

# Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil

## *Assessment of Pharmaceutical Services in a Southern Brazilian City*

Raquel Altamiranda Bittencourt<sup>I,III</sup>, Marysabel Pinto Telis Silveira<sup>II</sup>, Marília Cruz Guttier<sup>III</sup>,  
Fernanda Fernandes Miranda<sup>IV</sup>, Andréa Dâmaso Bertoldi<sup>III</sup>

**RESUMO:** *Introdução:* A Assistência Farmacêutica (AF) bem planejada e conduzida é importante para o adequado atendimento às necessidades de saúde da população, facilitando o acesso aos medicamentos essenciais e promovendo seu uso racional. *Objetivo:* Avaliar a situação da AF no município de Uruguaiana (RS). *Métodos:* Estudo transversal, com realização de 650 entrevistas, entre junho e setembro de 2013, em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Farmácia Central. Os indicadores de prescrição, de assistência ao paciente e de serviço foram avaliados de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para avaliar a capacidade gerencial e de planejamento da AF, foi utilizado o Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF) do Ministério da Saúde, o qual foi aplicado na Farmácia Central e no almoxarifado de medicamentos. *Resultados:* O número de medicamentos por prescrição variou de 1 a 10 (média = 1,7). Os percentuais de medicamentos prescritos pelo nome genérico e que constam na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) foram de 75,5 e 67,7%, respectivamente; em 9,7% das consultas médicas foram prescritos antibióticos. O tempo médio de consulta médica foi de 6 minutos; 51,4% dos usuários tiveram sua prescrição atendida; apenas 18,9% dos pacientes compreenderam totalmente a prescrição. Dos 24 itens analisados no IAPAF, 12 encontravam-se no estágio 1 (pior avaliação), 12 no estágio 2 e nenhum no estágio 3 (situação considerada ideal). *Conclusão:* Os resultados encontrados parecem demonstrar a deficiência da AF em Uruguaiana quanto ao planejamento, à gerência e à assistência ao paciente. A ausência de gestão efetiva pode resultar em desperdícios e no uso incorreto de medicamentos.

**Palavras-chave:** Assistência farmacêutica. Prescrições de medicamentos. Indicadores de serviços. Serviços de saúde. Gestão em saúde. Assistência à saúde.

<sup>I</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana – Uruguaiana (RS), Brasil.

<sup>II</sup>Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Instituto de Biologia, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

<sup>III</sup>Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

<sup>IV</sup>Curso de Farmácia, Universidade Federal do Pampa, *Campus* Uruguaiana – Uruguaiana (RS), Brasil.

**Autor correspondente:** Marília Cruz Guttier. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Rua Marechal Deodoro, 1.160, 3º Piso, Centro, CEP: 96020-220, Caixa Postal 464, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: maguttier@gmail.com

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

**ABSTRACT: Introduction:** Well-planned and executed pharmaceutical services (PS) are important for proper treatment of the population's health needs, thus enabling the access to essential drugs and promoting their rational use. **Objective:** To assess the situation of PS in the city of Uruguaiana (State of Rio Grande do Sul), Brazil. **Methods:** This cross-sectional study was applied to 650 interviews between June and September of 2013 in 11 Basic Health Units (UBS) and in the Main Pharmacy of the city. The indicators of prescription, of patient's care, and of service, were assessed according to the recommendations of the World Health Organization (WHO). The Instrument of Self-Assessment for Pharmaceutical Services Planning (IAPAF) from the Brazilian Department of Health was used to assess the management and planning capacity of the PS, which was then applied in the Main Pharmacy and in the medicine stockroom. **Results:** The number of drugs per prescription varied from 1 to 10 (mean = 1.7). The percentages of prescribed drugs by generic name, and included in the City List of Essential Drugs (REMUME) were, respectively, 75.5 and 67.7%; antibiotics were prescribed in 9.7% of the medical appointments. The average time of medical appointment was 6 minutes; 51.4% of the users obtained their prescription; only 18.9% of the patients completely understood their prescriptions. Of the 24 items analyzed in the IAPAF, 12 were found in stage 1 (worst rating), 12 in stage 2, and none in stage 3 (ideal situation). **Conclusion:** Results seem to show the lack of PS in Uruguaiana with regard to planning, management, and patient's care. The absence of effective management may result in waste and incorrect use of drugs.

**Keywords:** Pharmaceutical services. Drug prescriptions. Indicators of health services. Health services. Health management. Delivery of health care

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela elaboração e execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF)<sup>1</sup>. Essa se caracteriza como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>2</sup>, tendo o medicamento como insumo essencial<sup>3</sup>, sendo seu bom funcionamento fator determinante para a resolubilidade da atenção em saúde e de bons resultados de indicadores da assistência integral<sup>2</sup>.

Com o objetivo de promover e melhorar o uso de medicamentos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, em 1993, uma seleção de indicadores para analisar de maneira quantitativa e padronizada os serviços de saúde em relação ao uso de medicamentos na atenção básica, criando um conjunto de indicadores de prescrição, de assistência ao paciente e de serviços de saúde<sup>4</sup>.

Utilizando esses indicadores, estudos realizados nos municípios de Esperança (PB)<sup>5</sup> e Ribeirão Preto (SP)<sup>6</sup> concluíram que a AF prestada ao paciente é insuficiente em todos os indicadores avaliados.

Alguns estudos brasileiros avaliaram a AF utilizando outras metodologias<sup>5-9</sup>. É o caso de um estudo realizado em Fortaleza (CE), o qual utilizou um instrumento próprio, realizando perguntas relativas à prática da prescrição e dispensação, concluindo que existe baixa qualidade no atendimento médico e farmacêutico<sup>7</sup>. No Rio Grande do Sul, foi realizada uma avaliação da AF utilizando como

instrumento os indicadores de avaliação da AF básica, desenvolvidos pela Secretaria Estadual da Saúde. O estudo contemplou indicadores de estrutura, processo e resultados, detectando problemas com recursos humanos, materiais e financeiros na maioria dos municípios. Por outro lado, a maior parte deles apresentou organização adequada do estoque de medicamentos<sup>9</sup>.

Para a avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da AF, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do Ministério da Saúde (MS) desenvolveu, em 2006, o Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF)<sup>10</sup>, o qual consta de 24 itens que cobrem todo o ciclo da AF, desde a seleção até a farmacovigilância. A vantagem do seu uso é o auxílio na elaboração de um plano de trabalho por meio da identificação do estágio atual de desenvolvimento e da definição de metas para o desenvolvimento da capacidade técnica e gerencial da AF<sup>10</sup>.

Um estudo que utilizou um instrumento construído pelos próprios pesquisadores, baseado no IAPAF, foi conduzido em um município do Sergipe, onde verificou-se, no almoxarifado central, a capacidade de gestão, seleção, programação, aquisição, armazenamento/distribuição e transporte de medicamentos e insumos farmacêuticos; os indicadores de prescrição e dispensação, por sua vez, foram avaliados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo as etapas de armazenamento, distribuição e transporte as que apresentaram os melhores resultados, e a prescrição a etapa mais crítica do processo<sup>8</sup>.

Considerando a pequena quantidade de estudos que avaliam a AF no Brasil, e com o intuito de estimular os gestores de outros municípios, ao terem conhecimento da existência desses instrumentos e seus resultados, a realizarem a avaliação em seu município e melhorarem a AF local, o presente estudo teve por objetivo avaliar a AF no município de Uruguaiana (RS), utilizando os indicadores recomendados pela OMS e o instrumento proposto pelo MS (IAPAF).

## MÉTODOS

Estudo transversal realizado de junho a setembro de 2013 em Uruguaiana (RS), cidade com aproximadamente 126 mil habitantes. O município apresentava gestão plena das ações de saúde, mas não possuía a AF em seu organograma.

A rede de atenção básica do município era composta de 19 UBS, 5 delas localizadas na zona rural; 2 CAPS; 1 policlínica de especialidades médicas e odontológicas; e 1 policlínica infantil. As cinco UBS da zona rural e três da zona urbana não foram incluídas, pois se encontravam sem atendimento médico. Quando necessitavam de atendimento, os usuários da zona rural eram transportados pela Prefeitura até a zona urbana.

Todas as unidades com atendimento médico foram incluídas no estudo, sendo 11 UBS e 1 policlínica de especialidades. Em todos esses locais havia dispensação de medicamentos, porém, a mesma era realizada por farmacêutico somente na policlínica de especialidades, onde estava localizada a Farmácia Central.

Foram avaliados indicadores de prescrição, de assistência ao paciente e de serviços de saúde propostos pela OMS<sup>4</sup> e foi utilizado o IAPAF proposto pelo MS<sup>10</sup>.

As avaliações da AF com os indicadores propostos pela OMS devem contar com uma amostra mínima de 600 observações<sup>4</sup>. Foram realizadas 650 entrevistas. Com essa amostra, foi possível estimar os indicadores com margem de erro aceitável de até 3,5 pontos percentuais, com nível de confiança de 95%.

Os entrevistadores abordaram os 5 primeiros pacientes maiores de 18 anos que estavam na fila de espera para atendimento, sendo incluídos somente os que aceitaram participar do estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos casos de recusa, o próximo usuário na fila de espera era abordado.

As informações coletadas para cada usuário foram:

- local de residência (zona urbana ou rural), sexo, idade, escolaridade, renda familiar e cor da pele (autorreferida);
- cronometragem do tempo de consulta;
- conhecimento sobre a prescrição (nome do medicamento prescrito; posologia; duração do tratamento; e motivo do uso);
- quantidade de medicamentos dispensados.

Finalizadas as entrevistas, foram analisadas todas as prescrições com o auxílio da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e de um Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, visando verificar se os medicamentos foram prescritos de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) e se foi prescrito antibiótico e injetável.

Os indicadores de prescrição analisados foram:

- número médio de medicamentos por consulta médica (observado a partir da prescrição médica logo após a saída da consulta);
- percentual de medicamentos prescritos pelo nome genérico;
- percentual de receitas médicas com prescrição de antibiótico;
- percentual de consultas médicas com prescrição de medicamento injetável;
- percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME<sup>11</sup>, edição 2011 (vigente no período do estudo).

Os indicadores da assistência analisados foram:

- tempo médio de consulta médica (avaliado para todos os indivíduos da pesquisa desde o momento da entrada no consultório até a saída, sendo usado um cronômetro);
- quantidade de medicamentos dispensados entre os prescritos (observada após a consulta, no ato da dispensação);
- proporção de pacientes que compreenderam a prescrição — avaliada mediante questionamento sobre:
  1. nome do medicamento prescrito;
  2. dosagem;
  3. número de vezes ao dia que tem que utilizar o medicamento;
  4. duração do tratamento;
  5. motivo do uso.

A resposta do paciente foi comparada com a prescrição. Foi considerado que houve compreensão da prescrição (conhecimento total da prescrição) quando o paciente respondeu corretamente às cinco questões listadas acima. Quando a prescrição não estava completa e o paciente não soube responder por falta desse item na mesma, foi considerado que não houve compreensão da prescrição.

Na Farmácia Central e nas UBS em que se realizaram as entrevistas e observações, foram avaliados os indicadores do serviço de saúde, verificando-se a disponibilidade da REMUME e de medicamentos-chave selecionados de acordo com o perfil epidemiológico do município (captopril 25 mg; enalapril 10 mg e 20 mg; hidroclorotiazida 25 mg; furosemida 40 mg; metformina 850 mg; glibenclamida 5 mg; ibuprofeno 600 mg e 50 mg/ml; paracetamol 750 mg e 200 mg/ml; levotiroxina 25 mg e 50 mg; pomada de neomicina + bacitracina; e sais para reidratação oral).

O IAPAF foi aplicado aos farmacêuticos responsáveis pela Farmácia Central e pelo almoxarifado de medicamentos. O IAPAF classifica em três estágios os itens que compõem o ciclo da AF, sendo o primeiro estágio o de menor capacidade e o terceiro o que contempla o proposto pelo MS e pela OMS como ideal em capacidade de planejamento e gerência da AF<sup>10</sup>.

Os dados foram duplamente digitados no EpiDATA 3.1, e as análises de consistência dos dados e estatísticas foram realizadas no programa estatístico STATA 12.0 (*Stata Corp, College Station, USA*). Foram utilizados teste *t* de Student e ANOVA para comparar o tempo médio de consulta médica para cada uma das categorias das variáveis estudadas, considerando um nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (nº 314.838) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana (RS).

## RESULTADOS

Foram realizadas 5 entrevistas por dia em cada local, totalizando 50 entrevistas em cada uma das 11 UBS (550) e 100 na policlínica de especialidades, em turnos alternados, conforme o atendimento de cada unidade de saúde. Entre os 650 pacientes entrevistados, 413 (63,5%) receberam prescrição de medicamentos e os demais tiveram solicitação de exames ou foram encaminhados para médicos especialistas. As características da amostra estão descritas na Tabela 1, sendo mais prevalentes os moradores da zona urbana, mulheres, indivíduos com idade entre 41 e 70 anos, com 5 a 8 anos de estudo, de cor de pele branca e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos.

Entre os pacientes que tiveram prescrição de medicamentos ( $n = 413$ ), o número por prescrição variou de 1 a 10, sendo 1.132 o total de medicamentos prescritos. Os indicadores de prescrição e de assistência da OMS, apresentados na Tabela 2, foram calculados com base no número de pacientes que tiveram prescrição e no número de medicamentos prescritos.

Tabela 1. Perfil dos usuários dos serviços médicos e farmacêuticos das Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades. Uruguaiana (RS), de junho a setembro de 2013.

Variáveis	n	%
<b>Zona</b>		
Urbana	609	93,7
Rural	41	6,3
<b>Sexo</b>		
Masculino	152	23,4
Feminino	498	76,6
<b>Idade (anos)</b>		
18 – 59	442	68,0
60 – 79	192	29,5
80 ou mais	16	2,5
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
0 – 4	141	21,7
5 – 8	298	45,9
9 ou mais	211	32,4
<b>Renda familiar (salários mínimos)*</b>		
> 1 SM	147	22,6
1 SM	109	16,8
1 a 2 SM	349	53,7
2 ou mais SM	45	6,9
<b>Cor da pele**</b>		
Branca	352	54,2
Preta/parda	298	45,8
Total	650	100,0

\*valor do salário mínimo na época, R\$ 678,00 (minimum wage at the time); \*\*cor da pele autorreferida.

Tabela 2. Indicadores de prescrição e de assistência ao paciente. Uruguaiana (RS), de junho a setembro de 2013.

Indicadores	Cálculo	Resultados
<b>Prescrição</b>		
Número médio de medicamentos por consulta médica	1.132/650	1,7
Percentual de medicamentos prescritos por seu nome genérico	(855/1.132)100	75,5%
Percentual de consultas médicas em que se prescreveu antibiótico	(63/650)100	9,7%
Percentual de medicamentos prescritos que figuram na REMUME	(766/1.132)100	67,7%
Percentual de consultas médicas em que se prescreveu medicamento injetável	(24/650)100	3,7%
<b>Assistência</b>		
Tempo médio de consulta médica (n = 650)	3.883,45/650	6,0 min.
Percentual de medicamentos realmente dispensados	(582/1.132)100	51,4%
Percentual de pacientes que compreenderam a prescrição	(78/413)100	18,9%

A análise do tempo médio de duração da consulta médica foi estratificada de acordo com as características socioeconômicas e demográficas da amostra, sendo encontrada diferença estatisticamente significativa apenas para a zona de moradia. O tempo médio de consulta médica foi maior para pacientes da zona urbana do que da zona rural ( $p = 0,003$ ) (Tabela 3).

Quanto ao conhecimento sobre os medicamentos prescritos, apenas 78 (18,9%) pacientes tinham conhecimento total da prescrição, 267 (64,7%) apresentaram desconhecimento total e 68 (16,5%) desconheciam algum dos itens questionados. A Figura 1 apresenta os motivos de desconhecimento relatados para cada medicamento. As informações que os pacientes tiveram maior dificuldade de compreender foram o número de doses tomadas por dia (para 80,1% dos medicamentos) e o motivo do uso do medicamento (78,1%).

Tabela 3. Tempo médio de consulta médica nos atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades. Uruguaiana (RS), de junho a setembro de 2013 (n = 650).

Variáveis	Média (DP)*	Valor p
Zona		
Urbana	6,1 (3,5)	0,004**
Rural	4,6 (2,3)	
Sexo		
Masculino	5,9 (3,2)	0,630**
Feminino	6,0 (3,5)	
Idade (anos)		
18 – 59	5,86	0,202***
60 – 79	6,17	
80 ou mais	6,72	
Escolaridade (anos de estudo)		
0 – 4	5,9 (3,6)	0,413***
5 – 8	5,9 (2,9)	
9 ou mais	6,0 (4,0)	
Renda familiar (salários mínimos)****		
> 1	5,3 (3,2)	0,062***
1	6,3 (3,1)	
1 a 2	6,1 (3,6)	
2 ou mais	6,4 (3,4)	
Cor da pele		
Branca	5,8 (3,1)	0,504**
Preta/parda	6,2 (3,9)	
Total	6,0 (3,4)	

\*desvio padrão (standard deviation); \*\*teste t de Student (Student's t test) ; \*\*\*ANOVA; \*\*\*\*valor do salário mínimo na época, R\$ 678,00 (minimum wage at the time).

O tempo médio de consulta médica foi maior para os usuários com conhecimento total da prescrição, quando comparados aos que desconheciam algum item nela contido (7,6 minutos, IC95% 6,7 – 8,5 *versus* 6,1 minutos, IC95% 5,8 – 6,5,  $p = 0,001$ ) (dados não apresentados nas tabelas).

As porcentagens de consultas médicas com prescrição de medicamentos (um ou mais), de acordo com a faixa etária, foram de 59,1% para 18 a 59 anos, 72,4% para 60 a 79 anos e 81,3% para idosos com 80 anos ou mais, mostrando uma tendência de crescimento com o aumento da idade ( $p < 0,001$ ) (dados não apresentados nas tabelas).

Sobre os indicadores de serviços de saúde, a REMUME estava disponível em todas as UBS e na policlínica de especialidades, e nenhum dos serviços de saúde apresentava disponíveis os 15 medicamentos-chave estudados.

Na avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da AF, 12 dos 24 itens analisados por meio do IAPAF estavam no estágio 1 (pior avaliação) e 12 no estágio 2. Nenhum item foi classificado no estágio 3 (situação considerada ideal). Na etapa de seleção de medicamentos, observa-se que a elaboração, utilização e divulgação da REMUME estão no nível 2 e a programação e aquisição de medicamentos se encontram no nível 1. Em termos de armazenamento, destaca-se que o armazenamento correto dos medicamentos está no nível 1. Todos os indicadores de prescrição de medicamentos estão no nível 1, o que vai ao encontro dos resultados obtidos nos indicadores anteriores, principalmente no que se refere à seleção, pois ambos estão intimamente relacionados. Nas UBS, a dispensação é realizada sem a supervisão de um profissional farmacêutico e não há procedimentos operacionais padrão para a dispensação. Em termos de recursos humanos, o pior indicador é o de treinamento e capacitações. Detalhes dessa avaliação são encontrados na Tabela 4.

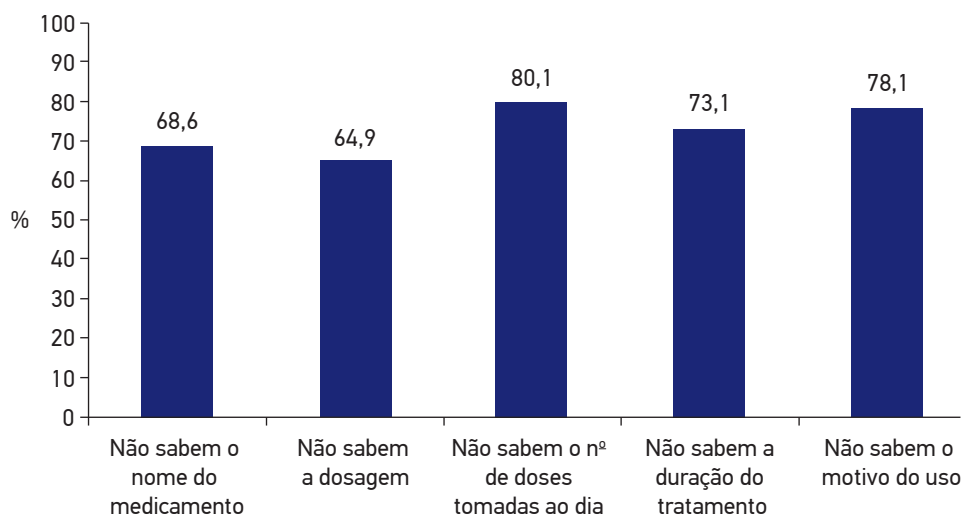


Figura 1. Motivos de desconhecimento relatados em relação a cada medicamento prescrito nas Unidades Básicas de Saúde e na Policlínica de Especialidades. Uruguaiana (RS), de junho a setembro de 2013 ( $n = 1.132$ ).



Tabela 4. Avaliação do planejamento da Assistência Farmacêutica de Uruguaiana utilizando o Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica, proposto pelo Ministério da Saúde\*.

Indicadores	Níveis		
	1	2	3
<b>Gestão da Assistência Farmacêutica</b>			
Institucionalizar a AF		X	
Planejar a organização da AF	X		
Estruturar e organizar os serviços da AF	X		
Avaliar as ações da AF	X		
<b>Seleção</b>			
Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essenciais		X	
Divulgar a REMUME para os prescritores		X	
Adotar protocolos clínicos	X		
<b>Programação/aquisição</b>			
Programar adequadamente	X		
Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno	X		
Garantir medicamentos em quantidade e tempo oportuno para atender à população		X	
Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos		X	
<b>Armazenamento/distribuição/transporte</b>			
Garantir o armazenamento correto dos medicamentos	X		
Garantir o transporte adequado dos medicamentos		X	
Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde	X		
<b>Prescrição de medicamentos</b>			
Promover a adesão dos prescritores à relação de medicamentos essenciais	X		
Promover a qualidade das prescrições	X		
Promover educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores	X		
<b>Dispensação</b>			
Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde	X		
Garantir processo de trabalho adequado na dispensação	X		
Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos		X	
<b>Recursos humanos</b>			
Disponer de farmacêutico para a execução e a organização da AF		X	
Disponer de pessoal auxiliar para curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em AF para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços		X	
Realizar treinamentos e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde	X		
<b>Farmacovigilância</b>			
Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos para o Sistema Estadual e Nacional de Farmacovigilância		X	

\*IAPAF: avalia os estágios de desenvolvimento para cada uma das etapas da Assistência Farmacêutica em três níveis, sendo o nível 1 o de menor desenvolvimento e o nível 3 o de melhor desenvolvimento.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados indicam deficiência no planejamento e na organização das diferentes etapas do ciclo da AF no município estudado, que vão desde falhas na seleção até a prescrição de medicamentos. Pode-se destacar o fato de que a maioria das consultas médicas deste estudo gerou prescrição de medicamentos, sendo que um terço dos medicamentos prescritos não constava na REMUME. Cerca de dois terços dos entrevistados não compreenderam nenhum aspecto da prescrição, e o tempo médio de consulta médica foi de apenas seis minutos.

O fato de a maioria das consultas médicas deste estudo ter gerado prescrição de medicamentos nos leva a pensar que, ainda hoje, a procura por esses serviços continua sendo muito mais curativa do que preventiva. Analisando os indicadores de prescrição, observa-se que o número médio de medicamentos prescritos (1,7) não corresponde à polimedicação<sup>12</sup>, sendo semelhante ao observado em outros estudos realizados em Brasília (2,3)<sup>13</sup> e Belo Horizonte (2,4)<sup>14</sup>. Mas deve-se ressaltar que o resultado deste estudo diz respeito à prescrição da consulta médica avaliada no dia de sua realização, não levando em consideração outros medicamentos já usados pelo paciente.

Os usuários com idade igual ou superior a 80 anos foram os que mais receberam prescrição de algum medicamento. Esse resultado se deve à maior convivência dos idosos com problemas crônicos de saúde, o que leva a um maior consumo de medicamentos<sup>15</sup>.

Observou-se elevado número de prescrições pelo nome genérico (75,5%), semelhante ao observado em Brasília (73,2%)<sup>13</sup> e maior que em Ribeirão Preto (30,6%)<sup>6</sup> — ambos os estudos utilizaram o mesmo método e instrumento deste estudo. Esse resultado demonstrou a boa adesão dos prescritores à denominação genérica, mesmo considerando que a legislação determine que 100% das prescrições do SUS sejam pelo nome genérico<sup>16</sup>.

O percentual de consultas médicas nas quais foram prescritos antibióticos (9,7%) foi baixo se comparado ao de outros estudos<sup>6,13</sup>. Em Brasília, o percentual de antibióticos prescritos foi de 26,4%<sup>13</sup>, e em Ribeirão Preto, de 21,3%<sup>6</sup>. Esse resultado chama a atenção pela época do ano em que foi realizado o estudo (junho a setembro), em um município do Sul do Brasil, onde as temperaturas oscilam muito, geralmente em torno de 2 a 20°C, propiciando o aumento de doenças respiratórias infecciosas. Em Bagé, município localizado na mesma região de Uruguiana, com clima e populações semelhantes, o percentual de antibióticos prescritos no mês de julho de 2005 foi de 30,4%<sup>17</sup> {Acurcio, 2004 #19}. Esse resultado pode estar relacionado à disponibilidade de antibióticos somente na Farmácia Central, e não em UBS, pois os estudos anteriores foram conduzidos antes da publicação e implementação da Resolução-RDC N° 20<sup>18</sup>, a qual estabelece o controle da dispensação dos antimicrobianos. O menor percentual de prescrição de antibióticos também pode estar associado à prática da prescrição racional de antimicrobianos.

Um critério importante na promoção do uso racional de medicamentos é a existência da REMUME, que visa orientar a prescrição de produtos seguros e eficazes de acordo com o perfil epidemiológico do município e o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde<sup>19</sup>.

O baixo percentual de medicamentos prescritos de acordo com a REMUME (67,7%) foi um indicativo da baixa adesão dos prescritores à lista. Esse resultado foi inferior ao encontrado nos estudos em Ribeirão Preto (83,4%)<sup>6</sup> e no estado de Santa Catarina (91,5%)<sup>20</sup>, que também utilizaram o instrumento da OMS<sup>4</sup>. Talvez a baixa adesão à REMUME decorra, entre tantos fatores, da inexistência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no município estudado; da desatualização da REMUME; da pouca divulgação de sua importância; e do fato de a REMUME, embora disponível na maioria dos casos, não ser conhecida pelos prescritores por falta de sensibilização para a promoção de seu uso. Se a REMUME fosse mais divulgada e construída de forma colaborativa com os prescritores, seu uso provavelmente seria maior.

O percentual de prescrição de medicamentos injetáveis foi baixo (3,7%) em comparação ao encontrado nos estudos de Brasília<sup>13</sup> (7,5%) e Ribeirão Preto<sup>6</sup> (8,3%). Esse resultado pode ser explicado pela preferência dos prescritores por formas farmacêuticas mais convenientes ao usuário<sup>20</sup> e pelo fato de esses usuários serem provenientes de serviços ambulatoriais.

Quanto aos indicadores de assistência, observou-se que o tempo médio de consulta médica foi de apenas 6 minutos. Assim como os resultados encontrados em Esperança (PB) (7,8 minutos)<sup>5</sup>, Ribeirão Preto (9,2 minutos)<sup>6</sup> e Brasília (9,4 minutos)<sup>13</sup>, esse tempo está muito abaixo dos 15 minutos previstos pela Portaria 1101 GM/02<sup>21</sup>, vigente no momento da realização deste estudo. Esse resultado pode ter impactado o nível de conhecimento dos usuários sobre as prescrições, uma vez que apenas uma pequena proporção de pacientes (18,9%) compreendeu integralmente seu conteúdo. Cabe destacar que todas as consultas médicas foram ambulatoriais, e não atendimentos de urgência/emergência. Por outro lado, mais importante que o tempo de consulta é a qualidade da mesma e a cobertura do serviço. Assim, por serem considerados restritivos o tempo de consulta e outros parâmetros dessa portaria de 2002, foi publicada em 2015, após consulta pública, uma nova portaria<sup>22</sup> que estabeleceu critérios e parâmetros para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, a qual não mais estipula tempo mínimo de consulta médica, e sim padrões de cobertura de acordo com o perfil populacional.

De qualquer forma, chama a atenção o baixo percentual de pacientes com conhecimento da prescrição, o que pode estar diretamente relacionado ao tempo de consulta. Se, no momento da entrega, a prescrição for explicada e a repetição de seu conteúdo for solicitada ao paciente, seria possível identificar os erros de compreensão e corrigi-los.

O percentual de medicamentos dispensados nos serviços de saúde analisados neste estudo foi de 51,4%, enquanto o estudo de Santos e Nitrini, realizado em 2004<sup>6</sup>, no município de Ribeirão Preto, apontou 60,3%. Salienta-se que 67,7% dos medicamentos prescritos faziam parte da REMUME, o que parece indicar desabastecimento e falta de planejamento da AF no município.

Na avaliação da capacidade gerencial e de planejamento da AF pelo IAPAF, os resultados encontrados demonstram a deficiência organizacional da AF no município avaliado. Alguns resultados foram diferentes dos constatados em um município do Sergipe<sup>8</sup>, que utilizou parte do IAPAF, onde, entre os 14 itens analisados, sete foram considerados no

nível três, considerado o ideal. Em Uruguaiana, nenhum dos itens atende o preconizado como ideal pelo MS. Fatores como avaliação e monitoramento das ações, educação para o uso racional de medicamentos e área física, no entanto, foram enquadrados no nível 1 em ambos os estudos, evidenciando tratar-se de pontos críticos na AF. O armazenamento inadequado, por exemplo, pode comprometer a conservação e a segurança dos medicamentos.

Por não ter CFT constituída, não utilizar o perfil epidemiológico para a programação de medicamentos e insumos farmacêuticos e não cumprir as boas práticas de armazenamento, transporte, distribuição e dispensação, o município avaliado se assemelha aos municípios do estado do Amazonas, onde foi realizada análise da AF com instrumento semelhante ao IAPAF<sup>23</sup>. A CFT é responsável, entre outras ações, pela atualização da REMUME, pela adoção de protocolos clínicos e pela educação para a promoção do uso racional de medicamentos. Os resultados encontrados, portanto, são coerentes com a realidade, uma vez que o município não possui CFT. Ao olhar os indicadores referentes à prescrição, observa-se que todos se encontram no nível 1, sendo dependentes de ações da CFT. Portanto, a constituição dessa comissão interdisciplinar poderia melhorar substancialmente a qualidade da AF do município.

Outros indicadores encontrados no nível 1 dependem diretamente da gestão e de recursos financeiros, como a inadequação do espaço físico; o número insuficiente de farmacêuticos para garantir capacitações e treinamentos; programação física-financeira para a aquisição de medicamentos; e o controle adequado do estoque. Souza et al.<sup>7</sup> avaliaram a estrutura e os processos de organização e gestão em um município no Nordeste do Brasil, sugerindo, a partir de seus resultados, uma série de estratégias, tanto governamentais quanto educacionais, no sentido de viabilizar ações para a melhoria da AF no município estudado, contribuindo assim para o menor desperdício de medicamentos e a melhor distribuição dos recursos. Tal estudo demonstra a necessidade da realização de um diagnóstico prévio e da sensibilização dos gestores para a implementação dessas iniciativas de forma efetiva.

Como limitações do estudo, pode-se apontar o período de coleta de dados (quatro meses), que impediu a contemplação da sazonalidade no padrão do uso de medicamentos, geralmente variável conforme as estações do ano. Apesar da ausência de médicos em algumas UBS, a obtenção de dados ocorreu em todos os locais de assistência à saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, que contavam com atendimento médico adulto no período da pesquisa. O fato de a AF não ser plenamente reconhecida no organograma da Secretaria de Saúde também dificultou a aplicação do IAPAF, pois muitos atores envolvidos desconheciam suas funções e atribuições. Outra limitação do estudo diz respeito à forma de seleção dos entrevistados: a escolha dos primeiros pacientes em espera para consulta médica no serviço pode ter introduzido um viés de seleção, pois esses usuários podem apresentar condições de saúde diferentes dos demais.

Sugere-se, a partir dos dados deste estudo — e com o objetivo de melhorar a qualidade da AF —, a constituição de uma CFT no município; a adequação das áreas físicas destinadas aos serviços da AF (Farmácia Básica, Farmácia Especial, Farmácias das UBS, Central de Abastecimento); a incorporação de recursos humanos compatíveis com as atividades e complexidades desenvolvidas; e a adequação da carga horária dos prescritores ao número de atendimentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do esforço realizado pelo MS para a utilização do IAPAF e da melhoria da AF no Brasil, ainda há muito a ser feito, pois vários problemas continuam a comprometer a qualidade dos serviços de AF. Os resultados encontrados demonstram a deficiência no planejamento das diferentes etapas do ciclo da AF no município analisado. As falhas são observadas em todas as etapas de planejamento, gerência e assistência ao paciente, principalmente na avaliação e no monitoramento das ações, na adoção de protocolos clínicos e na constituição da CFT. O armazenamento dos medicamentos deveria seguir as boas práticas; o controle de estoque parece ineficaz; e a área física da farmácia é insuficiente de acordo com o disposto na legislação vigente. Nas UBS, a dispensação é realizada sem a supervisão de um profissional farmacêutico e em desacordo com os procedimentos operacionais padrão.

O tempo médio de consulta médica foi muito aquém do preconizado pela OMS, mostrando-se diretamente relacionado à baixa compreensão da prescrição médica. Um tempo de consulta médica mais próximo ao padronizado pela OMS poderia trazer benefícios para a melhor compreensão da prescrição pelo paciente, levando ao uso racional de medicamentos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Casa Civil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
2. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro, CGS, Machado-dos-Santos S (Orgs.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução – CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Portaria de aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra: OMS; 1993.
5. Portela AS, Silva PCD, Simões MOS, Medeiros ACD, Montenegro Neto AN. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(2): 341-50.
6. Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 819-26.
7. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(4): 927-37.
8. Souza LS, Porto JG, Lyra Júnior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2011; 32(3): 403-10.
9. De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saude Soc* 2006; 15(1): 73-83.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
11. Prefeitura Municipal de Uruguaiiana. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais 1ª Edição. Uruguaiiana: Prefeitura Municipal de Uruguaiiana; 2011.
12. Fulton MM, Allen RE. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17(4): 123-32.

13. Naves Jde O, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2): 223-30.
14. Acurcio FA, Perini E, Magalhães SM, Terceiro LG, Vieira Filho JM, Coutinho KE, et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1): 72-9.
15. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 545-53.
16. Brasil. Lei Federal nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1999.
17. Tavares NU, Bertoldi AD, Muccillo-Baisch AL. Antimicrobial prescription in family health units in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(8): 1791-800.
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução – RDC nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Brasília: ANVISA; 2011.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Portaria de aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União; 1998.
20. Souza JM, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2012; 33(1): 107-13.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
23. Moura AC. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. *Rev Tempus Actas Saúde Colet* 2010; 4(3): 39-42.

Recebido em: 06/11/2015

Versão final apresentada em: 26/04/2016

Aprovado em: 31/05/2016