

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM - FFOE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA - DEFA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE FORTALEZA - CEARÁ**

**Ana Rachel Freitas Correia**

**Fortaleza**

**2007**

**Ana Rachel Freitas Correia**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DE FORTALEZA - CEARÁ**

Orientadora:

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Helena Lutécia Luna Coelho**

**Fortaleza**

**2007**

Correia, Ana Rachel Freitas.

**Avaliação da Qualidade da Assistência  
Farmacêutica na Rede Pública Municipal de Atenção  
Primária de Saúde de Fortaleza - Ceará**

Fortaleza, 2007

165 fl.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Lutescia Luna Coelho

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Avaliação. 3. Indicadores de  
Qualidade

**Ana Rachel Freitas Correia**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA  
FARMACÊUTICA NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE SAÚDE DE FORTALEZA - CEARÁ**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas  
– Área de Concentração em Farmácia Clínica da Universidade Federal do  
Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em  
Ciências Farmacêuticas.**

**Data da Aprovação: 21 / 11/ 2007**

**BANCA EXAMINADORA:**

Profª. Dra. Helena Lutécia Luna Coelho (Orientadora) – UFC

Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade – UFC

Dra. Raimunda Magalhães – UNIFOR

“Se a noite dissolve os homens, dissolve-os em quê?  
Em réstias de lamentos, em águas de moinhos, em versos de esperanças,  
em restos de pós, pós-humanidade!

Se a noite dissolve os homens, dissolve-os para quê?  
Poeira de estrelas, areias de desertos, corações de ilhas,  
Olheiras de não querer ver.

Se a noite dissolve os homens, dissolve-os por quê?  
Por amar demais, por amar de menos, por não saber amar.  
Porque amar não nos pertence  
Porque a beleza é um atrevimento branco  
Porque branca é a paixão de nossos dias.”

**Raymundo Netto**

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família pelo incentivo e apoio, especialmente ao meu esposo Raymundo Netto.

A Professora Helena Lutécia Luna Coelho, pelo acompanhamento e orientação na realização do trabalho;

Ao Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, pelo estímulo às pesquisas na área de saúde, estreitando os laços entre os serviços e a academia;

A Dra. Analice Carvalho Costa, pela compreensão e viabilização da pesquisa;

A Dra. Ana Márcia de Almeida Rodrigues pelas contribuições ao trabalho;

Aos meus colegas de trabalho, Elaine Pereira Bezerra, Fabíola Moreira da Costa, Francisco Ielano Vasconcelos Mesquita e Francisco José Albino da Silva, pela amizade e estímulo;

As farmacêuticas, Sylvana Macêdo de Moraes, Antonia Eufrauzina Campêlo Lopes, Fabiana Osterne e Marise Girão pela dedicação ao desenvolvimento da AF em Fortaleza;

A Maria Lucia Fernandes Gurgel (in memorian) pela garra e pioneirismo da AF em Fortaleza;

Ao Dr. Haroldo de Moura Pinheiro (in memorian) pela orientação e influência na formação das minhas convicções profissionais.

Aos estudantes de Farmácia colaboradores na coleta dos dados.

A todos os meus colegas de mestrado, em especial Nívia Tavares Pessoa, Nadja Mara de Sousa Lopes e Alex Ferreira de Oliveira.

A Raimunda Gomes dos Santos e Maria das Graças Gonçalves Rodrigues secretárias do mestrado.

Aos farmacêuticos das Secretarias Executivas Regionais, coordenadores e auxiliares de farmácia das Unidades de Saúde de Fortaleza pela colaboração no repasse das informações.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza pelo financiamento da pesquisa.

## RESUMO

Este trabalho partiu da necessidade de conhecer as questões ligadas à Assistência Farmacêutica (AF) em Fortaleza em dois âmbitos, na gestão e na atenção primária de saúde. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo que empregou o método quantitativo através da aplicação de indicadores de qualidade da AF e teve como objetivos estabelecer mecanismos para sua avaliação gerando novos indicadores que traduzam a realidade local, avaliar a relação da qualidade dos serviços e a presença do farmacêutico e a sua distribuição geográfica na cidade. Os indicadores foram classificados em estrutura, processo e resultado. Para seleção dos indicadores, definição de critérios e padrões foi utilizada a Técnica do Consenso Informal em duas oficinas com a participação dos farmacêuticos que trabalham no nível central, nas Secretarias Executivas Regionais (SER) e nas unidades de saúde. A coleta de dados constituiu-se da aplicação de formulários estruturados aos gestores da AF, coordenadores das unidades e auxiliares de farmácia. Conforme a pontuação a AF foi classificada como ótima, satisfatória, precária e crítica. A qualidade da AF macro foi classificada como precária (67,91 % de atendimento dos indicadores), devido principalmente à ausência de documentos essenciais atualizados, falta de plano de educação permanente, insuficiência de farmacêuticos e ações de avaliação. Pontos positivos: 100% dos recursos programados para a compra foram aplicados, 89% do elenco de acordo com a RENAME, 80,43% adquiridos por licitação, 87% de disponibilidade na CAF municipal. A AF nas Unidades de Saúde (micro) foi considerada precária em 75%, principalmente devido à falta de procedimentos operacionais padrões (71,26%), grande variação entre o inventário e o controle de estoque (90,58%), baixo atendimento às boas práticas de dispensação (27,61%) e pequena concordância entre o registro de estoque e a contagem física. Pontos positivos: 95,40% das unidades realizavam controle de estoque, 88,71% de medicamentos atendidos, 83,88% de disponibilidade de medicamentos. Apesar dos avanços históricos na organização da AF em Fortaleza, a situação atual é precária, em que pesem os bons índices encontrados pontualmente para alguns indicadores. Conclui-se ser necessário e urgente a definição e implementação de um plano de otimização da AF para Fortaleza. Tal plano deveria ter por base o diagnóstico apresentado neste trabalho.

**PALAVRAS CHAVE:** Assistência farmacêutica; avaliação; indicadores de qualidade

## ABSTRACT

This research has its origin in the necessity to know the discussion related to the Pharmaceutical Assistance (PA) in Fortaleza in two environments: in the PA administration and in the health basic attention. It is about a transversal descriptive natured study which resorted quantity method through application of indicators of AP quality and which has as objectives establish mechanisms to recognize the local reality, to estimate the relation of service quality and the pharmacists' presence and their geographical distribution throughout the city. The indicators were classified in structure, process and result. To make the selection of indicators, the definition of criteria and patterns, the Nominal Group Technique was used in two workshops with the pharmacists' participation who worked in the central level, in Regional Executive Secretaries (RES) and in health units. The data collection was composed of applications of structured forms for the PA administrators in Fortaleza, units coordinators and pharmacy assistants. According to the AF, the punctuation was classified as excellent, satisfactory, precarious, and critical. The AF management (macro) was classified as precarious mainly due to the absence of uptodated essential documents, the default of a permanent educational plan, pharmacists' insufficiency and assessment actions. Positive points: 100% of programmed resources to purchase were applied, 89% of the list according to RENAME, 80, 43% acquired through bidding, 87% of availability in municipal CAF. AF in Health Units (micro) was considered precarious in 75%, mainly proper to lack of pattern operational procedures (71,26%), great variation between the inventory and the stockage control (90,58%), low assistance using good practices of dispensation (27,61%) and the small concordance between the stockage record and the physical counting. Positive points: 95,40% of units accomplished stockage control, 88,71% of provided medicaments, 83,88% of medicament availability. Despite of the historical advances in AF organization in Fortaleza, the current situation is precarious, concerning to the good indexes that were found promptly to some indicators. The lowest reached punctuations refer to structure indicators, demonstrating the necessity of policies which benefit those ones. One concludes that the definition and implementation of an optimization plan to AF in Fortaleza, including actions in a short, medium and long time are necessary and urgent. Such a plan should be established by the diagnosis presented in this research.

**KEY WORDS:** Pharmaceutical assistance; avaliation; indicators of quality

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>26</b>
2.1 Acesso aos Serviços de Saúde e Medicamentos.....	21
2.2 Políticas Públicas e Assistência Farmacêutica.....	27
2.3 Breve Histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil.....	29
2.4 Aspectos da Avaliação de Serviços de Saúde.....	32
2.5 Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica.....	39
2.6 Estudos de Avaliação na Área de Assistência Farmacêutica.....	41
2.7 Assistência Farmacêutica em Fortaleza.....	48
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>55</b>
3.1 Objetivo Geral .....	55
3.2 Objetivos Específicos .....	55
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>56</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	56
4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	56
4.3 Estabelecimento de Padrões de Desempenho.....	57
4.4 Pontuação atribuída a cada indicador.....	57
4.5 Local da Pesquisa.....	58
4.6 Fluxo da Pesquisa.....	62
4.7 Oficinas para Consenso dos Indicadores.....	63
4.8 Coleta e Análise dos Dados.....	66
4.9 Critérios para Cálculos dos Indicadores.....	67
4.10 Descrição das Variáveis.....	68

4.10.1 Indicadores Micro.....	68
4.10.2 Indicadores Macro.....	69
4.11 Instrumentos.....	73
4.12 Trabalho de Campo.....	73
4.13 Aspectos Éticos.....	74
4.14 Limitações do Estudo.....	74
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
5.1 Indicadores Macro.....	75
5.1.1 Gestão da AF.....	75
5.1.2 Seleção.....	79
5.1.3 Programação.....	80
5.1.4 Aquisição.....	81
5.1.5 Armazenamento.....	87
5.1.6 Distribuição.....	88
5.1.7 Dispensação.....	89
5.1.8 Capacitação.....	89
5.1.9 Avaliação e Uso Racional de Medicamentos.....	90
5.1.10 Qualidade da AF em nível Macro.....	90
5.2 Indicadores Micro.....	93
5.2.1 Indicadores Micro e a Presença do Farmacêutico.....	94
5.2.2 Indicadores Micro e a Localização por SER.....	98
5.2.3 Qualidade da AF na Atenção Básica de Saúde - Micro.....	101
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>105</b>
6.1 Qualidade da AF Macro.....	106
6.2 Qualidade da AF Micro.....	113

<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>119</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>122</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>128</b>

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01: Mapa da cidade de Fortaleza/ Divisão das SER .....	61
Figura 02: Fluxograma da Realização do projeto.....	62
Quadro 01: Relação dos Indicadores Pactuados para avaliação da AF – Micro.....	68
Quadro 02: Relação dos Indicadores Pactuados para avaliação da AF – Macro.....	69
Quadro 03: Relação dos medicamentos comprados fora da relação pactuada para atenção básica de saúde, Fortaleza, 2006.....	85
Quadro 04: Relação dos medicamentos comprados para atendimento dos processos judiciais, Fortaleza, 2006.....	85
Quadro 05: Relação dos medicamentos com períodos de desabastecimento na CAF municipal, Fortaleza, 2006.....	86
Quadro 06: Percentuais de atendimento dos indicadores de qualidade da AF Macro (estrutura, processo e resultado), Fortaleza, 2006.....	90
Figura 03: Pirâmide da Qualidade da AF Macro, Fortaleza, 2006.....	92
Quadro 07: Resultados dos indicadores da atenção básica de saúde, Fortaleza, 2006.....	93
Quadro 08: Resultados dos indicadores de Processo da atenção básica de saúde, Fortaleza, 2006.....	93
Quadro 09: Resultados dos Indicadores de Resultado da atenção básica de saúde, Fortaleza, 2006.....	94

Figura 04: Pirâmide da Qualidade da AF na Atenção Básica de Saúde, Fortaleza, 2007 .....  
...104

## LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Assistência Farmacêutica
CAB	Célula de Atenção Básica
CAE	Célula de Atenção Especializada
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CELAF	Célula de Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos Essenciais
CEMJA	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
CEVEP	Célula de Vigilância Epidemiológica
CEVISA	Célula de Vigilância Sanitária
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCB	Denominação Comum Brasileira
DEASF	Departamento de Assistência Farmacêutica
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
MS	Ministério da Saúde
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA-CE	Secretaria de Saúde do Ceará
SIFAB	Sistema Informatizado da Atenção Básica
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
USF	Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Regiões Administrativas de Fortaleza/ Dados demográficos, 2003.....	59
Tabela 02: Percentual dos Recursos aplicados por fonte de recurso, Fortaleza, 2006.....	76
Tabela 03: Número de supervisões realizadas por farmacêuticos das SER às unidades de saúde, por SER, Fortaleza, 2006.....	77
Tabela 04: Relação dos medicamentos da atenção básica de saúde não contemplados na Relação estadual (RESME) e Nacional (RENAME), Fortaleza, 2006.....	80
Tabela 05: Distribuição dos percentuais de atendimento dos quantitativos programados Fortaleza, 2006.....	81
Tabela 06: Avaliação dos fornecedores quanto à quantidade e a pontualidade de entrega dos medicamentos solicitados , Fortaleza, 2006.....	82
Tabela 07: Tempo de Tramitação dos Processos de Licitação de Medicamentos, Fortaleza, 2006.....	83
Tabela 08: Tempo médio (dias úteis) de solicitação aos fornecedores até o recebimento de medicamentos na CAF municipal, Fortaleza, 2006.....	84
Tabela 09: Média dos percentuais de atendimento às Boas Práticas de Armazenamento, Unidades de saúde, Fortaleza, 2007.....	96
Tabela 10: Percentuais de atendimento dos Indicadores de Resultado e a presença do farmacêutico, por SER, Fortaleza, 2007.....	97
Tabela 11: Percentual de variação entre o inventário e a contagem física de medicamentos traçadores, por SER, Fortaleza, 2007.....	98

Tabela 12: Percentual de unidades que investigam o histórico de medicamentos por SER, Fortaleza, 2007.....99

Tabela 13: Classificação dos Critérios de Qualidade dos Mapas Mensais de Medicamentos por SER, Fortaleza, 2007.....99

Tabela 14: Percentuais médios de atendimento e desvios padrões dos indicadores de resultado por SER, fortaleza, 2007.....100

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Perfil dos Indicadores pactuados nas oficinas de consenso, Fortaleza, 2006.....	64
Gráfico 02: Setores de lotação dos farmacêuticos que trabalham com AF, Fortaleza, 2006....	78
Gráfico 03: Percentual de adequação às Boas Práticas de Armazenamento e a presença do farmacêutico, por SER, Fortaleza, 2007.....	95
Gráfico 04: Percentual de variação entre o inventário e a contagem física de medicamentos e a presença do farmacêutico, por SER, Fortaleza, 2007.....	96
Gráfico 05: Classificação Geral da Qualidade da Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde, Fortaleza, 2007.....	101
Gráfico 06: Qualidade da AF conforme os indicadores de estrutura na atenção básica de saúde, Fortaleza, 2007.....	101
Gráfico 07: Qualidade da AF conforme os indicadores de processo na atenção básica de saúde, Fortaleza, 2007.....	102
Gráfico 08: Qualidade da AF conforme os indicadores de resultado na atenção básica de saúde, Fortaleza, 2007.....	102
Gráfico 09: Percentuais de atendimento dos indicadores de estrutura, processo e resultado, por SER, Fortaleza, 2007.....	103

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 01: Descrição dos indicadores do nível micro segundo o aspecto avaliado/ fonte do dado/ método de calculo/ escalas para pontuação

Anexo 02: Descrição dos indicadores do nível macro segundo o aspecto avaliado/ fonte do dado/ método de calculo/ escalas para pontuação

Anexo 03: Instrumento para Avaliação da Assistência Farmacêutica em Nível Central

Anexo 04: Instrumento para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde

Anexo 05: Instrumento para verificação do atendimento às Boas Práticas de Armazenamento

Anexo 06: Instrumento para verificação da variação entre o inventário e o sistema de controle de estoque.

Anexo 07: Instrumento para verificação dos requisitos de qualidade do mapa mensal de medicamentos.

Anexo 08: Instrumento para acompanhamento dos medicamentos atendidos pela unidade de saúde.

Anexo 09: Instrumento para verificação da disponibilidade de medicamentos

Anexo 10: Instrumento para verificação do percentual de dias com estoque zerado

Anexo 11: Instrumento para verificação do atendimento às Boas Práticas de Dispensação

Anexo 12: Instrumento para Avaliação do Atendimento às Boas Práticas de Distribuição e Transporte de Medicamentos.

Anexo 13: Instrumento para Acompanhamento dos Processos de Aquisição

Anexo 14: Instrumento para Acompanhamento do Percentual de Itens Programados e Adquiridos.

Anexo 15: Instrumento para Acompanhamento da Pontualidade dos Fornecedores

Anexo 16: Instrumento para Acompanhamento do Cronograma de Distribuição.

Anexo 17: Instrumento para Acompanhamento do Tempo Médio de Recebimento de Medicamentos.

Anexo 18: Instrumento para Acompanhamento do Tempo Médio de Tramitação dos Processos de Aquisição de Medicamentos.

Anexo 19: Instrumento para Verificação da Aplicação dos Recursos Programados para AF básica.

Anexo 20: Instrumento para Verificação do Percentual de Medicamentos comprados fora da RME.

Anexo 21: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho está centrado no campo das Avaliações, na área de Assistência Farmacêutica.

A Introdução contempla questões abordadas referentes ao tema e questões inseridas, como: avaliações de serviços e indicadores da assistência farmacêutica além de uma descrição dos trabalhos de avaliação em assistência farmacêutica realizados em outros países, estados, no Ceará e Fortaleza.

Na metodologia utilizada, temos o desenho do estudo, local e fluxo da pesquisa, oficinas para consenso dos indicadores, avaliação dos indicadores de estrutura, processo e resultado, coleta e análise dos dados, instrumentos e métodos de cálculo e parâmetros utilizados para cálculo dos indicadores micro e macro.

Os resultados estão apresentados como tabelas de distribuição de frequência e gráficos e demonstram o comportamento do atendimento dos indicadores de estrutura, processo e resultado nas unidades com e sem farmacêutico nas respectivas Secretarias Executivas Regionais (SER).

A discussão compara os resultados obtidos da avaliação da AF na organização dos serviços e na atenção básica de saúde em outros estados do Brasil e levanta hipóteses sobre a influência nos indicadores da participação do farmacêutico no desenvolvimento das atividades de AF e as SER com os melhores desempenhos dos indicadores.

Esse estudo procurou trazer dados para reflexão da qualidade da AF em Fortaleza que possibilite o desenvolvimento de atividades com o objetivo de criação de estratégias e prioridades para resolução dos problemas detectados e melhoria da qualidade da AF.

## 1 INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços de saúde e produtos é considerada um dos fatores que determinam o acesso (Luiza, 2003). O desempenho dos serviços de Assistência Farmacêutica (AF) está relacionado com a disponibilidade dos medicamentos, satisfação dos usuários, qualidade dos medicamentos distribuídos, capacitação dos profissionais, infra-estrutura das unidades de saúde e podem, portanto influenciar o acesso e o uso racional dos medicamentos.

Neste enfoque os serviços de saúde estão adotando estratégias de planejamento e avaliação, com o intuito de identificar fortalezas e debilidades e instrumentalizar os gestores na definição de prioridades. Apesar dessa realidade, bastante empregada em outras áreas da saúde, os estudos de avaliação de serviços na área de AF são bastante escassos, estando limitados à aplicação de alguns indicadores que não contemplam áreas importantes para a gestão da AF.

Dentre os problemas mais comuns, podemos citar os gastos públicos com medicamentos que são crescentes e tem se tornado preocupação constante dos gestores da AF.

Os gastos com medicamentos não param de aumentar em todo o mundo. O mercado mundial supera a cifra de 250 milhões de dólares anuais, dos quais cerca de 7% corresponde a América Latina. Em termos globais a terça parte da população mundial consome 66% da produção farmacêutica, enquanto que o resto da população consome apenas 34% deste total (Herrera, 2000).

A despesa com medicamentos na Espanha tem apresentado, nos últimos anos, um aumento superior à inflação, o que coloca em perigo a oferta equitativa da atenção sanitária. (Laporte et al, 1997).

A maior parte dos países enfrenta uma escassez de recursos na área de saúde que lhes obriga à contenção, reorientação e racionalização dos seus gastos (Lobo, Velazquez, 1997).

No Brasil, a cada ano observa-se o aumento dos gastos com medicamentos. O Ministério da Saúde (MS) aponta que a evolução dos recursos destinados aos medicamentos considerados básicos passou de 45 milhões em 1997 a 295,41 milhões em 2002. O gasto em medicamentos excepcionais aumentou 318% entre 1997 e 2001. (Negri, 2002). A estimativa do gasto público do MS destinado a medicamentos no ano de 2002 foi de US\$ 1.381.077.967,72, o que corresponde a R\$ 4.047.801.415,59 (MS, 2005).

A indústria farmacêutica interfere nesta questão, pois lança anualmente, inúmeros medicamentos com o nome de novidade terapêutica, os quais despertam hábitos inadequados de prescrição resultando em custos extras para os municípios sendo forçados a adquiri-los mediante ações judiciais.

No Distrito Federal, as 13 ordens judiciais que a Secretaria de Saúde teve que atender para a compra de medicamentos em 2005, totalizou mais de R\$ 1,1 milhões, resultando uma média de quase R\$ 100 mil por paciente. (LOPES e VASCONCELOS, 2006). De acordo com Marques e Dallari (2007), 93,5% das decisões concederam liminar para que o Estado de São Paulo fosse compelido a fornecer o medicamento envolvido no processo, e que tais ações ainda poderiam acobertar interesses de determinados laboratórios farmacêuticos, responsáveis pela comercialização de inovações terapêuticas, inacessíveis financeiramente, aos autores.

Em Fortaleza a realidade não é diferente. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2005 foram gastos R\$ 5.830.410,33 na compra de medicamentos para a atenção básica de saúde e em 2006 R\$ 6.959.912,23, representando um acréscimo de R\$ 1.129.501,90 (aproximadamente 20%), sem que tenham sido ampliados os recursos repassados do nível federal, estadual e municipal destinados a esse fim. Aliado ao aumento dos gastos, observa-se também um aumento dos quantitativos de medicamentos distribuídos, com um percentual de aumento de 2005 para 2006 bastante variados para alguns

medicamentos tais como: ácido acetilsalicílico 100mg comprimido (159%), captopril 25 mg comprimido (137%), diclofenaco de potássio 50 mg comprimido (326%), metildopa 250 mg comprimido (275%), entre outros.

A AF busca, através da organização das suas atividades, gerenciar o medicamento. E, dentre essas atividades, os processos de avaliação devem acontecer de forma permanente e contínua servindo como “*feedback*” retro-alimentando todo o ciclo para a correção de problemas e melhoria do desempenho de suas ações. A avaliação da AF pode contribuir para a uma maior racionalização dos gastos com medicamentos e sua melhor utilização, mas é necessário que os processos de avaliação sejam devidamente organizados.

Os trabalhos de avaliação da AF realizados em Fortaleza utilizaram os indicadores preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e não contemplaram os diversos elementos do Ciclo da AF, que possibilitaria uma avaliação ampla da qualidade da AF. Avaliações na área de AF em Fortaleza, que utilizem indicadores de estrutura, processo e resultado contemplando os elementos do ciclo da AF, ainda não foram realizadas em Fortaleza, porém, temos consciência de sua necessidade para que tenhamos a visão de que tipo de AF está sendo prestada a essa população, e onde queremos ou poderemos chegar. Esperamos que, com os resultados obtidos nessa avaliação desenvolvida de forma sistemática e em bases científicas, possamos retratar a realidade da AF em Fortaleza, e que este trabalho se torne uma ferramenta de grande utilidade para que os gestores possam planejar e almejar ações com maior efetividade, segurança e qualidade.

Baseado na necessidade de desenvolver instrumentos e práticas para avaliação da AF, na necessidade de diagnosticar a AF em Fortaleza e identificar problemas e seus determinantes, na necessidade de instrumentalizar os gestores com propostas de intervenções bem fundamentadas e na necessidade de realização de estudos de avaliação que contemplem aspectos de estrutura, processo e resultado propomos este trabalho.

O trabalho proposto faz parte de um projeto amplo e colaborativo entre a Universidade Federal do Ceará, a Prefeitura Municipal de Fortaleza - Secretaria de Saúde e o CNPq, objetivando desenvolver pesquisas na área de AF em Fortaleza-CE que possam desvelar um quadro geral sobre o tema, enfocando os seguintes pontos de investigação: (1) Avaliação dos gastos públicos com medicamentos, (2) avaliação da qualidade dos serviços farmacêuticos e (3) avaliação da qualidade da prescrição médica.

Especificamente, nos propomos a desenvolver indicadores voltados à realidade local, para a avaliação dos serviços farmacêuticos na área de gestão (macro) e na atenção básica de saúde (micro) que possam ser utilizados, rotineiramente, nos serviços de saúde, contribuindo para a consolidação do SUS.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E MEDICAMENTOS**

Os Serviços de Saúde são de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida da população sendo preocupação permanente dos gestores do setor, devido ao grande volume de recursos absorvidos ou pela dificuldade de acesso da população aos mesmos. Conforme Travassos (2000), o uso dos serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento. As desigualdades na utilização dos serviços podem acarretar a inacessibilidade de parcelas da população aos serviços de saúde.

O acesso pode ser definido como um dos elementos dos sistemas de saúde ligados à organização dos serviços que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, estando relacionados com fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde (Andersen, 1995).

Um problema vinculado ao pouco acesso aos serviços de saúde, tema em pauta mundial, é o acesso aos medicamentos.

A estimativa da OMS é de que mais de 10 milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente até 2015 se as populações pudessem usufruir de tratamentos já existentes para problemas de saúde materno-infantis, doenças infecciosas e doenças não transmissíveis. Dentre os objetivos da Estratégia de Medicamentos 2004 – 2007 da OMS podemos citar: melhorar o acesso a medicamentos essenciais, fortalecer as políticas nacionais de medicamentos, melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos e promover seu uso racional (WHO, 2004).

Alguns fatores podem influenciar o acesso, como disponibilidade, capacidade aquisitiva, adequação dos procedimentos, acessibilidade geográfica, qualidade de produtos e serviços (Luiza, 2003).

Nas áreas mais pobres do Brasil e de outros países da América Latina, África e Ásia os medicamentos são inacessíveis para mais de 50% da população (WHO, 1999). O acesso aos medicamentos é limitado em países pobres devido principalmente, a duas razões: os preços destes produtos são altos para a média de rendimento de suas populações e os medicamentos necessários ao tratamento das principais doenças não se encontram disponíveis (Cosendey, 2000).

Em estudo realizado por Guerra Jr., concluiu que o acesso de medicamentos em duas regiões de Minas Gerais, foi prejudicado pela baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta desses produtos (Guerra Jr. et al, 2004).

## **2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Constituição Brasileira de 1988, no seu artigo 196 estabeleceu que cabe ao Estado garantir, através de políticas, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A lei 8080 / 90 estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu artigo sexto a [...] formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) [...]de interesse para a saúde [...]. O seu propósito é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Dentre as prioridades adotadas pela PNM, podemos citar: a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica (AF), a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos. (Portaria 3.916, 1998- Política Nacional

de Medicamentos). Para que a AF seja efetivada, é importante que sejam desenvolvidas ações tendo como princípio o Ciclo da AF, constituído pelos elementos: Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição e Dispensação considerando as suas interfaces nas ações de atenção à saúde.

Alem dos elementos do Ciclo da AF, já citados, devemos considerar os estudos de utilização de medicamentos como fundamentais para o conhecimento de hábitos de prescrição e utilização de medicamentos pela população de uma maneira geral, ou em parcelas específicas (idosos, crianças), norteados as ações para a promoção do uso racional de medicamentos.

De acordo com PNM, 1998, a AF pode ser definida como “Grupo de atividades relacionadas com o medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”

A AF é responsável pelo gerenciamento das ações ligadas aos medicamentos e quem por direito lidará com as problemáticas inerentes aos mesmos, como: carência de recursos financeiros e humanos, falta do profissional farmacêutico, organização dos serviços, capacitações, abastecimento, disponibilidade, desvios, demandas crescentes, ações judiciais, acesso, uso irracional de medicamentos, entre outros. Deve, para tanto, estar organizada para ser eficiente e resolutiva, tornando-se componente indispensável a todas as etapas promovendo o uso racional de medicamentos e evitando que o medicamento seja uma fonte de custos e agravos desnecessários (Chaves, 2005).

### **2.3 BREVE HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL**

A AF no Brasil teve início com a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971. A CEME pode ser considerada um referencial criando possibilidades de uma política para o setor de medicamentos tentando articular a política industrial à política de assistência farmacêutica (Bermudez, 1995).

A CEME foi criada com o objetivo de “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado”. Além disso, deveria “funcionar como reguladora da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, da Saúde, do Trabalho e Previdência Social” (Negri, 2002).

Segundo Bermudez, os seus objetivos específicos seriam: a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção de laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidade, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (Bermudez, 1995).

Embora idealizada com uma proposta ampla, a CEME se limitava à aquisição e distribuição de medicamentos básicos e de programas estratégicos para os estados. Na época, não existia nenhuma autonomia dos estados e municípios referente à questão dos medicamentos, os quais se restringiam a recebê-los do nível Federal e distribuí-los aos municípios. Esses quantitativos muitas vezes eram superiores à demanda dos municípios e não atendiam aos seus perfis epidemiológicos. Essa programação centralizada gerou um volume considerável de medicamentos vencidos nos municípios que, para piorar, não possuíam uma política definida para destino desses medicamentos.

Por ser um órgão que estava diretamente ligado a Presidência da República, estaria sujeito às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época. Por isso, desviava-se dos seus objetivos iniciais na medida em que o contexto político se alterava (Marcondes, 2002).

Graves distorções foram acumuladas na CEME como: denúncias de corrupção nos mecanismos de compra; descompromissos das administrações com as finalidades do órgão, enquanto instituição pública; dismantelamento da estrutura técnico-organizacional; redução de disponibilidades orçamentárias e de fluxos financeiros; desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema e perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição ou superestimação de demandas para compensar discontinuidades no abastecimento (Bermudez, 1995).

Assim, um dos grandes problemas detectados nesse sistema centralizado foi a elaboração de programações em desacordo com as reais necessidades dos municípios, acarretando percentuais significativos de perda e, também, de insatisfação do usuário por falta de acesso aos mesmos. (Mayorga, 2004).

Devido às denúncias de corrupção e diversos problemas administrativos a CEME foi extinta em 1997. Havia, portanto, nesse período, a necessidade de uma legislação que norteasse o setor farmacêutico devido aos constantes problemas de utilização de medicamentos, a falta de regulamentação das atividades de AF e precária definição do papel dos estados e municípios.

Dentre as carências sentidas pelo setor, podemos citar a falta de homogeneidade do conceito de AF, provocando o surgimento de abordagens e visões distintas que se limitavam ao ciclo logístico do medicamento, não levando em consideração, portanto, a dimensão mais ampla e intersetorial da AF.

No ano de 1987, o governo federal iniciou o Programa Farmácia Básica que distribuía um elenco de medicamentos possibilitando o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, considerando no seu planejamento as diferenças de morbidade entre as regiões. Apesar desse cuidado, o perfil observado era muito variado e o elenco de medicamentos era o mesmo, o que ocasionou novamente a distribuição de itens que não atendiam as necessidades dos municípios. Essa realidade aconteceu principalmente nos municípios em que a AF estava mais organizada e trabalhava com uma relação definida de medicamentos essenciais. Como exemplo de inadequação do elenco, podemos citar a distribuição, em alguns municípios, do medicamento ampicilina 500 mg comprimido, enquanto que, em outros, o mesmo já tinha sido retirado da relação e substituído por amoxicilina 500 mg.

Embora fossem consideradas as diversidades regionais, a existência de um módulo-padrão em nível nacional, não contemplou as diversidades. O mesmo módulo-padrão era fornecido para todas as regiões do Brasil que apresentavam perfil epidemiológico diferenciado (Marcondes, 2002).

Em 1998 foi publicada a Portaria 3.916, relativa a PNM, que estabeleceu as diretrizes, prioridades e responsabilidades das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçou a importância do desenvolvimento das ações de acompanhamento e avaliação da AF.

O conceito de AF da PNM tornou claro a complexidade da AF e que suas ações não podiam se limitar tão somente à aquisição tendo, entre suas diretrizes prioritárias, a reorientação da assistência farmacêutica com o objetivo de ampliar a sua, até então, visão restrita.

A publicação da PNM deu início a uma série de discussões sobre as formas de financiamento para gerenciamento de suas atividades. Foram então, criados incentivos para a

AF básica que definiam os valores a serem financiados pelas três esferas de governo, regulamentados pela portaria GM nº 176 de 1999. Os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e do Sistema Municipal (GPSM) recebiam os recursos do nível Federal através de repasse automático, e aqueles que não estavam em gestão plena tinham a possibilidade de formar consórcios e, através do nível Estadual, realizar aquisição centralizada.

A possibilidade de receber esses recursos diretamente do governo Federal levou os municípios a assumirem as GPAB e GPSM num processo desordenado, promovendo, de forma geral, conseqüências negativas ao processo, dentre as quais, o reduzido, além de inexperiente, quadro de recursos humanos responsável pelo gerenciamento do processo quando da mudança do repasse dos recursos do estado para os municípios.

A mudança no modelo de atenção à saúde a partir da implantação do SUS, e a conseqüente transferência da gestão dos serviços de saúde para os municípios trouxeram à tona o cenário da desarticulação da AF nos Serviços de Saúde. (Cosendey, 2000).

Outro marco importante foi a implantação da Lei dos Genéricos, Resolução no 391/99 (Brasil, 1999), possibilitando as seguintes vantagens: facilidade de identificação do fármaco, respaldando o desenvolvimento da farmacovigilância, cerceamento da confusão da proliferação dos nomes de marca, redução dos riscos de polimedicação, diminuição da pressão comercial, por parte das empresas farmacêuticas, sobre os médicos na tentativa de induzi-los a preferir seus produtos e uniformização do intercambio científico (Barros, 2004).

## **2.4 ASPECTOS DA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

A avaliação pode ser entendida como instrumento de trabalho que visa medir os resultados dos serviços e programas (MS, 1982), importantes para o planejamento dos serviços enquanto subsídio crítico à elaboração de diretrizes baseadas em evidências (Silva, 2004), produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade

científica, ao qual está vinculado, que servirá como fator orientador de decisão. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores e o resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento (Novaes, 2000).

Nos processos de avaliação de serviços é necessário o desenvolvimento de diversas etapas metodológicas contemplando normas e critérios tornando a avaliação legítima.

Para avaliar serviços ou programas recorre-se à utilização de procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável – a chamada avaliação sistemática. (Aguilar e Ander-Egg, 1994).

A avaliação, portanto, vem sendo utilizada para a obtenção de diagnósticos, úteis como instrumentos de identificação de prioridades a serem consideradas pelos gestores.

O cumprimento do preceito legal requer dos departamentos ou secretarias municipais de saúde a utilização do planejamento, ciência esta que depende da avaliação do que é realizado. A avaliação, quase inexistente, na prática anterior, torna-se hoje preocupação das equipes responsáveis pela programação dos serviços, possibilitando o desenvolvimento de análises críticas do que e como são ofertados os serviços de saúde à população (Scochi, 1991).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde no Brasil, a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação (Silva, 1994).

Vê-se, portanto, a grande utilidade dos processos de avaliação para a adequada identificação das prioridades em saúde, a necessidade de um aprendizado rápido e de adaptação a contextos com recursos humanos menos qualificados e em menor número,

recursos financeiros restritos, além de poucas informações previamente disponíveis (Novaes, 2000).

No campo da saúde, a avaliação é utilizada com diversos objetivos, como: verificar o desenvolvimento de um determinado programa ou serviço, avaliar o grau de implantação de programas, identificar pontos fortes e debilidades de programas e o grau de resolutividade dos mesmos.

O significado dos processos de avaliação é que fortalecem os movimentos que levam à transformação dos serviços sendo baseados em padrões de excelência, como: utilidade (uma avaliação não deverá jamais ser realizada se não for útil), viabilidade (deve ser conduzida considerando aspectos políticos, práticos e de custo-efetividade), ética (respeito aos valores dos interessados) e precisão (dimensões técnicas dos processos).

A avaliação da qualidade em saúde e de serviços de saúde tem distintas abordagens e metodologias propostas que podem ser utilizadas no momento de sua execução. Embora ocorra essa diversidade de opiniões a respeito, todos têm pontos em comum a serem destacados, dentre os quais: a avaliação não pode ser a aplicação de um instrumento isolado; a avaliação deve constituir-se ferramenta norteadora para a elaboração do diagnóstico e planejamento das atividades nas diversas áreas e para ser legítima, precisa contar com a participação de todas as esferas em questão.

As avaliações em saúde são importantes para o planejamento e gerência de serviços de saúde, enquanto subsídio crítico à elaboração de diretrizes baseadas em evidências. Possibilitam as atividades de avaliação/ monitoramento dos serviços, fornecendo elementos fundamentais à elaboração de padrões de qualidade (estrutura, processo e resultados) baseados em evidências. (Silva, L.K., 2004).

O desenvolvimento de pesquisas em sistemas e serviços de saúde poderá contribuir para o aprimoramento e fortalecimento do SUS e para a qualidade da atenção nos

sistemas de saúde, integrando os processos sociais, econômicos e políticos que constroem a saúde atual e futura da população brasileira, fortalecendo, da melhor forma possível, o papel que a ciência e a tecnologia podem e devem ter nas sociedades contemporâneas (Novaes, 2004).

A avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito. (Vieira da Silva, L.M., 2005).

No âmbito das ações de saúde, diversos trabalhos de avaliação da qualidade dos serviços têm sido baseados na metodologia de Donabedian que preconiza que a avaliação deve ser baseada em uma visão geral, e que os aspectos de estrutura estão relacionados aos níveis institucionais e os de processo e resultado podem ter como referência o indivíduo, grupo de usuários ou toda a população. O estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos empregados na atenção médica e considera os seguintes componentes: medidas relacionadas à organização administrativa da atenção média; descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação às normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência. A avaliação de processo descreve as atividades do serviço de atenção médica. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência médica no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é feito para o paciente com respeito à sua doença ou complicação particular. A avaliação de processo compara os procedimentos empregados com os estabelecidos como normas. A avaliação do resultado descreve o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde.

A metodologia proposta por Donabedian vem sendo citação obrigatória em todos os trabalhos que discutem avaliação da qualidade de serviços, não só da atenção médica, mas

também adaptada atualmente para avaliação de outros serviços como os de assistência farmacêutica pelo Ministério da Saúde.

É importante sublinhar que, apesar dessa sistematização para avaliação proposta por Donabedian ter trazido uma direção para realização de trabalhos nesse tema, possui algumas limitações, discutidas pelo próprio autor, quando adaptada para outras áreas diferentes para a qual foi idealizada, principalmente, quando o processo de avaliação não envolve os diversos atores e/ou quando não existe o esforço de adequação da metodologia para a realidade onde está sendo realizada.

Esse enfoque teórico opera, por vezes, uma homogeneização de fenômenos de natureza distinta, como, por exemplo, recursos materiais e humanos englobados sob o rótulo de “estrutura”. Este referencial pressupõe a existência de ordem, harmonia e direcionalidade numa relação funcional entre os componentes da tríade, o que, na prática concreta dos serviços de saúde, não se verifica: a estrutura necessariamente não influi no processo, e o processo nem sempre guarda relação com o resultado. (Vieira da Silva, 1994).

Portanto, dificuldades na classificação de indicadores de estrutura, processo e resultado podem ser encontradas, pois esses três aspectos, apesar de divididos didaticamente por Donabedian, estão intrinsecamente relacionados e dificultam o estabelecimento da contribuição isolada de cada um. Por exemplo, uma boa estrutura não tem como consequência direta um bom processo. Da mesma forma, o fato de se ter um bom processo não obriga que o resultado seja bom. Um caminho para que esses problemas sejam minimizados é a definição concreta do que será considerado estrutura, processo e resultado nos trabalhos de avaliação.

Apesar da crítica a esses pontos abordados sobre a metodologia para avaliação proposta por Donabedian, é inquestionável a contribuição dos trabalhos realizados pelo autor nessa área. O que deve ser feito para minimizar as dificuldades expostas, é ter especial atenção com a metodologia utilizada, estimulando, ao máximo, a participação de todos os

atores envolvidos e adequando os indicadores para a realidade local, buscando, dessa maneira, a adequação do resultado à prática.

Para avaliação de um serviço é importante considerar a dimensão qualidade. A qualidade é um atributo universal para produtos e serviços desejável por todas as empresas, organizações e governos. Ter qualidade significa ter uma boa aceitação. Um serviço é considerado de qualidade, se atende a todas as expectativas dos usuários. A cada dia assistimos à implantações de gestões da qualidade nas empresas, sistema de creditações hospitalares, buscando adequação dos produtos à necessidade da sua clientela. Uma falha na qualidade de um serviço tem um resultado bastante negativo para as organizações. E se esse serviço for de saúde, esse impacto é ainda maior, pois o componente trabalhado nesse caso não é restituível e nem pode ser, simplesmente, trocado por outro para solução do problema de qualidade apresentado.

As qualidades desejáveis nos serviços são: competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação), satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo), acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica), eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe) e eficiência (custos, recursos, riscos).(Gattinara, 1995)

O termo qualidade também tem sido usado para refletir não apenas a qualidade da atenção, mas também a satisfação dos usuários com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços (Starfield, 2002).

A qualidade é bastante ampla e refere-se a duas dimensões: a subjetiva e a objetiva. A qualidade subjetiva refere-se às emoções, ou seja, o parâmetro subjetivo da qualidade varia para cada atividade ou para cada avaliador e, por isso, é melhor contemplado nas pesquisas com utilização da metodologia qualitativa. *A qualidade em sua dimensão*

*objetiva é mensurável, e, portanto, generalizável. Exemplificando, é perfeitamente possível atribuir valores numéricos a determinados atributos, tais como tempo de espera ou número de atendimentos. No entanto, o mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não cabe quantificar, uma vez que expressam singularidades (Uchimura e Bosi, 2004).*

O parâmetro objetivo da qualidade é o mais empregado nas pesquisas de avaliação, utilizando como instrumentos, indicadores coletados nos serviços. Os indicadores são utilizados para comparar o desempenho de diferentes programas entre países, estados e municípios e, se acompanhados periodicamente, podem demonstrar o impacto de um programa ou serviço.

Um bom indicador deve englobar uma série de características essenciais, dentre as quais, se destacam: disponibilidade, cobertura, simplicidade, especificidade, sensibilidade, compreensibilidade ou sinteticidade, discriminativo, integração, viabilidade e custos e qualidade. (MS, 1982).

De acordo com Donabedian, um conjunto de indicadores deve refletir aspectos da estrutura, processo e resultados dos serviços. Os indicadores devem ser selecionados de forma a garantir uma ampla participação dos envolvidos no processo de avaliação. “O melhor caminho para a avaliação da qualidade requer o reconhecimento de indicadores representativos dos três aspectos supracitados. E, nesses processos, são fundamentais que sejam traçados caminhos pactuados entre avaliador e avaliados, buscando uma melhor aceitação dos resultados para a transformação de uma realidade”. (Donabedian, 1984).

Segundo o NHCP, os indicadores de serviço devem atender os seguintes requisitos: representar aspectos importantes da saúde pública ou do desempenho do sistema de saúde; ser mensurável (válido e confiável) na população geral e em diversas populações; ser compreensível para as pessoas que necessitam agir; galvanizar ação de indivíduos, grupos

organizados e organizações públicas e privadas em nível nacional, estadual ou local; ser relevante para a política e a prática dos serviços; refletir resultado de ações quando medidos no tempo; ser coletado de forma oportuna, exequível, quanto ao custo-benefício; ser coerente com processos nacionais de definição de dados. (NHCP, 2002).

A determinação de valor implica um juízo com características subjetivas, ou cada vez mais objetivas, na medida em que se represente consensualidade entre um maior número de avaliadores. Esses valores determinados podem ser de características quanti ou qualitativas. Para emitir um juízo de valor é preciso buscar parâmetros ótimos desejáveis para cada objeto a ser avaliado. A escolha desse parâmetro pode ficar na subjetividade individual do avaliador ou na consensualidade dos peritos. (Carvalho, 2000).

Os métodos e indicadores de avaliação devem ser estabelecidos por consenso e requerem a medição de distintas dimensões do desempenho geral do sistema (indicadores finais ou macro) e dos diferentes componentes do sistema (intermediários ou micro) (OPAS, 2001).

Segundo Campbell, 2003, as medidas desenvolvidas por técnicas de consenso têm validade, e aquelas, baseadas em evidências rigorosas, possuem validade de conteúdo. Esse é um pré-requisito mínimo para qualquer medida de qualidade. Todas as medidas devem ser listadas para os seguintes parâmetros: aceitabilidade, viabilidade, confiabilidade, sensibilidade a mudanças e validade.

## **2.5 INDICADORES PARA AVALIACAO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

No Manual desenvolvido pela OMS: *Indicators for monitoring national drug policies*, 1996, foram citados alguns critérios que devem ser obedecidos pelos indicadores aplicados no campo farmacêutico, como: utilidade, clareza, facilidade de generalização e medição, consistência e validade, relevância nacional e fácil comparação.

Pensar em um serviço de AF de qualidade seria imaginar um serviço que contemplasse todos os critérios referentes aos componentes do ciclo da AF, como: medicamentos bem selecionados conforme às necessidades gerais da população do município; quantitativos de medicamentos bem programados suficientes à demanda do município; aquisição de medicamentos de acordo com os requisitos legais indispensáveis garantindo o abastecimento contínuo dos mesmos; armazenamento adequado obedecendo às Boas Práticas de Armazenamento; distribuição eficaz e em tempo adequado para evitar o desabastecimento das unidades; ações referentes à dispensação e utilização de medicamentos; desenvolvimento de campanhas educativas para o uso racional de medicamentos; avaliação e acompanhamento das ações de AF; desenvolvimento de ações de farmacovigilância; profissionais capacitados para o desenvolvimento de suas atividades, entre outros. De fato, falar de qualidade em AF representa um universo amplo e, para que se possa avaliar o nível de qualidade de um serviço, diversas condições devem ser cumpridas.

Para alguns parâmetros os indicadores de avaliação da qualidade da AF são unânimes em vários trabalhos desenvolvidos, como, por exemplo, o percentual de medicamentos vencidos nas unidades de saúde, que deve ser de 0%. Mas, a grande maioria varia de acordo com o estudo, devido a diferente realidade dos serviços de AF, e são definidos na metodologia de cada um, o que dificulta a comparação desses parâmetros entre os diversos estudos realizados.

Muitos trabalhos publicados na área de AF no Brasil têm avaliado o perfil de utilização de medicamentos pela população ou por um grupo restrito de pacientes e o uso dos medicamentos através da avaliação utilizando indicadores preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que são: Indicadores de Prescrição (número médio de medicamentos por consulta, porcentagem de medicamentos prescritos por nome genérico, porcentagem de consultas nas quais se prescreve antibióticos e injetáveis e porcentagem de

medicamentos prescritos que figuram na Lista de Medicamentos Essenciais), Indicadores da Assistência ao Paciente (tempo médio de consulta, tempo médio de dispensação, porcentagem de medicamentos corretamente etiquetados, porcentagem de medicamentos realmente dispensados, conhecimento da dose correta pelo paciente) e Indicadores de Serviço (disponibilidade da lista de medicamentos essenciais e disponibilidade de medicamentos-chave).

## **2.6 ESTUDOS DE AVALIAÇÃO NA AREA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

É importante que a sistematização proposta pelo Ciclo da AF seja encarada como instrumento para a orientação e organização dos serviços, mas que não restrinja os estudos de avaliação somente nos elementos do Ciclo da AF, como: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Os estudos de avaliação nessa área devem abordar os elementos do ciclo, além de avaliações das políticas de AF e estudos de farmacoepidemiologia que dão suporte às ações de planejamento da AF.

Mesmo cientes da necessidade de avaliação dos serviços, ainda são poucos os municípios que têm um programa de avaliação contínua da AF, e os trabalhos nessa área, muitas vezes, são pontuais e relacionam-se à utilização dos medicamentos ou aplicação dos indicadores preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como Indicadores de Prescrição, Indicadores da Assistência ao Paciente e Indicadores de Serviço, que não consideram as diversas etapas do ciclo logístico e nem a área de gestão, ficando limitados a alguns aspectos.

Quando de fala em avaliação da AF, normalmente o que se vê, é a sugestão de indicadores que devem ser aplicados em uma estrutura de coordenação, como os serviços de AF coordenados a nível municipal ou estadual. Dentre esses indicadores macro, podemos citar: existência da AF no organograma; número de unidades básicas de saúde no município;

existência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica; número de farmacêuticos que trabalham com AF na SMS; existência de Relação Municipal, dentre outros.

A Organização Mundial de Saúde, em 1992 – 1994 realizou uma pesquisa para Avaliação da Situação Farmacêutica em diversos países, como: Moçambique, Ghana, Equador, El Salvador, Guatemala, Nicarágua, Jamaica, Nepal utilizando diversos indicadores como medida comparativa entre esses países, com o objetivo de monitorar indicadores relativos à situação farmacêutica mundial.

A produção pública de medicamentos no Brasil foi avaliada por Oliveira e aponta a importância de fortalecer a produção oficial em função do aumento da demanda por medicamentos provocada pelo envelhecimento populacional e pelo fenômeno de medicalização (Oliveira et al, 2006).

Publicações na área de AF são bastante diversificadas no Brasil. Cosendey e colaboradores publicaram o trabalho *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros, realizado no Paraná, São Paulo e Minas Gerais*, que objetivava analisar esses três programas pioneiros, envolvendo as atividades de seleção, aquisição, estocagem, distribuição e uso dos medicamentos, e trazendo uma análise histórica e de implantação dos serviços nesses três estados, descrevendo a implantação pioneira dos modelos descentralizados de AF e mostrando como mérito dos três estados a adoção de uma metodologia administrativa moderna e participativa, para que a AF seja encarada como um importante instrumento buscando o aumento da resolubilidade do atendimento ao paciente.(Cosendey et al, 2000).

Como exemplo de trabalhos que utilizaram os indicadores preconizados pela OMS, podemos citar o trabalho realizado em Campo Grande: *Avaliação do Uso de Medicamentos na Rede pública Municipal de Saúde de Campo Grande* (Cunha, 2002).

Outro trabalho que utilizou os indicadores da OMS, realizado em Ribeirão Preto, intitulado: *Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde*, demonstrou que 30,6% das prescrições foram feitas pela denominação genérica, 21,3% de prescrição de antibióticos, 8,3% de prescrições de injetáveis, 83,4% dos medicamentos prescritos constavam da lista de medicamentos padronizados, tempo médio de consulta de 9,2 minutos e dispensação 18,4 segundos, 60,3% dos medicamentos prescritos foram fornecidos, entre outros, concluindo que a assistência prestada ao paciente é insuficiente (Santos e Nitrini, 2004).

Uma avaliação no Distrito Federal com o título *Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Distrito Federal* utilizou os indicadores da OMS em amostra aleatória de 15 centros de saúde dos 62 do Distrito Federal e revelou que 61,2% dos medicamentos prescritos foram dispensados e o tempo médio de dispensação foi de 53,2 segundos. Verificou também que apenas 18,7% dos pacientes compreendiam integralmente a prescrição, e 56,3% conseguem ler a prescrição. Os resultados demonstram que a AF está comprometida pela pouca compreensão dos pacientes e dificuldade de acesso (Naves e Silver, 2005).

Uma análise sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica realizada no norte de Minas Gerais, englobando 19 municípios, onde foram pesquisados 69 estabelecimentos, entre almoxarifados municipais, unidades ambulatoriais públicas, unidades privadas, unidades filantrópicas e farmácias comerciais para verificar a disponibilidade de 21 medicamentos traçadores para cada tipo de estabelecimento, demonstrou a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nos almoxarifados municipais (52,0%); unidades públicas de saúde (46,9%); nas unidades filantrópicas e privadas (41,0% e 38,1%). Com relação às prescrições, a maioria dos medicamentos (69,7%) não estava disponível nas unidades públicas de saúde e 23,4% não pertenciam a RENAME concluindo que há baixa

disponibilidade e descontinuidade na oferta de medicamentos essenciais no setor público e necessidade de divulgação do conceito de essencialidade no país. (Guerra Jr et al, 2002).

A AF básica e o uso de medicamentos na zona urbana de Ponta Grossa – Paraná, foi descrita por Marcondes, que aplicou os indicadores da OMS: prescrição e atenção aos pacientes e de serviços. (Marcondes, 2002).

Queiroz, L.M. D, em 2004, realizou um trabalho descritivo sobre a Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em Belém nos anos de 2000 a 2003, demonstrando vários avanços no processo de implantação da política de medicamentos e AF.

Silva Junior realizou um trabalho sobre a assistência farmacêutica em Ribeirão Preto, onde estabeleceu intervenções gerenciais visando a melhoria da estrutura e processo, possibilitando uma melhoria dos indicadores através da inserção do farmacêutico nas atividades de gerenciamento (Silva Junior, 2006).

Pesquisa realizada por Acurcio (2003) avaliou as informações contidas nas prescrições médicas em 63 unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e teve como resultados principais: ausência de recomendação de uso de 84,3%, presença de dados posológicos variando de 51,2 a 97,6% e utilização do nome genérico para os medicamentos prescritos de 51,9%. Os resultados apontaram para a necessidade de educação continuada dos prescritores e adoção de medidas de melhoria da qualidade das prescrições.

Pesquisa realizada em 11 Unidades Básicas da Família da zona urbana de Campina Grande – Paraíba utilizou os seguintes indicadores: número de medicamentos por receita, porcentagem de medicamentos prescritos por nome genérico, porcentagem de medicamentos prescritos pertencentes à lista padronizada, porcentagem de antibióticos e injetáveis. Como resultados, podemos citar: 21,1% porcentagem de antibióticos prescritos e

1,1% de injetáveis, 91,9% dos medicamentos prescritos faziam parte da lista (Farias et al, 2005).

A busca por trabalhos que utilizassem outros indicadores, além dos preconizados pela OMS, relacionados com os serviços farmacêuticos, englobando os aspectos citados por Donabedian, anteriormente, foi contínua, até encontrarmos alguns trabalhos realizados no Brasil que utilizaram outros indicadores relacionados com elementos do Ciclo de AF.

Por exemplo, quando Oliveira, M.O. (2002) publicou *Avaliação da Assistência Farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro*, utilizou indicadores de estocagem, aquisição/ distribuição e dispensação, divididos nos aspectos de estrutura, processo e resultado. O estudo demonstrou uma disponibilidade de 94,7% dos medicamentos para o programa, existência de medicamentos vencidos nos estoques, registros de movimentação de estoques desatualizados, entre outros problemas em áreas onde o conhecimento técnico é bem estabelecido e documentado na literatura clássica, como as Boas Práticas de Estocagem.

Cosendey, M.A.E. (2000) fez uma Análise de Implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil aplicando indicadores de estrutura, processo e efeito, nos estados de Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro.

Alguns Indicadores de estrutura, processo e resultado foram utilizados no trabalho de Rieck, E.B., *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: Indicadores de Avaliação do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica*, com a seguinte divisão: Indicadores de Estrutura (estratégia de sustentação do plano, estratégia de informação e educação continuada, estratégia de padronização de procedimentos), Indicadores de Processo (existência de controle de estoque nas unidades básicas) e Indicadores de Resultados (disponibilidade de medicamentos

marcadores nas UBS, percentual de medicamentos com prazo de validade vencido nas unidades, número médio de itens de medicamentos por prescrição, percentual de medicamentos prescritos da Relação Municipal, percentual de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira). Nesse trabalho observa-se que, para avaliação de resultados, foram utilizados alguns dos indicadores preconizados pela OMS citados anteriormente. O estudo verificou um cumprimento de 73% das Boas Práticas de Armazenamento, apenas 35% das unidades de saúde possuíam a relação municipal de medicamentos, 95% dos almoxarifados realizam controle de movimentação dos estoques, 72% dos medicamentos marcadores estavam disponíveis nas unidades de saúde, 100% dos medicamentos estavam dentro do prazo de validade, entre outros.

Em 2005, o MS e a OPAS publicaram *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados* com foco na metodologia proposta por Donabedian, sendo dividido em dois níveis. O Nível I foi uma avaliação da Estrutura e Processo da AF composto por dez temas: política farmacêutica nacional; legislação e regulamentação de medicamentos; controle de qualidade de produtos farmacêuticos; lista de medicamentos essenciais; sistema de abastecimento de medicamentos; financiamento de medicamentos; acesso a medicamentos essenciais; produção de medicamentos; uso racional de medicamentos e proteção dos direitos da propriedade intelectual e autorização de comercialização. O Nível II foi um inquérito sistemático domiciliar de acesso a medicamentos. Esse estudo foi aplicado em cinco estados: Espírito Santo, Goiás, Pará, Rio Grande do Sul e Sergipe, e em dois municípios, por estado, selecionados por sorteio, e foi um referencial para o desenvolvimento do nosso trabalho.

Atualmente o MS lançou um manual que aborda a necessidade do planejamento da AF onde sugere diversos indicadores para avaliação da AF divididos em: indicadores de gestão, seleção, programação/ aquisição, armazenamento/ distribuição/ transporte, prescrição,

dispensação, recursos humanos e farmacovigilância, com o objetivo de auxiliar os municípios na implementação do Plano Municipal de Assistência Farmacêutica. (MS, Planejar é Preciso, 2006).

O Estado do Ceará tem se destacado pelo pioneirismo no desenvolvimento de atividades relativas à AF, visto que, em 1988, período em que pouco se discutia sobre AF, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA) criou a Divisão de Assistência Farmacêutica, sendo a primeira no país a oficializar uma estrutura formal e organizacional neste âmbito. Entretanto, foi em 1993, através de assessoria da OPAS/OMS que se deu um impulso maior na área, com o desenvolvimento do Sistema integral de Assistência Farmacêutica constituído por componentes e elementos que formam um conjunto de ações interligadas, técnica e cientificamente fundamentadas em critérios de equidade, custos e efetividade. (SESA - Sistema Integral de Assistência Farmacêutica: O modelo do Ceará, 2003).

Desde então, foram lançadas algumas publicações com o sentido de orientar o desenvolvimento das atividades nessa área no âmbito do estado, como: *Formulário Terapêutico* (2002), *Atualização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME)* em 2003, *O Manual: Sistema Integral de Assistência Farmacêutica* (2003), e três na área de Atenção Farmacêutica. Em 2005, foi lançado *Assistência Farmacêutica no SUS do Ceará (Brasil) Gastos Públicos e Distribuição de Medicamentos* que apresenta uma análise dos gastos públicos e da distribuição de medicamentos empregados na atenção primária e nas doenças de alta complexidade, que nos trouxe dados importantes referentes à AF no interior do Estado, mas que ficou restrito à distribuição de medicamentos, não contemplando, portanto, os outros elementos do ciclo logístico.

## 2.7 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM FORTALEZA

A AF em Fortaleza teve seu início de uma maneira pontual quando o sistema de saúde local era organizado em Distritos Sanitários e o município dependia totalmente do repasse de medicamentos do Ministério da Saúde através da CEME. Nesse contexto, as iniciativas eram tentativas isoladas sem muita efetividade.

No início da década de 90 (1993), os esforços foram organizados e o verdadeiro embrião da AF em Fortaleza foi implantado através de uma parceria com o Governo do Estado que proporcionou uma assessoria da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a possibilidade de discussões na área. A partir de então, começaram a nascer as primeiras idéias e ações baseadas nas quatro áreas programáticas em consenso com o Estado. As áreas eram: Normatização, Estruturação e Organização dos Serviços, Desenvolvimento de Logística e Capacitação dos Recursos Humanos.

Em 1993 começaram os trabalhos para elaboração da *Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)* de forma integrada com o estado e, em 1995, nascia a 1ª edição da REMUME tendo sido revista em sua 2ª edição em 1998.

As dificuldades, contudo, insistiam em se fazer presentes devido às inúmeras barreiras que teriam que ser vencidas, dentre elas, a falta de recursos financeiros destinados à compra de medicamentos pelo município. O Ministério da Saúde, à época, garantia apenas os medicamentos destinados ao tratamento de tuberculose, hanseníase, DST-AIDS, diabetes, problemas de saúde mental, saúde da mulher e da criança. Vale salientar que o município não tinha nenhum conhecimento do período e das quantidades em que esses medicamentos seriam repassados pelo Ministério.

Nesse período a AF se caracterizava por uma ineficiência compatível com a forma de organização do sistema de saúde vigente. Apresentava um quadro de recursos humanos

insuficiente e deficiente, estruturas inadequadas nos diversos níveis, com atenção voltada somente para o ciclo logístico isolado em seus elementos. (Gurgel, M.L. F, 1996).

Com a extinção da CEME, começou um processo de articulação com os Laboratórios Oficiais com o objetivo de viabilizar a realização de convênio com o município para a compra de medicamentos essenciais de baixo custo e qualidade garantida. Em meados de julho/agosto de 1997, a Prefeitura Municipal de Fortaleza firmou convênio com a Fundação para Remédio Popular (FURP) garantindo assim a distribuição de medicamentos para hospitais e postos da rede municipal. Uma outra área em amplo desenvolvimento, na época, era o Projeto Farmácias Vivas que contava com quatro oficinas de produção de fitoterápicos distribuindo cerca de 5000 unidades mensalmente com um custo médio de 30% do preço de mercado.

Em 1996, foi realizada a pesquisa: *Investigação da Farmácia Domiciliar nas Áreas de Risco de Fortaleza*, com o objetivo de conhecer a situação da farmácia domiciliar e o nível de esclarecimento da população quanto ao manuseio dos medicamentos, e contou com a participação de 852 agentes de saúde, demonstrando que: 80% das famílias possuem algum tipo de medicamento em casa, 36,6% das famílias acondicionam os medicamentos próximos a fonte de calor, 42,7% em locais úmidos, entre outros. Os resultados evidenciam a necessidade de desencadear um processo de educação das famílias sobre medicamentos. (Gurgel, 1996).

Em 1997, a filosofia de descentralização das ações de saúde foi implementada pela Prefeitura de Fortaleza através de uma Reforma Administrativa que trouxe uma nova configuração estrutural. A criação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) que englobava a Secretaria de Saúde, Educação e Ação Social e a divisão da cidade em 06(seis) Secretarias Executivas Regionais (SER), trouxe mais autonomia e articulação intersetorial com a criação do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF). O NAF tinha a missão de assessorar as SER no desenvolvimento de ações em AF, bem como normatizar,

supervisionar, avaliar e controlar as referidas ações no âmbito municipal. (Boletim de Saúde de Fortaleza, 1999).

Uma avaliação sobre a utilização de medicamentos em nível domiciliar realizada em Fortaleza demonstrou que a automedicação era a primeira opção de tratamento, atingindo uma proporção de 40,3% no grupo pesquisado, 87,9% dos que procuraram tratamento médico receberam uma prescrição medicamentosa, 28,3% dos pacientes do estudo não tiveram acesso aos medicamentos (Fernandes, 1998).

Em março de 1999, o município assumiu a gestão plena da atenção básica, passando a receber o incentivo à AF com propósito de ampliar o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos básicos, promovendo seu uso racional. Nesse contexto, a AF trabalhava de forma descentralizada, cuja execução das atividades se dava através das equipes dos Distritos de Saúde das SER, atendendo na época a uma clientela distribuída em 8 hospitais e 82 Centros de Saúde.

Nesse mesmo ano foi realizada uma pesquisa nas unidades de saúde com aplicação da metodologia da OMS descrita no Manual *Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud* (OMS, 1993), identificou que 73,74% dos medicamentos prescritos foram feitos pela denominação genérica, 36,50% de prescrição de antibióticos, 10,62% de prescrição de injetáveis, 65,70% de medicamentos prescritos que foram dispensados, 62,70% dos medicamentos foram prescritos corretamente, 54,10% dos pacientes entrevistados conheciam o modo de usar os medicamentos, que já sinalizam o resultados dos trabalhos desenvolvidos na AF pelo município (Gurgel et al, 1995).

Essa pesquisa foi realizada novamente por Gurgel et al em 1999, Morais et al 2000 e 2003, visando acompanhar o impacto das ações da AF nos indicadores, como podemos observar abaixo:

PERIODO VARIABLES	1999			2000			2003		
	MEDIA	MAXIMO	MINIMO	MEDIA	MAXIMO	MINIMO	MEDIA	MAXIMO	MINIMO
Media de medicamentos prescritos por receituário	2,2	3,4	1,73	2,19	3,00	1,40	2,02	2,96	1,50
Percentual de Genéricos prescritos	81,07	100,0	65,33	83,97	95,24	63,36	83,21	98,61	68,06
Percentual de Antibióticos prescritos	31,30	53,30	3,33	32,03	60,00	10,00	35,17	66,67	10,0
Percentual de Injetáveis prescritos	4,98	13,30	3,30	2,24	12,50	0	Não aplicado	Não aplicado	Não aplicado
Percentual de medicamentos da lista básica	80,0	100,0	63,51	79,20	97,93	50,0	77,53	98,61	30,33
Tempo de Consulta	4,16'	7,06'	1,99	6,59'	12,66'	2,61'	Não aplicado	Não aplicado	Não aplicado
Tempo de Dispensação	8,24"	28"	1,53"	24,91"	98,13"	4,42"	Não aplicado	Não aplicado	Não aplicado
Percentual de Medicamentos entregues	71,45	96,60	21,81	79,72	93,18	58,20	50,25	90,0	29,23
Percentual de medicamentos prescritos corretamente	51,34	95,83	5,26	84,33	97,65	61,97	73,94	91,07	44,58
Percentual de pacientes que conhecem a dose	49,69	86,66	13,33	68,81	85,00	30,00	72,67	90,0	30,0

Percentual de medicamentos disponíveis	85,07	100,0	53,30	81,78	100,0	57,14	78,33	100,0	53,33
Percentual de Unidades com lista básica disponível	85,0	100,0	20,0	100,0	100,0	100,0	Não aplicado	Não aplicado	Não aplicado

*Consolidado dos Indicadores de Uso de Medicamentos*

Em 2002, aconteceu outra reforma administrativa que novamente influenciou a AF. Foram extintos a SMDS e o NAF e criada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Vinculada à SMS foram criadas cinco Células: de Assistência Farmacêutica (CELAF), Vigilância Sanitária (CEVISA), Atenção Básica (CAB), Vigilância Epidemiológica (CEVEP) e Atenção Especializada (CAE).

A principal dificuldade encontrada pela equipe para implementação das ações de AF aconteceu porque a AF estava contemplada no organograma da SMS, mas não fazia parte do organograma das SER, gerando inúmeras dificuldades na execução das ações. Outro entrave encontrado foi a falta de recursos humanos para desenvolvimento das ações.

Em 2003, foi escolhida em cada SER (com exceção da VI) uma unidade com boa estrutura física, as quais tiveram suas farmácias reformadas seguindo um padrão único. Essas farmácias foram chamadas Farmácias-Pólo, que seriam referência em cada SER quando houvesse a falta de algum medicamento nas outras unidades da SER, ou seja, o paciente deveria ser encaminhado, com carimbo no verso da receita, para as Pólos com o intuito de receber os medicamentos. Posteriormente, foram lotados farmacêuticos nessas farmácias que passaram a ser referência também para os medicamentos da portaria 344. Os pacientes da SERVI eram encaminhados para o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (Cemja). Nesse projeto de reforma, cada Farmácia-pólo foi contemplada com uma sala específica para o desenvolvimento de atividades relativas à Atenção Farmacêutica. Nesse

mesmo ano a Prefeitura Municipal de Fortaleza recebeu o prêmio Racine pelo projeto “Atenção Farmacêutica no PSF”.

A distribuição dos medicamentos era efetuada mensalmente as SER que repassavam para as Unidades de Saúde. No final de 2004, a distribuição de medicamentos para as SER III e VI era realizada diretamente pela CAF, sem passar pela SER, em virtude da falta de farmacêutico. A aquisição de medicamentos começou a ser realizada de forma descentralizada nas SER, mas devido a dificuldades, falta de recursos humanos preparados nas SER e para beneficiar o poder de compra do município, as compras no final de 2004 foram centralizadas pela CELAF.

Um estudo de base populacional foi realizado em 2002-2003 com o objetivo de determinar a prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos e demonstrou que a prevalência na população estudada foi de 49,7%, o gênero feminino apresentou um consumo de 1,4 vezes maior que o masculino, o aumento da idade está relacionado ao aumento do consumo de medicamentos, entre outros resultados, revelando importantes aspectos sobre o tema (Arrais et al, 2005).

Em 2006 foi realizado um diagnóstico da utilização de medicamentos nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de Fortaleza, que tinha como objetivo avaliar as condições dos dispensários de medicamentos e da AF nos mesmos e revelou que não era desenvolvido nenhum trabalho dentro do âmbito da AF acarretando constante riscos aos idosos que vivem nessas instituições, provocado ou aumentado pelo uso incorreto e irracional de medicamentos. Apontando ainda a urgente necessidade de estruturação dessa assistência (Mendes, 2006).

O município de Fortaleza dispõe de 2.269 estabelecimentos de saúde, destes 3,96% são unidades de atenção primária de saúde e a grande maioria (65,9%) são consultórios isolados (Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – Relatório de Gestão, 2006).

A Célula de Assistência Farmacêutica é responsável pela distribuição dos medicamentos para a atenção primária de saúde, CAPS e Hospitais Municipais. A distribuição dos medicamentos para os hospitais foi gradativamente sendo retirada com o objetivo de regularizar a disponibilidade dessa lista padronizada de medicamentos apenas nas unidades de saúde e assegurar um maior controle, pois os hospitais não estavam conectados à rede informatizada de controle de dispensação existente nas unidades de saúde. Essa retirada dos medicamentos dos hospitais gerou um aumento de demanda às unidades de saúde e aumento do consumo de medicamentos nas mesmas.

Os recursos para a compra dos medicamentos da atenção primária de saúde são provenientes de três fontes: federal, estadual e municipal. Sendo que a contrapartida estadual é repassada para Fortaleza em medicamentos da lista pactuada.

No ano de 2006, Fortaleza contratou 300 equipes de saúde da família (PSF), ampliando a cobertura da estratégia Saúde da Família de 15 para 43,44% da população local. Além do aumento dos profissionais contratados, outras estratégias foram utilizadas para ampliação do acesso ao sistema de saúde, como implantação do terceiro turno no sistema municipal de saúde de Fortaleza. Atualmente 35 centros de saúde da família oferecem atendimento de terceiro turno à população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Avaliar a qualidade da Assistência Farmacêutica na Rede Pública Municipal de Atenção Primária de Saúde do município de Fortaleza-CE.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Estabelecer mecanismos para avaliação da Assistência Farmacêutica gerando novos indicadores de qualidade que traduzam a realidade local e que possam ser incorporados à rotina dos serviços;
- Verificar a relação entre a qualidade dos serviços farmacêuticos e a presença do profissional farmacêutico;
- Comparar a qualidade dos serviços e a sua distribuição geográfica na cidade de Fortaleza;
- Identificar diagnóstico da Assistência Farmacêutica no município de Fortaleza-CE oferecendo subsídios para a gestão;

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo transversal descritivo, quantitativo, que analisou a qualidade da AF em Fortaleza em dois níveis: gestão (macro) e atenção primária de saúde (micro), através da mensuração de indicadores pactuados. Para avaliação da gestão, a pesquisa foi retrospectiva referente ao período de janeiro a dezembro de 2006. Para avaliação da atenção primária foi prospectiva e a coleta dos dados foi de fevereiro a maio de 2007.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: realização de consensos para pactuação dos indicadores, padrões e critérios para avaliação da AF em Fortaleza e posterior aplicação dos indicadores pactuados no nível central e nas unidades de saúde.

### **4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Para que uma unidade de saúde fosse incluída na pesquisa os seguintes critérios deviam ser atendidos: ser de gestão do município de Fortaleza e possuir farmácia para dispensação dos medicamentos.

Portanto, foram excluídas do estudo as unidades de saúde que apesar de receberem medicamentos da CAF de Fortaleza são de gestão estadual, como o Centro de Saúde Meireles. O Núcleo de Atendimento Médico e Integrado (NAMI) que está vinculado a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a Unidade de Saúde da Família da SER VI Maurício Matos Dourado pois no momento da pesquisa a farmácia não estava dispensando medicamentos.

### **4.3 ESTABELECIMENTO DE PADRÕES DE DESEMPENHO**

Um passo fundamental para a avaliação dos indicadores é o estabelecimento dos padrões de desempenho, que definem o que se pretende alcançar com a execução da ação, devendo ser definidos desde o início da avaliação, de forma a permitir determinar se a atividade foi executada com sucesso ou se foi eficaz. (PAG APS, 1997).

Os padrões de desempenho para cada indicador pactuado (macro e micro) devem ser estabelecidos nas oficinas de consenso e devem considerar a realidade local e o resultado da aplicação dos indicadores em outras avaliações anteriores.

Em algumas situações onde não existem parâmetros técnico-científicos, o estabelecimento dos padrões pode ser feito através da análise histórica dos indicadores, pela adoção do valor dos indicadores para outras populações ou para o estado ou país ou através de mecanismos de consenso, definindo patamares a serem alcançados. (Medina et al, 2005).

A metodologia para definição dos padrões será descrita nas oficinas de consenso posteriormente.

### **4.4 PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA A CADA INDICADOR**

A partir dos padrões pactuados atribuídos pesos para cada indicador (micro) ou grupo de indicadores (macro) pactuados nas oficinas de consenso. Para os indicadores expressos em percentuais, esse valor na sua forma decimal foi multiplicado pelo peso específico e a partir desse cálculo foi atribuída uma pontuação. Para os indicadores em que a resposta podia ser SIM ou NÃO foi atribuído o valor 1 se SIM e zero se NÃO e multiplicado também por seu peso específico. A soma da pontuação de todos os indicadores de cada unidade de saúde e da AF em nível macro nos permitiu classificar a qualidade da AF nos dois âmbitos separadamente.

A pontuação máxima que a AF de uma US podia alcançar é de 50 e 70 pontos o nível central. De acordo com a pontuação obtida nos instrumentos a qualidade da AF foi classificada em: ótima se obtivesse 90 a 100% da pontuação, satisfatória 75 a 89,9%, Precária 50 a 74,9% e Crítica menor que 49,9%. Esses critérios para classificação da qualidade da AF foram decididos nas Oficinas de Consenso realizadas.

No estudo foram consideradas como variável dependente a qualidade da AF na Unidade Básica de Saúde e na área de gestão.

Como variáveis independentes foram considerados os indicadores de qualidade da AF.

#### **4.5 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada na Cidade de Fortaleza, com população superior a 2 milhões de habitantes representando cerca de 29% do contingente populacional do estado do Ceará, concentrando aproximadamente dois terços de toda a atividade econômica estadual. Fortaleza é a quinta maior cidade do país. Da população estimada pelo IBGE de 2.374.944 habitantes em 2005. Destes 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos, embora a proporção de idosos venha aumentando a cada ano.

O município de Fortaleza encontra-se dividida em regiões administrativas denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER). As SER representam a divisão da cidade em seis regiões administrativas, criando assim as secretarias executoras. À SER caberia o papel executivo das políticas setoriais, que de forma articulada definiriam suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando os serviços articulados em uma rede de proteção social (Andrade, 2005 – Relatório de Gestão 2005 – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza).

Cada SER funciona com um Distrito de Saúde, Distrito de educação, Meio Ambiente, Finanças, Assistência Social e Infra-estrutura. Na tabela 01 está demonstrada a população de Fortaleza dividida por SER em 2003.

A atenção básica de saúde engloba 88 Unidades de Saúde, divididas nas SER( SER I: 11, SER II: 12, SER III: 16, SER IV: 12, SER V: 18 e SER VI: 19). As unidades de saúde podem ser classificadas em dois tipos: Unidade Saúde da Família (USF) e Farmácias Pólos. As Farmácias Pólos foram assim nomeados por estarem presentes 01 em cada SER, com exceção da SER VI que não possui, e têm as seguintes características: possuem condições melhores de estrutura, maior área de armazenamento e sala reservada para o desenvolvimento da atenção farmacêutica. Essas unidades são referência para a falta de medicamentos nas outras unidades de saúde e possuem um profissional farmacêutico responsável pelo desenvolvimento das atividades. Em algumas USF apesar de não serem Pólos possuem um farmacêutico responsável.

Tabela 01: Regiões Administrativas de Fortaleza/ Dados demográficos, 2003.

<i>Regiões Administrativas</i>	<i>Área/ há</i>	<i>População 2003</i>	<i>Densidade demográfica</i>	<i>Número de Domicílios</i>
SER I	2.538,2	358.374	141	100.044
SER II	4.933,9	328.565	67	75.056
SER III	2.777,7	358.776	129	101.173
SER IV	3.427,2	273.764	79	77.749
SER V	6.346,7	477.160	75	131.960
SER VI	13.492,8	459.596	34	136.956
Total	33.516,5	2.256.235	67	662.938

Fonte: IBGE/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/ CEVISA/ PMCD

O município de Fortaleza encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primários, secundários e terciários. Dispõe de 1.712 estabelecimentos de saúde, 8.849 leitos hospitalares,

destes 6.686 (75,5%) estão cadastrados no SUS, sendo 28% cirúrgicos, 20% clínicos e 52% complementares. Dos recursos financeiros do SUS transferidos para Fortaleza, no período de 2001 a 2004, em média 65% correspondem ao grupo de despesa referente aos procedimentos de média e alta complexidade, 21% para a atenção básica e 14% para ações estratégicas. A tendência das principais causas de óbito no período de 1999 a 2005 mostra em ordem decrescente, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas. (Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - Relatório de Gestão, 2005).

No município de Fortaleza verifica-se o seguinte processo de distribuição de medicamentos:

- Na atenção básica: existe um elenco de medicamentos pactuados na PPI, que é distribuído mensalmente pela CELAF às 89 unidades de saúde;

- Na atenção secundária: alguns medicamentos especializados não disponíveis no SUS. Estes medicamentos são comprados pela SMS com recursos do tesouro municipal e encaminhados para o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA) que faz a distribuição aos pacientes atendidos no próprio Cemja e eventualmente a outros encaminhamentos, como os da promotoria de saúde. Esses encaminhamentos são conseqüências dos processos judiciais para compra de medicamentos não padronizados no município.

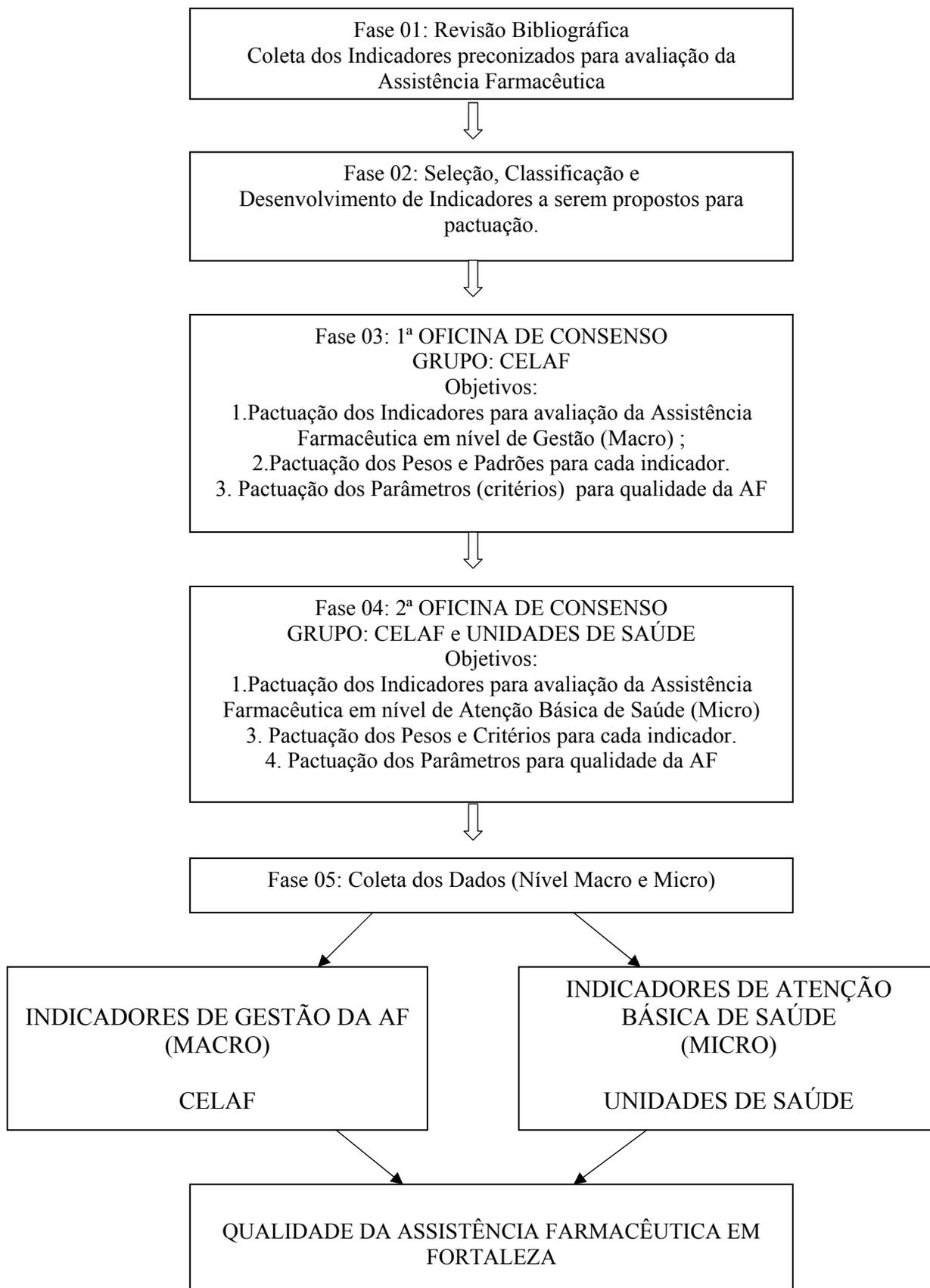
- Medicamentos de Saúde Mental: estes medicamentos fornecidos pelo Governo Federal e Estadual representam em torno de 15 a 20% do total e cerca de 80% são adquiridos pela SMS, com recursos do tesouro municipal.

- Na atenção terciária: são medicamentos de alto custo disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado e Ministério da Saúde diretamente às unidades de referência.



## 4.6 FLUXO DA PESQUISA

Figura 2: Fluxograma da realização do projeto.



#### **4.7 OFICINAS PARA CONSENSO DE INDICADORES**

A metodologia para consenso dos indicadores foi o Consenso Informal. De acordo com Campbell, 2003 a técnica do Grupo Nominal ou Consenso Informal tem como objetivo estruturar a interação sem um grupo de *experts*. Os membros do grupo se encontram e são solicitados a sugerir, avaliar ou priorizar uma série de questões e discutir essas questões.

Foram realizadas duas oficinas de consenso. Na primeira oficina para pactuação dos indicadores macro, participou o grupo responsável pela gestão da assistência farmacêutica no município de Fortaleza (Célula de Assistência Farmacêutica - CELAF). Cada participante recebeu uma relação dos indicadores identificados na pesquisa bibliográfica e foi realizada uma discussão avaliando os seguintes aspectos: adequação à realidade de Fortaleza; importância para a pesquisa; possibilidade de medição quali ou quantitativa. Se as respostas fossem consensuais o indicador era pactuado ou não. As adequações sugeridas para os indicadores foram discutidas nessa fase. Nessa oficina estiveram presentes cinco participantes.

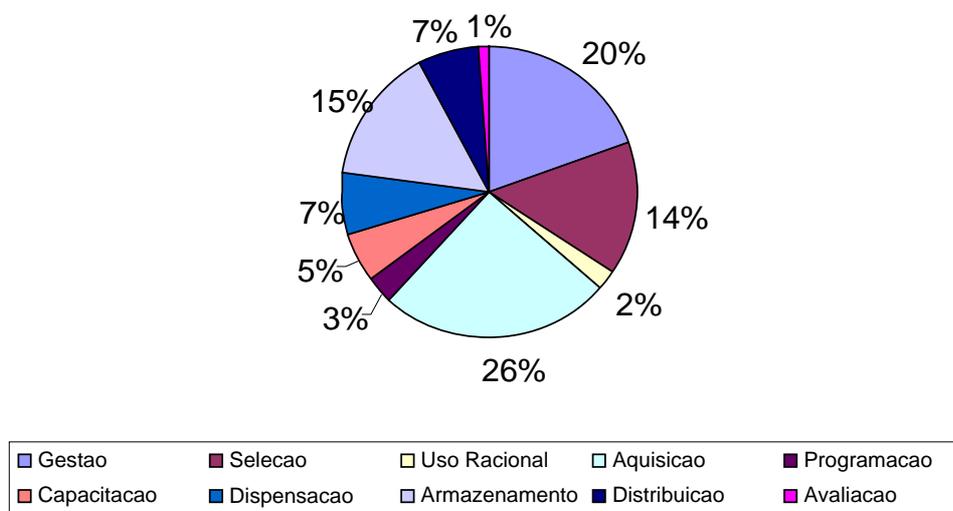
Após a realização desta etapa foram pontuados os pesos para cada indicador e os parâmetros (critérios) para classificação da qualidade da AF. Como resultados dessa primeira oficina foram pactuados 33 indicadores de estrutura, 31 de processo e 07 de resultados (anexo 1); tendo sido incluídos 04 novos indicadores, alterados 4 e excluídos 3 por não se adequarem à realidade de Fortaleza. Os pesos (escores) pactuados foram: peso 01 para os indicadores de estrutura, peso 03 para os de processo e peso 02 para os de resultado. Quanto aos critérios para avaliação da AF foi estabelecido que: seria considerada ótima se obtivesse 90 a 100% da pontuação, satisfatória: 75 a 89,9%, Precária: 50 a 74,9% e Crítica: menor que 49,9%..

Dentre o conjunto de indicadores pactuados podem ser identificados dois tipos básicos: indicadores cujo resultado contribui para a pontuação (Contributivos) e aqueles que

forneem informações para construção dos indicadores contributivos ou para contextualizar a AF (Informativos), mas não contribuem com a pontuação.

Dos 91 indicadores pactuados para os dois níveis (macro e micro), 18 (19,78%) relacionavam-se com a gestão, 13 (14,29%) com a seleção, 02( 2,2%) com o uso racional, 23 (25,27%) com a aquisição, 3 (3,97%) com programação, 5 (5,49%) com a capacitação, 6(6,59%) com a dispensação, 14 (15,38%) com o armazenamento, 6(6,59%) com a distribuição e 01(1,1%) com a avaliação.

Gráfico 01: Perfil dos Indicadores Pactuados nas Oficinas de Consenso, Fortaleza, 2006



A oficina de pactuação dos indicadores micro, foi realizada de modo semelhante à anterior, sendo que cada participante recebeu uma relação de indicadores selecionados à partir da literatura desenvolvidos para avaliação da AF em Unidades de Saúde, acrescida de itens sugeridos pelos pesquisadores. Cada participante respondeu individualmente sobre cada indicador:

1. Que padrão você consideraria ótimo para o indicador? Para definição do padrão ideal, foram distribuídos nas pastas de cada participante, resultados de estudos realizados no Brasil, de forma que, os mesmos pudessem utilizá-los como fator comparativo e auxiliassem na definição dos padrões de Fortaleza;
2. Que peso você daria a cada indicador? Cada participante daria peso 1, 2 ou 3 para cada indicador, considerando o seu grau de importância crescente.
3. Esse indicador mede aquilo para o qual se propõe?
4. Classifique cada indicador como muito importante, necessário ou dispensável.

Após o preenchimento individual dos formulários foram formados quatro grupos com a mesma composição: farmacêutico da CELAF, farmacêutico das SER, farmacêutico das Unidades de Saúde. Os participantes do projeto tomaram parte dos grupos como moderadores, sem direito a voto. Nos grupos, foram discutidas as respostas individuais e formado o consenso, sendo então preenchido o formulário com consenso para cada indicador.

Em seguida, foi elaborado um grande painel com os resultados dos quatro grupos, para que pudessem ser visualizados todos os dados e buscado o consenso geral. Era considerado consenso quando havia concordância da maioria das respostas, ou seja, se três grupos respondessem da mesma maneira. Se não houvesse maioria, representantes das duas posições manifestavam-se e a plenária buscava o consenso com base nas argumentações, auxiliados pelo facilitador. Para consenso dos parâmetros de cada indicador foi calculada a média dos percentuais propostos de cada grupo.

Como resultados dessa segunda oficina foram pactuados 07 indicadores de estrutura, 07 de processo e 06 de resultados (anexo 2). Quanto aos critérios para avaliação da AF foi estabelecido a mesma classificação da primeira oficina. Nessa oficina participaram cinco farmacêuticos da CELAF, seis das SER e 12 das unidades de saúde.

#### **4.8 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS**

A coleta de dados correspondeu a períodos distintos. Para avaliação dos indicadores macro, foi considerado o período de janeiro a dezembro de 2006 e dos indicadores micro, de fevereiro a maio de 2007. Os dados foram introduzidos em banco construído no programa Excel para Windows versão 12.0, para cálculo das frequências e tabulação dos dados.

Foi utilizado o método da estimativa rápida (MAR) para obtenção das informações, desenvolvido pela OMS como ferramenta gerencial de rotina para melhorar a qualidade do cuidado, o desempenho de programas e facilitar o envolvimento da sociedade, ao municiá-la com informações fundamentais ao processo de decisão (WHO, 1993). Os dados coletados por esse método são de três fontes principais: nos registros existentes, em entrevistas com informantes chaves, utilizando questionários estruturados e na observação ativa da área e instituições investigadas.

As informações para coleta dos indicadores de estrutura foram obtidas através de entrevistas com os gestores da AF em Fortaleza, responsáveis pelas US (coordenadores) e por meio de observação direta durante o desenvolvimento das atividades, considerando-se as características dos serviços de acordo com as normas especificadas nos instrumentos. Caso não fosse possível a coleta de alguma informação do questionário da US, o mesmo era complementado por telefone posteriormente.

Para coleta dos dados necessários ao cálculo dos indicadores de processo e resultado foram realizadas entrevistas com os auxiliares de farmácia, aplicação de checklist nas unidades de saúde, pesquisa em documentação da US e do nível central e observação direta.

A data de visita às unidades de saúde foi padronizada de acordo com o último recebimento dos medicamentos, ou seja, cada unidade receberia o pesquisador do 10º ao 15º dia de recebimento mensal dos medicamentos.

Foi realizada uma análise descritiva das informações obtidas e os resultados são apresentados em percentuais simples.

#### **4.9 CRITÉRIOS PARA CÁLCULO DOS INDICADORES**

Para verificação da variação entre o inventário dos medicamentos estocados o controle de estoque e o percentual de medicamentos que correspondem à contagem física foram escolhidos 10 medicamentos traçadores: ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido, ácido fólico 5 mg comprimido, albendazol 40 mg/ml suspensão, amoxicilina suspensão, benzilpenicilina procaína + potássica ampola, captopril 25 mg comprimido, dexametasona 0,1% creme, diclofenaco de potássio 50 mg comprimido, omeprazol 20 mg cápsula e paracetamol 500 mg comprimido. Foi realizada a contagem desses medicamentos e comparado com o controle de estoque de cada unidade de saúde.

Para avaliação da disponibilidade na unidade de saúde e nível central foi considerado como disponível o medicamento que tivesse pelo menos uma unidade em estoque no momento da visita (disponibilidade imediata).

A relação de medicamentos estabelecida como referência para a disponibilidade foi diferenciada para cada âmbito da pesquisa (macro e micro). Nas unidades de saúde essa relação contém 62 itens e fazem parte da relação de medicamentos pactuada com o Estado do Ceará. Da relação total de itens pactuados (75 medicamentos) foram excluídos 13 itens que não estavam disponíveis de maneira uniforme nas US, dos quais 09 eram medicamentos da portaria 344 e portanto são distribuídos apenas para as unidades que possuem farmacêutico, 03 são aerossóis para asma que são distribuídos somente para as unidades com programa

específico implantado e 01 por não estar disponível na rede municipal (retinol + colecalciferol). Para verificação da disponibilidade em nível central (CAF municipal) será considerada a relação total dos itens pactuados: 75.

Para cálculo do percentual de medicamentos atendidos dentro da lista pactuada verificou-se 30 prescrições em cada unidade de saúde, totalizando 2.610. As prescrições foram analisadas no momento da entrega/dispensação do medicamento na farmácia e verificadas quanto ao número de medicamentos prescritos contemplados na lista pactuada e desse número qual o percentual de atendimento.

#### 4.10 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

##### 4.10.1 – INDICADORES MICRO

Quadro 01 - Relação dos Indicadores pactuados para avaliação da AF - Micro

Código	Definição	Tipo	Padrão	Pontuação gerada
mE1	Presença da relação básica impressa e disponível nos consultórios	Dicotômica Sim / não	Sim	2
mE2	Presença de protocolos impressos e disponíveis nos consultórios	Dicotômica Sim / não	Sim	2
mE3	Presença de procedimentos operacionais padrões para o armazenamento dos medicamentos	Dicotômica Sim / não	Sim	3
mE4	Presença de normas técnicas escritas para a dispensação de medicamentos	Dicotômica Sim / não	Sim	3
mE5	Percentual de profissionais de nível superior capacitados para a notificação de RAM	Continua	50%	1
mE6	Percentual de atendimento as boas praticas de armazenamento	Continua	90%	2,7
mE7	Realização de controle de estoque pela unidade de saúde	Dicotômica Sim / não	Sim	3
mP1	Percentual médio de variação no inventario para os medicamentos estocados	Continua	0 – 5%	1,6
mP2	Percentual médio do registro de controle de estoque que corresponde a contagem física	Continua	80%	1,6
mP3	Presença de registros de movimentação de estoque	Dicotômica Sim / não	Sim	3
mP4	Investigação de histórico de recebimento de	Dicotômica	Sim	3

	medicamentos pelo paciente	Sim / não		
mP5	Utilização do sistema informatizado para controlar o estoque	Dicotômica Sim / não	Sim	3
mP6	Percentual de atendimento dos requisitos de qualidade do mapa mensal de medicamentos.	Continua	80%	1,6
Código	Definição	Tipo	Padrão	Pontuação gerada
mP7	Obediência ao cronograma de entrega de mapas na caf	Dicotômica Sim / não	Sim	3
mR1	Percentual de medicamentos atendidos da lista padronizada	Continua	100%	3
mR2	Percentual de medicamentos disponíveis em estoque	Continua	100%	3
mR3	Percentual de medicamentos com prazo de validade vencida na unidade	Continua	Zero	3
mR4	Percentual médio de dias com estoque zerado	Continua	Zero	3
mR5	Percentual de atendimento as boas praticas de dispensação	Continua	60%	1,8
mR6	Dispensação de medicamentos com a apresentação da receita medica	Dicotômica Sim / não	Sim	3

#### 4.10.2 – INDICADORES MACRO

Quadro 02 - Relação dos Indicadores pactuados para avaliação da AF - Macro

Código	Definição	Tipo	Padrão	Pontuação gerada
ME1	Presença da CELAF no organograma da secretaria municipal de saúde	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME2	Inclusão da AF no plano municipal de saúde	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME3	Existência de procedimentos para monitoramento da AF	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME4	Existência de relação municipal de medicamentos essenciais alem da lista pactuada	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME5	Existência de formulário terapêutico	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME6	Relação entre o numero de formulários publicados e o de médicos	Continua	-	-
ME7	Existência de uma comissão de farmácia e terapêutica	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME8	Existência de uma política para o uso de antimicrobianos ou outro medicamento	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME9	Existência de documentos com critérios técnico-científicos para a seleção de medicamentos	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME10	Existência de protocolos clínicos	Dicotômica Sim / não	Sim	1

ME11	Existência de catálogos com as especificações técnicas para aquisição dos medicamentos	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME12	Existência de programações para a promoção do uso racional de medicamentos	Dicotômica Sim / não	Sim	1
Código	Definição	Tipo	Padrão	Pontuação gerada
ME13	Existência de plano de educação permanente para os profissionais na área de AF	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME14	Existência de orçamento financeiro destinado as atividades de AF	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME15	Numero de farmacêuticos que trabalham em nível central (CELAF e SER)	Discreta	-	-
ME16	Total de unidades básicas de saúde	Discreta	-	-
ME17	Percentual de unidades de saúde que possuem farmacêutico	Continua	100%	1
ME18	Numero de farmacêuticos na CAF municipal	Discreta	-	-
ME19	Numero de farmacêuticos que trabalham na AF por 1000 habitantes	Discreta	-	-
ME20	Percentual de SER que Possui farmacêutico	Continua	100%	1
ME21	Percentual de trabalhadores da af (exceto farmacêutico) que possuem curso formal com carga horária maior que 40 h	Continua	80%	0,8
ME22	Percentual de unidades que dispensam medicamentos sujeitos a controle especial com farmacêutico	Continua	100%	1
ME23	Percentual de medicamentos da relação de medicamentos essenciais em concordância com a RENAME	Continua	90%	0,9
ME24	Percentual de medicamentos da relação de medicamentos essenciais em concordância com a RESME	Continua	90%	0,9
ME25	Existência de restrições de compra de medicamentos que não pertencem a relação	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME26	Percentual de adequação as boas praticas de armazenamento no deposito municipal	Dicotômica Sim / não	100%	1
ME27	Existência de sistema de controle de estoque no deposito municipal	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME28	Existência de procedimentos preventivos da perda de medicamentos por validade na caf municipal	Dicotômica Sim / não	Sim	1
ME29	Existência de procedimentos para o	Dicotômica		1

	correto armazenamento e transporte de medicamentos	Sim / não	Sim	
ME30	Percentual de adequação as boas praticas de distribuição e transporte na CAF municipal	Dicotômica Sim / não	100%	1
Código	Definição	Tipo	Padrão	Pontuação gerada
MP1	Realização da programação de acordo com os métodos recomendados	Dicotômica Sim / não	Sim	3
MP2	Percentual dos processos de aquisição após a falta do medicamento	Continua	-	-
MP3	Percentual dos itens programados e adquiridos nas quantidades programadas	Continua	100%	3
MP4	Percentual de profissionais que receberam algum curso de treinamento na área de AF.	Continua	50%	1,5
MP5	Desempenho de fornecedores (pontualidade)	Categórica	80%	2,4
MP6	Tempo médio gasto por modalidade de licitação (dias)	Discreta	-	-
MP7	Percentual de unidades atendidas de acordo com o cronograma de distribuição	Continua	90%	2,7
MP8	Tempo médio de solicitação do fornecedor ao recebimento de medicamentos (dias)	Discreta	-	-
MP9	Percentual de perdas de medicamentos decorrentes de armazenamento inadequado	Continua	Zero	3
MP10	Numero de reuniões da comissão de farmácia e terapêutica no ultimo ano	Discreta	-	-
MP11	Percentual de medicamentos comprados por modalidade de licitação	Continua	100%	3
MP12	Percentual de processos de compra que utilizam a denominação genérica	Continua	100%	3
MP13	Percentual dos processos de compra em que houve avaliação dos fornecedores	Continua	80%	2,4
MP14	Percentual de medicamentos comprados que estão na relação de medicamentos essenciais	Continua	100%	3
MP15	Tempo médio de tramitação do processo (pedido) entre a solicitação para a sms e o recebimento do empenho (dias)	Discreta	-	-
MP16	Existência na caf de registros de movimentação de estoque	Dicotômica Sim / não	Sim	3
MP17	Percentual de medicamentos programados e não adquiridos	Continua	20%	0,6
MP18	Periodicidade de atualização da relação de medicamentos essenciais	Discreta	-	-

MP19	Percentual de aplicação dos recursos programados para af básica	Continua	100%	3
MP20	Existência de acompanhamento e avaliação das ações programadas para AF	Dicotômica Sim / não	Sim	3
Código	Definição	Tipo	Padrão	Pontuação gerada
MP21	Existência de avaliação da relação de medicamentos essenciais municipal	Dicotômica Sim / não	Sim	3
MP22	Numero de solicitações de medicamentos por via judicial	Discreta	-	-
MP23	Numero de supervisões realizadas por farmacêuticos das ser as unidades de saúde por mês	Discreta	-	-
MP24	Numero de unidades abastecidas com atraso	Discreta	-	-
MP25	Percentual de medicamentos comprados fora da relação de medicamentos	Continua	Zero	3
MP26	Percentual da lista de medicamentos que não são disponibilizados	Continua	-	-
MR1	Percentual de disponibilidade de medicamentos na caf municipal	Continua	100%	2
MR2	Tempo médio de desabastecimento na caf (dias)	Discreta	-	-
MR3	Percentual de medicamentos genéricos adquiridos	Continua	20%	0,4
MR4	Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos nos serviços (dias)	Discreta	-	-
MR5	Percentual de demanda não atendida de medicamentos no município	Continua	-	-
MR6	Percentual de medicamentos adquiridos de laboratório publico municipal	Continua	20%	0,4
MR7	Recurso anual gasto com a compra de medicamentos	Discreta	-	-

#### **4.11 INSTRUMENTOS**

Para realização da pesquisa foram utilizados dois questionários para aplicação nos dois níveis: nível macro (CELAF) e micro (Unidades de saúde). Foram utilizados formulários auxiliares para coleta das informações necessárias ao cálculo dos indicadores pactuados. Os instrumentos foram organizados em três blocos sendo que cada um avaliou aspectos de estrutura, processo e resultado (Anexos 2 e 3).

Foram utilizados 07 formulários auxiliares para atenção básica de saúde (micro) e 19 para a CELAF (macro).

Os formulários foram adaptados dos livros *“Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados”* e *“Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais”*.

O pré-teste dos formulários foi realizado no piloto em oito unidades de saúde, o que gerou algumas mudanças nos mesmos.

Os entrevistadores foram em numero de 10, estudantes do curso de farmácia, previamente treinados.

#### **4.12 TRABALHO DE CAMPO**

Os questionários foram aplicados por entrevistadores participantes do projeto, sob supervisão do pesquisador, que receberam treinamento prévio para a realização das entrevistas. Foram entrevistados os coordenadores das unidades de saúde, auxiliares dos serviços de farmácia, farmacêuticos e gestores da AF municipal.

Todos os entrevistados foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa e do caráter confidencial das informações e que todos os dados obtidos só seriam apresentados de forma geral e sem a identificação do entrevistado ou do estabelecimento.

#### **4.13 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Ceará, em 22/09/2005. Todos os pesquisadores foram treinados na aplicação dos instrumentos, previamente testados, a serem utilizados em campo. Os entrevistados foram informados a respeito do objetivo da pesquisa. Após a exposição dos objetivos o responsável foi solicitado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 21).

#### **4.14 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

A presença do pesquisador nas unidades de saúde possibilita que a coleta de alguns indicadores seja distorcida, devido a mudança do comportamento do auxiliar de farmácia, no momento da observação direta para coleta de alguns indicadores.

Não foi possível confirmar a veracidade das informações dadas pelos coordenadores das unidades sobre indicadores de estrutura tais como presença da REMUME e de PROTOCOLOS, nos consultórios.

Não foi possível a coleta de alguns indicadores macro, tais como Percentual de demanda não atendida de medicamentos no município e percentual de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos últimos 12 meses, devido à falta de informações confiáveis. Como, esses indicadores eram informativos e não contribuíam para a pontuação da avaliação da qualidade da AF em nível macro, o fato de terem sido excluídos não interferiu nos resultados, apesar de terem privado o trabalho de informações importantes para a contextualização da AF em Fortaleza.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 INDICADORES MACRO**

#### **5.1.1. GESTAO DA AF**

A CELAF está contemplada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, fazendo parte do Plano Municipal de Saúde com definição de objetivos e metas na área de AF. O desenvolvimento das atividades de AF é monitorado mensalmente pelo acompanhamento de indicadores, como:

- Recursos mensais utilizados para aquisição de medicamentos por programas (atenção básica, saúde mental, dst-aids, programa da mulher, tuberculose, hanseníase, nutrição);
- Valores financeiros referentes aos medicamentos e materiais médico-hospitalares repassados mensalmente as unidades de saúde, por Secretaria Executiva Regional;
- Acompanhamento do Consumo Médio Mensal dos Medicamentos distribuídos;
- Acompanhamento mensal da validade dos medicamentos armazenados na CAF municipal (ate seis meses antes do vencimento);
- Percentual mensal de Unidades de Saúde (por SER) que foram atendidas de acordo com o Cronograma de Distribuição;
- Percentual mensal de Unidades de Saúde (por SER) que obedeceram ao Cronograma de Entrega dos Mapas na CAF;
- Demanda não Atendida mensal de medicamentos pela CAF municipal (implantado atualmente).

O orçamento financeiro referente às atividades de AF e destinado à aquisição de medicamentos é proveniente de três fontes federal, estadual e municipal. Os valores das três

fontes repassados mensalmente em 2006 foram: Municipal (R\$ 282.029,12), Estadual (R\$ 291.430,09) e Federal (310.232,04), totalizando um valor anual de R\$ 10.604.295,00. Conforme pactuação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) os valores repassados pelo estado devem ser em medicamentos da lista pactuada.

Na tabela abaixo pode ser observado a aplicação mensal desses recursos por fonte do recurso. Dentre esses recursos estão excluídos aqueles referentes aos gastos em saúde mental, DST-AIDS e insulina regular.

Tabela 02: Percentual dos Recursos aplicados por Fonte do Recurso, Fortaleza, 2006.

<i>Meses</i>	<i>Municipal e Federal</i>		<i>Estadual</i>	
	Recurso R\$	% de Aplicação	Recurso R\$	% de Aplicação
Janeiro	98.162,68	16,57	248.608,29	85,31
Fevereiro	793.602,41	134,0	84.595,31	29,03
Marco	479.068,20	80,89	40.540,00	13,91
Abril	351.473,29	59,34	40.540,00	13,91
Mai	1.131.321,50	191,02	457.896,64	157,12
Junho	899.156,00	151,82	155.669,90	53,42
Julho	1.160.947,60	196,02	58.670,00	20,13
Agosto	917.476,83	154,91	144.826,79	49,70
Setembro	973.839,90	164,43	1.204.352,20	413,26
Outubro	520.696,43	87,92	0	0
Novembro	458.760,12	77,46	253.975,00	86,85
Dezembro	1.207.833,70	203,94	0	0
<b>Total</b>	<b>7.784.501,96</b>	<b>109,53</b>	<b>2.689.674,13</b>	<b>77,02</b>

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

É importante enfatizar que o repasse do recurso programado do estado foi atendido 100,0% e que o débito de 22,98% remanescente do ano de 2006 foi negociado e cumprido em 2007(janeiro).

A CELAF possui 05 farmacêuticos que trabalham divididos nas seguintes funções: 01(gerência), 01 (apoio a gerência), 02 (Central de Abastecimento Farmacêutico de Medicamentos) e 01(Central de Abastecimento Farmacêutico de Material Medico Hospitalar).

Fortaleza possui 88 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas nos territórios das secretarias executivas regionais.

Na sede de cada SER, com exceção atualmente da SER IV, há um farmacêutico lotado no Distrito de Saúde. Esse profissional está inserido na equipe de saúde, desenvolvendo em conjunto com os outros profissionais, ações direcionadas às unidades de saúde, tais como: supervisões, planejamento de atividades, treinamento dos auxiliares de farmácia, entre outras. As atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos nas SER, são normatizadas e acompanhadas pela CELAF.

O numero de supervisões de farmácias das unidades de saúde realizadas pelos farmacêuticos das SER no ano de 2006, foi de 109, o que representa uma media de 1,24 supervisões por ano em cada unidade de saúde. A tabela 03 demonstra o total de supervisões por SER. A SER que realizou o maior número de supervisões foi a V, com uma média de 2,67, seguida da SER II, com uma média de 2,42.

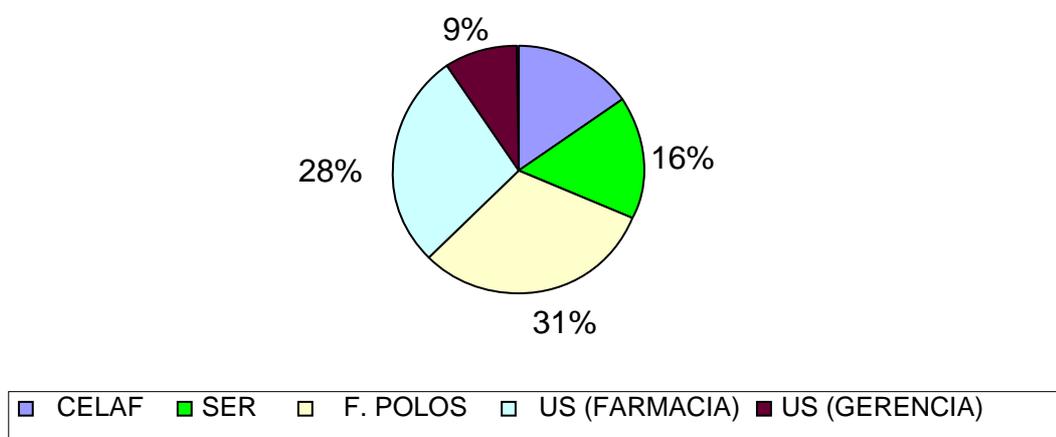
Tabela 03: Número de Supervisões realizadas pelos farmacêuticos das SER às unidades de saúde, por SER, Fortaleza, 2006.

<i>SER</i>	<i>UNIDADES</i>	<i>SUPERVISOES REALIZADAS</i>	<i>MEDIA DE SUPERVISAO POR UNIDADE</i>
I	11	12	1,09
II	12	29	2,42
III	16	5	0,31
IV	12	9	0,75
V	18	48	2,67
VI	19	6	0,32
TOTAL	88	109	1,24

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

O número total de farmacêuticos que trabalham com AF em Fortaleza são 32, divididos nos seguintes setores: CELAF, SER, Farmácias Pólos, Unidades de Saúde (farmácia), Unidades de Saúde (Gerência).

Gráfico 02: Setores de Lotação dos Farmacêuticos que trabalham com AF, Fortaleza, 2006



Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

A maioria dos farmacêuticos que trabalham com AF está lotada nas farmácias pólos e unidades de saúde. Das 88 US apenas 14 unidades possuem farmacêutico, das quais 02 estão relacionados com a gerência da unidade, não desenvolvendo apenas as atividades na AF, sendo portanto o percentual de farmacêutico por unidade de: 15,91%, aproximadamente 16,0% de unidades com farmacêutico.

Foi observado que existe uma concentração de farmacêuticos em algumas unidades enquanto em outras existe a carência total do profissional. A concentração maior de farmacêutico por unidade ocorre na SER II (37%), SER I(21%), SER III, IV e V (14%) e SER VI(0%).

Considerando a população de Fortaleza estimada pelo IBGE para julho de 2006 em 2.416.920 pessoas, a concentração de farmacêuticos que trabalham na AF é de 0,01/ farmacêuticos por 1000 habitantes, sendo que 83,33% das SER possui farmacêutico e somente a SER IV atualmente não conta com nenhum farmacêutico.

A Célula de Assistência Farmacêutica possui um plano de AF com atividades a serem desenvolvidas do ano de 2007 a 2010. Esse plano foi elaborado em Oficina e contou com a participação dos farmacêuticos que trabalham em AF em Fortaleza. Porém, atualmente não existe nenhum acompanhamento e avaliação de andamento das ações programadas.

### **5.1.2. SELEÇÃO**

O município de Fortaleza possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), todavia, o último ano de publicação foi 1999. Possui Comissão de Farmácia e Terapêutica nomeada desde início de 2006, mas não tem nenhum registro de reunião da referida comissão. Não existem documentos especificando os critérios para a seleção de medicamentos no município. O município não possui Formulário Terapêutico e não são realizadas pesquisas nas unidades de saúde sobre o elenco de medicamentos padronizados no município.

Para a relação entre o percentual de medicamentos da relação de medicamentos municipal em concordância com a do estado (RESME) e a nacional (RENAME), foi considerada a relação de medicamentos pactuada para a atenção básica em 2006, em virtude do tempo de desatualização da REMUME (8 anos). Atualmente não existe periodicidade definida para a revisão da relação, estando prevista para o ano de 2008. O percentual de concordância com a RESME (2003) foi de 79,0% e com a RENAME (2007) de 89%. A tabela abaixo descreve os medicamentos em desacordo com as duas listas.

Tabela 04: Relação de Medicamentos da Atenção Básica, não contemplados, na Relação Estadual (RESME) e Nacional (RENAME), Fortaleza, 2006.

<i>Especificação</i>	<i>RESME</i>	<i>RENAME</i>
1. Albendazol 400 mg comprimido	Não incluído	Contemplado
2. Albendazol suspensão	Não incluído	Não incluído
3. Cetoconazol creme	Não incluído	Não incluído
4. Diclofenaco 50 mg comprimido	Não incluído	Não incluído
5. Fenoterol	Não incluído	Não incluído
6. Isossorbida 10 mg comprimido	Não incluído	Contemplado
7. Loratadina 10 mg comprimido	Não incluído	Contemplado
8. Loratadina suspensão	Não incluído	Contemplado
9. Metildopa 250 mg comprimido	Não incluído	Contemplado
10. Neomicina + Bacitracina creme	Contemplado	Não incluído
10. Nistatina creme vaginal	Não incluído	Contemplado
11. Solução Fisiológica Nasal	Não incluído	Não incluído
12. Dipirona gotas	Não incluído	Contemplado
13. Salbutamol xarope	Não incluído	Contemplado
14. Secnidazol 1 g comprimido	Não incluído	Não incluído
15. Lisinopril 10 mg comprimido	Não incluído	Não incluído
Especificação	RESME	RENAME
16. Salbutamol comprimido	Não incluído	Contemplado
17. Retinol + Colecalciferol	Não incluído	Não incluído

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

### 5.1.3. PROGRAMAÇÃO

O método utilizado para a realização da programação de medicamentos é o Consumo Histórico de Medicamentos. Somente 14,52% dos 62 medicamentos programados para o ano de 2006 foram adquiridos na quantidade programada. A maioria dos medicamentos, 62,90%, foi adquirida em quantidades superiores às programadas, conforme demonstrado na tabela 05.

Tabela 05: Distribuição dos Percentuais do Atendimento dos Quantitativos de Medicamentos Programados, Fortaleza, 2006.

<i>Classes de percentuais</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0   25	02	3,23
25   50	04	6,45
50   75	10	16,13
75   100	07	11,29
100   125	39	62,90
Total	62	100,0

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Apenas 01 medicamento dos 62 itens programados não foi adquirido representando um percentual de 1,61%. O medicamento foi o anticoncepcional Levonorgestrel + Etinilestradiol, em virtude do estoque existente na CAF suficiente para abastecimento das unidades para todo o ano de 2006.

#### **5.1.4. AQUISIÇÃO**

A aquisição de medicamentos pela CELAF é restrita aos medicamentos da relação municipal, com exceção dos medicamentos comprados para atendimento dos processos judiciais, e o profissional responsável pela definição das especificações técnicas para a compra é o farmacêutico. Todos os medicamentos são especificados por nome genérico. O município não possui catálogos contendo as especificações de medicamentos. Em nenhum processo de aquisição de medicamentos pela CELAF no ano de 2006 foi avaliado o desempenho dos fornecedores e 75% dos fornecedores são Laboratórios e 25% Distribuidores.

Os aspectos avaliados na pesquisa para mensurar o desempenho dos fornecedores foram a pontualidade e o quantitativo entregue de acordo com o solicitado, se total ou parcial. Foi considerado pontual o fornecedor que realizou a entrega dos medicamentos até o 15º dia útil do recebimento do documento de empenho pela CELAF.

Tabela 06: Avaliação dos Fornecedores quanto a quantidade e a pontualidade da entrega dos medicamentos solicitados, Fortaleza, 2006.

<i>Fornecedor</i>	<i>Medicamentos</i>		<i>Entregas Total</i>		<i>Entregues Pontualmente</i>	
	<i>Solicitados</i>					
	<i>n</i>		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A - Neoquimica	43		36	83,72	04	9,30
B – Hipolabor	18		14	77,78	01	5,56
C – Cristália	25		25	100,0	14	56,0
D – Ranbaxy	11		11	100,0	0	0
E – Prati Donaduzzi	32		31	96,87	0	0
F – Geolab	07		07	100,0	01	14,29
G – Rioclarense	29		26	89,66	03	10,34
H – Drogafonte	25		20	80,00	06	24,0
I - Cotamed	09		08	88,89	0	0
J - Milenio	17		16	94,12	0	0
TOTAL	216		194	89,81	29	13,42

\*Fornecedores com n < 5: União Química, Prodiet, Uci Farma, Biolab, Bergamo, Biolunis, Lasa, Jorge Batista, Ciamed e Sanval

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Observa-se que o fornecedor com a melhor pontualidade foi a Cristália (56,0%). Quanto ao tempo gasto no processo de compra, desde a emissão do pedido até a conclusão do processo, no ano de 2006, foram iniciados 07 processos de aquisição de medicamentos. Os prazos para conclusão dos processos estão especificados na tabela 07 e variaram de, no máximo, 225 dias e no mínimo 159 dias, verificando-se de acordo com esses dados, um tempo médio por processo de aquisição de 187 dias, ou seja, superior a 6 meses.

Esse tempo para conclusão dos processos de licitação de 6 meses pode gerar alguns problemas, como: redução do tempo de validade dos processos (pregões), visto que cada processo tem validade de 12 meses e a metade foi gasto no processo licitatório, além de

influenciar na questão da disponibilidade de medicamentos e conseqüentemente no acesso aos medicamentos pela população.

Tabela 07: Tempo de Tramitação dos Processos de Licitação de Medicamentos, Fortaleza, 2006.

<i>Processo</i>	<i>Data de Envio</i>	<i>Data de Conclusão</i>	Tempo de Tramitação do Processo de Licitação (dias)
A	29/06/06	09/02/07	225
B	07/06/06	01/02/07	239
C	07/06/06	14/11/06	160
D	15/05/06	14/11/06	183
E	15/05/06	13/11/06	182
F	07/06/06	13/11/06	159
G	07/06/06	14/11/06	160

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

O tempo médio de solicitação do fornecedor até o recebimento dos medicamentos na CAF foi de 42 dias úteis, variando por fornecedor de 74 dias (máximo) a 18 dias (mínimo), conforme especificado na tabela 08.

Tabela 08: Tempo Médio (dias úteis) da Solicitação aos Fornecedores até o recebimento dos medicamentos na CAF, Fortaleza, 2006.

<i>Fornecedor</i>	<i>Total de medicamentos solicitados</i>	<i>Tempo p/ Entrega (dias úteis)</i>	<i>Tempo médio</i>
A - Neoquimica	43	1736	41
B – Hipolabor	18	1340	74
C – Cristalia	25	440	18
D – Ranbaxy	11	250	23
E – Prati Donaduzzi	32	949	30
F – Geolab	07	171	24
G – Rioclarense	29	1404	48
H – Drogafonte	25	790	32
I - Cotamed	09	547	61
J - Milênio	17	1183	70
Total	216	8.810	42

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

O tempo médio gasto entre a solicitação do pedido a SMS até o recebimento do empenho na CELAF foi de aproximadamente 29 dias, variando de 21 (mínimo) a 42 (máximo).

Dos medicamentos adquiridos 62 itens fazem parte da programação pactuada integrada (PPI) para a atenção básica de saúde, 12 são medicamentos fora da relação pactuada e 18 são medicamentos referentes ao atendimento dos processos judiciais. Do total de 92 itens adquiridos em 2006, 74 foram por meio de modalidade de licitação o que representa um percentual de 80,43%. Os medicamentos para atendimento dos processos judiciais foram adquiridos por compra direta em virtude da urgência de atendimento dos processos.

Do total de 92 medicamentos comprados em 2006, 73 fazem parte da relação de medicamentos essenciais do município representando um percentual de 79,35% e 19 não estão contemplados na relação pactuada de 2006 (20,65%).

Quadro 03: Relação dos Medicamentos Comprados fora da Relação Pactuada, Fortaleza, 2006.

1. Lisinopril 25 mg comprimido
2. Metoclopramida comprimido
3. Nistatina creme vaginal
4. Óleo Mineral
5. Salbutamol 2 mg comprimido
6. Solução Fisiológica Nasal
7. Solução Fisiológica injetável 500 ml ampola
8. Dipirona gotas
9. Dipirona ampola
10. Metoclopramida ampola
11. Hidrocortisona ampola
12. Prometazina ampola

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Quadro 04: Relação dos medicamentos comprados para atendimento dos processos jurídicos, Fortaleza, 2006.

1. Insulina Humalog penfil
2. Insulina Humalog
3. Insulina Glargina
4. Insulina de ação ultra rápida
5. Insulina Basal ou de longa duração
6. Sinvastatina 40 mg comprimido
7. Domperidona 1 mg/ml suspensão
8. Bimatoprost colírio
9. Latanoprost colírio
10. Dorzolamida + Timolol colírio
11. Tartarato de Brimonidina colírio
12. Bitartarato do ácido gama-aminobutírico + ácido glutâmico + cloridrato de piridoxina + fosfato de cálcio dibásico+ mononitrato de tiamina - drágea
13. Tiroxina sódica
14. Travoprost colírio
15. Mometasona creme

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 16. Loção Hidratante                  |
| 17. Timolol 0,2% colírio              |
| 18. Espironolactona 100 mg comprimido |

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Com relação ao percentual da lista de medicamentos que não estão disponibilizados, foram considerados os itens em falta no momento da pesquisa, que totalizaram 08, representando um percentual de 13,0%. Portanto, 87,0% dos medicamentos da relação pactuada estavam disponíveis no momento da pesquisa na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) municipal.

Quanto aos medicamentos que tiveram períodos de desabastecimento na CAF municipal em 2006, totalizaram 17 itens, representando um tempo médio de desabastecimento para todos os itens de 55 dias. (Quadro 05).

Quadro 05: Relação dos medicamentos com períodos de desabastecimento na CAF municipal em 2006, Fortaleza, 2006.

Medicamentos	Total de Meses em desabastecimento	Total de Dias em desabastecimento
1. Carbonato de cálcio	05	150
2. Cefalexina suspensão	03	90
3. Cetoconazol creme	08	240
4. Ibuprofeno comprimido	05	150
5. Isossorbida 10 mg comprimido	03	90
6. Loratadina 10 mg comprimido	03	90
7. Loratadina suspensão	04	120
8. Metformina 500 mg comprimido	01	30
9. Metildopa 250 mg comprimido	03	90
10. Metoclopramida gotas	07	210
11. Metronidazol suspensão	01	30

12. Miconazol creme	12	360
13. Noretisterona	09	270
14. Permetrina 5%	11	330
15. Permetrina 1%	03	90
16. Prednisolona	06	180
17. Tiabendazol creme	02	60

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Tempo médio de desabastecimento =  $\frac{\sum \text{de dias de desabastecimento}}{50} = 2760/ 50 = 55$  dias

Total de medicamentos cobertos

Os medicamentos genéricos recebidos foram: metronidazol geléia, salbutamol xarope e amoxicilina suspensão. O total de unidades de medicamentos recebidos pela CAF foi de 133.940.453 e o total de unidades de genéricos foi de 98.950, representando um percentual de 7,39%.

O município de Fortaleza não adquiriu nenhum medicamento de laboratório público municipal no período pesquisado.

Devido a falta de dados confiáveis não foi possível calcular os indicadores: percentual de processos de aquisição iniciados após a falta do medicamento nos últimos doze meses e Percentual de demanda não atendida de medicamentos.

### 5.1.5 ARMAZENAMENTO

Quanto ao armazenamento, foi verificado o percentual de adequação do almoxarifado municipal de medicamentos às Boas Práticas de Armazenamento de 63,0%. A CELAF possui uma área de 1.800 m<sup>2</sup> para o armazenamento dos medicamentos e 1.000 m<sup>2</sup> para material médico hospitalar. O armazenamento é totalmente horizontal o que diminui o espaço útil e dificulta a organização. A temperatura de armazenamento é verificada diariamente pela

manhã e a tarde. O piso, parede e teto estão em boas condições de conservação. Os medicamentos são organizados por forma farmacêutica e ordem alfabética e foi observada a presença de registros de movimentação de estoque. Não existem estrados suficientes para o armazenamento e alguns medicamentos encontram-se em contato direto com o chão. A área é bem sinalizada quanto à localização dos extintores de incêndio. A geladeira é exclusiva para a guarda de medicamentos termosensíveis, como a insulina.

A CAF possui sistema informatizado de controle de estoque cujo monitoramento permite a saída dos medicamentos e o seu rastreamento por lotes, além de todos os procedimentos relacionados ao armazenamento, limpeza, manutenção e transporte dos medicamentos.

Mensalmente, após o término da distribuição dos medicamentos, é realizado um monitoramento da validade dos medicamentos estocados pelos farmacêuticos da CAF. São verificados se todos os medicamentos com prazo de validade a expirar, em até seis meses terão demanda suficiente. Se não é providenciada a doação dos mesmos.

Durante o período pesquisado não houve nenhuma perda de medicamentos decorrente de armazenamento inadequado.

#### **5.1.6 DISTRIBUIÇÃO**

A distribuição de medicamentos é centralizada na CELAF que atende as 88 unidades de saúde do município. A distribuição é realizada de acordo com cronograma previamente estabelecido com as SER. Os períodos de distribuição são diferenciados para cada SER. A periodicidade de distribuição é mensal.

O instrumento utilizado para avaliação do quantitativo de medicamentos a ser enviado a cada unidade é o Mapa Mensal de Movimentação de Medicamentos nos quais as unidades

informam a movimentação dos medicamentos (estoque anterior, entrada, saída, saldo atual, validade, consumo médio mensal, dias com falta), mensalmente à CELAF.

O percentual médio de unidades atendidas de acordo com o cronograma de distribuição foi de 68,0%. O número de unidades abastecidas em atraso no ano de 2006 foi de 328 o que representa uma média de 28 unidades abastecidas com atraso por mês. O Tempo médio gasto na reposição dos serviços foi de 30, 33 dias.

As farmácias pólos possuem os melhores percentuais de atendimento do cronograma de distribuição, o que era de se esperar, pois são unidades que tem prioridade na distribuição de medicamentos pela CAF. As SER com os menores percentuais de atendimento do cronograma no ano de 2006 foram a III e a VI.

O transporte dos medicamentos da CAF às unidades de saúde é realizado em caminhão tipo furgão fechado. As unidades recebem um documento especificando os medicamentos recebidos por lote e o custo referente aos medicamentos recebidos mensalmente. Foi aplicado um formulário para verificação da adequação às Boas Práticas de Transporte na CAF municipal (anexo 12) o percentual de adequação observado foi de 90,0%.

### **5.1.7 DISPENSAÇÃO**

Das 88 unidades de saúde de Fortaleza somente 12 dispensam medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344) e 100,0% dessas unidades possuem farmacêutico.

### **5.1.8 CAPACITAÇÃO**

Atualmente, não há nenhum plano vigente de educação permanente para os profissionais de nível médio e superior que trabalham com AF e conseqüentemente nenhuma programação de cursos acima de 40 horas para esses profissionais.

Em 2006 foi realizada uma Oficina direcionada aos auxiliares de farmácia e outra direcionada aos coordenadores das unidades de saúde, ambas com carga horária de 8 horas. Do total de coordenadores (96) participaram dessa oficina 88 o que representou um percentual de 92%.

### 5.1.9 AVALIAÇÃO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

No município não existe uma política formal estabelecida para a utilização de antimicrobianos, anti-sépticos ou outro tipo de medicamentos nas unidades de saúde e nenhuma programação de atividades voltadas a promoção do uso racional de medicamentos.

### 5.1.10 QUALIDADE DA AF EM NÍVEL MACRO

Considerando a qualidade da AF de forma geral, a pontuação obtida da coleta dos indicadores foi de 47,54 pontos, representando um percentual de 67,91% o que enquadra a AF em Fortaleza na classificação de Precária, conforme os critérios de classificação de qualidade da AF pactuados nas oficinas de consenso. Em contraponto na avaliação da pontuação obtida pelos indicadores de estrutura, processo e resultado separadamente observa-se uma pequena variação que não modificou a classificação da AF, como demonstrado no quadro 06.

Quadro 06: Percentuais de Atendimento dos Indicadores de Qualidade da AF no nível Macro (Estrutura, Processo e Resultado), Fortaleza, 2006.

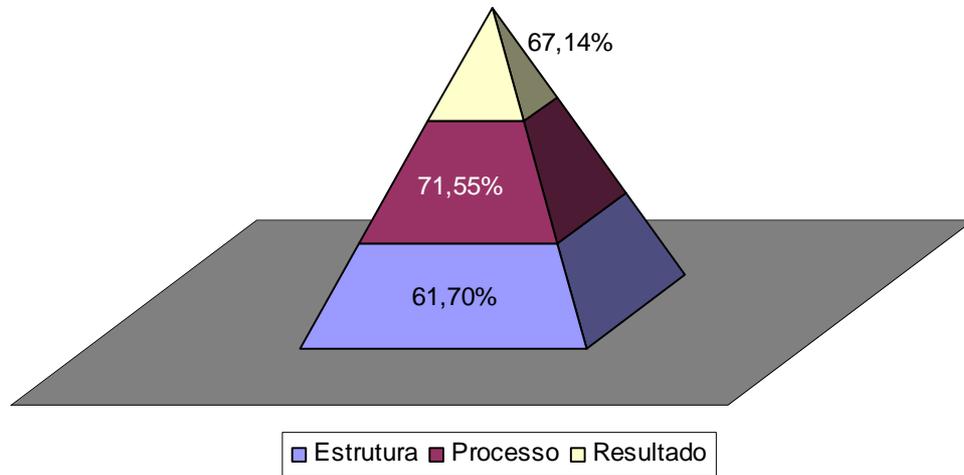
Indicadores	Pontuação	Pontuação	Percentual	Classificação
	Total	Obtida	Atendido	
Estrutura	24,60	15,18	61,70	Precária
Processo	42,60	30,48	71,55	Precária
Resultado	2,80	1,88	67,14	Precária
Total	70	47,54	67,91	Precária

Fonte: CELAF/ Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Dentre os indicadores de qualidade macro que não obtiveram pontuação e consequentemente contribuíram para a classificação Precária da AF em Fortaleza, podemos citar:

- Inexistência de Formulário Terapêutico;
- Inexistência de políticas estabelecidas para o uso de antimicrobianos, ou outro medicamento;
- Inexistência de documentos com critérios técnico-científicos e econômicos definidos para a seleção de medicamentos;
- Inexistência de protocolos clínicos;
- Inexistência de catálogos contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal;
- Inexistência de programações continuadas para a promoção do uso racional de medicamentos;
- Inexistência de plano vigente de educação permanente para os profissionais que atuam na AF;
- Baixo percentual de trabalhadores (exceto farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em AF;
- Em nenhum dos processos de compras houve avaliação do desempenho dos fornecedores;
- Falta de acompanhamento e avaliação das ações programadas da AF;
- Inexistência de avaliação da relação de medicamentos essenciais na rede municipal;
- Inexistência de aquisições de laboratórios públicos municipais;

Figura 03 - Pirâmide da Qualidade da Assistência Farmacêutica - Macro, Fortaleza, 2006.



A pirâmide da qualidade da AF macro é caracterizada pelo atendimento dos indicadores de estrutura, processo e resultado em percentuais muito próximos, como mostrado na figura 03. A característica principal dessa pirâmide é que o elemento intermediário, processo, possui um percentual de atendimento melhor que os outros, tornando essa faixa maior em relação às outras duas.

## 5.2 INDICADORES MICRO

Os quadros abaixo trazem os resultados médios dos indicadores de estrutura, processo e resultados aplicados na atenção básica de saúde de Fortaleza.

Quadro 07: Resultados dos Indicadores de Estrutura da Atenção Primária de Saúde, Fortaleza, 2006.

Indicador	Descrição	Resultado
mE1	Percentual de Unidades de Saúde que possuem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais ou Lista pactuada disponível aos prescritores	48,28%
mE2	Percentual de Unidades de Saúde que possuem Protocolos Clínicos disponíveis aos prescritores	41,38%
mE3	Percentual de Unidades de Saúde que possuem Procedimentos Operacionais Padrões para o armazenamento dos medicamentos	28,74%
mE4	Percentual de Unidades de Saúde que possuem Normas Técnicas escritas para a dispensação de medicamentos	21,84%
mE5	Percentual de profissionais de nível superior capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos	18,38%
mE6	Percentual de adequação às Boas Práticas de Armazenamento	55,32%
mE7	Percentual de Unidades de Saúde que realizam controle de estoque	95,40%

Quadro 08: Resultados dos Indicadores de Processo da Atenção Primária de Saúde, Fortaleza, 2006.

Indicador	Descrição	Resultado
mP1	Percentual médio de variação entre o inventário e os medicamentos estocados	90,58%
mP2	Percentual médio do Registro de Controle de Estoque que corresponde à contagem física dos medicamentos em estoque	33,82%
mP3	Percentual de Unidades de saúde que possuem Registros de Movimentação de estoque	96,55%
mP4	Percentual de Unidades de Saúde que investigam o histórico de recebimento de medicamentos pelo usuário antes da dispensação	35,63%
mP5	Percentual de Unidades de saúde que utilizam o sistema informatizado para controlar o estoque de medicamentos	88,50%

mP6	Percentual de atendimento dos Requisitos de Qualidade do Mapa Mensal de Movimentação de Medicamentos referente ao último mês de distribuição	70,44%
mP7	Percentual de Unidades de saúde que obedeceram ao último cronograma de entrega de mapas	100,0%

Quadro 09: Resultados dos Indicadores de Resultado da Atenção Primária de Saúde, Fortaleza, 2006.

mR1	Percentual de Medicamentos Atendidos que estão na Lista pactuada	88,71%
mR2	Percentual de Medicamentos Disponíveis em estoque	83,88%
mR3	Percentual de Unidades sem Medicamentos com prazo de validade vencido	94,25%
mR4	Percentual de dias com estoque zerado	0 – 5 dias: 19,54% 5 – 8 dias: 31,03% 8 – 10 dias: 19,54% Acima de 10 dias: 29,89%
mR5	Percentual de Atendimento às Boas Práticas de Dispensação	27,61%
mR6	Percentual de Unidades de saúde que dispensam medicamentos com a apresentação da prescrição médica	98,85%

### 5.2.1 - INDICADORES MICRO E A PRESENÇA DO FARMACÊUTICO

Para avaliar a correlação entre a existência de farmacêutico na unidade e o perfil de qualidade da AF, foram selecionados apenas os indicadores que estavam intrinsecamente ligados às atribuições do profissional como descrito a seguir:

- Estrutura: mE6 (Percentual de adequação às Boas práticas de Armazenamento).
- Processo: mP1 (Percentual médio de variação no inventário para os medicamentos estocados), mP4 (Investigação pela unidade do histórico de recebimento de medicamentos

pelo usuário) e mP6 (Percentual de Atendimento dos Requisitos de Qualidade do Mapa Mensal de Medicamentos).

- Resultado: mR1 (Percentual de medicamentos atendidos), mR2 (Percentual de Medicamentos Disponíveis) e mR5 (Percentual de itens de Boas Práticas de Dispensação atendidos).

De acordo com o gráfico 03 podemos observar que, com exceção da SER IV, de uma maneira geral o percentual de atendimento às Boas Práticas de Armazenamento teve um resultado melhor nas unidades com farmacêutico.

Gráfico 03: Percentual de adequação às Boas Práticas de Armazenamento e a Presença do Farmacêutico por SER, Fortaleza, 2007.

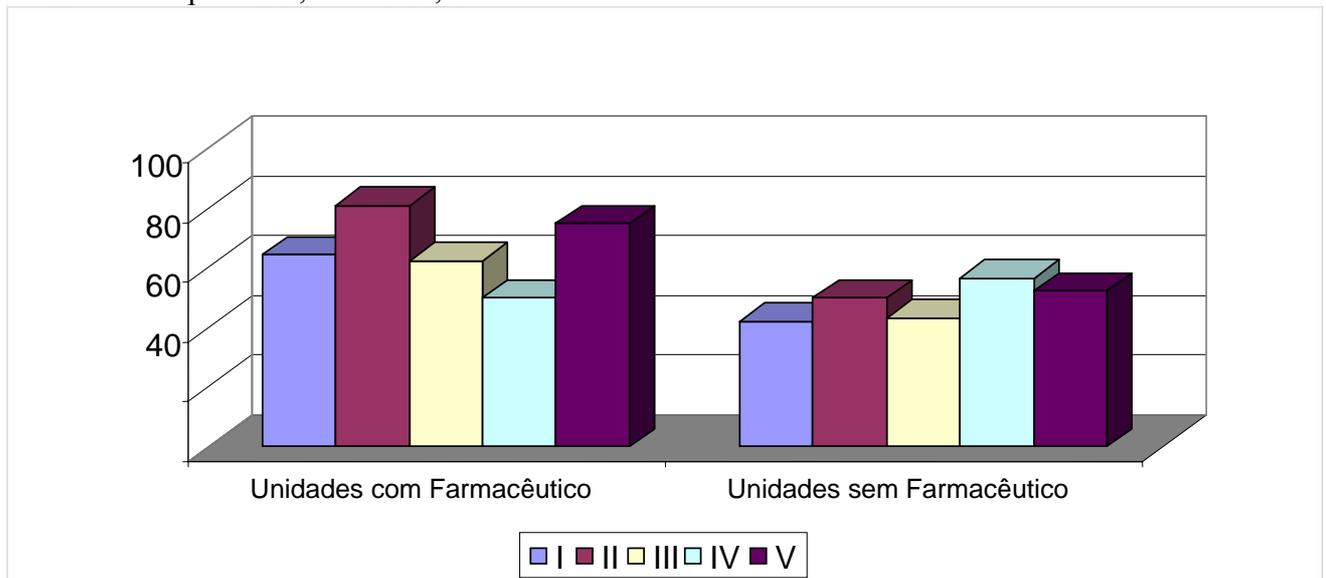
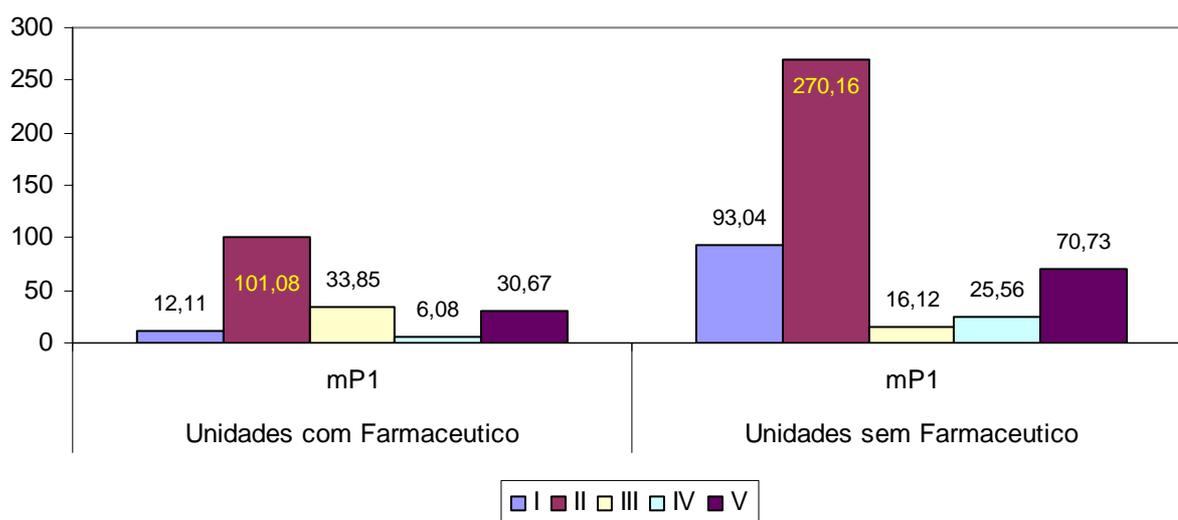


Tabela 09: Média dos Percentuais de atendimento às Boas Práticas de Armazenamento, Unidades de Saúde, Fortaleza, 2007.

SER	Media	Maximo	Mínimo	Desvio Padrão
I	48,30	93,75	12,50	22,47
II	63,02	100,0	18,75	24,80
III	44,53	75,0	6,25	18,34
IV	56,25	87,50	37,50	13,01
V	54,86	93,75	25,00	21,10
VI	64,39	93,75	43,75	12,52

Gráfico 04: Percentual de Variação entre o Inventário e a Contagem Física de Medicamentos e a Presença do Farmacêutico por SER, Fortaleza, 2007.



Para o indicador: Percentual de variação entre o inventário e a contagem física de medicamentos, que está relacionado com o controle de estoque, observa-se uma relação direta nas unidades com farmacêutico, ou seja, quanto menor o percentual de variação encontrado, melhor é o processo de controle de estoque, pois se percebe um comportamento inversamente proporcional ao percentual obtido. O gráfico 04 mostra também que nas unidades com

farmacêutico na SER IV foi encontrado o menor percentual de variação e na SER II, sem farmacêutico, o maior.

Com relação ao percentual de unidades de saúde que investigam o histórico de recebimento de medicamentos, não foi encontrada nenhuma relação entre o percentual de atendimento e a presença do farmacêutico, visto que nas unidades sem farmacêutico, com exceção da SER II, esse indicador teve um melhor atendimento.

Não se percebe nenhuma relação entre a qualidade dos mapas e a presença do profissional farmacêutico. Pelo contrário, nas unidades com farmacêutico o percentual de mapas insatisfatórios é maior que nas unidades sem farmacêuticos.

Não foi observada uma variação considerável entre o atendimento dos indicadores de resultado nas unidades com e sem farmacêutico, com exceção do percentual de atendimento às Boas Práticas de Dispensação que apesar de ter sido superior nas unidades com farmacêutico apresentou um percentual muito baixo.

Tabela 10– Percentuais de atendimento dos Indicadores de Resultado e a presença do farmacêutico, por SER, Fortaleza, 2007.

<b>SER</b>	<b>Unidades com Farmacêutico</b>			<b>Unidades sem Farmacêutico</b>		
	% Atendimento	% Disponibilidade	% BPD	% Atendimento	% Disponibilidade	% BPD
I	93,0	89,33	43,33	80,71	77,35	22,50
II	89,07	82,20	48,00	90,57	87,86	25,71
III	92,00	87,00	40,00	90,82	86,67	25,33
IV	96,33	93,67	90,00	88,27	82,20	22,73
V	94,00	90,50	30,00	99,94	84,63	27,50

O mesmo comportamento dos indicadores de processo observa-se nos indicadores de resultado. Nas unidades com farmacêutico, os indicadores de resultado são melhores do que

nas que não contam com o profissional. A SER III apresentou o melhor percentual de medicamentos atendidos e de disponibilidade de medicamentos, porém nenhuma SER atingiu o percentual pactuado. O indicador mR5 estava relacionado ao percentual de Boas Práticas de Dispensação atendido e o melhor percentual encontra-se na SER II.

### 5.2.2 INDICADORES MICRO E A LOCALIZAÇÃO POR SER

Para comparação da qualidade da AF prestada à população nas diferentes SER, foram escolhidos os mesmos indicadores para a relação com a presença do farmacêutico:

- Estrutura: mE6 (Percentual de adequação às Boas práticas de Armazenamento).
- Processo: mP1 (Percentual médio de variação no inventário para os medicamentos estocados), mP4 (Investigação pela unidade do histórico de recebimento de medicamentos pelo usuário) e mP6 (Percentual de Atendimento dos Requisitos de Qualidade do Mapa Mensal de Medicamentos).
- Resultado: mR1 (Percentual de medicamentos atendidos), mR2 (Percentual de Medicamentos Disponíveis) e mR5 (Percentual de itens de Boas Práticas de Dispensação atendidos).

De acordo com a tabela 09, A SER com a melhor média de atendimento das Boas Práticas de Armazenamento a que apresentou resultados mais homogêneos foi a SER VI.

Tabela 11: Percentual de variação entre o inventário e a contagem física dos medicamentos traçadores, por SER, Fortaleza, 2007.

<i>SER</i>	<i>Media</i>	<i>Maximo</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Desvio Padrão</i>
I	68,76	463,67	3,69	22,70
II	193,31	1165,20	15,45	317,02
III	17,39	68,71	0,06	18,23
IV	22,32	66,64	2,93	19,96
V	74,56	364,40	0,49	98,89
VI	167,02	1695,44	1,64	415,42

Tabela 12: Percentual de Unidades que investigam o histórico de medicamentos por SER, Fortaleza, 2007.

<i>SER</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
I	07	8,05
II	02	2,28
III	06	6,90
IV	07	8,05
V	06	6,90
VI	03	3,45
Total	31	35,63

Para o indicador de resultado: Percentual de unidade que investigam o histórico do recebimento de medicamentos pelos usuários, as SER I e IV apresentaram os melhores resultados.

Tabela 13: Classificação dos Critérios de Qualidade dos Mapas Mensais de Medicamentos por SER, Fortaleza, 2007.

<i>SER</i>	Insatisfatórios		Aceitáveis	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
I	10	13,70	01	8,33
II	11	15,06	01	8,33
III	14	19,18	02	16,67
IV	10	13,70	02	16,67
V	14	19,18	03	25,00
VI	14	19,18	03	25,00
Total	73	100,00	12	100,00

- Crítico: Frequência (1) SER V / Bem preenchido: Frequência (1) SER VI

Tabela 14: Percentuais Médios de Atendimento e Desvios Padrões dos Indicadores de Resultado por SER, Fortaleza, 2007.

<i>Indicadores</i>	<i>Resultados Observados</i>						<i>Esperado</i>
	SER I (n = 11)	SER II (n = 12)	SER III (n=16)	SER IV (n=12)	SER V (n=18)	SER VI (n=18)	Padrão pactuado
mR1	X = 84,40 Dp = 8,4	X = 89,94 Dp = 6,68	X = 90,90 Dp = 5,30	X = 88,94 Dp = 6,30	X = 89,50 Dp = 10,17	X = 84,11 Dp = 13,40	100,0
mR2	X = 80,64 Dp = 9,32	X = 85,50 Dp = 6,34	X = 86,69 Dp = 3,92	X = 83,72 Dp = 7,46	X = 85,28 Dp = 8,27	X = 82,06 Dp = 11,18	100,0
mR5	X = 28,18 Dp = 32,56	X = 35,00 Dp = 33,57	X = 26,25 Dp = 26,44	X = 28,33 Dp = 30,69	X = 27,78 Dp = 30,97	X = 20,05 Dp = 21,65	60,0

X- Média/ Dp – Desvio padrão

A SER V demonstrou ser a Regional que apresentou um melhor percentual de medicamentos atendidos (94,00%), porém a SER que apresentou o percentual com a menor variação foi a SER III (Dp = 5,30).

A melhor disponibilidade de medicamentos foi encontrada também na SER III (86,69%) e menor desvio padrão: 3,92.

Quanto ao Percentual de atendimento às Boas Práticas de Dispensação obtiveram-se resultados bastante inferiores aos pactuados, tendo sido encontrado o melhor indicador na SER II.

### 5.2.3 QUALIDADE DA AF NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – MICRO

A qualidade da AF na atenção primária de saúde foi verificada globalmente considerando o conjunto dos três tipos de indicadores (estrutura, processo e resultado) e para cada tipo de indicador separadamente, com o intuito de observar se a contribuição isolada de cada um mudava o perfil encontrado na avaliação geral. Essa mudança de perfil foi encontrada e pode ser observada nos gráficos 10,11,12 e 13.

Gráfico 05: Classificação Geral da Qualidade da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde, Fortaleza, 2007.

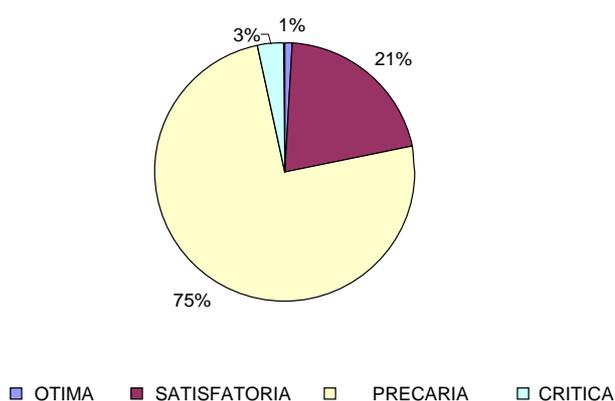


Gráfico 06: Qualidade da Assistência Farmacêutica conforme os Indicadores de Estrutura na Atenção Básica de Saúde, Fortaleza, 2007.

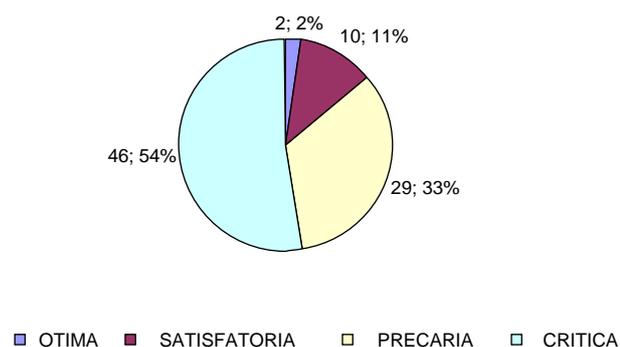


Gráfico 07: Qualidade da Assistência Farmacêutica conforme os Indicadores de Processo na Atenção Básica de Saúde, Fortaleza, 2007.

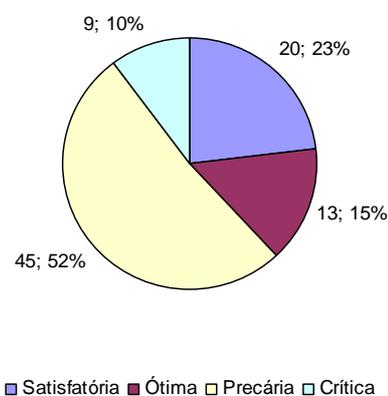
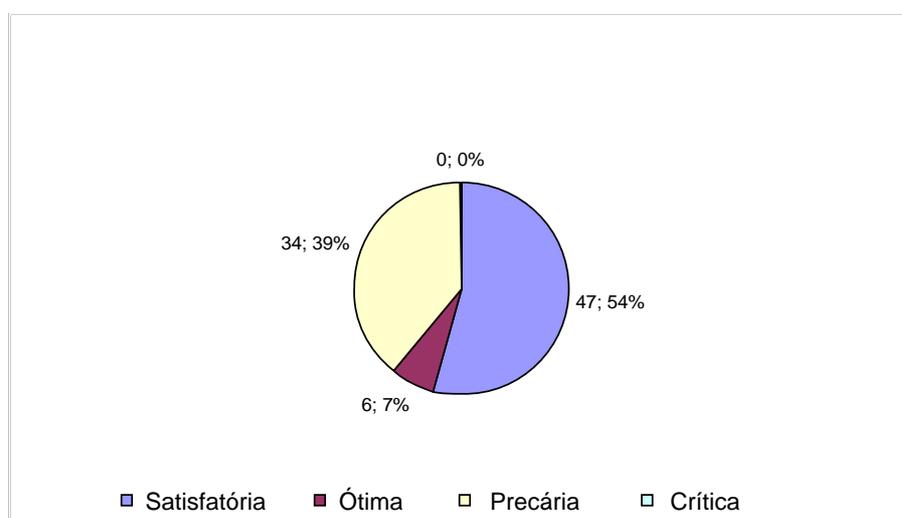


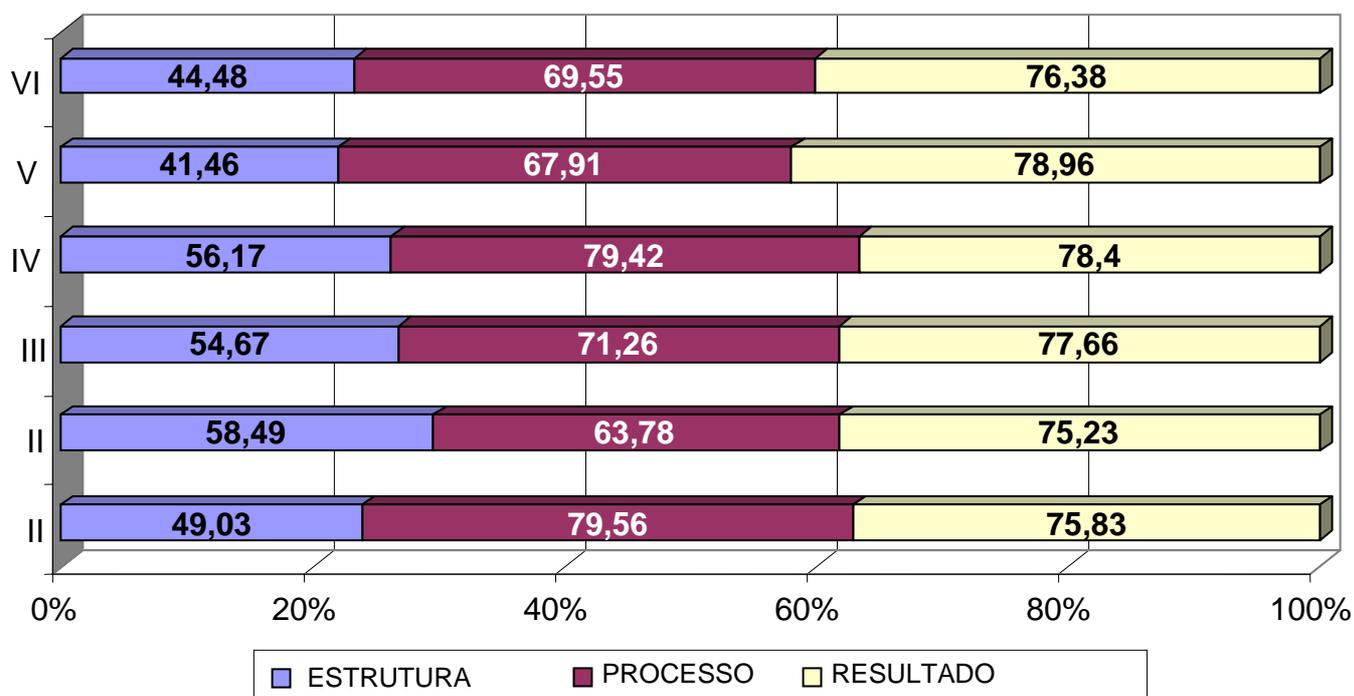
Gráfico 08: Qualidade da Assistência Farmacêutica conforme os Indicadores de Resultado na Atenção Básica de Saúde, Fortaleza, 2007.



É importante considerar que as unidades de saúde não têm governabilidade para modificar os indicadores de estrutura, tendo os mesmos que serem articulados no nível central, entre CELAF e SMS e que a CELAF não possui gerência sobre as unidades de saúde, sendo as mesmas subordinadas aos Distritos de Saúde das SER.

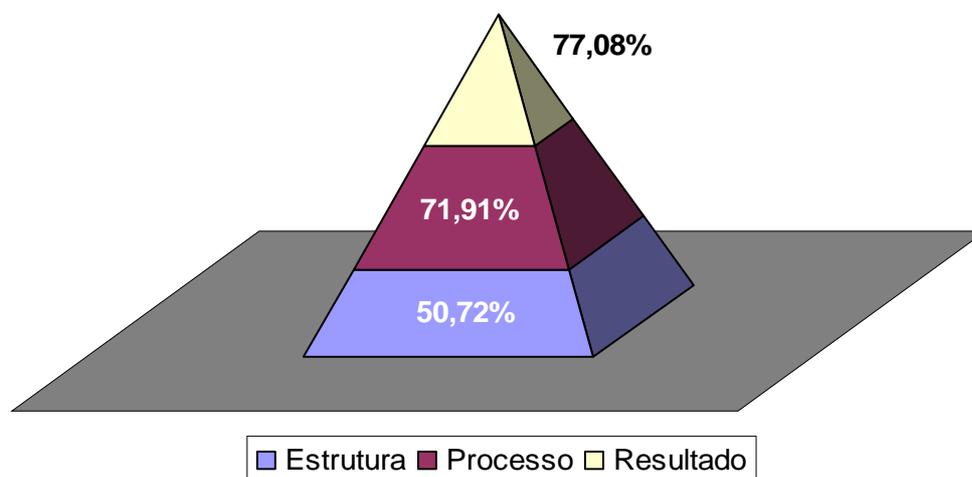
Considerando a qualidade da AF temos que 75% das unidades apresentam uma AF precária. Porém, se avaliarmos os indicadores de estrutura, processo e resultado separadamente, podemos observar diferenças nesse perfil. Numa avaliação somente dos indicadores de estrutura, em 54% das unidades de saúde a AF é crítica. Entretanto, com os indicadores de processo isoladamente esse percentual cai para 10%, e com os indicadores de resultado nenhuma unidade classificada como crítica. O gráfico 09 demonstra os percentuais de atendimento dos indicadores da atenção primária de saúde.

Gráfico 09: Percentuais de Atendimento dos Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado por SER, Fortaleza, 2007



A SER que teve um percentual de atendimento dos Indicadores de estrutura melhor foi a SER II, enquanto os de Processo foi a SER I e Resultado a SER V, tendo apresentado um resultado muito próximo a da SER IV.

Figura 04: Pirâmide da Qualidade da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária de Saúde, Fortaleza, 2007.



Os percentuais de atendimentos dos Indicadores de Estrutura nas SER variaram de 41,46 a 58,49%, os de Processo de 63,78 a 79,56% e os de Resultado de 75,23 a 78,96%.

A pirâmide da qualidade da AF na atenção primária de saúde é caracterizada pelo atendimento dos indicadores de estrutura, processo e resultado em percentuais crescentes como mostrado na figura 04. A característica principal dessa pirâmide é o baixo atendimento dos indicadores de estrutura, um melhor desempenho dos indicadores de processo e resultado tornando-a mais larga quando comparada à pirâmide da AF macro (Figura 03).

## 6. DISCUSSÃO

Não se pode negar o avanço da Assistência Farmacêutica no Brasil desde a extinção da CEME em 1997. Foram dez anos de profundas transformações no setor como: criação da ANVISA, Lei dos Genéricos, processo de municipalização, publicação da Política Nacional de Medicamentos, publicações de portarias que estabelecem o financiamento da aquisição de medicamentos pelo setor público, estímulo a políticas que ampliem o acesso e o uso racional de medicamentos.

Segundo Araújo e Freitas (2006) em pesquisa sobre as concepções do farmacêutico sobre AF concluíram que o atual estágio da AF no Brasil é ainda incipiente. A falta de um modelo que norteie as práticas da assistência nos sistemas locais é um dos fatores que tem dificultado sua evolução. Uma das grandes carências dos serviços de AF é a falta sistemática de processos de avaliação.

De acordo com o MS (2005), o avanço da AF no Brasil aconteceu principalmente nos últimos cinco anos, no entanto tais mudanças têm sido pouco documentadas e avaliadas. Bernardi (2006), que avaliou a AF no RS observou que a AF nos municípios estudados é deficitária, exigindo maiores investimentos em recursos humanos físicos e materiais.

Mayorga (2004) discute que os trabalhos de avaliação da AF no Brasil demonstram que a política de AF que vem sendo implementada no País é incipiente, não garantindo o acesso e o uso racional dos medicamentos. E alerta que, para nos aproximarmos mais do propósito da PNM, precisamos reconhecer a importância do usuário nos serviços de saúde, a necessidade de prover um sistema farmacêutico estruturado adequadamente, numa área física que permita o atendimento humanizado por profissionais capacitados e motivados ao encaminhamento das questões do usuário.

A Assistência Farmacêutica em Fortaleza também tem passado por processos de mudanças na organização dos serviços com o intuito de ampliar e garantir o acesso aos medicamentos e de estreitamento entre os laços entre o serviço e a academia. Dentre os quais podemos citar os processos de avaliação em diversos focos, como: gastos públicos com medicamentos, avaliação dos serviços e prescrição médica e percepção do farmacêutico da atenção primária de saúde em andamento. Apesar desses esforços, é fato que a AF ainda tem um longo caminho a percorrer até que possamos garantir elementos básicos como uma boa aquisição, armazenamento, presença do farmacêutico, fornecendo serviços de qualidade à população. Sabe-se também que a melhoria da qualidade da AF não será resultado de ações isoladas e nem será imediata. Trata-se, portanto de um processo a ser construído a cada dia, no qual os processos de avaliação possam servir como elemento fundamental dessa mudança fornecendo subsídios à tomada de decisão pelos gestores.

As pesquisas de avaliação possibilitam aos gestores uma visão geral sobre os serviços e mostram as fortalezas e debilidades que possam estar influenciando diretamente a qualidade desses serviços oferecidos à comunidade. A escolha de indicadores de qualidade da AF é um tema bastante discutido e sobre o qual não existe consenso, o que gera a utilização de diversos indicadores dificultando a comparação dos resultados.

## **6.1 – QUALIDADE DA AF MACRO**

Apesar do número considerável de unidades de saúde sem farmacêutico em Fortaleza, a AF é hierarquicamente estruturada e o quadro de farmacêuticos possui atribuições normatizadas. A CELAF tem como missão normatizar as ações na área de AF em Fortaleza, estando integrada aos diversos programas na Secretaria municipal de Saúde, como: tuberculose, hanseníase, Dst-aids, Atenção Básica, Atenção especializada, Tabagismo, Saúde mental, Saúde da Mulher, Nutrição e Alimentação e Imunobiológicos.

Os resultados dos indicadores de estrutura revelam problemas na infra-estrutura das unidades de saúde, além de deficiências nos recursos humanos do município, seja na carência de farmacêuticos nas unidades, seja na falta de capacitação técnica dos profissionais envolvidos com as atividades de AF, contribuindo para a desmotivação, falta compromisso e/ou responsabilidade. É importante que para todos os profissionais envolvidos tenham uma programação de treinamento de forma a se adequarem às inovações das atividades.

Segundo Malik (2002), o desenvolvimento profissional é definido por meio das atividades de treinamento técnico e reciclagem. Para ter bons resultados nas organizações não basta ser bons profissionais – eles precisam desempenhar suas tarefas de acordo com as determinações ou com os padrões da organização.

A falta de farmacêutico nas unidades de saúde dificulta o desenvolvimento das atividades, o repasse de orientações aos pacientes e o preenchimento de formulários. O baixo número de farmacêuticos é semelhante ao descrito por Naves e Silver (2005) em seu estudo no Distrito Federal (somente dois centros de saúde dos 15 estudados possuíam farmacêuticos). Segundo Bernardi (2006), esses dados podem indicar que a baixa participação do profissional farmacêutico no sistema de saúde público se deve muito à ausência de uma política de AF como parte integrante do conjunto de ações do SUS. Segundo Naves e Silver (2005) a falta do farmacêutico na rede e, conseqüentemente, de sua orientação ao paciente contribui para o inadequado conhecimento e entendimento da prescrição por parte do usuário. Santos e Nitrini (2004) recomendam a melhora do quadro de profissionais farmacêuticos na rede para reforçar uma assistência farmacêutica de qualidade. Arrais (2007) ressalta que os problemas com a estrutura de funcionamentos dos serviços de saúde públicos, a remuneração dos profissionais

e a disponibilidade de recursos humanos também são temas que não podem ser ignorados pelos gestores.

Segundo Vieira, a maioria das farmácias de unidades de saúde funciona porque um leigo ou profissional com poucos conhecimentos sobre medicamentos atua na dispensação (auxiliar de enfermagem, auxiliares administrativos, de cozinha, entre outros). (Vieira, F.S., 2007).

Além dos farmacêuticos da CELAF trabalhando na normatização das ações, podemos citar os farmacêuticos das SER que estão inseridos na equipe de saúde e coordenam as atividades desenvolvidas pelos serviços de farmácia nas unidades, dando suporte às unidades através da realização de supervisões sistemáticas.

Conforme a SER existe uma variação do número de unidades, de 10 a 19, o que compromete o desenvolvimento das atividades de acompanhamento nas SER maiores, como a III, V e VI.

Em 2006, os farmacêuticos das SER possuíam as seguintes atividades: logística de distribuição do material médico-hospitalar, suporte à equipe de saúde, supervisão das unidades, programação e execução de treinamentos dos auxiliares de farmácia, participação nas reuniões da CELAF, acompanhamento dos processos jurídicos de solicitações de medicamentos, do preenchimento dos mapas mensais de medicamentos das unidades e dos pedidos extras de medicamentos, entre outras.

A tabela 03 traz o número de supervisões realizadas pelos farmacêuticos de cada SER no ano de 2006, e demonstra que o acúmulo de atividades desenvolvidas por esse profissional comprometeu o acompanhamento das unidades de saúde, fato esse preocupante visto que, na sua maioria, o farmacêutico não está presente. Em média foi realizada uma visita em cada unidade no ano de 2006.

Com relação ao número de unidades que possuem farmacêutico, apenas 12 contam com a sua presença. Observa-se a necessidade de remanejamento dos farmacêuticos, visto que o percentual de unidades de farmacêutico é muito variável nas SER, tendo uma concentração na SER IV e II e nenhuma unidade com farmacêutico na SER VI.

As dificuldades relativas à escassez de recursos humanos, no caso o farmacêutico, foi verificado por Bernardi et al (2006), em trabalho relativo a Avaliação da AF no Rio Grande do sul, onde apenas 25% dos municípios possuíam como responsável um farmacêutico.

Quanto ao total dos recursos aplicados em 2006 observa-se um percentual acima de 100% demonstrando um compromisso da gestão em melhorar o acesso aos medicamentos.

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do ciclo da AF (Marin et al, 2003) visto que a partir da seleção de medicamentos essenciais é que são desenvolvidos os outros elementos do Ciclo da AF. Desde 1999, a relação de medicamentos de Fortaleza está desatualizada, não podendo servir como referencial no município. A lista utilizada como referência na atenção básica de saúde é a relação de medicamentos pactuados na PPI. Observou-se que em muitos casos existe confusão entre as duas relações, demonstrando a necessidade do repasse de informações sobre as mesmas. O percentual de 79% e de 89% do elenco do município que constam na estadual e nacional de medicamentos respectivamente, demonstra o cuidado na utilização de medicamentos considerados seguros.

Marcondes (2002) encontrou um percentual de 20% de medicamentos da relação municipal de relação Ponta Grossa, que não estavam contemplados na RENAME.

Quanto à Programação observa-se que 62,90% dos medicamentos foram adquiridos em quantitativo acima do programado, necessitando, portanto da realização de aditivos de

25% dos quantitativos programados. Esse percentual é justificado como consequência de outros fatores que interferem no processo de aquisição, como:

- a) baixa pontualidade dos fornecedores: dos 10 principais fornecedores de medicamentos da Prefeitura de Fortaleza em 2006, apenas um entregou 56,0% dos medicamentos solicitados pontualmente, enquanto os demais tiveram um percentual de pontualidade variando de 0 a 14,29%;
- b) o tempo de tramitação dos processos de licitação de medicamentos, que foi em média superior a 6 meses, variando de 5,3 a 7,9 meses, assim como a falta de um profissional farmacêutico habilitado para agilizar a avaliação das propostas.
- c) o tempo médio para entrega dos medicamentos após a solicitação ao fornecedor foi de 42 dias, variando de 18 a 74 dias, o que gerou a abertura de diversos processos jurídicos contra os fornecedores. Esse tempo de espera deverá posteriormente ser incorporado aos cálculos para programação de medicamentos.

Nesse trabalho não foram investigadas as diversas causas para atraso na entrega dos fornecedores, como: problemas de fornecimento por parte do laboratório produtor, como falta de matérias primas, atraso no pagamento do fornecedor pela SMS, gerando atraso na entrega, entre outros. Essas informações são necessárias em avaliações posteriores, para que se tenha uma melhor avaliação dos fornecedores.

Luiza et al (1999), sugere que algumas providências devem ser tomadas no sentido de melhorar as relações com os fornecedores de materiais, como: conhecer o fornecedor (cadastro), conhecer o produto (capacitação dos farmacêuticos), estabelecer regras claras com os fornecedores e cumpri-las (pagar em dia é importante) e constituir um sistema de compras em que os compradores sejam facilmente identificados.

Quanto ao tempo médio de desabastecimento para a CAF municipal, o valor encontrado (55 dias) foi inferior ao divulgado para o Brasil (MS, 2005), que foi de 84,1 dias para as unidades de saúde, 72,23 dias para as CAFs municipais e 127,51 dias para as CAFs estaduais. Isso demonstra a preocupação da gestão na continuidade do abastecimento dos medicamentos.

O percentual de disponibilidade encontrado na CAF municipal de 87,0% também foi superior ao encontrado em estudo multicêntrico (MS, 2005) aplicado nos estados do Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro no qual foi obtido um valor de 75,9% para as CAFs municipais e 76,5% para as CAFs estaduais e Guerra Jr. Et al (2004) em estudo realizado em Minas Gerais, concluiu que a disponibilidade de medicamentos nos almoxarifados municipais foi de 52,0%.

O armazenamento dos medicamentos na CAF municipal é horizontal e apresenta pontos negativos, como: temperatura alta de armazenamento, insuficiência de estrados para o armazenamento, a ordem alfabética não é rigorosamente obedecida devido ao número insuficiente de funcionários para organização a cada recebimento de medicamentos e espaço físico. Como pontos positivos, podemos citar: a CAF possui todos os POP necessários ao desenvolvimento de suas atividades, os medicamentos são organizados por lote, é realizado monitoramento mensal da validade dos medicamentos estocados, possui sistema informatizado de controle de estoque que possibilita o rastreamento dos medicamentos, os medicamentos da portaria 344 estão em sala isolada e com acesso restrito.

A distribuição dos medicamentos é mensal e centralizada na CELAF. Os medicamentos são transportados em caminhão fechado tipo furgão, exclusivo para o transporte de medicamentos. O cronograma de distribuição é diferenciado para as SER e foi

estabelecido em conjunto com os farmacêuticos das SER. O instrumento utilizado para avaliação do quantitativo de medicamentos a ser enviado para cada unidade de saúde é o Mapa Mensal de Movimentação de Medicamentos no qual a unidade informa a movimentação (entrada, saída, estoque, validade, dias com falta) no último mês. Um dos principais problemas relativos à distribuição dos medicamentos é o preenchimento desse mapa, que na maioria das vezes é preenchido pelo auxiliar e a qualidade das informações não são adequadas e não refletem a real demanda de medicamentos das unidades, com uma tendência a uma superestimação das necessidades. Isso tem acarretado problemas de abastecimento e solicitações de pedidos extras de medicamentos, que comumente chegam ao número de três além do mapa mensal e dificultam o desenvolvimento das atividades da CAF.

A entrega dos medicamentos acompanha um documento em duas vias, das quais uma fica na unidade e a outra volta assinada para a CAF. Esse documento especifica as quantidades, lotes, valores unitários e totais dos medicamentos distribuídos.

Quanto à classificação da AF Macro como precária pode ser observado que apesar de bons resultados de indicadores de gestão isoladamente, o conjunto dos indicadores de estrutura, processo e resultado não obteve uma boa pontuação, demonstrando que a gestão da AF em Fortaleza está focada em alguns elementos do ciclo de AF, como aquisição e distribuição de medicamentos e que não contempla ações direcionadas à capacitação de recursos humanos, campanhas educativas para o uso racional de medicamentos, entre outras.

Dentre as prioridades da Política nacional de Medicamentos podemos citar a reorientação da AF que preconiza que os serviços de AF não devem ser restritos à logística dos medicamentos. “As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso a população aos medicamentos essenciais” (PNM, 2001).

## 6.2 – QUALIDADE DA AF MICRO

Os resultados de atendimento de aproximadamente 51% dos indicadores de estrutura da atenção primária de saúde foi coerente com os resultados no nível macro (61,70%) visto que os mesmos são reflexos desses, ou seja, as unidades de saúde só atenderão positivamente aos indicadores de estrutura se houver um trabalho em nível central com o objetivo de melhorá-los.

O percentual de unidades que possuía a REMUME ou lista pactuada disponível aos prescritores foi de 48,28%. Esse percentual é considerável, visto o tempo de desatualização da relação. Acredita-se que esse indicador teve um resultado melhor porque foi considerada a presença da REMUME ou da lista pactuada. O percentual foi superior ao de outros estudos.

É importantes considerar a limitação desse resultado, visto que a presença dessas listas não pôde ser checada pelos pesquisadores.

Bernardi, et al (2006), verificou que apenas 15% dos municípios do RS possuíam a relação de medicamentos. Naves e Silver (2005) verificaram que em estudo na atenção básica do Distrito Federal que a lista de medicamentos essenciais estava disponível em 60% dos centros, mas que nem sempre estavam disponíveis aos prescritores.

O percentual de unidades que possuíam procedimentos operacionais padrões para o armazenamento dos medicamentos foi de 28,74%, considerado baixo visto que, essa é uma das atividades que devem ser desenvolvidas pelos farmacêuticos das SER.

O percentual de atendimento às boas práticas de armazenamento foi de 55,32%. De forma geral as condições de armazenamento das unidades de saúde não são boas, sendo comuns procedimentos inadequados devido ao pouco espaço físico, como colocação de medicamentos em contato direto com o chão e paredes, problemas de temperatura, falta de

limpeza, falta de termômetros nas geladeiras, problemas de temperatura, falta de auxiliares de farmácia exclusivos para o serviço e treinados.

Oliveira et al (2002), que avaliou a AF prestada às pessoas vivendo com AIDS no RJ, verificou que em média as unidades visitadas cumpriam apenas com 51% dos critérios recomendados para o armazenamento. Cosendey, 2000 avaliando o Programa Farmácia Básica em cinco estados do Brasil encontrou para esse indicador os seguintes resultados: Acre (21,74%), Amazonas(38,0%), Goiás (28,57%), Pernambuco (55,32%), RJ (47,95%). O MS, no trabalho avaliação da AF no Brasil, nos estados de ES, GO, PA, RS e SE, encontrou um percentual de 61,10% de adequação às Boas Práticas de Armazenamento nas unidades de saúde. Marcondes, 2002, verificou que o almoxarifado central atende a 50% dos itens investigados, em Ponta Grossa, Paraná.

Com relação ao comportamento desse indicador e a presença do farmacêutico na unidade de saúde, observou-se que com exceção da SER IV, as unidades com farmacêutico tiveram um melhor rendimento. Das SER a que apresentou o melhor desempenho desse indicador foi a VI com um resultado de 64,39% e menor desvio padrão.

O indicador de processo percentual médio ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados foi de 90,58%. Cosendey (2000), verificou que no Estado do Amazonas esse percentual foi de 2,17 e no Rio de Janeiro: 75,32. O indicador percentual de registro de estoque que corresponde a contagem física dos medicamentos encontrado foi de 33,82%. Esses dois indicadores demonstram a fragilidade dos controles de estoque das unidades de saúde. A relação entre esses indicadores e a presença do farmacêutico demonstrou que nas unidades com farmacêutico, com exceção da SER III, apresentaram um percentual de variação menor. A SER com o menor percentual de variação foi a SER III, 17,39%, e com o menor desvio padrão.

O percentual de unidades que possuíam registros de movimentação de estoque foi de 96,55% e de 88,50% o de unidades que utilizam o sistema informatizado para controlar o estoque de medicamentos. O adequado controle de estoque fornece elementos para a programação e aquisição de medicamentos evitando o desabastecimento e o excesso de medicamentos nas unidades de saúde. Apesar desses resultados não foi verificado que o controle de estoque realizado pelas unidades seja eficiente, em virtude dos altos percentuais de variação entre o inventário e o estoque e o baixo percentual dos registros de estoque que corresponde à contagem física dos medicamentos.

A melhoria do acesso aos medicamentos é uma prioridade na gestão da AF do município e entre as primeiras medidas para sua ampliação foi que qualquer usuário atendido no serviço público receberia o medicamento prescrito em qualquer unidade de saúde independente da SER de residência do usuário. Porém, para que essa medida tivesse como consequência a ampliação do acesso e não o excesso de medicamentos nos domicílios é necessário que o funcionário da farmácia antes da entrega do medicamento, verifique o histórico de recebimento de medicamentos pelo usuário, com o objetivo de evitar que este usuário receba o mesmo medicamento em outras unidades de saúde. O indicador percentual de unidades de saúde que investigam o histórico de recebimento de medicamentos pelo usuário antes da dispensação foi proposto pelo grupo de consenso da primeira oficina e o objetivo de pactuação desse indicador foi verificar a realização desse procedimento. Apenas 35,63% das unidades realizavam esse procedimento nas unidades com a justificativa de que a lentidão do sistema impossibilitava a sua realização, além de gerar filas de espera nas farmácias das unidades de saúde e a insatisfação dos usuários. A SER que apresentou o maior percentual foi a I ( 63,64%) tendo variado de 16,67 a 63,64%.

O indicador de Qualidade dos Mapas de Movimentação Mensal de Medicamentos também foi proposto pelo grupo da primeira oficina devido aos problemas de preenchimento dos mesmos, nos quais faltam informações essenciais ou que não são compatíveis com a realidade. Esse indicador envolveu 12 descritores: presença de assinatura no mapa do responsável pelo preenchimento ou coordenador da unidade de saúde, identificação do mapa com o nome da unidade de saúde, presença no mapa da data no qual foi preenchido, informações legíveis, ausência de rasuras, coerência das informações, percentual de medicamentos que possuem a coluna “dias com falta” preenchida, quando necessário, percentual de medicamentos que possuem o prazo de validade informado no mapa, percentual de medicamentos que possuem os dados informados na coluna “entrada” de acordo com a remessa de medicamentos enviada pela CAF, percentual de medicamentos em que o consumo médio mensal (CMM) informado no mapa reflete a saída de medicamentos, percentual de medicamentos em que o CMM está subestimado e superestimado. O percentual de atendimento de requisitos de qualidade foi de 70,44% o que classificou a qualidade dos mapas como insatisfatória. Não foi verificada diferença considerável da qualidade dos mapas entre as unidades com e sem farmacêutico, visto que nas unidades sem farmacêutico o percentual de mapas classificados como aceitáveis foi maior que nas unidades com farmacêutico. Os maiores percentuais de mapas classificados como aceitáveis foi encontrado nas SER V e VI.

O percentual de medicamentos atendidos em Fortaleza dentro do elenco padronizado foi de 88,71%, com uma variação de 84,11 a 90,90%. Esse indicador avalia o acesso da população aos medicamentos prescritos. Esse resultado foi superior a diversos estudos, como: Bernardi, 2006, encontrou para esse indicador um percentual de 80%, nos municípios da 17ª coordenadoria do RS, mas discutiu que não refletia a realidade porque dos vinte municípios visitados sete não realizavam a retenção da 2ª via da receita. Em estudo realizado pelo MS,

2005, encontrou um percentual de 65,7%. Em estudo realizado em Fortaleza, por Lopes, 2003, verificou-se o percentual de medicamentos entregues foi de 50,25% mostrando um ganho na questão do acesso aos medicamentos em Fortaleza. Nas unidades com farmacêutico o percentual de medicamentos atendidos foi ligeiramente maior. A SER que apresentou o melhor percentual de medicamentos atendidos foi a SER III (90,90%) com o menor desvio padrão.

O Percentual de disponibilidade de medicamentos para Fortaleza foi de 83,88%, variando de 80,64 a 86,69, o que revelou dados bastante homogêneos nas diferentes SER. Com exceção da SER II o percentual de disponibilidade de medicamento apresentou melhores resultados nas unidades com farmacêutico. A SER na qual se verificou uma maior disponibilidade de medicamentos foi a III, 86,69%.

Esse percentual de disponibilidade encontrado no estudo foi um pouco inferior ao encontrado por Cunha et al (2002) de 87,2%, mas foi superior ao encontrado em vários trabalhos, como: Bernardi et al (2006) verificou que a disponibilidade de medicamentos no RS foi de 78%. Guerra Jr et al (2004) observou que a disponibilidade em MG nas unidades públicas de saúde foi de 46,9%. MS (2005) em estudo de avaliação da AF no Brasil encontrou que a disponibilidade era de 73% nas unidades de saúde. Lopes et al (2003) verificou que o percentual de medicamentos disponíveis em Fortaleza foi de 78,33%.

O percentual de atendimento às Boas Práticas de Dispensação foi de 27,61%. Houve uma diferença entre os percentuais quando comparada às unidades com e sem farmacêutico. As unidades que possuíam farmacêuticos tiveram um percentual maior. A SER que apresentou o melhor percentual foi a SER II de 35%. Apesar disso, o percentual encontrado foi muito baixo e preocupante, em virtude do grande número de unidades sem o farmacêutico

e falta do repasse de informações importantes à população sobre a utilização dos medicamentos.

## 7. CONCLUSÕES

Os indicadores pactuados permitiram a avaliação da AF em Fortaleza nos fornecendo elementos imprescindíveis na estrutura, processo e resultado das políticas desenvolvidas. Perceber que o município de Fortaleza possui bons resultados nos indicadores de processo e resultado, mas que precisa também priorizar os indicadores de estrutura para melhorar a qualidade da AF, foi de fundamental importância para o estudo, pois sabemos que o baixo atendimento dos indicadores de estrutura não são determinantes da qualidade, mas que podem interferir no resultado final.

A metodologia de consenso para seleção dos indicadores permitiu a ampla participação dos atores envolvidos nos processos, possibilitando dessa forma uma ampla discussão sobre o tema e um espaço precioso de intercâmbio de informações na condução do processo de avaliação.

Os resultados indicam quais os elementos do Ciclo da AF não obtiveram pontuação e quais indicadores não tiveram bons desempenhos permitindo dessa forma o direcionamento e planejamento das atividades com o intuito de melhorar a qualidade da AF em Fortaleza.

Os indicadores propostos pelo grupo de consenso e utilizados pela primeira vez nesse tipo de avaliação possibilitam a medição de questões importantes para o município como, a qualidade dos mapas de medicamentos e o percentual de unidades que verificam o histórico de recebimento de medicamentos do usuário, tempo de tramitação dos processos de licitação, fornecendo elementos importantes para o desenvolvimento da AF.

A aplicação dos indicadores de qualidade macro foi fundamental para identificarmos as principais falhas nos processos de gestão da AF, como: pouco investimento em qualificação, grande burocracia nos processos de aquisição de medicamentos, desatualização

da REMUME, inexistência de acompanhamento do plano de AF, inexistência de programações para a promoção do uso racional de medicamentos, inexistência de avaliação dos fornecedores, entre outros.

Os resultados de percentual de medicamentos atendidos de 88,71%, medicamentos disponíveis de 83,88%, foram bastante positivos e demonstram a preocupação da gestão do município em ampliar o acesso aos medicamentos.

O grande percentual de unidades de saúde sem o acompanhamento do farmacêutico pode ter comprometido a qualidade da AF prestada, mas nem sempre somente a presença do farmacêutico é um fator determinante para a melhoria da qualidade da AF prestada nas unidades de saúde. É importante que esse farmacêutico tenha o mínimo de condições de trabalho, como recursos humanos e físicos para o desenvolvimento de suas atividades, além de cursos de capacitação e treinamento permanentes que o estimulem e o motivem, além de gerar uniformidade dos procedimentos e atualização às inovações necessárias.

A relação entre a qualidade da AF e a presença do farmacêutico não pôde ser verificada nesse estudo devido a falta desse profissional no serviço, onde apenas aproximadamente 16% das unidades contam com a sua presença. Os indicadores que tiveram um melhor aproveitamento nas unidades com farmacêuticos foram os de estrutura.

A categorização da qualidade da AF em apenas quatro classes (ótima, satisfatória, precária e crítica) pactuada nas oficinas de consenso teve como consequência intervalos amplos que não foram sensíveis para detectar as variações observadas entre as classes. Ou seja, uma unidade que atingisse uma pontuação de 25 pontos foi classificada como precária, da mesma forma que outra que atingisse a pontuação de 37,45 pontos.

Os padrões pactuados para os indicadores consensuados foram bastante otimistas, mas os resultados demonstrados serão instrumentos para que a AF possa chegar ao patamar de qualidade vislumbrada pelos grupos de consensos e refletida nos mesmos.

Apesar de termos consciência da dificuldade de comparação dos dados com os de outros estudos de avaliação da AF realizados no Brasil, devido a diferenças metodológicas, podemos afirmar que os indicadores encontrados em Fortaleza, de uma forma geral, são compatíveis ou superiores aos encontrados nos diversos estados nos quais foram aplicados. Alguns indicadores propostos pelos grupos de consenso não puderam ser comparados, pois não foram citados em nenhum dos estudos encontrados.

A situação da AF em Fortaleza é precária, em que pesem os bons índices encontrados pontualmente para alguns indicadores. Os pontos críticos são mais freqüentes nos aspectos relativos à estrutura e portanto dependem fundamentalmente de decisões políticas e gestão.

A metodologia de avaliação utilizada nesse trabalho servirá como base para que a AF em Fortaleza seja rotineiramente avaliada e esses indicadores sejam incorporados aos serviços.

Esse estudo procurou trazer dados para reflexão da qualidade da AF em Fortaleza que possibilite o desenvolvimento de atividades com o objetivo de criação de estratégias e prioridades para resolução dos problemas detectados e melhoria da qualidade da AF.

Temos como desafio o repasse dessas informações e a continuidade de aplicação dessa metodologia com o intuito de acompanhar as intervenções realizadas na gestão da AF em Fortaleza.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO, F. A.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M. S.; VIEIRA TERCEIRO, L. G.; ABRANTES, P. M.; VALE, S. A. *et al.* Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 72-79, jan./fev. 2004.
- AGUILAR, M. J.; EZEQUIEL, A. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Tradução de Jaime A. Clasen e Lucia Mathilde E.Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavior model and access to medical care: Does it matter? **J. Health Soc. Behav.**, v. 36, n. 1, p.1-10, Mar. 1995.
- ANDRADE, L. O. M. **Relatório de gestão**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.
- 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. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**, v. 42, n.1, p. 137-146, jan./mar. 2006.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-937, abr. 2007.
- ARRAIS, P. S. D.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, nov./dez. 2005.
- BARROS, J. A. C. **Políticas farmacêuticas : a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004.
- BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, Estado e Sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da Assistência Farmacêutica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde Soc.**, v.15, n.1, p.73-83, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultado**. Brasília, DF, 2005. 260 p. (Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuição ao desenvolvimento do processo de avaliação em serviços de saúde**. Brasília, DF, 1982. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejar é preciso**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename**. 3. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Portaria 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p.18, 215E.

CAMPBELL, S. M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A.; MARSHALL, M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **BMJ**, v. 326, n. 7393, p. 816-819, Apr. 2003.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **Mundo de saúde**, v. 24, p. 72-88, 2000.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Sistema Integral de Assistência Farmacêutica “O modelo do Ceará”**. Fortaleza, 2003.

COSENDEY, M. A. **Análise de implantação do programa farmácia básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. 358 p. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000a.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, A. L. A. dos; SILVA, H. F. da; OLIVEIRA, M. A., LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan./mar. 2000b.

COSENDEY, M. A.; HARTZ, Z. M. A.; BERMUDEZ, J. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 395-406, mar./abr. 2003.

CUNHA, M. C. N.; ZORZATO, J. R.; CASTRO, L. L. C. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande, MS. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, v. 38, n. 2, p. 215-227, abr./jun. 2002.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definicion e métodos de evaluation. México, DF: La Prensa Medica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, May 1978.

FARIAS, A. D.; CARDOSO, M. A. A.; MEDEIROS, A. C. D.; BELÉM, L. F.; SIMÕES, M. O. S. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da família no município de Campina Grande, PB. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 2, p. 149-156, 2007.

FERNANDES, M. E. P. **Utilização de medicamentos na atenção à saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza**. 1998. 136 f. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Assistência farmacêutica. **Boletim de Saúde de Fortaleza**, 1999.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Investigação do uso de medicamentos nos serviços de saúde do Município de Fortaleza- Ceará**. Fortaleza: Núcleo de Assistência Farmacêutica, Coordenadoria de Saúde, Secretaria Municipal de desenvolvimento Social, 2000.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Investigação do uso de medicamentos nos serviços de saúde do município de Fortaleza**. Fortaleza, 2000.

GATINARA, B. C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C.; GIACONI, J.; CAPRARA, H. Percepcion de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud publicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. **Cad. Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 425-438, set. 1995.

GUERRA JUNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. de A.; GOMES, C. A. P.; MIRALLES, M.; GIRARDI, S. N.; WERNECK, G. A. F.; CARVALHO, C. L. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 15, n. 3, p.168-185, 2004.

GURGEL, M. L. F. Assistência farmacêutica. **Boletim de Saúde de Fortaleza**, ano 3, n. 2, 1999.

HERRERA, M. C.; DIAZ, N. F. Farmacoeconomia. Evaluation de la Eficiência em los Tratamientos Farmacológicos. **Rev.Cub.Farm.**, v. 34, n. 1, p. 63-70, 2000.

LAPORTE, J. R. *et al.* El gasto en medicamentos. (2). **Butlletí Groc**, v. 10, n. 1, p. 1-4, enero/feb.1997.

LOBO, F.; VELAZQUEZ, G. **Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas**. Madrid: Colección Economía, 1997.

LOPES, A. E. C.; TEIXEIRA, A. C. A.; GURGEL, M. L. F.; MIRANDA, M. C. C. Drug use of evaluation in health services in Fortaleza, Brazil. **INRUD News**, v. 6, p.17, 1996.

LOPES, C. R.; VASCONCELOS, W. Quando o remédio pode virar veneno. **RADIS Comunicação em Saúde**, n. 43, p.10-13, mar. 2006.

LUIZA, V. L. **Acesso a medicamentos essenciais no Estado do Rio de Janeiro**. 2003. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

LUIZA, V. L.; OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S.; NUNES, J. M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade- custo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 769-776, out./dez. 1999.

MALIK, A. M. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Coleção Saúde e Cidadania. Para gestores municipais de serviços de saúde, v. 9)

MARCONDES, N. S. P. **A Assistência Farmacêutica Básica e o uso de medicamentos na Zona Urbana do município de Ponta Grossa, Paraná:** estudo de caso. 2002. 150 p. Dissertação ( Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO DE CASTRO, C. G. S.; MACHADO DOS SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Brasília: OPAS/ OMS, 2003.

MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito Social à Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p.101-107, 2007.

MAYORGA, P., FRAGA, F. Assistência Farmacêutica no SUS: quando se efetivará? *In:* MISOCKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde práticas e reflexões.** Porto Alegre: Dacasa, 2004.

MEDINA, M.G., SILVA, G.A.P.S., AQUINO, R., HARTZ, Z.M.A. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. *In:* HARTZ, Z.M.A., VIEIRA DA SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em Saúde.** pp.41-63, Salvador:EDUFBA, Rio de Janeiro, Ed:Fiocruz, 2005.

MENDES, W. T. L. **Utilização de medicamentos em instituições de longa permanência para idosos de Fortaleza-Ceará:** perfil, riscos e necessidades. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

MOTA, D. M. *et al.* **Assistência Farmacêutica no SUS do ceará (Brasil):** gastos públicos e distribuição de medicamentos. Fortaleza: SESA/CE, 2005.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public care in Brasília, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

NEGRI, B. **Política Federal de Assistência Farmacêutica.** Brasília, DF, 2002.

NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE – NHCP. National Report on Health Sector Performance Indicators 2001. Queensland Health, Brisbane, 2002.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 256-267, 2004.

OLIVEIRA, E.A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, nov. 2006.

OLIVEIRA, M. A. Avaliação da Assistência Farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1429-1439, set./out. 2002.

PAG APS. Programa Avançado de Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde. Avaliando a qualidade do serviço. Guia do usuário. Juiz de fora, 1997.

QUEIROZ, L. M. D. **Política de medicamentos e assistência farmacêutica em Belém nos anos de 2000-2003**. Belém: [s.n.], 2004.

RIECK, E. B. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: indicadores de avaliação do plano estadual de assistência farmacêutica básica**. In: Alcindo Antonio Ferla e Sandra Maria Sales Fagundes. O fazer em Saúde Coletiva: Inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. pp. 75-87. Dacasa Editora, Porto Alegre, 2002.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 819-826, 2004.

SCOCHI, M. J. Indicadores de qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, Paraná, Brasil: um exercício de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, p. 356-367, 1991.

SILVA JUNIOR, D. B. **Assistência farmacêutica em um município do estado de São Paulo: diagnóstico e perspectivas**. 2006. 41 p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, L. K. Avaliação Tecnológica em Saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, Supl. 2, p. 5199-5207, 1994.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. H. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, MS, 2002.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. (2004) **A Polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade**. In: Maria Lúcia Magalhães Bosi e Francisco Javier Mercado (org.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde pp 75-98, RJ, Ed. Vozes. 2004.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1561-1569, nov./dez. 2002.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A., VIEIRA DA SILVA, L.M. (Org). **Avaliação em Saúde**. pp.15-39, Salvador:EDUFBA, Rio de Janeiro, Ed:Fiocruz, 2005.

VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (1):213-220, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rapid evaluation method guidelines for maternal and child health, family planning and other health services**. Geneva, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **How to investigate drug in health facilities: select drug use indicators**. Geneva, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual**. Geneva, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual**. 2nd ed. Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Manual for care indicators on country pharmaceutical situations: working draft**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medicines. Strategy 2004-2007: countries at the care**. Geneva, 2004. Disponível em: <[http:// whqlibdoc.who.int/hq/2004](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004). Acesso em: 24 Feb. 2007.

# ANEXOS

## 9. ANEXOS

Anexo 01: Descrição dos indicadores do nível macro segundo o aspecto avaliado/ fonte do dado/ metodo de calculo/ escalas para pontuação – 1ª OFICINA

INDICADOR	DESCRICAÇÃO	ASPECTO ANALISADO	FONTE DO DADO	MÉTODO DE CALCULO	ESCALAS PARA PONTUACAO
ME1	Célula de Assistência Farmacêutica inserida no organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	GESTÃO	Organograma da SMS	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME2	Assistência Farmacêutica incluída no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas	GESTÃO	Plano Municipal de Saúde - atual	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME3	Existência de procedimentos para monitoramento da Assistência Farmacêutica, por meio de indicadores	GESTÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME4	Existência de uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, além da lista pactuada	SELEÇÃO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME5	Existência de Formulário Terapêutico do município	SELEÇÃO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME6	Relação entre o numero de exemplares de Formulários Terapêuticos publicados e o numero de médicos	SELEÇÃO	Entrevista com informante chave e dados da SMS	$\frac{\text{Total de Formulários publicados}}{\text{Total de médicos}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1
ME7	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica	SELECAO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME8	Existência de Políticas estabelecidas para o uso de antimicrobianos, anti-sépticos ou outro tipo de medicamentos.	USO RACIONAL	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME9	Existência de documentos estabelecendo os critérios técnico-científicos e econômicos para a seleção dos medicamentos	SELECAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME10	Existência de Protocolos Clínicos do Município	SELECAO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME11	Existência de Catálogos contendo as especificações dos medicamentos para os editais de aquisição municipal	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME12	Existência de programações continuadas para o Uso Racional de Medicamentos	PROGRAMACAO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto

ME13	Existência de Plano vigente de educação permanente para os profissionais que atuam na AF	CAPACITACAO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME14	Existência de orçamento financeiro destinado as atividades de AF	GESTAO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME15	Numero de farmacêuticos que trabalham na AF em nível central (CELAF e SER)	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
ME16	Numero de farmacêuticos que atuam na AF em Fortaleza	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
ME17	Percentual de unidades de saúde que possuem farmacêutico	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Numero de unidades que possuem farmacêutico}}{\text{Total de unidades}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1
ME18	Numero de farmacêuticos trabalhando na CAF municipal	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
ME19	Numero de habitantes que trabalham na AF por 1000 habitantes	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
ME20	Percentual de SER que possui farmacêutico	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Numero de SER que possui farmacêutico}}{\text{Total de SER}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1
ME21	Percentual de trabalhadores da AF (exceto farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 h em AF	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Numero de Auxiliares de Farmácia e Coordenadores que possuem curso formal em AF de no mínimo 40 h}}{\text{Total de Auxiliares + Coordenadores}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1.
ME22	Percentual de unidades que dispensam medicamentos sujeitos a controle especial (portaria 344) que possuem farmacêutico na dispensacao.	DISPENSACAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Numero de unidades que dispensam medicamentos da portaria 344 e que possuem farmacêutico na dispensacao}}{\text{Total de unidades}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1
ME23	Percentual de medicamentos da Relação de Medicamentos Essenciais em concordância com a lista de medicamentos de estado	SELECAO	- Relação de Medicamentos pactuada de Fortaleza/ RESME (última versão)	$\frac{\text{- Total de medicamentos em concordância com a RESME}}{\text{Total de medicamentos da lista pactuada}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1

ME24	Percentual de medicamentos da Relação de Medicamentos Essenciais em concordância com a lista nacional (RENAME)	SELECAO	- Relação de Medicamentos pactuada de Fortaleza/ RENAME (ultima versão)	$\frac{\text{- Total de medicamentos em concordância com a RENAME}}{\text{Total de medicamentos da lista pactuada}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1
ME25	Existência de restrições para a compra de medicamentos que não pertencem a relação de medicamentos	AQUISICAO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME26	Percentual de adequação as Boas praticas de Armazenamento de medicamentos no deposito municipal	ARMAZENAMENTO	Observação direta e entrevista com informante chave	$\frac{\text{Soma dos pontos de atendimento as BPA}}{\text{Total de Pontos}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 1
ME27	Existência de sistema de Controle de estoque no deposito municipal de medicamentos	ARMAZENAMENTO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME28	Existência de procedimentos preventivos da perda de medicamentos por validade no deposito municipal	ARMAZENAMENTO	Observação direta e entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME29	Existência de Procedimentos para o correto armazenamento e transporte de medicamentos no almoxarifado municipal	ARMAZENAMENTO	Observação direta e entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
ME30	Percentual de adequação as Boas praticas de transporte de medicamentos no almoxarifado municipal	DISTRIBUICAO	Observação direta e entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
MP1	Programação realizada de acordo com os métodos recomendados	PROGRAMACAO	Entrevista com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto
MP2	Percentual de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos últimos 12 meses	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
MP3	Percentual de itens programados e adquiridos nas quantidades programadas	PROGRAMACAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de itens adquiridos nas quantidades programadas}}{\text{Total de itens programados}}$	Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP4	Percentual de profissionais que receberam algum curso de treinamento em AF	CAPACITACAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de profissionais que receberam algum treinamento}}{\text{Total de profissionais}}$	Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo peso 3.

MP5	Desempenho de Fornecedores (Pontualidade)	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	Pontuar de acordo com a seguinte escala: - até 15 dias: 1 ponto - de 15,1 a 30 dias: 0,8 pontos - de 30,1 a 45 dias: 0,5 pontos - de 45,1 a 60 dias: 0,2 pontos - acima de 60 dias: 0 pontos	Multiplicar o total de pontos pelo peso 3.
MP6	Tempo médio gasto no processo de compra por modalidade de licitação, desde a emissão do pedido ate a conclusão do processo	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Soma total dos dias gastos nos processo de aquisição}}{\text{Numero de processos}}$	-
MP7	Percentual de Unidades atendidas de acordo com o cronograma de distribuição	DISTRIBUICAO	Pesquisa em documentos na CAF	$\frac{\text{Total de Unidades atendidas de acordo com o cronograma}}{\text{Total de Unidades}}$	Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP8	Tempo médio de solicitação do fornecedor ao recebimento de medicamentos	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Soma total dos dias gastos do pedido ao recebimento dos medicamentos de todos os fornecedores}}{\text{Numero de fornecedores}}$	-
MP9	Percentual de perdas de medicamento decorrentes de armazenamento inadequado	ARMAZENAMENTO	Pesquisa em documentos na CAF	$\frac{\text{Número de itens perdidos decorrentes do armazenamento}}{\text{Total de itens estocados}}$	- Se o valor for zero: pontuação 01 e multiplicar por peso 3; - Se o valor não for zero, Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP10	Numero de reuniões da CFT	SELECAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
MP11	Percentual de medicamentos comprados por meio de modalidade de licitação	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de medicamentos comprados por licitação}}{\text{Total de medicamentos comprados}}$	Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP12	Percentual de processos de compra que utilizam a denominação genérica	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de processos que utilizam a denominação genérica}}{\text{Total de processos}}$	Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo

					peso 3.
MP13	Percentual de processos de compra em que houve avaliação de fornecedor	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de processos de compra em que houve avaliação do fornecedor}}{\text{Total de processos de compra}}$	Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP14	Percentual de medicamentos comprados que se encontram listados na REMUME	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de medicamentos comprados que se encontram listados na RME}}{\text{Total de medicamentos comprados}}$	Multiplicar o percentual obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP15	Tempo médio de tramitação do processo entre a solicitação para a SMS ate o recebimento do empenho	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Soma total dos dias gastos na tramitação dos processos de licitação até o recebimento do empenho}}{\text{Total de processos}}$	-
MP16	Existência de Registros de Movimentação de Estoque	ARMAZENAMENTO	Pesquisa em documentos na CAF	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto - Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP17	Percentual de Medicamentos programados e não adquiridos	PROGRAMACAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de medicamentos programados e não adquiridos}}{\text{Total de medicamentos programados}}$	Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP18	Periodicidade em que a REMUME e atualizada	SELECAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
MP19	Percentual de aplicação dos recursos programados para a AF básica	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de recursos aplicados}}{\text{Total de recursos programados}}$	Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP20	Acompanhamento e Avaliação das ações programadas	GESTAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto - Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 3.

MP21	Existência de avaliações da RME na rede municipal	AVALIACAO	Entrevistas com informante chave	-	- Se sim – 1 ponto - Se não – 0 ponto - Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 3.
MP22	Numero de Solicitações de medicamentos por ordem judicial	AQUISICAO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-
MP23	Número de supervisões realizadas por farmacêuticos das SER às unidades de saúde por mês.	GESTÃO	Entrevista com informante chave	-	-
MP24	Número de unidades de saúde abastecidas com atraso	DISTRIBUIÇÃO	Pesquisa em documentos na CAF	-	-
MP25	Percentual de medicamentos comprados fora da RME	AQUISIÇÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de medicamentos comprados fora da RME}}{\text{Total de medicamentos comprados}}$	- Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 3
MP26	Percentual da lista de medicamentos essenciais que não são disponibilizados	AQUISIÇÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de itens disponibilizados}}{\text{Total de itens estocados}}$	-
MR1	Percentual de disponibilidade dos medicamentos da relação pactuada na CAF	AQUISIÇÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de itens em estoque na CAF}}{\text{Total de itens da Relação}}$	- Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 2
MR2	Tempo médio de desabastecimento na CAF	AQUISIÇÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Somatório do número de dias de desabastecimento}}{\text{Número de medicamentos cobertos}}$	-
MR3	Percentual de medicamentos genéricos adquiridos	AQUISIÇÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de itens genéricos adquiridos}}{\text{Total de itens adquiridos}}$	- Multiplicar o valor obtido na forma decimal, pelo peso 2
MR4	Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos nos serviços	DISTRIBUIÇÃO	Pesquisa em documentos na CAF	Total de dias gastos na reposição dos serviços	-
MR5	Percentual de demanda não atendida de medicamentos no município	AQUISIÇÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	$\frac{\text{Total de dias de falta dos medicamentos}}{\text{Total de dias}}$	-
MR6	Percentual de medicamentos adquiridos por laboratório público municipal	AQUISIÇÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	Total de itens adquiridos de laboratório público	- Multiplicar o valor obtido na forma

				Total de itens adquiridos	decimal, pelo peso 2
MR7	Recurso anual gasto com a compra de medicamentos	GESTÃO	Pesquisa em documentos na CELAF	-	-

Anexo 02: Descrição dos indicadores do nível micro segundo o aspecto avaliado/ fonte do dado/ metodo de calculo/ escalas para pontuação- 2ª OFICINA

INDICADOR	DESCRICAO	ASPECTO ANALISADO	FONTE DO DADO	MÉTODO DE CALCULO	ESCALAS PARA PONTUACAO
mE1	Verificar a presença da REMUME ou relação pactuada disponível aos prescritores.	SELECAO	Entrevista com o coordenador da unidade ou responsável.	-	- Se sim – 1 ponto x peso (2) = 2 - Se não – 0 ponto
mE2	Verificar a presença de Protocolos Clínicos disponíveis aos prescritores.	SELECAO	Entrevista com o coordenador da unidade ou responsável	-	- Se sim – 1 ponto x peso (2) = 2 - Se não – 0 ponto
mE3	Verificar a presença de Procedimentos Operacionais Padrões para o armazenamento dos medicamentos.	ARMAZENAMENTO	Observação direta	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto
mE4	Verificar a existência de norma técnicas escritas para a dispensacao dos medicamentos	DISPENSACAO	Entrevista com o coordenador da unidade ou responsável	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto
mE5	Verificar o percentual de profissionais de nível superior capacitados para a notificação de Reações adversas a medicamentos (RAM)	CAPACITACAO	Entrevista com o coordenador da unidade ou responsável	Dividir o numero de profissionais capacitados pelo total de profissionais da unidade x 100	Considerar o percentual obtido dividir por 10 e multiplicar por 2
mE6	Verificar o percentual de atendimento as Boas Praticas de Armazenamento (BPA).	ARMAZENAMENTO	Observação dos parâmetros na farmácia da unidade – observação direta	Somar o total de pontos dividir por 16 e multiplicar por 100	Considerar o percentual obtido dividir por 10 e multiplicar por 3

mE7	Verificar se a unidade de saúde realiza controle de estoque	ARMAZENAMENTO	Entrevista com o auxiliar de farmácia	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto
mP1	Verificar o percentual médio de variação no inventário para os medicamentos estocados – considerar somente os dez medicamentos traçadores	ARMAZENAMENTO	Contagem do estoque e verificação do quantitativo no sistema ou fichas	1- contar os medicamentos 2- anotar a quantidade no sistema de controle de estoque 3- subtrair a quantidade do inventário e a do sistema (considerar valores absolutos) 4- dividir a diferença pela quantidade de cada item do controle de estoque e multiplicar por 100 5- somar os percentuais e dividir por 10	Resultados: - 0: 1 ponto - 0,1 – 5%: 0,8 pontos - 5,1 – 10%: 0,5 pontos - 10,1 – 15%: 0,2 pontos - acima de 15%: 0 pontos.
mP2	Verificar o percentual médio de controle de estoque que corresponde a contagem física dos medicamentos traçadores	ARMAZENAMENTO	Contagem do estoque e verificação do quantitativo no sistema ou fichas	De acordo com a contagem para o indicador mp1 verificar quantos itens corresponde a contagem física. Se a diferença for até 10 unidades considerar diferença zero. - somar os itens que correspondem dividir por 10 e multiplicar por 100	Percentual médio dos itens que correspondem multiplicado por peso 2
mP3	Verificar se a unidade possui registros de movimentação de estoque	ARMAZENAMENTO	Entrevista com o auxiliar de farmácia	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto
mP4	Verificar se e investigado pelo auxiliar o histórico de recebimento de medicamentos pelos pacientes	DISPENSACAO	Observação direta	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto
mP5	Verificar se a unidade utiliza o sistema informatizado para controlar o estoque de medicamentos	ARMAZENAMENTO	Observação direta	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto
mP6	Verificar o percentual de atendimento dos requisitos de qualidade do mapa mensal de medicamentos (último mês)	DISTRIBUICAO	Pesquisa em documentos da Central de Abastecimento Farmacêutico – mapa do mês anterior	Somar o total de pontos alcançados no formulário de avaliação da qualidade do mapa dividir pelo total de pontos (31) x 100. - Para pontuar a questão 7: somar no mapa o total de itens com saldo zero (100%). Em seguida somar o total de	- Multiplicar a pontuação resultante da resposta de cada pergunta pelo peso respectivo.

			<p>itens com saldo zerado para o qual foi informado a coluna: dias c/falta no mapa. Dividir:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens c/ dias com falta}}{\text{Total de itens com saldo zerado.}}</math></p> <p>- Para pontuar a questão 8: somar no mapa o total de itens com saldo(100%). Em seguida somar o total de itens dos quais foi informado o prazo de validade. Dividir:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens c/ prazo de validade}}{\text{Total de itens com saldo}}</math></p> <p>- Para pontuar a questão 9: Verificar o envio de medicamentos anterior (entrada) ao mapa que esta sendo avaliado e dividir:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens informado no mapa de acordo com o envio}}{\text{Total de itens enviados}}</math></p> <p>- Para pontuar a questão 10: dividir o n<sup>o</sup> de itens em que o Consumo Médio Mensal (CMM) informado no mapa reflete a saída de medicamentos pelo total de medicamentos. Considerar um CMM que reflete igual a no maximo 10% superior a saída de medicamentos.</p> <p>- Para pontuar a questão 11: dividir o n<sup>o</sup> de itens em que o CMM informado no mapa e inferior (subestimado) a saída de medicamentos pelo total de</p>	<p>- Da questão 1 a 6: se sim – 1 ponto x peso (s) = 2  - Se não – 0 ponto.</p> <p>- Da questão 7 a 9: calcular os percentuais e multiplicar na sua forma decimal por peso 3.</p> <p>- Pontuar as questões 11 e 12 de acordo com: 0% (1 ponto), de 0,1 a 5% (0,8 pontos), de 5,1 a 10% (0,5 pontos), de 10,1 a 15% (0,2 pontos), acima de 15% (0 pontos).</p> <p>- Classificar de acordo com a pontuação obtida em:  - Aceitável: maior que 80% da pontuação.  - Insatisfatório: Entre 40 e 79% da pontuação.  - Critico: Menor</p>
--	--	--	--	---

				medicamentos. - Para pontuar a questão 12 : dividir o no de itens em que o CMM informado no mapa e superior a saída de medicamentos informada no mapa mais 10% pelo total de medicamentos.	ou igual a 39,9% da pontuação. - Mapa bem preenchido: Maior ou igual a 90% da pontuação.
mP7	Verificar se a unidade obedeceu ao cronograma de distribuição de medicamentos (ultimo mês)	DISTRIBUICAO	Pesquisa em documentos da CAF – mapa do mês anterior entregue na data estipulada para distribuição.	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto
mR1	Percentual de medicamentos da lista pactuada prescritos dispensados na unidade de saúde	AQUISICAO	Coleta nas unidades de saúde no momento da dispensação	Acompanhar a dispensação de 30 prescrições na unidade de saúde. De cada prescrição anotar o no de medicamentos prescritos e dispensados. Somar o total de medicamentos prescritos e atendidos. Dividir: $\frac{\text{Total de medicamentos atendidos}}{\text{Total de medicamentos prescritos}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 3.
mR2	Percentual de disponibilidade de medicamentos disponíveis em estoque na unidade de saúde	AQUISICAO	Verificação na unidade dos itens padronizados em estoque	Dividir: $\frac{\text{Total de itens disponíveis}}{\text{Total de itens padronizados – AB}}$	Multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, pelo peso 3.
mR3	Percentual de medicamentos com prazo de validade vencido na unidade.	ARMAZENAMENTO	Observação direta na unidade de saúde	Dividir: $\frac{\text{Total de itens vencidos}}{\text{Total de itens estocados}}$	Considerar o percentual zero como pontuação 01. Se não for zero, multiplicar o percentual obtido, na forma decimal, e multiplicar pelo peso 3.

mR4	Numero médio de dias com estoque zerado	AQUISICAO	Verificação na unidade de saúde dos itens que estão zerados, do dia em que faltou o medicamento nos últimos 30 dias.	De cada medicamento em falta, anotar o total de dias em que esta em falta desde a ultima entrega de medicamentos. Somar o total de dias com estoque zerado e dividir pelo total de medicamentos em falta. Excluir os itens que estão em falta na unidade devido a falta na CAF.	Pontuar de acordo com a escala: - 0 a 1 dias: 1 ponto; - 1,1 a 5 dias: 0,8 pontos; - 5,1 a 8 dias: 0,5 pontos; - 8,1 a 10 dias: 0,2 pontos; - acima de dez dias: 0 pontos;
mR5	Percentual de itens de Boas Praticas de Dispensacao atendidas	DISPENSACAO	Observação dos parâmetros de dispensacao na farmácia da unidade – observação direta	Somar o total de pontos dividir por 10 e multiplicar por 100	Considerar o percentual obtido dividir por 10 e multiplicar por 3
mR6	Verificação de dispensacao de medicamentos com a apresentação da Receita medica.	DISPENSACAO	Observação direta na unidade de saúde	-	- Se sim – 1 ponto x peso (3) = 3 - Se não – 0 ponto.

## ANEXO 03

**FORMULÁRIO 01 - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE FORTALEZA ( NÍVEL MACRO)****1. Identificação**

ENTREVISTADOR:	
DATA:	

**2. Aspectos da Estrutura**

INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE =(RESPOSTA X PESO)
1. A Célula de Assistência Farmacêutica (CELAF) de Fortaleza está contemplada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde?	ME1		1	
Observação:				
2. A AF está incluída no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas?	ME2		1	
Observação:				
3. Existem procedimentos para o monitoramento da AF, por meio de indicadores?	ME3		1	
Observação:				
4. A CELAF possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, além da lista pactuada?	ME4		1	
Observação:				
5. Qual o último ano de publicação da Relação?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
6. A CELAF possui Formulário Terapêutico?	ME5		1	
Observação:				
7. Total de Formulários Terapêuticos publicados	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
8. Total de Médicos de Fortaleza na atenção primária?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
9. Qual a relação entre o número de exemplares de Formulários Terapêuticos publicados e o número de médicos?	ME6		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
10. Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica?	ME7		1	
Observação:				
11. Existem políticas estabelecidas para uso de antimicrobianos, antissépticos ou outro tipo de medicamento?	ME8		1	
12. Existem documentos com critérios técnico-científicos e econômicos definidos para a seleção de medicamentos?	ME9		1	

## CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO 01

INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE =(RESPOSTA X PESO)
13. Existem protocolos clínicos?	ME10		1	
Observação:				
14. Existem catálogos contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal?	ME11		1	
Observação:				
15. Existem programações continuadas para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos?	ME12		1	
Observação:				
16. Existe Plano vigente de educação permanente para os profissionais (nível superior e médio) que atuam na AF?	ME13		1	
Observação:				
17. Existe orçamento financeiro destinado às atividades de AF?	ME14		1	
Observação:				
18. Número de farmacêuticos que trabalham na AF em nível central (CELAF e SER)?	ME15		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
19. Número de farmacêuticos que atuam na AF em Fortaleza?	ME16		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
20. Total de Unidades Básicas de Saúde	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
21. Número de farmacêuticos que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
22. Percentual de Unidades Básicas de Saúde que possuem farmacêutico?	ME17		1	
Observação:				
23. Número de Farmacêuticos trabalhando na CAF municipal?	ME18		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
24. População de Fortaleza	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
25. Número de farmacêuticos que trabalham na AF por 1000 habitantes?	ME19		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
26. Número de farmacêuticos que trabalham com AF nas SER?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
27. Percentual de SER que possuem farmacêutico	ME20		1	

**CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO 01**

INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE =(RESPOSTA X PESO)
28. Número de trabalhadores da AF (exceto farmacêuticos) - nível médio	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
29. Número de trabalhadores da AF (exceto farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 h e m A F ?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
30. Percentual de trabalhadores da AF (exceto farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 h e m A F ?	ME21		1	
31. Total de unidades que dispensam medicamentos sujeitos a controle especial (portaria 3 4 4 ) ?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
32. Percentual de Unidades que dispensam medicamentos sujeitos a controle especial que possuem farmacêutico na dispensação?	ME22		1	
Observação:				
33. Percentual de Medicamentos da Relação de Medicamentos Essenciais em concordância com a lista de medicamentos do estado?	ME23		1	
Observação:				
34. Percentual de Medicamentos da Relação de Medicamentos Essenciais em concordância com a R E N A M E ?	ME24		1	
Observação:				
35. Existem restrições de compra de medicamentos que não pertencem à Relação de Medicamentos?	ME25		1	
Observação:				
36. Qual a categoria profissional do responsável pela definição das especificações técnicas das c o m p r a s ?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
37. Percentual de adequação às Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos do almoxarifado municipal. (Aplicar Formulário 03).	ME26		1	
Observação:				
38. Existe sistema de controle de estoque no depósito municipal de medicamentos?	ME27		1	
Observação:				
39. Existem procedimentos preventivos da perda de medicamentos por validade no depósito municipal?	ME28		1	
Observação:				

**CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO 01**

INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE =(RESPOSTA X PESO)
40. Existem procedimentos para o correto armazenamento e transporte dos medicamentos no almoxarifado municipal?	ME29		1	
41. Percentual de adequação às Boas Práticas de Distribuição e Transporte de Medicamentos do almoxarifado municipal?(Aplicar Formulário 10).	ME30		1	
Observação:				
<b>TOTAL DE ESCORES (ESTRUTURA)</b>				
<b>3. Aspectos do Processo</b>				
01. A programação das necessidades de medicamentos é realizada de acordo com os métodos recomendados?	MP1		3	
Observação:				
02. Percentual de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos últimos 12 meses? (Aplicar Formulário 11).	MP2		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
03. Percentual de itens programados e adquiridos nas quantidades programadas. (Aplicar Formulário 12).	MP3		3	
Observação:				
04. Percentual de profissionais que receberam algum curso de treinamento na área de AF.	MP4		3	
Observação:				
05. Desempenho de Fornecedores (pontualidade). (Aplicar Formulário 13).	MP5		3	
Observação:				
06. Tempo médio gasto no processo de compra por modalidade de licitação, desde a emissão do pedido até a conclusão do processo.	MP6		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
07. Percentual de Unidades atendidas de acordo com o cronograma de distribuição. (Aplicar Formulário 14).	MP7		3	
Observação:				
08. Tempo médio de solicitação do fornecedor ao recebimento de medicamentos (Aplicar Formulário 15).	MP8		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
09. Percentual de perdas de medicamentos decorrentes de armazenamento inadequado. Se a perda for zero considerar valor 1. Se não for zero acrescentar o sinal negativo ao percentual.	MP9		3	
Observação:				

**CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO 01**

INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE =(RESPOSTA X PESO)
10. Número de Reuniões da CFT no último ano	MP10	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
Observação:				
11. Percentual de medicamentos comprados por meio de modalidade de licitação.	MP11		3	
Observação:				
12. Percentual de processos de compra que utilizam a denominação genérica.	MP12		3	
Observação:				
13. Percentual de processos de compra em que houve avaliação do desempenho dos fornecedores.	MP13		3	
Observação:				
14. Percentual de medicamentos comprados que se encontram listados na RME.	MP14		3	
Observação:				
15. Tempo médio de tramitação do processo entre a solicitação da SMS até o recebimento do empenho. (Aplicar Formulário 16).	MP15		-	NÃO PONTUAR
16. Existem na CAF registros de movimentação de e s t o q u e ?	MP16		3	
Observação:				
17. Percentual de medicamentos programados e não adquiridos. (Aplicar Formulário 12).	MP17		3	
18. Periodicidade com que a RME é atualizada	MP18	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
19. Percentual de Aplicação dos recursos programados para AF básica. (Aplicar Formulário 17).	MP19		3	
Observação:				
20. As ações programadas de AF são acompanhadas e avaliadas?	MP20		3	
Observação:				
21. Existe alguma avaliação da Relação de Medicamentos Essenciais na rede municipal?	MP21		3	
Observação:				
22. Número de Solicitações de Medicamentos e insumos farmacêuticos por via judicial.	MP22	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
Observação:				
23. Número de Supervisões realizadas por farmacêuticos das SER às unidades de saúde por m ê s .	MP23	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
Observação:				
24. Número de unidades de saúde abastecidas c o m a t r a s o .	MP24	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
Observação:				

**CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO 01**

INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE =(RESPOSTA X PESO)
25. Percentual de medicamentos comprados fora da RME? Se a perda for zero considerar valor 1. Se não for zero acrescentar o sinal negativo ao percentual (Aplicar Formulário 18).	MP25		3	
Observação:				
26. Percentual da lista de medicamentos essenciais que não são disponibilizados?	MP26		3	NÃO PONTUAR
Observação:				
<b>TOTAL DE ESCORES (PROCESSO)</b>				

**4. Aspectos dos Resultados**

01. Percentual de disponibilidade dos medicamentos da relação pactuada na CAF (Aplicar Formulário 07).	MR1		2	
Observação:				
02. Tempo médio de desabastecimento na CAF	MR2	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
Observação:				
03. Percentual de medicamentos genéricos adquiridos.	MR3		2	
04. Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos nos serviços.	MR4	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
Observação:				
05. Percentual de demanda não atendida de medicamentos no município. Aplicar Formulário 19.	MR5	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
Observação:				
06. Percentual de medicamentos adquiridos por laboratório público municipal.	MR6		2	
07. Recurso anual gasto com a compra de medicamentos	MR7	INFORMATIVO	-	NÃO PONTUAR
<b>TOTAL DE ESCORES (RESULTADO)</b>				

PONTUAÇÃO MÁXIMA DO QUESTIONÁRIO:	70 pontos
PONTUAÇÃO OBTIDA	
PERCENTUAL DE ATENDIMENTO DOS PARÂMETROS DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	

CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA / CRITÉRIOS PACTUADOS	
ÓTIMA	90 A 100% ( 63,0 a 70,0 PONTOS)
SATISFATÓRIA	75 A 89,9% ( 52,50 a 62,93 PONTOS)
PRECÁRIA	50 A 74,9% ( 35,0 a 52,43 PONTOS)
CRÍTICA	MENOR QUE 49,9% ( MENOS QUE 34,93 PONTOS)
RESULTADO DA UNIDADE DE SAÚDE	

**ANEXO 04****FORMULÁRIO 02 - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA****1. Identificação da Unidade**

ENTREVISTADOR:	
DATA:	
UNIDADE DE SAÚDE:	
SER:	
COORDENADOR:	
AUXILIAR DE FARMÁCIA:	
DATA DA ÚLTIMA ENTREGA DE MEDICAMENTOS:	

**2. Aspectos da Estrutura**

INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE =(RESPOSTA X PESO)
1. A Unidade de Saúde possui a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais ou Lista pactuada da Atenção Básica impressa e disponível aos prescritores nos consultórios?	mE1		2	
Observação:				
2. A Unidade de Saúde possui Protocolos Clínicos disponíveis aos prescritores?	mE2		2	
Observação:				
3. A Unidade de Saúde possui Procedimentos Operacionais Padrões para o armazenamento dos medicamentos?	mE3		3	
Observação:				
4. A Unidade de Saúde possui Normas Técnicas escritas para a dispensação dos medicamentos?	mE4		3	
Observação:				
5. Total de Profissionais de nível superior da área de saúde que trabalha na Unidade?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
6. Total de Profissionais de nível superior da área de saúde capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos?	INFORMATIVO		-	NÃO PONTUAR
Observação:				
7. Percentual de profissionais de nível superior da área de saúde capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos?	mE5		2	
Observação:				

CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO 02				
INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE (=RESPOSTA X PESO)
8. Percentual de adequação às Boas Práticas de Armazenamento? (Aplicar Formulário 03)	mE6		3	
09. A Unidade de Saúde realiza controle de estoque?	mE7		3	
<b>TOTAL DE ESCORES (ESTRUTURA)</b>				

### 3. Aspectos do Processo

01. Porcentagem média de variação no inventário para os medicamentos estocados. (Aplicar Formulário 04)	mP1		2	
Observação:				
02. Porcentagem média do registro de controle estoque que corresponde à contagem física de medicamentos em estoque.(Aplicar Formulário 04).	mP2		2	
Observação:				
03. A Unidade de Saúde possui registros de Movimentação de Estoque?	mP3		3	
Observação:				
04. A Unidade de Saúde investiga o histórico de recebimento de medicamentos do usuário antes da dispensação (consulta ao sistema informatizado)?	mP4		3	
Observação:				
05. A Unidade utiliza o sistema informatizado para controlar o estoque de medicamentos?	mP5		3	
Observação:				
06. Porcentagem de atendimento dos Requisitos de Qualidade do Mapa Mensal de Medicamentos, referente ao último mês?(Aplicar Formulário 05) – Não preencher	mP6		2	
Observação:				
07. A Unidade obedeceu ao último cronograma de entrega dos mapas na CELAF/ CAF? – Não preencher	mP7		3	
<b>TOTAL DE ESCORES (PROCESSO)</b>				

### 4. Aspectos dos Resultados

01. Porcentagem de medicamentos atendidos que estão na lista de medicamentos pactuada? (Aplicar Formulário 06).	mR1		3	
Observação:				
02. Porcentagem dos medicamentos disponíveis em estoque? (Aplicar Formulário 07).	mR2		3	

CONTINUAÇÃO DO FORMULÁRIO 02				
INDICADOR	IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTA OU SIM = 1 / NÃO = 0	PESO	ESCORE (=RESPOSTA X PESO)
03. Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na Unidade. Considerar que percentual zero de medicamentos vencidos corresponde ao valor 1. (Aplicar Formulário 07).	mR3		3	
04. Porcentagem média de dias com estoque zerado. (Aplicar Formulário 08). Considerar que percentual zero de dias com estoque zerado corresponde ao valor 1.	mR4		3	
05. Percentual de Itens de Boas Práticas de Dispensação atendidos? (Aplicar Formulário 09).	mR5		3	
Observação:				
06. A Unidade dispensa medicamentos com a apresentação da prescrição médica?	mR7		3	
Observação:				
<b>TOTAL DE ESCORES (RESULTADO)</b>				

PONTUAÇÃO MÁXIMA DO QUESTIONÁRIO:	51,1 PONTOS
PONTUAÇÃO OBTIDA PELA UNIDADE DE SAÚDE	
PERCENTUAL DE ATENDIMENTO DOS PARÂMETROS DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	

CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA / CRITÉRIOS PACTUADOS	
ÓTIMA	90 A 100% ( 45,9 a 51,1 PONTOS)
SATISFATÓRIA	75 A 89,9% ( 38,32 a 45,89 PONTOS)
PRECÁRIA	50 A 74,9% ( 25,55 a 38,27 PONTOS)
CRÍTICA	MENOR QUE 49,9% ( MENOS QUE 25,49 PONTOS)
RESULTADO DA UNIDADE DE SAÚDE	

\*Obs.: Os indicadores que são expressos em percentual, não devem ser contabilizados como percentual e sim como número decimal.

**ANEXO 05****FORMULÁRIO 03 - INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS BOAS PRÁTICAS DE  
ARMAZENAMENTO  
OBSERVAÇÃO**

ÍTEM	RESPOSTA		SCORE
	SIM = 1	NÃO = 0	
01. Os Locais estão limpos, sem poeira ou sujeira aparente?			
02. As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (pisos, balcões e paredes de cor clara. Lavável, de fácil higienização).			
03. O piso, paredes e tetos estão em boas condições de conservação?			
04. A Unidade dispõe de algum método para controlar a temperatura? (ex.: espaço entre o telhado e o teto com pelo menos 3 metros, ventiladores, refrigerador de ar, etc...)			
05. O método para controlar a temperatura é suficiente para a manutenção de uma temperatura adequada de armazenamento?			
06. A ventilação é suficiente. Há janelas que possam ser abertas, saídas de ar (respiradouros, exaustores)?			
07. Os medicamentos estão protegidos da ação direta da luz solar?			
08. A área é livre de umidade?(ex.: sem goteira no telhado ou teto, infiltração nas paredes e/ ou teto, etc...)			
08. Os medicamentos são estocados em contato direto com o chão e paredes? (SE A RESPOSTA FOR SIM A PONTUAÇÃO DEVE SER NEGATIVA).			
09. Os medicamentos são estocados em contato direto com os paredes? (SE A RESPOSTA FOR SIM A PONTUAÇÃO DEVE SER NEGATIVA).			
10. A unidade possui termômetro para verificação da temperatura ambiente? Anotar o valor de a resposta for sim:			
09. Há locais para conservação a frio (geladeiras) com termômetro e mapas de controle de temperatura do estabelecimento?			
10. A geladeira é exclusiva para a guarda de medicamentos?			
11. Os medicamentos são armazenados de forma sistemática? (ordem alfabética, classe terapêutica, ou por ordem de validade).			
12. Há evidências de pestes (insetos ou roedores) no local? (SE A RESPOSTA FOR SIM A PONTUAÇÃO DEVE SER NEGATIVA).			
13. Existe extintores de incêndio sendo o acesso aos mesmos livre e desimpedido e estes estão dentro do prazo de validade da inspeção?			
Observação:			
<b>TOTAL DE SCORES</b>			

\* Aplicável aos locais de armazenamento de medicamentos: Farmácia e depósitos.

\* Fonte: Adaptado de Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados, MS, 2005.

PONTUAÇÃO MÁXIMA DO QUESTIONÁRIO:	10 PONTOS
PONTUAÇÃO OBTIDA PELA UNIDADE DE SAÚDE	
PERCENTUAL DE ATENDIMENTO DOS PARÂMETROS DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. (TRANSFERIR ESSE RESULTADO PARA O FORMULÁRIO 02).	

**ANEXO 06**

**FORMULÁRIO 04 – INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DA VARIAÇÃO ENTRE O  
INVENTÁRIO DOS MEDICAMENTOS PACTUADOS ESTOCADOS E O SISTEMA DE CONTROLE  
DE ESTOQUE**

MEDICAMENTOS	INVENTÁRIO	CONTROLE DE ESTOQUE	DIFERENÇA	PERCENTUAL DE VARIAÇÃO
01. Ácido acetilsalicílico 100 mg / comprimido				
02. Ácido Fólico 5 mg / comprimido				
03. Albendazol suspensão / frasco				
04. Amoxicilina suspensão / frasco				
05. Benzilpenicilina Proc.+ Pot.100.000 + 300.000 UI / amp.				
06. Captopril 25 mg / comprimido				
07. Dexametasona 0,1% creme				
08. Diclofenaco de potássio 50 mg/ comprimido				
09. Omeprazol 20 mg / cápsula				
10. Paracetamol 500 mg / comprimido				
<b>TOTAL DOS PERCENTUAIS DE VARIAÇÃO:</b>				
<b>PORCENTAGEM MÉDIA DE VARIAÇÃO POR MEDICAMENTO:</b>				
<b>PONTUACAO:</b>				

**INSTRUÇÕES PARA CÁLCULO DO INDICADOR mP1**

1. Anotar a quantidade em estoque do medicamento

2. Verificar o estoque em prateleira e anotar

3. Anotar a diferença o sistema e o inventário

4. Calcular o percentual de variação utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{DIFERENÇA X 100}}{\text{QUANTIDADE DO CONTROLE DE ESTOQUE}}$$

5. Calcular a porcentagem média de variação utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{TOTAL DOS PERCENTUAIS DE VARIAÇÃO}}{\text{TOTAL DE MEDICAMENTOS = 10}}$$

6. Considerar o percentual de variação com duas casas decimais.

7. Pontuar o indicador mP1 de acordo com a escala: 0 a 5% de variação: 0,8 pontos / 5,1 a 10%: 0,5 pontos/ 10,1 a 15%: 0,2 pontos/ acima de 15 % de variação: 0 pontos

**INSTRUÇÕES PARA CÁLCULO DO INDICADOR mP2**

8. Calcular a porcentagem média do registro de controle de estoque que corresponde à contagem física de medicamentos em estoque:

- Anotar o total de medicamentos em que as quantidades (inventariada e sistema) foram iguais:
- Calcular o Indicador mP2 (Formulário 02):

$$\frac{\text{TOTAL DE MEDICAMENTOS EM QUE NÃO HOUVE VARIAÇÃO DE ESTOQUE X 100}}{\text{TOTAL DE MEDICAMENTOS = 10}}$$

- Considerar uma diferença de ate 10 unidades como zero.

## ANEXO 07

**FORMULÁRIO 05 – INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DOS REQUISITOS DE  
QUALIDADE DO MAPA MENSAL DE MEDICAMENTOS**

ÍTEMS	PESO	PARÂMETROS	RESULTADOS		TOTAL
			SIM	NÃO	
1. O mapa está assinado pelo responsável pelo preenchimento ou coordenador?	2	Padrão: Sim			
2. O mapa está identificado com o nome da Unidade de Saúde?	2	Padrão: Sim			
3. O mapa possui a data na qual foi preenchido na Unidade de Saúde?	2	Padrão: Sim			
4. As informações estão legíveis?	2	Padrão: Sim			
5. Contém rasuras?	2	Padrão: Não			
6. As informações contidas no mapa são coerentes? Ou seja estão certas os valores somados e subtraídos?	3	Padrão: Sim			
ÍTEMS	PESO	PARÂMETROS	RESULTADOS		TOTAL
7. Percentual de medicamentos que possuem a coluna “Dias com Falta” preenchida, quando necessário.	3	Padrão: 100%			
8. Percentual de medicamentos que possuem o prazo de validade dos medicamentos estocados, informado no mapa.	3	Padrão: 100%			
9. Percentual de medicamentos que possuem os dados informados na Coluna “Entrada” de acordo com a última remessa de medicamentos enviada pela CAF.	3	Padrão: 100%			
10. Percentual de medicamentos em que o Consumo Médio Mensal (CMM) informado no mapa reflete a saída de medicamentos.	3	Padrão: 100%			
11. Percentual de medicamentos em que o CMM está subestimado. Pontuação: 0%:1 ponto/ 0 – 5%: 0,8 pontos/ 5,1 – 10%: 0,5 pontos/ 10 – 15%: 0,2 pontos/ acima de 15%: 0 pontos	3	Padrão: 0			
12. Percentual de medicamentos em que o CMM está superestimado. Pontuação: 0%:1 ponto/ 0 – 5%: 0,8 pontos/ 5,1 – 10%: 0,5 pontos/ 10 – 15%: 0,2 pontos/ acima de 15%: 0 pontos	3	Padrão: 0			
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>					
<b>RESULTADO DA QUALIDADE DO MAPA (CLASSIFICAÇÃO):</b>					

\* Obs.: Para cálculo do percentual de atendimento dos requisitos de qualidade do Mapa Mensal de Medicamentos proceder da seguinte maneira:

1. Considerar o último mapa recebido na Central de Abastecimento Farmacêutico
2. Para os itens em que o padrão for zero, considerar quando o padrão for atingido o valor de 1.
3. Somar a pontuação obtida pela Unidade
4. Calcular usando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{TOTAL DE PONTOS} \times 100}{31}$$

31

4. Classificar o resultado obtido conforme os parâmetros do consenso:

ACEITÁVEL	MAIOR QUE 80% - MAIOR QUE 24,8 PONTOS
INSATISFATÓRIO	ENTRE 40 E 79% - ENTRE 12,4 E 24,49 PONTOS
CRÍTICO	MENOR OU IGUAL A 39% - MENOR OU IGUAL A 12,09 PONTOS
MAPA BEM PREENCHIDO	MAIOR OU IGUAL A 90% - MAIOR OU IGUAL A 27,9 PONTOS

**ANEXO 08****FORMULÁRIO 06 – INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO DOS MEDICAMENTOS ATENDIDOS PELA UNIDADE DE SAÚDE**

<b>PRESCRIÇÕES</b>	<b>TOTAL DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS</b>	<b>TOTAL DE MEDICAMENTOS ATENDIDOS</b>
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
<b>TOTAL</b>		

Obs.: Para cálculo do percentual de atendimento acompanhar o atendimento de 20 prescrições e proceder da seguinte maneira:

1. Anotar o total de medicamentos prescritos da lista pactuada
2. Anotar o total de medicamentos atendidos da lista pactuada
3. Somar o total de medicamentos prescritos e atendidos
4. Calcular o percentual de atendimento utilizando a seguinte fórmula:  $= \frac{\text{TOTAL DE MEDICAMENTOS ATENDIDOS} \times 100}{\text{TOTAL DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS}}$
5. Transferir o resultado para o Formulário 02.



**ANEXO 10****FORMULÁRIO 08 – INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DO PERCENTUAL DE DIAS COM ESTOQUE ZERADO DE MEDICAMENTOS**

MEDICAMENTOS	DIAS ÚTEIS (APÓS A DATA DO RECEBIMENTO DO MAPA MENSAL DE MEDICAMENTOS)															TOTAL DE DIAS COM ESTOQUE ZERADO	PERCENTUAL DE DIAS COM ESTOQUE ZERADO	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
<b>TOTAL</b>																		

Para calcular o percentual de dias com estoque zerado para cada medicamento siga as seguintes instruções:

1. Anotar na coluna identificada como medicamentos os itens da relação padronizada que estão em falta.
2. O denominador da fração abaixo vai depender de quantos dias úteis passaram a partir da data da última entrega de medicamentos, que pode variar de 10 a 15.

$$= \frac{\text{TOTAL DE DIAS COM ESTOQUE ZERADO}}{10 - 15 \text{ dias}}$$

Para calcular o percentual médio de dias com estoque zerado para todos os medicamentos da unidade:

$$= \frac{\text{TOTAL DO PERCENTUAL DE DIAS COM ESTOQUE ZERADO PARA CADA MEDICAMENTO}}{62}$$

**ANEXO 11****FORMULÁRIO 09 - INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS BOAS PRÁTICAS DE DISPENSAÇÃO****OBSERVAÇÃO**

ÍTEM	RESPOSTA		SCORE
	SIM = 1	NÃO = 0	
01. A dispensação é realizada por farmacêutico?			
Observação:			
02. Se realizada por funcionário é supervisionada por farmacêutico?			
Observação:			
03. O local da dispensação é adequado?(fácil acesso e permite a interação com o usuário).			
Observação:			
04. O usuário é orientado quanto ao nome do medicamento entregue?			
Observação:			
05. O usuário é orientado quanto ao nome do medicamento não entregue?			
Observação:			
06. O usuário é orientado quanto ao número de tomadas?			
Observação:			
07. O usuário é orientado quanto às sobras de medicamentos?			
Observação:			
08. O usuário é orientado quanto ao tempo de uso do medicamento?			
Observação:			
09. O usuário é orientado sobre como guardar os medicamentos?			
Observação:			
10. O usuário é orientado para manter os medicamentos longe do alcance das crianças?			
11. A unidade fraciona medicamentos? INFORMATIVO			NÃO PONTUA R
Observação:			
12. O fracionamento é realizado de forma adequada (identificação de nome, lote e validade)?			
Observação:			
<b>TOTAL DE ESCORES</b>			

## ANEXO 12

**FORMULÁRIO 10 - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS BOAS PRÁTICAS  
DE DISTRIBUIÇÃO E TRANSPORTE DE MEDICAMENTOS**

ÍTENS	RESPOSTA		ESCORE
	SIM = 1	NÃO = 0	
01. A distribuição de medicamentos para as unidades é realizada de acordo com cronograma previamente estabelecido?			
Observação:			
02. Os medicamentos após separação são identificados como tal?			
Observação:			
03. Os medicamentos são distribuídos com controle de lotes e validades?			
Observação:			
04. Após a separação os medicamentos destinados às US são conferidos por pessoa responsável?			
Observação:			
05. Os medicamentos são distribuídos somente mediante autorização (por escrito) acompanhada das duas vias do documento e assinada pelo farmacêutico responsável?			
Observação:			
06. A nota de saída dos medicamentos discrimina o valor financeiro dos mesmos?			
Observação:			
07. O sistema informatizado ou controle manual possibilita o rastreamento dos medicamentos distribuídos pela CAF?			
Observação:			
08. Os caminhões são adequados para o transporte dos medicamentos? (baú fechado)			
Observação:			
09. Os caminhões utilizados para o transporte dos medicamentos estão em bom estado de conservação?			
Observação:			
10. Os caminhões são limpos periodicamente?			
<b>TOTAL DE ESCORES</b>			
PONTUAÇÃO MÁXIMA DO QUESTIONÁRIO:	10 pontos		
PONTUAÇÃO OBTIDA PELA UNIDADE DE SAÚDE			
PERCENTUAL DE ATENDIMENTO DOS PARÂMETROS DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. (TRANSFERIR ESSE RESULTADO PARA O FORMULÁRIO 02).			













**ANEXO 19****FORMULÁRIO 17 – INSTRUMENTO PARA ACOMPANHAMENTO DO PERCENTUAL DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS PROGRAMADOS PARA AF BÁSICA.**

- ANO DE REFERÊNCIA: 2006

- TOTAL DE RECURSOS PROGRAMADOS: R\$ \_\_\_\_\_

- TOTAL DE RECURSOS APLICADOS: R\$ \_\_\_\_\_

**ACOMPANHAMENTO DOS RECURSOS APLICADOS**

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL

**CÁLCULO DO PERCENTUAL DE APLICAÇÃO DE RECURSOS:**

$$\frac{\text{RECURSOS APLICADOS}}{\text{RECURSOS PROGRAMADOS}} \times 100 =$$

\* Transferir o resultado para o Formulário 01.



## ANEXO 21

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

Você está sendo convidado para participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM FORTALEZA-CE, patrocinada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq) e Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Esta Unidade de Saúde foi selecionada por adequar-se aos critérios definidos na metodologia do projeto e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas no projeto.

O objetivo desse estudo é avaliar aspectos referentes a Assistência Farmacêutica em Fortaleza-Ce.

A participação desta unidade nesta pesquisa consistirá em permitir o trânsito dos entrevistadores para observação de alguns aspectos na Farmácia, consulta a documentos de movimentação de medicamentos e sistema informatizado. Nestas entrevistas, dada a simplicidade das perguntas e da não identificação dos entrevistados nos formulários, será solicitado o consentimento livre e esclarecido verbal. Os entrevistadores são profissionais de nível superior e estudantes de farmácia, adequadamente treinados para a realização dos procedimentos da pesquisa.

As informações fornecidas contribuirão para um maior conhecimento sobre a Assistência Farmacêutica em Fortaleza-Ce.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

Responsável pela Unidade de Saúde:

---

(Nome da Unidade de Saúde)

Fonte: Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultado, 2005, adaptado.