e interdependência²⁴.

Vale ressaltar que, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)²⁵, o tempo médio de funcionamento das farmácias de municípios com RFM era de 5 anos, e de 11 anos em municípios sem RFM.

Como a destinação de recursos financeiros para a manutenção das infraestruturas de estabelecimentos públicos de saúde são escassas no país²⁶, parte da melhora das infraestruturas observadas nas farmácias de municípios com RFM, pode ser devida aos menores tempos de funcionamento desses estabelecimentos e não à existência do Programa em si. Assim, estudos futuros se fazem necessários para verificar se essas diferenças entre as farmácias dos municípios com ou sem RFM se manterão, independente do tempo de funcionamento das mesmas.

Observou-se maior utilização de sistemas informatizados integrados na gestão da AF pelos municípios da RFM do que nos demais (93,8% *versus* 49,7%). O uso de sistemas como o SIGAF aumenta a efetividade na gestão dos processos logísticos, compreendidos pelas etapas de programação, aquisição, gestão de estoques, dispensação e acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários²⁷. Além disso, é interessante que sistemas informatizados como o HORUS (distribuído pelo Ministério da Saúde) e o SIGAF (distribuído pela SES/MG) sejam capazes de integrar as informações em sua área de abrangência, bem como contribuir com estudos de utilização de medicamentos na atenção primária do Brasil¹⁹. No presente estudo um total de 23 diferentes

sistemas informatizados foram citados, mas não se sabe se eles permitem a integração dos dados junto à rede estadual ou federal. De toda forma, os percentuais de utilização observados em Minas Gerais estavam bem acima dos 20,4% verificados por Lacerda²⁸ em farmácias no Brasil que utilizam o sistema Hórus.

O acesso à internet é necessário para a integração das farmácias públicas com outros sistemas do SUS, como a base do cartão nacional de saúde, por exemplo. A dificuldade nesse acesso parece ter sido minorada com a adoção da RFM, uma vez que 81,3% das farmácias de municípios com RFM possuíam acesso à internet, comparado com apenas 54,1% de municípios sem RFM. Em um estudo nacional enfocando farmácias públicas que utilizam o Sistema Hórus verificou-se que 49,8% delas possuíam acesso à internet²⁹.

A RFM incentiva a realização de atividades clínicas e de farmacovigilância, por meio de condições de infraestrutura adequada, material bibliográfico e capacitações para os farmacêuticos. Porém, observou-se que apenas 41,7% das farmácias de municípios com RFM relataram registro de queixa técnica e 29,2% realizavam atividades de caráter clínico. O motivo mais citado para a não realização das atividades clínicas (52,9%) foi a falta de tempo, o que parece refletir a priorização de atividades técnico-gerenciais em detrimento das atividades clínicas. O cenário foi ainda menos promissor nas farmácias de municípios sem RFM, onde apenas 25,0% dos responsáveis pela dispensação realizavam alguma atividade de caráter clínico. Nesta situação, o motivo mais citado para não realização dessas atividades foi a ausência de espaço físico adequado. Apenas 4,6% dessas farmácias possuíam uma área destinada exclusivamente à consulta farmacêutica.

A RFM promoveu atividades de capacitação e educação permanente para farmacêuticos. Porém, em função da elevada rotatividade dos recursos humanos dos municípios, especialmente daqueles de pequeno porte, e da ausência de uma carreira pública atrativa, apenas 33,3% dos responsáveis pela dispensação das farmácias de municípios com RFM, no momento da entrevista, relataram ter participado de algum curso ou capacitação nos últimos dois anos. Isso indica a necessidade de incentivar a fixação e de investimento na promoção de capacitações contínuas dos profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos, para que avanços mais expressivos na qualidade do uso dos medicamentos sejam alcançados.

Um dos resultados esperados pela RFM é a melhoria do acesso aos medicamentos essenciais.

Foi constatado, um maior êxito na retirada de medicamentos pelos usuários das farmácias de municípios com RFM, onde 77,1% relataram sempre ter êxito, enquanto naquelas de municípios sem RFM esse percentual caiu para 61,4%.

Porém, é interessante ressaltar, que considerando o conceito de acesso de Thomas e Penchansky³⁰, o maior êxito na retirada de medicamentos nos municípios com RFM demonstra a melhora de apenas uma das dimensões de acesso, a disponibilidade experimentada. Assim, estudos posteriores deverão investigar a comparação das disponibilidades reais dos medicamentos em estoque, assim como as demais dimensões de acesso, para conseguir inferir se houve ou não melhora no acesso a medicamentos essenciais com RFM.

De maneira geral, todas as farmácias dos municípios mineiros, com ou sem RFM, tiveram a qualidade do atendimento e o tempo de espera para serem atendimentos bem avaliados pelos usuários. Porém, é ainda digno de nota que a percepção positiva dos profissionais de saúde quanto à organização da AF dos municípios com RFM foi significativamente maior que nos outros, indicando que o programa pode estar contribuindo para ampliar a credibilidade e a efetividade das ações desenvolvidas.

Por se tratar de um estudo transversal, o presente estudo estava suscetível a temporalidade reversa. Além disso, não foram avaliados os demais investimentos, que não os Estaduais da RFM na infraestrutura das AF dos municípios. Outra importante limitação se refere ao fato de que alguns municípios com RFM possuíam mais de uma farmácia, sendo que não necessariamente 100% delas eram Unidades da RFM. Assim nos municípios com RFM os questionários dos médicos e dos responsáveis pela AF poderiam ter refletido uma realidade do conjunto das farmácias municipais e não apenas das unidades da RFM. Ademais, os resultados não foram controlados pela existência ou não do farmacêutico no estabelecimento.

Conclusão

Os resultados obtidos nesta avaliação indicam um melhor desempenho da AF pública nos municípios que adotaram a RFM. Verificou-se que o volume financeiro estadual investido e a maior padronização na organização e serviços da AF nos municípios com RFM gerou melhores condições de infraestrutura que foram avaliadas positivamente tanto por profissionais de saúde como

pelos usuários do SUS. Assim o presente estudo evidencia a importância de investir em infraestrutura e RH da AF e corrobora com a necessidade de implantação de projetos que estimulam esse investimento tais como a RFM.

A presença do profissional farmacêutico pode ter contribuído para haver maior conformidade com requisitos sanitários obrigatórios, além dos estabelecimentos apresentarem melhores condições de armazenamento dos medicamentos, em especial dos produtos controlados e termolábeis. A integração das farmácias públicas de municípios com RFM com a rede SUS, por meio da internet e do Sistema Integrado de Gestão da AF, pode resultar em maior agilidade e efetividade na gestão dos processos logísticos. A maior adequação da infraestrutura propiciou condições mais

humanas de atendimento e acompanhamento dos pacientes, assim como para a realização do cuidado farmacêutico, conforme preconizado nos guias terapêuticos.

Todas estas melhorias foram percebidas positivamente pelos usuários ao constatarem um tempo menor de espera para o atendimento, assim como melhor disponibilidade percebida dos medicamentos.

Vale destacar, no entanto, que alguns indicadores avaliados mostraram-se insatisfatórios, independente do município ter ou não RFM.

Estudos futuros deverão enfocar se melhorias na infraestrutura e na disponibilidade percebida resultarão em maior acesso, melhor qualidade do uso dos medicamentos e maior efetividade clínica dos tratamentos disponibilizados pelo SUS.

Colaboradores

Todos os autores leram e aprovaram o conteúdo do manuscrito. Todos os autores contribuíram de maneira fundamental para a realização desse estudo. MM Barbosa trabalhou na pesquisa, metodologia e redação do presente estudo. RCRM Nascimento, MM Garcia e EA Reis trabalharam na pesquisa, metodologia e redação final. AA Guerra Junior trabalhou na concepção, metodologia e redação final. FA Acurcio trabalhou na concepção e metodologia da pesquisa. J Alvares trabalhou na concepção, pesquisa, metodologia e redação final.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998; 30 out.
2. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União* 2004; 6 maio.
3. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 3):3561-3567.
4. Mayorga P, Fraga F, Brum CK, Castro EF. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: Mioscaky MC, Bordin R, organizadores. *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. p. 197-215.
5. Fraga FNR. *A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
6. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc* 2013; 22(1):73-84.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.555 de 30 de junho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 30 jun.
8. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MG nº 1416 de 21 de fevereiro de 2008. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando à concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 1ª etapa do Programa Farmácia de Minas – REDE FARMÁCIA DE MINAS. *Diário Oficial de Minas Gerais* 2008; 21 fev.
9. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES nº 1795, de 11 de março de 2009. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando à concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 2ª etapa do Programa Farmácia de Minas – REDE FARMÁCIA DE MINAS. *Diário Oficial de Minas Gerais* 2009; 11 mar.
10. Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES nº 3727, de 30 de abril de 2013. Divulga a relação dos municípios habilitados para a 3ª etapa do Programa Farmácia de Minas – REDE FARMÁCIA DE MINAS no Estado de Minas Gerais e dá outras providências. *Diário Oficial de Minas Gerais* 2013; 30 abr.
11. Controladoria Geral da União (CGU) –. Portal da Transparéncia do Estado de Minas Gerais. [acessado 2016 ago 1]. Disponível em: <http://www.transparencia.mg.gov.br/>
12. Alvares J, Alves MCGP, Escuder MM, Almeida AM, Isidoro JB, Guerra-Junior AA, Costa KS, Costa EA, Guibú IA, Soeiro OM, Leite SN, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica* 2016; 50(Supl. 2):1s-13s.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1998; 31 dez.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2016 Ago-Set. [acessado 2016 ago 1]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Dispõe sobre a Instituição do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). *Diário Oficial da União* 2012; 13 jun.
16. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 8.232, de 30 de abril de 2014. Dispõe sobre a alteração do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil Sem Miséria. *Diário Oficial da União* 2014; 30 abr.
17. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):611-617.
18. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2007; 12(1):213-220.
19. Mattos LV. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2015.
20. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasilia, Brazil. *Rev Saude Publica* 2005; 39(2):223-230.
21. Paixão LMM, Gontijo ED. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono. Belo Horizonte (MG). *Rev Saude Publica* 2007; 41(2):205-213.
22. Bruns SF. *Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa, PB: contexto, desafios e perspectivas* [doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz; 2013.
23. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate* 2014; 38(Especial):109-123.
24. Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(8):1781-1790.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acessado 2017 fev 2]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0
26. Amorim GM, Cardoso VQE, Martelli Júnior HO, Rogério FBP. Prestação de Serviços de Manutenção Predial em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):145-158.

27. Dias KE. *A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS - Uma proposta de ações para auxiliar esse processo* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.
28. Lacerda RCF. *Análise da organização da assistência farmacêutica em municípios a luz da política nacional de medicamentos* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
29. Costa KS, Nascimento Júnior JM. Hórus: inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl.):91-99.
30. Pechansky R, Thomas J. The concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care* 1981; 19(2):127-140.

Artigo apresentado em 26/10/2016

Aprovado em 15/05/2017

Versão final apresentada em 17/05/2017