



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE FARMÁCIA**

NATÁLIA DE PAULA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE DE CEILÂNDIA – DISTRITO FEDERAL**

**CEILÂNDIA, DF
2014**

NATÁLIA DE PAULA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE DE CEILÂNDIA – DISTRITO FEDERAL**

Monografia de Conclusão de Curso apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Farmacêutica, na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva

Ceilândia, DF
2014

NATÁLIA DE PAULA OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE DE CEILÂNDIA – DISTRITO FEDERAL**

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Emília Vitória da Silva
(FCE/Universidade de Brasília)

Profa. Dra. Dayani Galato
(FCE/Universidade de Brasília)

Tânia Regina Araújo Abreu
(Farmacêutica na Diretoria de Assistência Farmacêutica do
Distrito Federal - DIASF/SES-DF)

Ceilândia, DF
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força para superar todas as dificuldades e não ter me deixado desistir. A minha família e amigos pelo amor, incentivo e apoio durante todas as etapas da minha formação acadêmica. A minha professora e orientadora Emília Vitória da Silva pela paciência, suporte, dedicação e incentivos durante as etapas deste trabalho. As minhas colegas Aline Ribeiro Rabelo, Isabella Rodrigues Sconetto, Thayná Moreira Gomes, Jennifer Oliveira Freire, Jéssica Vick de Oliveira Freire e Thayanne Nara pela colaboração no processo de coletada de dados desta pesquisa. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da elaboração deste trabalho e da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

A assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. A literatura mostra, como uma forma de avaliar a qualidade da assistência farmacêutica prestada nos serviços de saúde, os indicadores de estrutura, processo e resultado. Este trabalho avaliou os aspectos relacionados à estrutura e processo da assistência farmacêutica da atenção básica da Região Administrativa de Ceilândia – Distrito Federal (DF), por meio de coleta de dados nos seus doze centros de saúde, utilizando-se um instrumento de pesquisa adaptado. Constatou-se que as áreas de abrangências das unidades de saúde de Ceilândia atendem quase a totalidade da sua população; a infraestrutura de todas elas possui sistema informatizado e cadeias de frio, no entanto há necessidade de ampliação e melhorias nas áreas físicas dos centros de saúde; as origens das receitas aviadas e atendidas nos centros de saúde são tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como pela rede complementar e há falhas quanto ao número de farmacêuticos presentes no quadro funcional dos centros de saúde, tendo apenas cinco centros com a presença desse profissional. Portanto, as unidades de saúde de Ceilândia necessitam de adequações das áreas físicas aos padrões recomendados; farmacêutico fixo; capacitação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos no processo da assistência farmacêutica, sendo fundamental para que haja uso racional de medicamentos, eficácia, segurança e efetividade no tratamento farmacoterapêutico dos pacientes.

Palavras chave: Assistência Farmacêutica. Avaliação. Unidades de Atenção Básica. Ceilândia.

ABSTRACT

Pharmaceutical assistance is a set of actions to promote, protect and improve health on both sides: general or individual. Drugs are very important whenever seeking the appropriate assistance and avoiding abuse. The literature says that a way to evaluate the quality of pharmaceutical assistance provided in health care, the indicators of structure, process and outcome. This study evaluated the aspects related to the structure and process of pharmaceutical assistance from public primary care Região Administrativa de Ceilândia – Distrito Federal (DF), Brazil, by collecting data in its twelve health centers, using an adapted survey instrument. It was found that the health facilities of Ceilândia meet the needs of almost all of its population. All the health facilities have good infrastructure with computerized system and refrigerators, however they need to expand and improve in physical locations, like buildings. The prescriptions processed are both from the *Sistema Único de Saude – SUS* (Brazilian Unified Health System) and from the complementary network. There are flaws in the number of pharmaceuticals present in the staff of the health centers. Only five centers counted on a pharmaceutical on duty. Therefore, health facilities Ceilândia require adaptations to the physical areas recommended standards; fixed pharmacist; training and continuing education of all professionals involved in the process of pharmaceutical assistance, and essential to providing rational drug use, efficacy, safety and effectiveness in the pharmacotherapeutic treatment of patients.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Evaluation. Units of health primary care. Ceilândia, Brazil.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação das unidades de saúde.....	21
Tabela 2 – Infraestrutura: presença de equipamentos, rede de internet e área física nas unidades de saúde.....	23
Tabela 3 – Recursos Humanos: quantidade de farmacêuticos presentes nas unidades de saúde.....	25
Tabela 4 – Medicamentos: atendimento aos programas de Atenção Básica em Saúde.....	27
Tabela 5 – Quantitativo e perfil das prescrições atendidas nas unidades de saúde.....	28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estratégia proposta pela OMS para monitoramento das situações farmacêuticas nos países.....	15
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CS	Centro de Saúde
DIASF	Diretoria de Assistência Farmacêutica
DF	Distrito Federal
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por amostra de Domicílios
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	16
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivo Geral.....	18
3.2	Objetivos Específicos.....	18
4	METODOLOGIA.....	19
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	20
5.1	Indicadores de estrutura.....	20
5.2	Indicadores de acesso a serviços de saúde.....	25
5.3	Indicadores de assistência aos pacientes.....	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se refere à universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Assim, visto que o SUS está baseado no direito ao acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1990), a PNAB, também propõe em suas diretrizes e normas a garantia da assistência farmacêutica (AF) na atenção básica à saúde entre as três esferas gestoras do SUS (BRASIL, 2011b).

Considerando a necessidade do setor de Saúde dispor de uma política específica para as questões de medicamentos, em 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), e tendo como principal propósito o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998). Essa Política compõe-se de diretrizes, prioridades e responsabilidades da assistência farmacêutica para a gestão das três esferas governamentais (BERNARDI *et al.*, 2006). Dentre essas diretrizes, tem-se a reorientação da assistência farmacêutica, fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos para a acessibilidade da população aos medicamentos (BRASIL, 1998). Assim a assistência farmacêutica não se restringe apenas à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas também a um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, complementando e apoiando as ações de atenção básica à saúde (BRASIL, 2001).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), na qual compreende a assistência farmacêutica como:

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

Segundo Dupim (1999), a assistência farmacêutica não está envolvida apenas com etapas como a aquisição e a distribuição, mas também constitui um recurso para complementar as ações em saúde, incorporando em todas as suas etapas a multidisciplinaridade e a integralidade. De acordo com o autor a realidade dos serviços públicos tem evidenciado uma *situação de desordem*, gerando o uso irracional de medicamentos, perdas significativas e prejuízos financeiros.

No Distrito Federal (DF), até a década de 1990 as atividades em assistência farmacêutica eram voltadas principalmente para serviços de farmácia hospitalar, armazenagem, controle, distribuição dos medicamentos e compras eventuais no caso de interrupção de abastecimento. Com a descentralização das ações da assistência farmacêutica, pelo Ministério da Saúde, e com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2001 e 2002, elaborou-se a Política Distrital de Medicamentos, definindo como diretrizes: (SIQUEIRA *et al.*, 2008).

- Revisão da Relação de Medicamentos Essenciais através do processo de seleção do DF, visando a análise de custo-benefício;
- Medidas de otimização dos processos de programação, armazenamento e distribuição de medicamentos;
- Implementação de modalidades licitatórias nas quais possibilitem maior agilidade e eficiência nos processos de aquisição de medicamentos;
- Reestruturação da organização dos serviços farmacêuticos no setor governamental, criando uma unidade a nível central que coordene todo o conjunto de atribuições da assistência farmacêutica;

- Promoção da inserção das ações de assistência farmacêutica na atenção primária com ênfase para o Programa de Saúde da Família.

De acordo com uma pesquisa avaliativa da assistência farmacêutica na Atenção Básica no Distrito Federal, feita em 2008, observou-se que o quadro de farmacêuticos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) em 2003 era de 67 profissionais, sendo que apenas 8 exerciam atividades de supervisão nos centros de saúde. Com o Plano de Assistência Farmacêutica 2003 do DF foram propostos o aumento do quadro de farmacêuticos nas farmácias ambulatoriais, no Programa Saúde da Família e nas farmácias comunitárias (SIQUEIRA *et al.*, 2008). Atualmente o número de farmacêuticos atuantes na atenção primária da rede do Distrito Federal é de 58 farmacêuticos, segundo informação oral cedida pela Diretoria de Assistência Farmacêutica do Distrito Federal (DIASF).

Outros municípios, após a PNM e a PNAF, também passaram por processos avaliativos da assistência farmacêutica com o intuito de medir a sua qualidade. E como forma de avaliar os sistemas farmacêuticos, foram usados desde 1988 indicadores que viabilizassem análises de verificação e comparação dos serviços prestados. Segundo Castro (2000), os indicadores possibilitam comparar o desempenho de programas, atividades e serviços entre regiões ao longo de períodos de tempo.

Sendo assim, um dos instrumentos de pesquisa de trabalho mais utilizado para avaliar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é o modelo *Structure-Process-Outcomes* (SPO) proposto por Donabedian, em 1988, também abordado por Vuori, em 1991. Este modelo apresenta indicadores de estrutura, de processo e de resultado como forma de avaliar a qualidade dos serviços em saúde (SOUZA *et al.*,2011).

O indicador de Estrutura relaciona-se às características dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que tem ao seu alcance, lugares físicos e organizacionais de trabalho. Ou seja, inclui recursos humanos, físicos, financeiros e fatores de produção que acabam proporcionando a atenção (BRASIL, 2005). Freitas e Nobre (2011) afirmam que as características desse indicador influenciam na

qualidade da atenção à saúde (recursos financeiros, materiais e humanos) integrando com as avaliações de processo e resultado no que diz respeito a quantidade e qualidade dos recursos humanos, infraestrutura e tecnologias satisfatórias para o desenvolvimento dos serviços. No entanto, Donabedian observa limitações na utilização da avaliação da qualidade no indicador de Estrutura, pois a inadequação dos aspectos essenciais desse quesito pode dificultar o bom desempenho dos processos e resultados. A Estrutura e a qualidade da atenção apresentam maior importância quando do planejamento, desenho e implementação de sistemas que tenham propósito de ofertar serviços específicos de saúde (DONABEDIAN, 1984).

O indicador de Processo, por sua vez, pode ser visto como as atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes durante as etapas da atenção à saúde. E, os indicadores de Resultados compreendem a avaliação da qualidade da atenção, na qual se mede o estado atual e o estado futuro da saúde, incluindo assim as modificações relacionadas a fatores de risco da população em longo prazo (DONABEDIAN, 1984).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem desenvolvendo metodologias que descrevem a situação da política de medicamentos na atenção à saúde, sendo essas muito utilizadas como referência para a avaliação de sistemas de medicamentos no Brasil (EMMERICK, 2006). Esta instituição internacional, em 1980, desenvolveu o Método de Avaliação Rápida (MAR) que incluía aspectos relacionados a problemas específicos de saúde (anemias, hipertensão, etc) fontes de informação (profissionais de saúde, prontuários e relatórios de serviços) e os métodos utilizados para obter essas informações (entrevistas, revisão do prontuário, etc.). Em 2004, também propôs um novo método dividido em três níveis: Nível I (avaliação de estrutura e processo da organização), Nível II (avaliação dos resultados da organização e o impacto dos indicadores) e Nível III (estudos específicos da organização) (SOUZA *et al.*, 2011).



Figura 1 – Estratégia proposta pela OMS para monitoramento das situações farmacêuticas nos países.

Fonte: Adaptado de WHO, 2006.

Os indicadores da assistência farmacêutica são baseados nos dados gerados nos municípios e são instrumentos desenvolvidos para obter informações necessárias à análise dos serviços prestados a população e para a sua melhoria. Dessa forma, este estudo, tem como objetivo avaliar diferentes aspectos relacionados à estrutura e processo da assistência farmacêutica nos Centros de Saúde de Ceilândia - Distrito Federal, utilizando indicadores já estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

2 JUSTIFICATIVA

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal “porta de entrada” do sistema de assistência à saúde do Brasil e o farmacêutico é o principal profissional responsável pela qualidade do uso de medicamentos. A qualidade da atenção à saúde pode ser descrita pela competência dos profissionais em saúde, eficiência na utilização dos recursos, riscos terapêuticos proporcionados aos pacientes, satisfação dos usuários e o efeito de todos os processos favoráveis na saúde (ARAÚJO, 2008).

A presença integral do farmacêutico em cada unidade é importante para que se desenvolva o acompanhamento farmacoterapêutico do usuário, evitando possíveis falhas, reações adversas, interações medicamentosas, iatrogenia, entre outras ocorrências indesejáveis durante seu tratamento. Ademais, para promover uma assistência farmacêutica coerente a esse processo, faz-se necessário um ambiente em condições adequadas de infraestrutura, equipamentos, instalações, rede de informação e gestão de pessoas.

Garantir um acesso efetivo a assistência farmacêutica de qualidade, segundo Siqueira *et al.* (2008), representa um grande desafio para os sistemas de saúde, visto que no decorrer dos anos surgem fatores que dificultam o acesso da população aos medicamentos essenciais. Dentre esses fatores elenca-se: aumento com gastos com medicamentos, avanços tecnológicos na área farmacêutica, carência de recursos financeiros, necessidade de profissionais capacitados e serviços qualificados, uso irracional de medicamentos, desarticulação das ações em assistência farmacêutica e obstáculos na gestão dos serviços farmacêuticos.

O acesso ao medicamento significa ter o medicamento adequado, para um destino específico, com a dosagem correta, por um período determinando, no momento e lugar requerido pelo paciente, com garantia de qualidade e informações suficientes e adequadas para o seu uso, obtendo uma boa resolutividade farmacoterapêutica como consequência de todas essas ações (Schenkel *et al.*, 2004).

A OMS recomenda a formulação e implementação efetiva de políticas e programas nacionais para o enfrentamento dos desafios relacionados aos medicamentos e à assistência farmacêutica. Para isso é necessário que os três níveis de gestão do SUS sejam avaliados e seus resultados possam reorientar e formular estratégias para a ampliação da capacidade de gestão do setor público de saúde.

Sendo assim, é importante conhecer e avaliar os aspectos relacionados à estrutura e ao processo da assistência farmacêutica de um município ou região administrativa para se projetar melhorias no serviço com vistas a promover o acesso aos medicamentos, o uso racional e futuros focos de políticas públicas para esse aprimoramento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência farmacêutica na Atenção Básica de Ceilândia – Distrito Federal, por meio de indicadores de estrutura e processo, estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as unidades de dispensação de Ceilândia que possuem farmacêutico em seu quadro funcional;
- Identificar os grupos de medicamentos, e os programas vinculados, disponíveis nas unidades de dispensação de Ceilândia;
- Pontuar aspectos relacionados à infraestrutura das unidades de saúde de Ceilândia;
- Identificar a quantidade e origem das receitas dos pacientes.

4 METODOLOGIA

O estudo foi realizado na região administrativa de Ceilândia, Distrito Federal, área de 231,96 Km² e aproximadamente 450.000 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2014) onde há 12 unidades de dispensação de medicamentos. Os centros de saúde são identificados por numeração de 1 a 12, sendo que atualmente o Centro de Saúde 1, quanto a dispensação de medicamentos, só é feita a dispensação de psicotrópicos e antirretrovirais.

Trata-se de um estudo observacional transversal de caráter descritivo, que emprega como técnica a coleta de dados do serviço. A pesquisa foi realizada no período de março de 2013 a março de 2014 e para a coleta de dados utilizou-se um instrumento adaptado de um levantamento feito pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. O instrumento utilizado (Anexo A) permitiu coletar os dados relativos à localização da unidade de dispensação, gestão, medicamentos dispensados e estrutura.

Por se tratar de uma pesquisa de dados secundários, a explanação dos objetivos do trabalho e as informações referentes aos dados documentais coletados foram previamente apresentadas à autoridade responsável por cada unidade de coleta. Além disso, houve consentimento da pesquisa por parte da diretoria da regional de Ceilândia, pela Dra. Lucimar Gonçalves da Costa Zero, que atuava como diretora na época do planejamento desse trabalho. Este termo de concordância encontra-se em Apêndice A.

Os dados foram consolidados em Microsoft® Excel Starter 2010 e para os resultados, adotou-se a estatística descritiva.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos a partir da aplicação do instrumento de avaliação nas unidades de saúde de Ceilândia serão discutidos por 3 categorias: indicadores de estrutura; indicadores de acesso a serviços de saúde e indicadores de assistência aos pacientes.

5.1. Indicadores de estrutura

Os resultados de indicadores de estrutura demonstraram a existência de problemas quanto à localização dos centros de saúde de Ceilândia, a qual ainda possui regiões desassistidas.

A Região Administrativa de Ceilândia foi dividida originalmente em três grandes áreas: Ceilândia Centro, Ceilândia Norte, Ceilândia Sul e parte da Guariroba. Hoje, com o seu crescimento demográfico, a região está subdividida em diversos setores: P Sul, P Norte, Setor “O”, Expansão do Setor “O”, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA, além dos condomínios Pôr do Sol, Sol Nascente e Privê que estão em fase de regularização (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A Tabela 1 mostra a localização e a área de abrangência das unidades de saúde de Ceilândia. Logo, percebe-se, de forma comparativa com os atuais setores de Ceilândia, que os bairros Sol Nascente e algumas regiões do Incra e Setores de Indústria não estão incluídas nas áreas de abrangência dessas unidades, deixando assim a população destes locais desassistida.

Tabela 1 – Identificação das unidades de saúde

Número do Centro de Saúde	Tipo de atendimento	Localização	(continua)
			Área de Abrangência ²
1	Ambulatorial	Ceilândia Centro, QNM 17	Ceilândia e Brazlândia
2	Ambulatorial	Ceilândia Sul, QNN 15	QNN 5, 7, 9, 21, 23, 35, 37, 39 e áreas especiais QNN 29, 31, 33
3	Ambulatorial	Ceilândia Sul, QNM 15	QNM 5, 7, 9, 21, 23, 25 e áreas especiais QNM 15, 29, 31, 33, 35
4	Ambulatorial	Ceilândia Sul, QNN 16	QNM 6, 8, 10, 22, 24, 26 e áreas especiais QNN 16, 30, 32, 34
5	Ambulatorial	Ceilândia Sul, QNM 16	QNM 6, 8, 10, 22, 24, 26 e áreas especiais 16, 30, 32
6	Ambulatorial	P Sul, EQNP 10/14	QNP 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18
7	Ambulatorial	Setor O, QNO 10	QNO de 1 a 7, 9, 11, 13, 15 a 23 e áreas especiais QNO 8, 10, 12, 16/17, 18/19, 20/21
8	Ambulatorial	P Sul, EQNP 13/17	P Norte e adjacências
9	Ambulatorial	P Sul, QNP 28/32	QNP 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36 e chácaras e condomínios adjacentes
10	Ambulatorial	Ceilândia Sul, QNN 12	QNN 1 a 4, 17, 20, 11 a 14, 27, 28, CNN 1 e 2

Tabela 1 – Identificação das unidades de saúde

Número do Centro de Saúde	Tipo de atendimento	Localização	(conclusão)
			Área de Abrangência ²
11	Ambulatorial	Expansão do Setor "O", EQNO 4/6	QNO 16, 17, 18, 19, 20, condomínio Privê, Incra 8 e 9, Posto Rural Boa Esperança
12	Ambulatorial	P Norte, QNQ 3/4	QNO, QNR e Setor Industrial de Ceilândia

Fonte: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>

Todos os centros de saúde de Ceilândia possuem atendimento de caráter ambulatorial, como pode ser observado na Tabela 1. Além dos centros de saúde, na região há o Hospital Regional de Ceilândia (HRC), que possui apenas atendimento de caráter hospitalar.

O atendimento do tipo ambulatorial, no nível primário de atenção à saúde primária, encontra-se nos postos e centros de saúde onde se desenvolvem atividades de prevenção, educação sanitária e diagnóstico simplificado, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa é destinada a prestar assistência a pacientes em regime de não internação e onde o paciente inicia a sua linha de cuidados no SUS. Enquanto o atendimento do tipo hospitalar é nível secundário e desenvolve ações em várias especialidades médicas, como clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e cirurgia, que pode ter internação por período de 24 horas (CARVALHO e BATISTA, 2011). Nem todos os centros de saúde atendem todas as especialidades médicas, sendo as principais: clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia.

Os centros de saúde têm relativamente semelhanças quanto a sua infraestrutura física, como apresentado na Tabela 2. Todos possuem cadeias de frios para armazenamento de medicamentos, informatização e acesso à rede de internet. A média de área física das Farmácias dos centros de saúde é de 14 m². Esta média desconsiderou cinco unidades (3, 5, 6, 9 e 12) que não forneceram este dado durante a etapa de coleta de dados.

Em 2007, foi publicado a 2ª edição de “Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde” pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) e a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), em que mostram como parâmetro mínimo para as farmácias ambulatoriais (gerenciamento, dispensação e controle de estoque) um tamanho médio para área física de 60 m². Com isso percebe-se com a pesquisa que a média das áreas dos centros de saúde de Ceilândia está com menos da metade do recomendado pela SBRAFH e CFF. De acordo com Marin *et al.* (2003), as farmácias precisam ser localizadas, projetadas e construídas com uma infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas. Além disso, faz-se necessária a manutenção da qualidade da área física destinada ao armazenamento dos medicamentos durante o período que antecede a dispensação ao usuário (BRASIL, 2011a).

Tabela 2 – Infraestrutura: presença de equipamentos, rede de internet e área física das farmácias nas unidades de saúde.

	Equipamentos		Rede de Internet	Área Física (m ²)
	Informática	Cadeia de Frio		
CS1	X	X	X	18
CS 2	X	X	X	15
CS 3	X	X	X	*
CS 4	X	X	X	10
CS 5	X	X	X	*
CS 6	X	X	X	*
CS 7	X	X	X	12
CS 8	X	X	X	10
CS 9	X	X	X	*
CS 10	X	X	X	15
CS 11	X	X	X	18
CS 12	X	X	X	*

*Centro de Saúde não disponibilizou informação sobre a área física (m²) da Farmácia.

A Tabela 3 mostra que a quantidade de farmacêuticos presentes nos centros de saúde ainda é pequena, não atendendo todas as unidades. Apenas os centros de saúde 4, 6, 7 e 11 possuem um farmacêutico fixo em suas farmácias. O centro de saúde 1, com a dispensação apenas de psicotrópicos e antirretrovirais, também possui um farmacêutico fixo e o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) oito farmacêuticos fixos. Nenhuma das unidades possuem auxiliar ou técnico de farmácia e todos tem, aproximadamente, uma média de dois funcionários para fornecer os medicamentos. Os farmacêuticos fixos são aqueles presentes nas unidades de saúde durante o tempo integral do seu funcionamento. E os funcionários que fornecem medicamentos são servidores públicos com outras funções alocados nas farmácias.

Nesse contexto, percebe-se que o trabalho do farmacêutico nas unidades de saúde ainda é fortemente marcado pela gestão burocrática dos medicamentos tendo como objeto principal o controle de estoque do medicamento (ARAÚJO, 2006). E a sua ausência na rede, com a devida orientação ao paciente, pode contribuir para inadequada compreensão da prescrição por parte do usuário (NAVES e SILVER, 2005). A presença do farmacêutico nos centros de saúde é essencial na melhoria da qualidade da prescrição e da dispensação. Sua ação é especialmente importante para os regimes terapêuticos mais complexos, como por exemplo, a administração de vários medicamentos por pacientes idosos ou crônicos (ROZENFELD, 2008).

Segundo Bernardi *et al.* (2006), a baixa participação dos trabalhadores que atuam em assistência farmacêutica ou até mesmo a falta de capacitação e treinamento nessa área podem contribuir para a má aplicação dos recursos públicos e a baixa efetividade da utilização dos medicamentos. Como a Política Nacional de Medicamentos define em uma de suas diretrizes o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos para atuar em conjunto com o sistema público de saúde (BRASIL, 1998), é importante que se tenha nas unidades de saúde de Ceilândia algum programa de educação continuada tanto para prescritores como para todos os funcionários envolvidos na dispensação de medicamentos, visando assim à promoção do uso racional de medicamentos.

Tabela 3 – Recursos Humanos: quantidade de farmacêuticos presentes nas unidades de saúde

	Farmacêuticos Fixos	Auxiliar/Técnico de Farmácia	Outros funcionários
CS1	1	0	1
CS 2	0	0	2
CS 3	0	0	3
CS 4	1	0	2
CS 5	0	0	2
CS 6	1	0	2
CS 7	1	0	2
CS 8	0	0	1
CS 9	0	0	1
CS 10	0	0	3
CS 11	1	0	1
CS 12	0	0	1

5.2. Indicadores de acesso a serviços de saúde

A assistência farmacêutica na Atenção Básica em Saúde tem como principal ação garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica (DISTRITO FEDERAL, 2014a).

No Distrito Federal, os componentes da assistência farmacêutica são divididos em: Básico, Estratégico e Especializado, além dos medicamentos padronizados para média complexidade e atendimento hospitalar.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica fornece medicamentos e insumos para a prevenção e tratamento de problemas com maiores índices de frequência na população e/ou prioritários, passíveis de atendimento em nível básico.

O Componente Básico possui suas ações descentralizadas, sendo o Distrito Federal responsável por todo o ciclo da assistência farmacêutica. Dentre os principais programas de Atenção Básica os quais o usuário do Distrito Federal tem acesso aos medicamentos essenciais estão: Diabetes, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Fitoterapia, Toxoplasmose, Programa de Hipertensão Arterial e Saúde Mental (DISTRITO FEDERAL, 2014a).

Como descrito na Tabela 4, todos os centros de saúde de Ceilândia atendem a esses programas da Atenção Básica, diferenciando o Centro de Saúde 1 que fornece aos usuários apenas psicotrópicos e antirretrovirais. O local onde manipulam fitoterápicos não possui estrutura para atender toda a rede.

Os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica são aqueles utilizados para o controle e tratamento de doenças endêmicas, as quais acarreta risco à coletividade, tem impacto sócio-econômico e possuem protocolos e normas estabelecidas. Os medicamentos estratégicos são repassados pelo Ministério da Saúde para os estados, e o Distrito Federal tem como responsabilidade distribuí-los em suas regionais de acordo com a demanda. Os principais programas de saúde e agravos atendidos por esse componente são Doença Sexualmente Transmissíveis/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), tuberculose, hanseníase, influenza, tabagismo e endemias focais (DISTRITO FEDERAL, 2014b).

Na pesquisa feita em Ceilândia, praticamente todas as unidades atendem aos programas de DST/AIDS, tuberculose e hanseníase restringindo apenas o programa de meningite ao atendimento hospitalar pelo HRC. O programa de cólera foi extinto em todas as unidades de saúde. E nenhuma das unidades fornece medicamentos homeopáticos aos pacientes, e oito delas atendem outros tipos de programas de saúde.

Já o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Farmácia de Alto Custo) tem como finalidade garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2014c). Por esse motivo, apenas as farmácias ambulatoriais

especializadas são responsáveis pela dispensação dos medicamentos padronizados do Componente Especializado, não sendo contemplados nessa pesquisa.

Tabela 4 – Medicamentos: atendimento aos programas de Atenção Básica em Saúde

PROGRAMAS	CENTROS DE SAÚDE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Hipertensão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diabetes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Saúde da Criança		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Saúde da Mulher		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DST/AIDS¹	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Toxoplasmose		X				X	X	X	X	X	X	
Tuberculose		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Programa da Cólera												
Programa da Meningite												
Hanseníase		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Homeopático												
Fitoterápico		X	X		X	X		X	X	X		X
Psicotrópicos	X											
Outros	X	X			X	X		X	X	X		

¹Centro de Saúde 1 dispensa apenas antirretroviral, enquanto os demais centros de saúde dispensam outros medicamentos do programa DST/AIDS.

5.3. Indicadores de assistência aos pacientes

De acordo com a Tabela 5, as prescrições dos pacientes atendidos nas farmácias dos centros de saúde são tanto de origem do SUS como da rede de saúde complementar. E o número médio de receitas atendidas por mês é 4.780,

sendo que os centros de saúde 11 e 12 não possuíam esse dado no momento de sua coleta.

Tabela 5 – Quantitativo e perfil das prescrições atendidas nas unidades de saúde

Centros de Saúde	Número médio de receita por mês (referência 2013)	Origem	
		SUS	Particular
1	5000	X	X
2	5500	X	X
3	3000	X	X
4	2000	X	X
5	2800	X	X
6	4000	X	X
7	11000	X	X
8	4000	X	X
9	5500	X	X
10	5000	X	X
11	*	X	X
12	*	X	X

*Não obtinham essa informação no momento da entrevista.

O método desse trabalho não pode mensurar separadamente a quantidade de pacientes atendidos pelo SUS e pela rede complementar. No entanto, verifica-se através da Pesquisa Distrital por amostra de Domicílios (PDAD – 2013) feita em Ceilândia pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), que 98,60% da população declararam procurar os centros de saúde da própria Região Administrativa e 87,55% utilizam o hospital público da região.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo que o acesso a medicamentos por parte de toda a população é um dos objetivos centrais da PNM e PNAF, a pesquisa pode avaliar que a população de Ceilândia em sua maioria tem acesso aos medicamentos vinculados aos principais programas da atenção básica em saúde. Além disso, mais de 90% da população busca esse tipo de serviço e a origem das receitas aviadas e atendidas nos centros de saúde são tanto pelo SUS como pela rede complementar.

Na avaliação da infraestrutura dos centros de saúde, foi verificada que todos possuem sistema informatizado e cadeias de frios. Entretanto, observou-se a necessidade de adequação das áreas físicas aos padrões recomendados, para que assim possa ter melhorias nas áreas de armazenagem e comunicação entre o profissional de saúde e usuário.

Visto que, os 12 centros de saúde de Ceilândia atendem quase a totalidade de sua população, percebe-se com a análise de dados que há falhas quanto ao número de farmacêuticos presentes no quadro funcional dos centros de saúde, dos quais 7 centros de saúde não contam com a presença desse profissional. O farmacêutico fixo, a capacitação do pessoal envolvido no processo de dispensação e a educação permanente com enfoque à assistência farmacêutica de todos os profissionais de saúde são fundamentais para que haja uso racional de medicamentos, eficácia, segurança e efetividade no tratamento farmacoterapêutico dos pacientes.

É importante ressaltar que houve dificuldades encontradas durante o processo de busca de informações para a descrição dos indicadores. Dentre elas: dificuldades de acesso às unidades, ausência de seus gestores ou responsável pelas farmácias no momento da aplicação do instrumento de pesquisa e falta de informações sobre alguns dados. No entanto, o trabalho pode avaliar alguns indicadores de estrutura e processo da assistência farmacêutica da regional de Ceilândia.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA; J. M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p.611-617, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 1, Jan./Mar., 2006.

BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 15, nº 1, p.73-83, Jan-Abr, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set.1990. Seção 1, p.18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 nov. 1998, n. 215-E.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de Maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – o que é e como funciona**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS/Organização Mundial de Saúde – OMS. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados**. Brasília, 2005.

CARVALHO, A. P. A.; BATISTA, L. F. Unidades de Atendimento Ambulatorial: diretrizes arquitetônicas básicas. **Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde**. Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato. V. 1, Ministério da Saúde, Brasília, 2011.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DISTRITO FEDERAL [Página da Internet]. **Conheça Ceilândia RA – IX**. Disponível em: <<http://www.ceilandia.df.gov.br/sobre-a-ra-ix/conheca-ceilandia-ra-ix.html>>. Acesso em 07 de Maio de 2014.

DONABEDIAN A. Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. **Inquiry**. Vol. 25, nº1, The Challenge of Quality, p.173-192. Spring, 1988.

DUPIM, J. A. A. **Assistência farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: Segrac, 1999.

EMMERICK, J. C. M. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores**. 2006. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2006.

FREITAS, J. M. S. M.; NOBRE, A. C. L. Avaliação da Assistência Farmacêutica no município de Mombaça-CE. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo, v.2. nº 1, 15-20. Jan-Abr, 2011.

GDF/SEPLAN/CODEPLAN (2013). **PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios**. Brasília-DF.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, nº 2, p. 223-230, 2005.

ROZENFELD, S. The pharmacist: health professional and citizen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13(Sup): 561-568, Abril, 2008.

SCHENKEL, E.P.; RECH,N.; FARIAS, M.R.; SANTOS,R.I.; SIMÕES,C.M.O. **Assistência Farmacêutica**. In Ministério da Saúde. Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades. Brasília, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL [Página da Internet]. **Regional de Saúde de Ceilândia**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-eregionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>. Acesso em 01 de Fevereiro de 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL [Página da Internet]. **Componente Básico da Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/outros-links/assistencia-farmaceutica/782-2014-02-19-17-58-28.html>>. Acesso em 23 de Maio de 2014a.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL [Página da Internet]. **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/outros-links/assistencia-farmaceutica/783-2014-02-19-19-47-04.html>>. Acesso em 23 de Maio de 2014b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL [Página da Internet]. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/outros-links/assistencia-farmaceutica/784-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-farmacia-de-alto-custo.html>>. Acesso em 23 de Maio de 2014c.

SIQUEIRA, F.; GAUDARD, A.M.Y.S.; SUDO, E.C. **Avaliação da Assistência Farmacêutica em Atenção Básica no Distrito Federal**. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, outubro, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR. **Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. 2ª Edição, 20p., Goiânia, 2007.

SOUZA, L.S.; PORTO, J.G.; LYRA JÚNIOR, D.P. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicada**, São Paulo, v. 32, nº 3: 403-410, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Using indicators to measure country pharmaceutical situations – Fact Book on WHO Level I and Level II monitoring indicators**. WHO; 2006.

ANEXO A

Instrumento para coleta de dados da Assistência Farmacêutica e Ceilândia, DF

Localização		Unidade de Farmácia		Medicamentos		Pacientes		Recursos Humanos		Infraestrutura	
RAS											
Região de Saúde											
Município											
Gestão											
Tipo											
CNES											
Identificação da Unidade											
Endereço											
Administração por parceiros											
Serviço Próprio			Serviço								
Serviço Credenciado											
Hipertensão											
Diabetes											
Saúde da Criança											
Saúde da Mulher											
DST											
Toxoplasmose											
Tuberculose											
Programa da Cólera											
Programa da Meningite											
Hanseníase											
Homeopático											
Fitoterápico											
Outros											
Nº médio de receitas por mês (referencia 2011)											
SUS			Origem								
Particular											
Farmacêuticos Fixos											
Farmacêuticos Interlocutores Supervisores											
Auxiliar Técnica Farmácia											
Outros											
Informática			Equipamentos								
Cadeia de Frio											
Rede de Internet											
Área física M											

APÊNDICE A – Termo de Concordância

TERMO DE CONCORDÂNCIA

A Dra. Lucimar Gonçalves da Costa Zero do Hospital Regional de Ceilândia está de acordo com a realização, nas unidades de dispensação de medicamentos da região administrativa de Ceilândia, da pesquisa Avaliação da assistência farmacêutica na atenção básica de saúde em Ceilândia – DF, de responsabilidade da pesquisadora Professora Dra. Emília Vitória da Silva, para avaliar a assistência farmacêutica nos centros de saúde de Ceilândia (atenção básica), por meio de indicadores de estrutura e processo estabelecidos pela OMS, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve levantamento de dados relativos à estrutura das unidades de dispensação de medicamentos de Ceilândia – DF. Tem duração de 2 meses, com previsão de início para Janeiro de 2013.

Brasília, 27 de Novembro de 2012.

Diretor responsável do Hospital:

Lucimar G. de Costa Zero
Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

Emília Vitória da Silva
Assinatura

Emília Vitória da Silva
Professora Adjunta
UnBFCE
Matr. FUB 1050028