



# Avaliação da Acessibilidade à Assistência Farmacêutica Básica no Município de Várzea Grande (Mato Grosso)

Kelli Carneiro de Freitas Nakata<sup>1\*</sup>; Ligia Maria Vieira da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Farmacêutica da Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

<sup>2</sup> Professora do corpo permanente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

## RESUMO

Com o objetivo de avaliar a acessibilidade a medicamentos essenciais na rede de serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Várzea Grande-MT, foi realizado um estudo de caso com múltiplos níveis de análise. A identificação do acesso como dimensão importante para avaliação da Assistência Farmacêutica no município foi identificada após a realização de uma análise exploratória ou estudo de avaliabilidade. Foi elaborado um modelo lógico da Assistência Farmacêutica no município do qual foi derivada uma matriz contendo as dimensões e critérios para avaliação. Essa matriz foi validada por meio de consenso de *experts* e as informações obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação. Os achados mostram que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica está implantada de forma incipiente (34,7%), no município estudado, tendo em vista que foram encontrados problemas em todos os componentes do ciclo de Assistência Farmacêutica. Apenas a acessibilidade geográfica foi classificada como em avançada (89,5%). Os autores concluem com recomendações relacionadas ao aperfeiçoamento dos critérios avaliados como em estágio incipiente, principalmente no que diz respeito aos componentes da acessibilidade organizacional. Registram ainda que a superação dos obstáculos encontrados relaciona-se não apenas com medidas específicas relacionadas à Assistência Farmacêutica propriamente dita, mas também com aspectos de ordem mais geral relacionados a organização da atenção a saúde.

Palavras-chave: Acessibilidade. Assistência farmacêutica. Medicamentos essenciais.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população mundial não tem acesso regular aos medicamentos essenciais. Apenas 15% da mesma consomem 90% de toda produção desse insumo configurando um acesso desigual entre grupos sociais (OMS, 2004). No Brasil, essa situação também tem sido registrada, sendo que cerca de 60% da produção de medicamentos do país beneficia apenas 23% da população (Cosendey et al., 2000).

Entretanto, desde a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, diversas iniciativas voltadas para assegurar e promover o acesso da população a medicamentos foram publicadas, dentre outras, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Brasil, 1998; Brasil, 2004), bem como foi promulgada a Lei dos genéricos (Brasil, 1999; SINDUSFARM, 2012). Além disso, com esse mesmo objetivo de ampliação do acesso, o governo federal instituiu, em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), através da adoção de copagamento (Brasil, 2011; Santos-Pinto et al., 2011).

A avaliação da implantação da Política de Assistência Farmacêutica em municípios brasileiros tem sido realizada com diferentes metodologias, tendo obtido resultados também variados entre estados e municípios investigados (Oliveira et al., 2010), Cosendey (2000), Fraga (2005), Barreto e Guimarães (2010). Alguns estudos revelaram a existência de diversos obstáculos de natureza estrutural e financeira que comprometem o acesso dos usuários aos medicamentos (Oliveira et al., 2010). Outra investigação concluiu que a estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica (AF) não proporcionava a integração das informações técnicas e operacionais, o que resultava em fragmentações das atividades do ciclo da AF, ocasionando falta de medicamentos e desorganização dos processos de trabalho (Fraga, 2005). Em contrapartida, uma avaliação envolvendo três importantes estados brasileiros, a saber, Paraná, São Paulo e Minas Gerais, revelou a existência da implantação

*Autor correspondente:* Kelli Carneiro de Freitas Nakata. Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Centro Político Administrativo. Palácio Paiaguás. Rua D, S/N, Bloco 5. CEP: 78.049-902. Cuiabá-MT. Fone: (65) 3613-5300. E-mail: kellinakata@hotmail.com.

de uma AF descentralizada voltada para a proposta atual da PNM adotando uma metodologia administrativa moderna e participativa (Cosendey et al., 2000).

A variabilidade dos resultados encontrados diante da diversidade de situações de organização do SUS, no país, requer a realização de investigações adicionais em outros municípios e estados da Federação, bem como requer o teste, adaptação e realização de consensos sobre metodologias para avaliação da implantação da PNM. Dessa forma, o presente estudo pretende contribuir para o preenchimento de algumas dessas lacunas, por meio da avaliação da acessibilidade a medicamentos essenciais no SUS em um município onde havia registros de iniciativas de implantação da referida política com a utilização de uma matriz de avaliação validada pelo consenso de *experts*.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Estratégia de pesquisa

Foi realizado um estudo de caso com vários níveis de análise sobre a acessibilidade a Assistência Farmacêutica no município de Várzea Grande, no Estado de Mato Grosso. A Assistência Farmacêutica (AF) foi aqui considerada conforme definição do documento da PNM, como um conjunto de práticas ligadas ao medicamento e direcionadas à população como parte das ações de saúde, incluindo não apenas o abastecimento de medicamentos, mas informações, educação e outras atividades de caráter multidisciplinar que promovam o uso racional deste insumo (Brasil, 1998).

A acessibilidade foi aqui considerada no sentido que lhe é dado por Donabedian, como a facilidade no uso dos serviços de saúde. Consiste na relação entre as características dos serviços capazes de facilitar ou impor barreiras e os recursos dos usuários para a sua utilização (Donabedian, 1980; 1998).

### Estudo de avaliabilidade

Inicialmente, como momento exploratório e preliminar da investigação, foi realizado um estudo de avaliabilidade (Rossi & Freeman, 2004) por meio de estimativa rápida em instituições públicas de saúde (farmácia pública e almoxarifado central) do Município de Várzea Grande-MT, utilizando-se dos seguintes recursos: entrevistas, análise documental e observação. Este estudo teve por objetivos identificar áreas prioritárias para avaliação e verificar se a política de AF estava minimamente implantada de forma a permitir a realização de uma avaliação sistemática. Teve ainda como objetivo testar o roteiro da entrevista por meio da triangulação entre a informação assim obtida, a observação e a análise dos documentos. A acessibilidade apareceu como nó crítico da AF, caracterizando-se como atributo a ser priorizado em uma avaliação sistemática.

### A avaliação da acessibilidade

Em sequência ao estudo de avaliabilidade foi realizada a avaliação da acessibilidade propriamente dita. Com essa finalidade, foi elaborado um modelo lógico da Assistência Farmacêutica no município (Figura 1), do

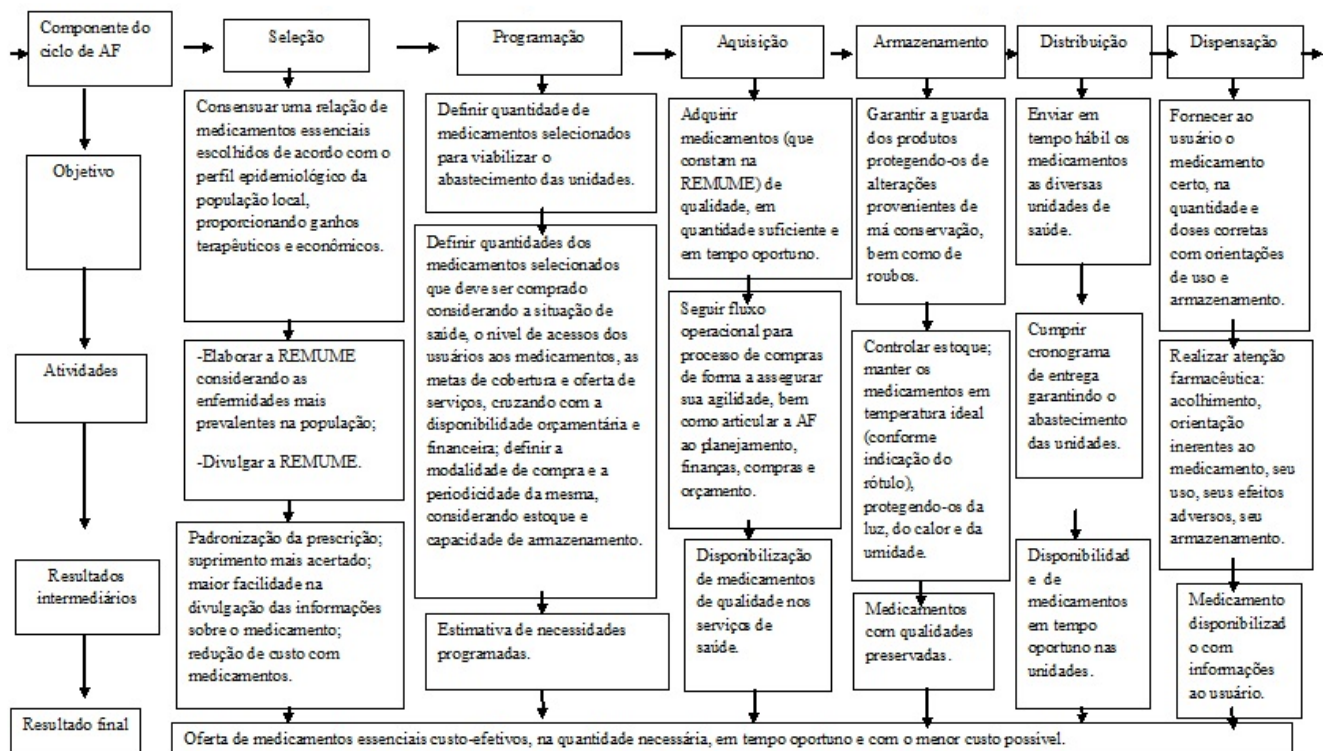


Figura 1 - Modelo Lógico do Ciclo da Assistência Farmacêutica (AF)

Quadro 1 - Dimensões e critérios para avaliação da acessibilidade a medicamentos essenciais em Várzea Grande-MT (2012)

I - Acessibilidade Organizacional					
1.1. Seleção de Medicamentos					
Dimensão/Subdimensão/ Critério	Padrão	Situação observada			Evidência
		Incipiente	Intermediária	Avançada	
1.1.1. Existência de REMUME	REMUME publicada e elaborada com critérios técnicos.	Não tem REMUME	Tem REMUME, porém não publicada.	Tem REMUME e está publicada.	Município não dispunha de REMUME publicada.
1.1.2. Acesso fácil a REMUME/ RENAME pelos profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica (AF)	Disponibilidade de REMUME/RENAME nos consultórios e nas unidades de dispensação.	Não há REMUME ou RENAME nos consultórios médicos e nas unidades de dispensação.	Há REMUME ou RENAME em um dos locais.	Há REMUME ou RENAME nos dois locais.	Indisponibilidade de RENAME ou lista pactuada de atenção básica para os profissionais envolvidos na AF.
1.2. Programação					
1.2.1. Existência de Instrumento para controle de estoque.	Instrumento para o controle de estoque de fácil manejo e em utilização.	Não há nenhum instrumento para controle de estoque	Há instrumento para controle de estoque, porém não é utilizado ou é subutilizado.	Há instrumento para controle de estoque em uso	Não existia nenhum instrumento para controle de estoque.
1.3. Aquisição					
1.3.1. Percentual de medicamentos (med.) traçadores na central de abastecimentos	Acima de 80% de disponibilidade	Até 40% de disponibilidade	De 41% a 79% de disponibilidade	De 80 a 100% de disponibilidade	Almoxarifado apresentava 25% de disponibilidade de medicamentos.
1.4. Armazenamento					
1.4.1. Existência de Refrigeração ambiente	Refrigeração em tempo integral com temperaturas ideais.	Não tem nenhum tipo de refrigeração	Há refrigeração apenas no horário de funcionamento.	Há refrigeração em tempo integral.	80% das unidades apresentam refrigeração apenas durante seu funcionamento.
1.4.2. Existência de geladeira	Geladeira com temperatura ideal a conservação dos medicamentos.	Não tem geladeira	Geladeira não exclusiva para medicamentos ou sem controle de temperatura	Geladeira exclusiva para medicamentos com controle de temperatura	75% das unidades tinha geladeira, porém não exclusivas para med. ou sem controle de temperatura.
1.4.3. Existência de controle de temperatura ambiente.	Registro das temperaturas em diversos horários do dia	Não tem	Tem de forma parcial	Tem de forma integral	80% das unidades não contam com termômetro para registrar/acompanhar a temperatura ambiente.
1.4.4. Existência de algum critério para organização do estoque	Critérios para organização do estoque explícitos.	Não tem critério	Selecionou um dos critérios, mas não está implantado com presteza.	Tem algum critério implantado	70% das unidades têm critérios de organização do estoque definidos e implantados.
1.4.5. Percentual de unidades com med. vencidos	Não deve haver med. vencidos na unidade de dispensação.	Qualquer percentual de unidades com med. vencidos	Há med. vencidos, porém em local separado.	Não há med. vencidos.	65% das unidades tinham med. vencidos, separados, mas dentro da unidade de dispensação.
1.5. Distribuição					
1.5.1. Percentual de med. para agravos traçadores na unidade de dispensação.	Acima de 80% de disponibilidade	Até 40% de disponibilidade	De 41% a 79% de disponibilidade	De 80 a 100% de disponibilidade	As unidades apresentaram em média 21% de disponibilidade de med. para agravos traçadores.
1.6. Dispensação					
1.6.1. Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	Há farmacêutico na unidade dispensadora em tempo integral.	Não dispõe de farmacêutico	Dispõe em parte do horário de funcionamento	Dispõe em todo o horário de funcionamento	5% contavam com um farmacêutico em período integral.
1.6.2. Existência de local para orientação farmacêutica	Existência de local reservado a atenção farmacêutica	Não dispõe	Dispõe de um local, porém não adequado.	Dispõe de local reservado a orientação farmacêutica	95% das unidades não têm local apropriado para orientação farmacêutica.
1.7. Educação e treinamento de profissionais envolvidos com a dispensação de medicamentos					
1.7.1. Frequência de capacitação para profissionais envolvidos na AF.	Deve haver ao menos uma capacitação anual.	Não existe	Existe com frequência bial ou menos frequente	Existe com frequência anual	Houve quatro capacitações durante o ano de 2012, porém com problemas de divulgação.
II - Acessibilidade geográfica					
2.1-Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	15' a pé	Acima de 30'	De 15 a 30'	Até 15'	74% das unidades exigiram para seu acesso tempo de deslocamento de até 15'.
2.2-Distância da residência a unidade de saúde	Inferior a 5 km com transporte e inferior a 1Km a pé.	Mais de 10 km	Entre 5 e 10Km	Menos de 5 km	90% das unidades estão a menos de 5 km da residência dos usuários.

qual foi derivada uma matriz de critérios e dimensões (Quadro 1) que orientou a coleta de informações. A matriz foi submetida a um comitê de *experts* para validação por consenso. Posteriormente, o instrumento foi testado no município de Várzea Grande-MT. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2012.

Para a validação da matriz de dimensões e critérios foi utilizada a técnica de *Delphi* (Wright & Giovinazzo, 2000). A seleção dos especialistas tomou como base o conhecimento prático na área de Assistência Farmacêutica (AF); experiência em sua gestão, bem como produção intelectual sobre o tema. Foram realizadas duas rodadas de consulta aos *experts*. As respostas foram consolidadas por meio do cálculo da média e do desvio padrão dos scores atribuídos pelos especialistas a cada um dos critérios. Em ambas as rodadas houve elevado consenso em relação a todos os critérios com exceção do critério “tempo gasto na dispensação em minutos” que foi excluído. Para todos os critérios foram considerados, para sua inclusão, uma média igual ou superior a sete e desvio padrão igual ou inferior a três.

A seleção dos usuários foi feita de acordo com os seguintes critérios: em cada unidade foram abordados no mínimo dois usuários, incluindo, sucessivamente: homens, mulheres, idosos, gestantes e acompanhantes de crianças, o que resultou em um total de 42 usuários. Esses foram abordados no aguardo, imediatamente após a consulta médica ou na dispensação de medicamentos. As entrevistas foram realizadas em local, na própria unidade, que assegurou a privacidade dos entrevistados. O tamanho final da amostra intencional foi definido pelo critério de saturação das informações.

Foram entrevistados todos os profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos, além de prescritores (médicos e dentistas); gerentes e gestor, sendo que, para as três últimas categorias, a seleção se deu em função da disponibilidade no momento da visita a unidade.

Para definir a lista de medicamentos que serviu de base para avaliar as subdimensões aquisição e distribuição (Quadro 2) foram selecionados medicamentos usados no tratamento da hipertensão arterial e da doença respiratória crônica, escolhidos como traçadores por serem agravos de elevada prevalência e apresentarem tratamento consensual, excluindo desse grupo aqueles medicamentos que não faziam parte do elenco de medicamentos de referência da atenção básica do SUS, bem como aqueles não priorizados nas VI diretrizes brasileiras de hipertensão e no caderno de atenção básica para doenças respiratórias crônicas. Após a composição da lista de medicamentos, esta foi validada pelo método *Delphi*.

Na dimensão acessibilidade geográfica, a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde foi calculada através do recurso do *Google Earth* tendo como base o endereço do usuário e da unidade de saúde.

As entrevistas foram transcritas, lidas e confrontadas com os dados obtidos por meio da observação e dos documentos, o que permitiu a identificação de evidências

---

**Quadro 2 - Conjunto de medicamentos para agravos traçadores**


---

1. Anlodipino 5mg comprimido
  2. Anlodipino 10mg comprimido
  3. Atenolol 50 mg comprimido
  4. Atenolol 100mg comprimido
  5. Beclometasona 50mcg/dose aerossol nasal
  6. Beclometasona 200mcg/dose solução inalante
  7. Beclometasona 250mcg/dose solução inalante
  8. Budesonida aerossol nasal 50mcg
  9. Captopril 25mg comprimido
  10. Carvedilol 3,125mg comprimido
  11. Carvedilol 6,25mg comprimido
  12. Carvedilol 12,5mg comprimido
  13. Carvedilol 25mg comprimido
  14. Enalapril 05mg comprimido
  15. Enalapril 10mg comprimido
  16. Enalapril 20mg comprimido
  17. Espironolactona 25mg comprimido
  18. Espironolactona 100mg comprimido
  19. Furosemida 40mg comprimido
  20. Hidroclorotiazida 12,5mg comprimido
  21. Hidroclorotiazida 25mg comprimido
  22. Ipratrópio aerossol oral 0,02 mg/dose
  23. Ipratrópio solução inalante 0,25mg/ml
  24. Losartana 50mg comprimido
  25. Metoprolol 25mg comprimido de liberação prolongada
  26. Metoprolol 50mg comprimido de liberação prolongada
  27. Metoprolol 100mg comprimido de liberação prolongada
  28. Prednisona comprimido 05mg
  29. Propranolol, cloridrato comprimido 10mg
  30. Propranolol, cloridrato comprimido 40mg
  31. Salbutamol, sulfato aerossol oral 100mcg/dose
  32. Salbutamol, sulfato solução inalante 6mg/ml
- 

acerca das diversas dimensões e subdimensões da AF. Posteriormente, os dados foram classificados através da comparação entre os achados e a imagem-objetivo elaborada a partir da revisão de literatura. A análise final dos dados se deu por triangulação de técnicas, que corresponde a verificar a consistência entre as diversas fontes de informação.

Com a finalidade de obter-se uma classificação das unidades e do município frente à imagem-objetivo, foram atribuídos aos critérios pontos (0 a 10) a partir do material empírico colhido, leitura das entrevistas e análise documental. Assim, a classificação de cada critério se deu com base na pontuação atribuída calculada como a diferença percentual entre a pontuação máxima possível e os pontos atribuídos a partir da triangulação entre entrevistas, observação e documentos, de acordo com os seguintes pontos de corte: (1) incipiente:  $\geq 0$  e  $\leq 33,3\%$ ; (2) intermediário:  $> 33,3$  e  $\leq 66,6\%$ ; (3) avançado:  $> 66,6\%$ .

A pontuação geral dos estabelecimentos foi calculada através do somatório dos pontos obtidos em cada

critério. Por sua vez, a classificação final do município foi o resultado do somatório dos pontos obtidos por todos os estabelecimentos de saúde selecionados para o estudo. As proporções foram calculadas em relação ao total de pontos possíveis para cada nível de análise do estudo (estabelecimento e município).

### **A rede de serviços de saúde do município de Várzea Grande**

O município de Várzea Grande é o segundo maior município do Estado de Mato Grosso em população possuindo 252.596 habitantes (IBGE, 2010). Com vistas à distribuição gratuita de medicamentos essenciais a estrutura da Assistência Farmacêutica (AF) do município, no momento da coleta de dados, contava com um almoxarifado central responsável pela elaboração da lista de medicamentos encaminhada para compras, bem como recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos para as unidades de saúde quais sejam: 4(quatro) Centros de Saúde, 5(cinco) Policlínicas, 9(nove) unidades de PSF (Programa Saúde da Família), 1(um) Centro de Especialidade Médica e 3 (três) CAPS(Centro de atendimento psicossocial).

O instrumento elaborado para avaliação da acessibilidade foi testado em todas as 20 unidades aí incluindo o almoxarifado central. Os CAPS foram excluídos da amostra por se tratarem de unidades especializadas, pois dispensam um grupo restrito e específico de medicamentos.

A AF do município estudado está incluída no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 com definição de meta e ações. Tal participação é muito discreta com apenas uma meta e ações muito gerais (Várzea Grande, 2010).

## **RESULTADOS**

A Assistência Farmacêutica, no município estudado, foi classificada globalmente como em situação intermediária (34,7% de adequação), no que diz respeito à acessibilidade a medicamentos essenciais (Tabela 1). Esse resultado decorre dos problemas identificados na dimensão acessibilidade organizacional que, isoladamente, foi classificada como incipiente (26%), principalmente devido a pontuação obtida nos seguintes critérios: acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF(2,5%); existência de instrumentos para controle de estoque (0%); existência de controle de temperatura ambiente(19%); percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação(6%); existência de farmacêutico na unidade dispensadora(18,5%); existência de local para orientação farmacêutica(5%). Apenas em relação ao critério acessibilidade geográfica o município foi classificado como em estágio avançado (89,5) tendo em vista que as unidades de saúde encontram-se bem distribuídas no território, o que permite um tempo pequeno de deslocamento dos usuários para a realização de consultas e obtenção dos medicamentos (Tabela 1).

O município não dispunha de relação municipal de medicamentos (REMUME) elaborada e publicada, nem estava disponível para consulta dos usuários, dos prescritores e unidades dispensadoras, de forma impressa, a RENAME, sendo, portanto, classificado quanto a este critério como incipiente (Quadro 3). Não havia também lista pactuada da atenção básica informando os medicamentos disponíveis na atenção básica no município estudado conforme depoimento de profissional:

(...) eu não tenho nem noção do que tem e do que deixa de ter na rede. Eu que vou ali na farmácia e vejo se chegou algum medicamento que eu possa prescrever pra meu paciente. (...) não tem divulgação nenhuma (...) (Entrevista 20 - Dentista - PSF).

O município contava com uma lista de medicamentos elaborada pelo almoxarifado central baseado no rol de medicamentos que constam da Portaria 4217/2010 (entrevistas com profissionais). No entanto, sem critérios explícitos de inclusão e exclusão de medicamentos. Ainda consta que não se considerou na sua elaboração o perfil epidemiológico do município, nem tampouco as características das prescrições e do consumo. Essa lista era informal e não se fazia conhecida pela grande maioria dos profissionais ligados a AF.

Quanto à programação, nenhuma unidade, incluindo o almoxarifado central, tinha à disposição um instrumento que auxiliasse no controle de estoque, nem manual, nem informatizado. Portanto, não existia controle da quantidade de medicamentos que entravam no estoque, nem era conhecido o próprio estoque que, quando obtido, se dava através de contagem manual e individualizada, diretamente na prateleira.

Um pequeno percentual (25%) de medicamentos traçadores estavam disponíveis no almoxarifado central, no momento da coleta de dados, o que resultou na classificação do município como incipiente no que diz respeito à subdimensão aquisição. A fala do entrevistado confirma esse resultado:

A fase de aquisição é difícil (...); não temos controle das unidades; controle da quantidade [de medicamento] que entra e da quantidade que sai. Essa dificuldade é em toda a rede, não só aqui no almoxarifado. Não se tem controle. (...) Também não tem como fazer um levantamento da população que consome esse medicamento, não temos como ter uma estimativa próxima da real do consumo daquele medicamento. Então fica difícil pra fazer aquisição pra tudo. Às vezes jogamos no escuro, fazemos um quantitativo que não é o real. (Entrevista 13 - Farmacêutico nível central )

O armazenamento foi classificado como intermediário no tocante aos critérios: existência de refrigeração ambiente e existência de geladeira. Isto quer

Tabela 1- Unidades, segundo classificação quantitativa da situação de implantação da Assistência Farmacêutica. Várzea Grande 2012.

Dimensão/subdimensão/Critério	Unidades																				Pontuação Máx.	Classificação Geral			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	N	O	P	Q	R	S	T	U	n			%	n	%
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n			n	%	n
Acessibilidade Organizacional (a)																									
Seleção de medicamentos																									
Acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	100	5	2,5*	
Programação																									
Existência de Instrumento para controle de estoque.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	100	0	0*	
Aquisição																									
Percentual de medicamentos para agravos traçadores no almoxarifado central	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	1	10	100	1	10*
Armazenamento																									
Existência de Refrigeração ambiente	5	5	5	5	5	4	5	4	4	10	5	5	0	5	4	4	5	10	5	10	10	100	105	52,5**	
Existência de geladeira	5	10	4	8	5	5	5	4	5	5	5	4	5	8	0	4	10	10	5	5	10	100	112	56**	
Existência de controle de temperatura ambiente	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	10	10	0	0	10	100	38	19*	
Existência de algum critério para organização do estoque	10	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	100	140	70***	
Distribuição																									
Percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	10	100	12	6*	
Dispensação																									
Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	4	8	4	4	4	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	10	100	37	18,5*	
Existência de local para orientação farmacêutica	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	nsa	10	100	10	5*		
Subtotal: acessibilidade organizacional (a)	26	43	14	35	25	10	25	18	19	30	26	20	5	23	5	8	36	41	21	34	90	100	464	26*	
Acessibilidade geográfica(b)																									
Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	10	5	10	0	10	10	10	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	nsa	10	100	165	87***	
Distância da residência a unidade de saúde	10	10	10	0	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	nsa	10	100	175	92***	
Subtotal: acessibilidade geográfica(b)	20	15	20	0	20	20	20	10	15	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	nsa	20	100	340	89,5***	
Total geral: a+b	46	58	34	35	45	30	45	28	34	50	36	40	25	43	25	24	56	61	41	nsa	110	100	756	34,7**	

Legenda: \*\*\*(Avançada),\*\*(Intermediária),\*(Incipiente), na(Não se aplica). Unidades: A-Policlínica Parque do Lago, B-Policlínica do Cristo Rei, C-Policlínica do Jd. Glória, D-Policlínica 24 de Dezembro, E- Policlínica Marajoara, F- Centro de Saúde Cohab Cristo Rei, G-Centro de Saúde da Água Limpa, H-Centro de saúde Jardim Imperial, I-Centro de saúde N. Sra. da Guia, J-Centro de Especialidades Médicas, L-PSF Nova Esperança, M- PSF Vila Arthur, N-PSF Água Vermelha, O-PSF da Manga, P-PSF Capão Grande, Q-PSF São Mateus, R- PSF Uniparc, S-PSF Hélio Ponce, T-PSF Souza Lima, U-Almoxarifado central.

dizer que, em 16 unidades (80%), embora existissem aparelhos de ar condicionado e/ou ventilador, esses equipamentos não ficavam ligados por todo o dia, mas apenas durante o funcionamento da unidade. Em 15 unidades (75%) havia geladeira, porém essas não eram exclusivas para medicamentos ou não tinham suas temperaturas acompanhadas e registradas no decorrer do dia. A situação intermediária também foi decorrente do percentual de unidades com medicamentos vencidos. Isso corresponde a dizer que 65% das unidades tinham medicamentos vencidos que embora estivessem separados, encontravam-se no interior da unidade dispensadora. No que diz respeito à existência de controle de temperatura ambiente, a situação foi classificada como incipiente tendo em vista que em 16 unidades (80%) não havia termômetro

para realizar tal registro. Por outro lado, a existência de critérios para organização do estoque em 14 unidades (70%) fundamentou a classificação desse critério como avançado. Nessas 14 unidades eram usados critérios explícitos para organização dos medicamentos tais como: ordem alfabética, classe terapêutica, forma farmacêutica.

As unidades dispensadoras apresentaram baixo percentual de medicamentos para doença traçadora disponíveis em seus estoques (em média 21%), o que resultou em uma classificação incipiente para a subdimensão distribuição. Isso porque os resultados estão distantes do padrão estabelecido (acima de 80% de disponibilidade).

Quando o quesito era presença de profissional farmacêutico na unidade dispensadora, 65% das unidades foram classificadas como incipientes; 30% intermediárias e

Quadro 3 - Classificação geral do município por critério. Várzea Grande 2012

Dimensão/Subdimensão/Critério	Classificação
I-Acessibilidade Organizacional	
1.1. Seleção de Medicamentos	
1.1.1. Existência de REMUME	Situação incipiente
1.1.2. Acesso fácil a REMUME ou RENAME pelos profissionais envolvidos na AF	Situação incipiente
1.2. Programação	
1.2.1. Existência de Instrumento para controle de estoque.	Situação incipiente
1.3. Aquisição	
1.3.1. Percentual de medicamentos para agravos traçadores na central de abastecimentos	Situação incipiente
1.4. Armazenamento	
1.4.1. Existência de Refrigeração ambiente	Situação intermediária
1.4.2. Existência de geladeira	Situação intermediária
1.4.3. Existência de controle de temperatura ambiente	Situação incipiente
1.4.4. Existência de algum critério para organização do estoque	Situação avançada
1.4.5. Percentual de unidades com medicamentos vencidos	Situação intermediária
1.5. Distribuição	
1.5.1. Percentual de medicamentos para agravos traçadores na unidade de dispensação	Situação incipiente
1.6. Dispensação	
1.6.1. Existência de farmacêutico na unidade dispensadora	Situação incipiente
1.6.2. Existência de local para orientação farmacêutica	Situação incipiente
1.7. Educação e treinamento de profissionais envolvidos com a dispensação de medicamentos	
1.7.1. Frequência de capacitação para profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica	Situação avançada
II-Acessibilidade geográfica	
2.1. Tempo de deslocamento da residência a unidade dispensadora	Situação avançada
2.2. Distância da residência a unidade de saúde	Situação avançada

5% avançadas. Apenas sete unidades (35%) possuíam este profissional e, quando o tinham, não o dispunham em tempo integral. Ademais apenas uma unidade possuía local para orientação farmacêutica; todas as demais estavam em espaços físicos pequenos realizando, na maioria das vezes, entrega de medicamentos através de vidraça ou pequenas janelas.

Quando os usuários foram questionados se recebiam orientações/informações acerca dos medicamentos, a maior proporção, 42,8% respondeu ter recebido do médico que prescreveu o medicamento; 33,3% afirmaram não receber qualquer tipo de informação; 16,6% na farmácia e 7,1% do médico e da atendente de farmácia. As deficiências em relação a essa dimensão fundamental da AF também foram relatadas nas entrevistas:

(...) eu estava tomando o remédio errado porque eles não explicam nada pra gente, dizem tá aqui seu remédio e pronto. Pra você ver eu tava tomando esse duas vezes ao dia quando na verdade era o outro duas vezes ao dia. Não tem orientação correta. (Entrevista 28 - Usuário idoso - PSF)

Quanto ao treinamento de pessoal, a coordenação da AF disponibilizou quatro eventos, num período de nove meses, abrangendo dispensação, armazenamento e outros temas relacionados a atividades da área. No entanto, 82% dos profissionais entrevistados afirmaram não conhecer qualquer programa de capacitação envolvendo a AF.

No tocante a acessibilidade geográfica, o município apresentou classificação avançada tanto para o critério tempo de deslocamento da residência à unidade de saúde, quanto ao que diz respeito à distância da residência a unidade dispensadora (Tabela 1). A aferição objetiva, por meio do gráfico produzido com o recurso do *Google Earth*, foi consistente com o relato dos usuários.

Quando indagados sobre o local e momento do acesso ao medicamento, 24% do total de usuários entrevistados responderam ter tido acesso ao medicamento na própria unidade da consulta; 24% o fizeram na farmácia popular; 7% procurando em várias unidades; 9% tiveram acesso apenas à parte dos medicamentos prescritos, na própria unidade da consulta e 36% não teve acesso gratuito ao medicamento prescrito. Esses dados revelam uma situação de difícil acesso.

A farmácia popular foi citada pelos entrevistados como uma alternativa de acesso gratuito a medicamentos que se prestam ao combate de hipertensão arterial e diabetes.

Dentre os usuários entrevistados 90,5% referiram algum tipo de obstáculo ao acesso a medicamentos essenciais sendo que apenas 9,5% não encontraram quaisquer empecilhos na busca por medicamentos. Uma das dificuldades mais relatadas foi a falta de medicamentos que também estava presente na fala dos profissionais.

Outro problema levantado tanto por usuários como por profissionais de saúde foi a descontinuidade no abastecimento:

O que tinha na prateleira tinha que ir lá mostrar pro médico pra ele trocar porque quando tinha captopril, não tinha enalapril e quando tinha enalapril não tinha captopril. (Entrevista 22 - Atendente de farmácia - Policlínica).

## DISCUSSÃO

O presente estudo tem como principais achados a variabilidade da implantação da Política de Assistência Farmacêutica no município estudado, com a dimensão organizacional ainda em estágio incipiente, tendo sido encontrados problemas em todos os componentes do ciclo de Assistência Farmacêutica e também na organização da atenção à saúde.

A despeito da boa acessibilidade geográfica encontrada, resultado consistente com o estudo de Alencar para a zona urbana de um município do estado da Bahia (2011), destacam-se os problemas organizacionais encontrados que podem ser objeto de intervenção por parte dos gestores.

No tocante aos critérios para a seleção de medicamentos, o município conta com uma lista elaborada sem critérios explícitos, ademais não conhecida pelos profissionais e sem protocolos clínicos de utilização padronizados. A REMUME encontra-se em fase de elaboração. Esses achados são menos satisfatórios que os encontrados por Souza, et al. (2011) em um estudo que avaliou a estrutura e processos de organização e gestão da Assistência Farmacêutica em município do estado de Sergipe.

O município de Várzea Grande, até o momento, não investiu em instrumentos para o controle do estoque, nem são utilizados critérios técnicos na atividade de programação tais como situação de saúde local, perfil de doenças da população, metas de oferta e cobertura de serviços, disponibilidade orçamentária e financeira o que pode ter afastado a programação do município das necessidades dos usuários da rede de saúde. O estudo de Barreto e Guimarães (2010) registrou programação sem critérios técnicos.

O município tem tido dificuldades em manter a regularidade do abastecimento das unidades com medicamentos o que pode ser decorrente da falta de REMUME; de programação e de controle de estoque. Em decorrência disso a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais no município (em média 21% nas unidades e 25% no almoxarifado) foi ainda inferior àquela observada no estudo de Guerra Jr. et al. (2004) que foi de 46,9% e muito distante dos resultados encontrados por Naves e Silver (2005) que foi de 83,2%.

No que se refere ao armazenamento, o município apresentou melhorias nas instalações do almoxarifado central em nove meses, período compreendido entre a realização da avaliabilidade e a coleta de dados. Porém, a maioria das unidades possui estrutura física deficiente. O estudo de Barreto e Guimarães (2010) registrou resultados

semelhantes quando avaliou municípios baianos uma vez que encontrou, dentre outros problemas, temperatura inadequada nos locais de armazenamento de medicamentos; ausência de prateleiras e pallets.

A falta de local apropriado para o exercício da atenção farmacêutica e ausência do próprio profissional farmacêutico em todas as unidades, comprometem a qualidade e efetividade do atendimento ao usuário no município estudado. Tais achados que correspondem a uma classificação incipiente deste critério assemelham-se aos de Barreto e Guimarães (2010).

O conceito de Assistência Farmacêutica (AF) trazido pela PNM inclui a proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos nessa área. Embora a AF tenha oferecido no ano de 2012 quatro eventos destinados a capacitação dos profissionais nela envolvidos, a grande maioria dos profissionais não foi informada a respeito.

O fato da ausência de médicos no município ter sido referida como um dos obstáculos ao acesso a medicamentos pode estar relacionado com a existência de uma greve desses profissionais na época da coleta de dados, reduzindo, assim, os horários de seus atendimentos.

As principais limitações do presente estudo relacionam-se com a representatividade da amostra de usuários que foi intencional e não probabilística. Contudo, para fins da tomada de decisão dos gestores em relação ao aperfeiçoamento da Política da Assistência Farmacêutica no município, avaliações com a metodologia aqui apresentada são suficientes e podem ser realizadas em tempo hábil e com os recursos humanos do município. A matriz aqui utilizada poderá ser adaptada e submetida a novos consensos com vistas a aumentar a comparabilidade entre avaliações da acessibilidade a Assistência Farmacêutica nos seus diversos componentes.

## ABSTRACT

*Study on the accessibility of basic pharmaceutical services to the public in the city of Várzea Grande (Mato Grosso, Brazil)*

**In order to gauge the accessibility of essential medicines in the service network pertaining to the Brazilian Public Health System (SUS) in the city of Várzea Grande (MT), we performed a case study with multiple levels of analysis. We identified public access as an important dimension of pharmaceutical services in the city after carrying out an exploratory analysis (or feasibility study) on how to assess their implementation. We designed a logical model of pharmaceutical services in the city, from which was derived a matrix containing the questions and criteria for assessment. This matrix was validated by a consensus of experts and with information gathered from semi-structured interviews, document analysis and observation. The findings show that the National Policy for Pharmaceutical Service has been**



**implemented only to a limited extent (34.7%) in this city, given that problems were found in all the component parts of the cycle of pharmaceutical service. Only geographical accessibility was ranked as at an advanced stage (89.5%). We conclude with recommendations for improvements related to criteria assessed as still at an early stage, especially with respect to the components of organizational accessibility. Finally, we note that the obstacles to be overcome not only call for specific measures related to pharmaceutical service itself, but also concern more general issues regarding health care organization.**

Keywords: Accessibility. Pharmaceutical services. Essential drugs.

## REFERÊNCIAS

- Alencar TOS. Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora; 2011. p.97-224.
- Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet] 2010; 26(6):1207-20. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>.
- Brasil. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 18 de novembro de 1998.
- Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 11 de fevereiro de 1999.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, 20 de maio de 2004.
- Brasil. Portaria Nº 4217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as Normas de Financiamento e Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, 29 de dezembro de 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 184/2011. Dispõe sobre o programa farmácia popular do Brasil. Diário Oficial da União, 4 de fevereiro de 2011.
- Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis AI de A, Silva HF da, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad. Saúde Pública [Internet] 2000;16(1):171-82. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>.
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
- Donabedian A. Los espacios de La salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Ed. Biblioteca de La Salud; 1998.
- Fraga FNR. A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal. [Dissertação de mestrado profissionalizante]. Porto Alegre: UFRGS; 2005.
- Guerra Jr AA, Acúrcio F de A, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN, Werneck GAF, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2004;15(3):168-75. Disponível em: [www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n3/a05v15n3.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n3/a05v15n3.pdf).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo 2010. [Acesso 2012 out. 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>.
- Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. Rev. Saúde Pública [Internet] 2005;39(2):223-30. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>.
- Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no SUS: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva [Internet] 2010;15(Supl.3):3561-7. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>.
- Organização Mundial de Saúde. Estratégia sobre medicamentos: países no centro da questão. [Originalmente, Medicines strategy: countries at the core, 2004-2007], Genebra, OMS; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/management/background>.
- Rossi PH, Lipsey M, Freeman HE. Evaluation, a systematic approach. Beverly Hills: Sage; 2004.
- Santos-Pinto CDB, Costa N do R, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] 2011;16(6):2963-73. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>.
- Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo (SINDUSFARM). Resultados do ano de 2011. São Paulo: Sindusfarm; 2012.
- Souza LS, Porto JG, Lyra Júnior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da Assistência Farmacêutica em município do estado de Sergipe. Rev Ciênc Farm Básica Apl. [Internet] 2011;32(3):403-10. Disponível em: <http://www.unesp.br>.
- Várzea Grande (São Paulo). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013.
- Wright JTC, Giovinazzo RA. *Delphi*- uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Cad Pesq Admin. [Internet] 2000;1(12):55-65. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/atividades/redirKori/861>.

Recebido em 26 de junho de 2013

Aceito em 27 de setembro de 2013

