



Municipalização das atividades relacionadas ao componente especializado de Assistência Farmacêutica

Municipalization of activities relation to specialized component pharmaceutical services

Recebido em 26/06/2009

Aceito em 20/05/2011

Indianara Reynaud Toreti Becker¹, Carine Raquel Blatt², Mareni Rocha Farias^{3*}

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade CEP: 88.040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Seguindo a municipalização dos serviços de saúde, muitas atividades de Assistência Farmacêutica foram descentralizadas para a esfera municipal. Em Santa Catarina, a dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica está descentralizada em 72 centros de custo. Este estudo tem como objetivo contribuir com a discussão sobre a estruturação do serviço farmacêutico através da descrição das atividades de Assistência Farmacêutica realizadas em um centro de custo do Estado de Santa Catarina. Trata-se de um estudo de caso realizado através de metodologia observacional e descritiva, dividido em três etapas: descrição do centro de custo, caracterização da demanda e descrição das atividades de Assistência Farmacêutica. Dentre as atividades de Assistência Farmacêutica, o centro de custo é responsável pelas etapas de suprimento, armazenamento e dispensação, além de contribuir na etapa de programação através das atividades de pedido mensal e abertura de processos administrativos. A descentralização do componente Especializado da Assistência Farmacêutica beneficia os pacientes, os quais podem ter acesso aos medicamentos mais próximo de seus domicílios. Mas ao mesmo tempo, demonstra fragilidades no que se refere à organização do serviço, espaço físico adequado e recursos humanos qualificados.

Palavras-chave: Medicamentos, Assistência Farmacêutica, Medicamentos Excepcionais

ABSTRACT

Many pharmaceutical services were decentralized to cities due the municipalization of health services. In the State of Santa Catarina, Brazil, the responsibility of dispensing pharmaceutical drugs of specialized component of pharmaceutical services occurs in 72 dispensing centers. This study aims to contribute to the discussion around the logistics of pharmaceutical services by describing the activities related to the pharmaceutical services in one dispensing center. The strategy used was a case study, divided in three steps: described the dispensing centers, the process demand, and services pharmaceutical. Among the activities of pharmaceutical services the center is responsible for the supply, storage and dispensing of drugs, and helps in the planning activities by logistic monthly activities and implementing administrative proceedings. The possibility of access and rational usage of the dispensed drugs relates to performing the activities of pharmaceutical services in a satisfactory way, a process which should be guaranteed by clearly defining the responsibilities among different spheres of government and by adequate financing the pharmaceutical services.

Keywords: Exceptional drugs, pharmaceutical services, drugs

INTRODUÇÃO

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) inclui os medicamentos anteriormente denominados de medicamentos de dispensação excepcional ou medicamentos excepcionais (Brasil, 2009). Estes medicamentos são de uso ambulatorial e caracterizam-se pelo alto custo devido ao valor unitário ou cronicidade do tratamento (Brasil, 2002a). Este componente é caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em

nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas é garantido mediante a pactuação do financiamento entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Alguns medicamentos são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde; para outros há repasse federal às Secretarias Estaduais de Saúde para aquisição e dispensação dos medicamentos; e, por fim, há

* **Contato:** Mareni Rocha Farias, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade CEP: 88.040-900, Florianópolis, SC, Brasil, e-mail: marenif@cnpq.br

medicamentos sob a responsabilidade exclusiva dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Vieira, 2010).

Segundo o levantamento feito pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) junto às Secretarias Estaduais de Saúde, em 2004 cerca de 330 mil pacientes foram cadastrados para receber estes medicamentos e em 2003 foram gastos aproximadamente 1 bilhão de reais com a sua aquisição. É importante ressaltar que os Estados financiavam até 2004 cerca de 50% deste total, apesar de não ser originariamente, ter sido previsto o de financiamento exclusivamente federal (Brasil, 2004). O aumento da demanda por estes medicamentos tem representado um aumento significativo nos gastos com a aquisição de medicamentos. Viera (2009) verificou que este grupo de medicamentos foi responsável pelo incremento de 252% nos gastos do Ministério da Saúde entre 2003 e 2007.

O gerenciamento do programa está relacionado ao nível de organização interna das próprias Secretarias Estaduais da Saúde. Existem situações em que todo o programa é desenvolvido no nível estadual; em outros casos, parte está sob a coordenação direta do Estado, como a seleção, programação, aquisição, o armazenamento e a distribuição, e parte das atividades, como a dispensação, sob a responsabilidade dos municípios (Brasil, 2003). Sendo assim, as Secretarias Estaduais e ou Municipais têm despesas operacionais e administrativas para desenvolver as ações de programação, armazenamento, distribuição e dispensação destes medicamentos aos pacientes cadastrados (Brasil, 2004).

Em Santa Catarina a responsabilidade pelo gerenciamento das atividades de Assistência Farmacêutica é da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria de Estado da Saúde. O acesso a estes medicamentos se dá por meio da abertura de um processo, neste artigo denominado de processo administrativo, visando diferenciar dos processos judiciais que demandam medicamentos. A abertura do processo administrativo é descentralizada em 72 locais de atendimento, denominados centros de custo. Destes, 18 estão localizados nas Regionais de Saúde e 54 estão descentralizados nas Secretarias Municipais de Saúde. Nestes locais os usuários recebem informações, é feita a abertura dos processos administrativos, ou seja, a solicitação dos medicamentos, a organização, conferência e encaminhamento dos documentos à DIAF. Além disso, os centros de custo são responsáveis pela solicitação mensal, armazenamento, controle e dispensação dos medicamentos, incluindo a orientação quanto à correta utilização dos medicamentos. Em estudo realizado anteriormente, Blatt e colaboradores (2007) apontam que não existem critérios para estabelecimento de um centro de custo no Estado e a forma como as atividades de Assistência Farmacêutica são realizadas difere muito entre um centro de custo e outro.

Mesmo em âmbito nacional, a falta de definição de responsabilidades impede o bom gerenciamento do programa e dificulta o planejamento. Além disso, os recursos financeiros disponíveis são veiculados apenas ao financiamento da compra dos medicamentos, sem discutir a necessidade de adequação dos serviços para a gestão e o bom desenvolvimento das atividades de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2003).

O gerenciamento das atividades que envolvem o acesso a estes medicamentos tem sido motivo de preocupação para gestores, gerentes e profissionais que atuam na área, não apenas em função da totalidade dos recursos financeiros envolvidos, como também pela magnitude das ações e serviços que demanda. A adoção de várias medidas, bem como a execução de várias ações, nem sempre têm conduzido a resultados efetivos em virtude da possível falta de adequação dos meios e de ferramentas, das dificuldades administrativas e financeiras e da pouca capacidade gerencial e operacional (Brasil, 2004).

Com o intuito de contribuir com a discussão sobre a estruturação do serviço farmacêutico no que se refere aos medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica o presente trabalho tem como objetivo descrever as atividades de Assistência Farmacêutica relacionadas a estes medicamentos no âmbito municipal.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em um município com aproximadamente 48.000 habitantes (IBGE, 2006), distante cerca de 190 km da capital do Estado, Florianópolis, e que atuava segundo gestão plena de atenção básica ampliada do SUS. A escolha do local de estudo foi realizada por conveniência.

Trata-se de um estudo de caso, realizado através de metodologia observacional e descritiva, dividido em três etapas: descrição do centro de custo, caracterização da demanda e descrição das atividades de Assistência Farmacêutica.

Para a descrição do centro de custo e das atividades de Assistência Farmacêutica utilizou-se como técnica para coleta de dados a observação participante com anotações em diário de campo seguindo um roteiro estruturado de observação. A observação foi realizada por um único observador, externo ao trabalho que foi previamente ambientado. O período de observação foi entre os meses de agosto de 2004 a novembro de 2005 em diferentes dias da semana e horários, totalizando 86 dias.

Para a caracterização da demanda foi realizado um recorte temporal no mês de fevereiro de 2005.

A estrutura da farmácia e serviços disponíveis foram descritos a partir dos registros referentes à localização da farmácia, medicamentos fornecidos, equipe de trabalho, estrutura física e número de atendimentos.

No que se refere à caracterização da demanda foi analisado o dado referente ao número de pacientes cadastrados, o número médio de processos por paciente. Também foi calculada a média de novos processos por mês no ano de 2004 e 2005. Sexo, idade dos pacientes, medicamentos mais solicitados, principais patologias, o intervalo de tempo (em dias) entre a abertura do processo administrativo e o deferimento do mesmo. O custo mensal para o atendimento dos pacientes cadastrados no centro de custo foi determinado a partir do custo de aquisição pela DIAF.

Entre as atividades de Assistência Farmacêutica foram identificadas as ações realizadas no centro de custo, como eram realizadas e por quem. Para cada ação foi elaborado um fluxograma detalhando os procedimentos observados. Para elaboração dos fluxogramas foram utilizados os

mesmos elementos gráficos dos fluxogramas constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (Brasil, 2002a).

Para a verificação do tempo de dispensação considerou-se o tempo entre o início e término do atendimento do paciente. Não foi contabilizado no tempo o período que o paciente estava aguardando para ser atendido.

Na análise considerou-se a legislação referente ao objeto de estudo vigente no período (Brasil, 2002a; Brasil, 2002b).

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, através do parecer consubstanciado nº 195/04.

RESULTADOS

Estrutura da Farmácia e Serviços Disponíveis

Os medicamentos do CEAF eram dispensados na farmácia central do município, localizada junto à unidade central de saúde. Além destes medicamentos eram também dispensados os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e o atendimento às demandas judiciais.

Todas as atividades, incluindo as atividades administrativas relacionadas aos medicamentos de controle especial, do programa nacional de DST/AIDS (Doença Sexualmente Transmissível / Síndrome Imunodeficiência Adquirida) e do CEAF eram desenvolvidas por uma farmacêutica responsável e duas auxiliares, de segunda a sexta-feira no período matutino e vespertino.

A farmacêutica responsável tinha seis anos de formada, não era concursada e havia trabalhado na farmácia no período de março de 2001 a abril de 2002 e, posteriormente, foi recontratada em maio de 2004. Os demais membros da equipe, uma possuía formação de auxiliar de enfermagem e iniciou na farmácia junto com a farmacêutica em 2004 e a outra possuía segundo grau completo e trabalhava na farmácia desde 2002. As auxiliares foram treinadas pela farmacêutica para a execução do serviço. A farmacêutica recebeu um treinamento da farmacêutica da regional de saúde.

A farmácia possui apenas uma porta de acesso e era dividida em duas salas. A primeira sala apresentava uma janela próxima à porta de entrada da unidade que servia para a realização do atendimento. Na segunda sala eram armazenados os medicamentos e realizado o atendimento aos pacientes que recebiam medicamentos do CEAF, de controle especial, os anti-retrovirais, de demanda judicial, bem como os pacientes encaminhados pela Assistente Social.

Em fevereiro de 2005 foram atendidos cerca de 1.360 pacientes, com uma média de 70 pacientes por dia. O atendimento aos pacientes cadastrados no CEAF era feito nas três primeiras semanas do mês, no período matutino, sendo que o restante do período, incluindo a quarta semana, era reservado para as questões administrativas do programa.

Caracterização da Demanda

Em fevereiro de 2005, haviam 140 pacientes cadastrados para receber medicamentos do CEAF, totalizando 194

processos administrativos. Dos 140 pacientes, 53% (n = 74) do sexo masculino. A faixa etária variou de 2 a 88 anos. Mais de 40% (n = 68) apresentava idade superior a 50 anos.

O número médio de processos administrativos por paciente foi de 1,38, com variação de 1 a 4 processos. A maioria dos pacientes (74%) possuía apenas um processo administrativo e 16% dois processos. Entre os pacientes que possuíam mais de um processo administrativo (67%) correspondiam aos pacientes transplantados ou portadores de insuficiência renal crônica. No ano de 2004 a média de processos administrativos novos por mês era de treze, enquanto que em 2005 esta média subiu para dezoito.

As patologias mais frequentes foram dislipidemia (n = 33), insuficiência renal crônica (n = 23) e esquizofrenia (n = 19). Outras patologias que apareceram com menor frequência incluem: acne, Alzheimer, diabetes insipidus, endometriose, doença de Crohn, epilepsia refratária, lúpus eritematoso sistêmico, puberdade precoce.

O tempo entre a abertura do processo administrativo até o seu deferimento variou entre três e 333 dias, sendo a média de 80 dias. Além disso, verificou-se que 45% dos processos administrativos necessitaram um período superior a 60 dias para ser deferido.

Pacientes portadores de insuficiência renal crônica, transplantados e portadores de esquizofrenia tiveram seus processos administrativos deferidos com um menor tempo, cerca de 30 dias. Os processos administrativos cujo período de deferimento é superior a 150 dias incluíram, na sua maioria, processos de pacientes que faziam uso de sinvastatina 20 mg.

No Tabela 1 são apresentados os cinco medicamentos que apresentaram maior número de processos administrativos e o custo de aquisição destes medicamentos. Os processos demandando estes medicamentos correspondem a 49% do número total de processos administrativos e 27% do custo total mensal.

Descrição das Atividades de Assistência Farmacêutica

No centro de custo eram desenvolvidas as atividades de abertura de processo, pedido mensal, suprimento, armazenamento e dispensação dos medicamentos do CEAF.

(a) Abertura do Processo: a abertura do processo administrativo tem início com a chegada do paciente até a farmácia, de posse da prescrição médica. A descrição desta atividade pode ser visualizada na Figura 1. Naquele momento, era solicitada fotocópia do comprovante de residência, CPF, carteira de identidade e o cartão SUS.

De posse da documentação solicitada, a farmacêutica ou uma das auxiliares preenchia na presença do paciente, os campos pertinentes dos seguintes documentos: cadastro do paciente, requerimento, formulário de solicitação de medicamentos excepcionais (SME), laudo médico para emissão de autorização para procedimento de alto custo (APAC) e o termo de consentimento informado. Os campos a ser completados pelo médico especialista eram destacados. O paciente era orientado a realizar mais uma consulta para que o médico conferisse, completasse e assinasse os documentos. Além disso, o paciente deveria solicitar uma prescrição recente, em duas vias, contendo apenas o (s) medicamento (s) excepcional solicitado (s).

Tabela 1. Número e percentual de processos e custo mensal dos medicamentos do CEAF de maior demanda no centro de custo em um município do estado de Santa Catarina (Fevereiro, 2005).

Medicamento	Nº de Processos	% Processos	Custo Mensal (R\$)	% Custo
Sinvastatina 20 mg	35	18,04	365,70	1,16
Olanzapina 10 mg	16	8,25	5977,80	18,89
Eritropoetina humana 4000 UI	15	7,73	1632,00	5,16
Hidroxido de ferro	15	7,73	236,16	0,75
Calcitriol 0,25 mg	14	7,22	334,80	1,06
TOTAL	95	48,97	8546,46	27,00

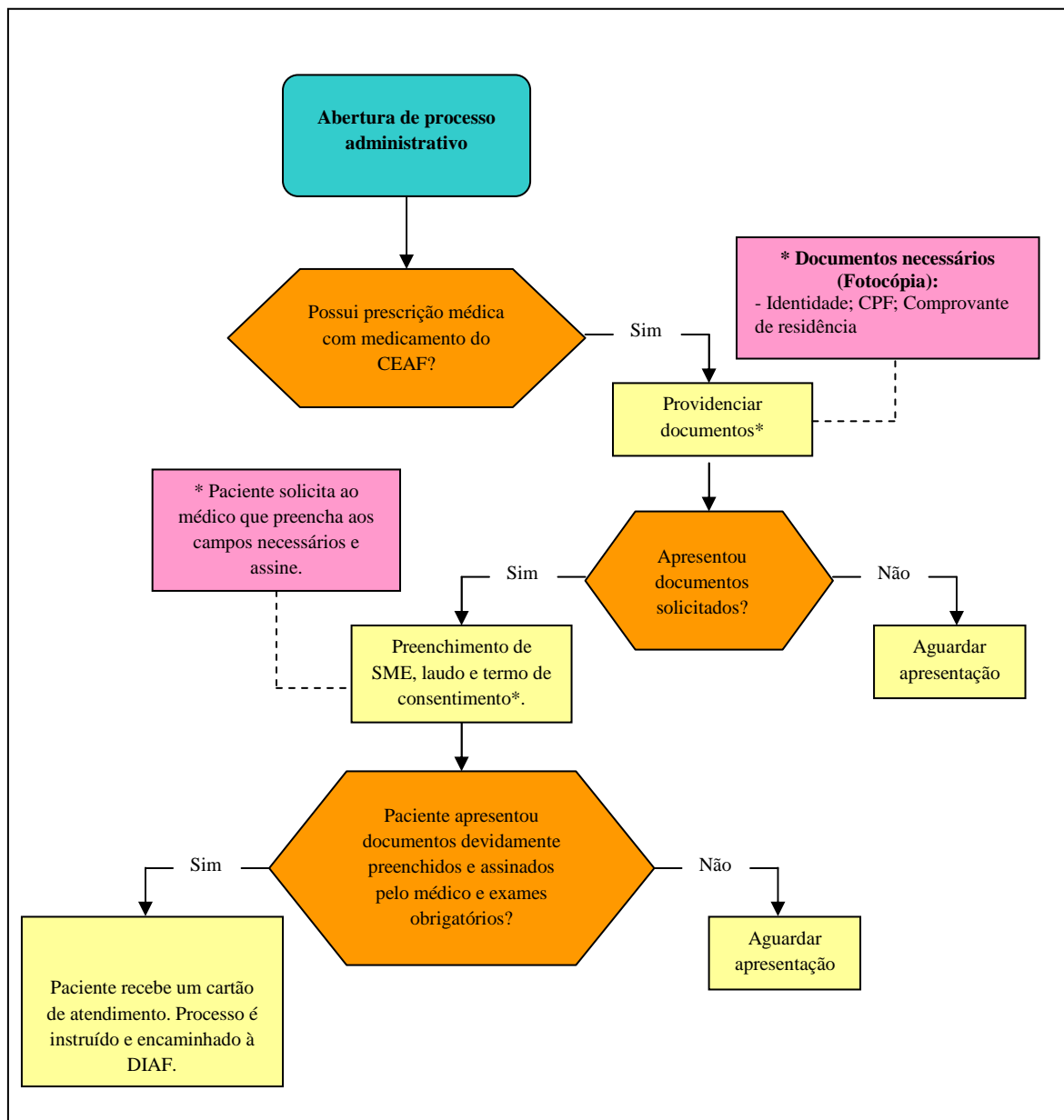


Figura 1. Representação esquemática do procedimento de abertura de processo administrativo para o CEAF em um município do Estado de SC

Além da documentação, o paciente deveria apresentar alguns exames obrigatórios, dependendo do caso. O paciente era orientado a solicitar a requisição dos exames, se fosse o caso, e a assinatura da documentação no momento da consulta. Os exames devem ser recentes e são fundamentais para a avaliação do processo administrativo

pela DIAF. Com o intuito de evitar esquecimento dos exames necessários, por parte do paciente e do médico, no final de cada termo de consentimento a farmacêutica responsável anotava, de acordo com os protocolos clínicos, os exames necessários para cada medicamento, grifando com caneta marca-texto.

Somente quando toda a documentação estava devidamente preenchida e assinada pelo médico e de posse do resultado dos exames solicitados era iniciado o processo. Nesse momento toda a documentação era conferida, e, se estivesse de acordo, o paciente recebia um cartão de agendamento. A apresentação do cartão é fundamental para a entrega do medicamento, sem ela o atendimento não seria realizado, pois a mesma servia para que os dias de dispensação fossem controlados, evitando um tempo de espera demasiadamente longo. Na primeira linha do cartão era anotada a data de abertura do processo administrativo e os medicamentos solicitados.

De posse de todos os documentos, o tempo médio para a montagem de um processo administrativo foi de 30 minutos. Isso sem considerar o tempo para orientação ao paciente no que diz respeito à documentação necessária para abertura do processo.

O tempo necessário para uma consulta com um médico especialista e/ou a realização dos exames pelo SUS variou de 7 a 30 dias, dependendo da especialidade médica e da quantidade de exames necessários. A origem da prescrição e dos exames não foi objeto de estudo deste trabalho, mas sabe-se que alguns pacientes realizam consulta e exames através de convênios de saúde ou particular. Tal fato diminui o intervalo de tempo para a consulta ou a realização de exames.

(b) Pedido Mensal de Medicamentos: a programação de medicamentos era realizada para o período de um mês e o repasse destas informações à DIAF concretiza-se através do preenchimento e envio, via on line, do mapa de distribuição mensal, que deve ser enviado conforme cronograma pré-definido pela DIAF. A descrição da rotina de trabalho adotada no centro de custo para a realização desta atividade pode ser visualizada na Figura 2.

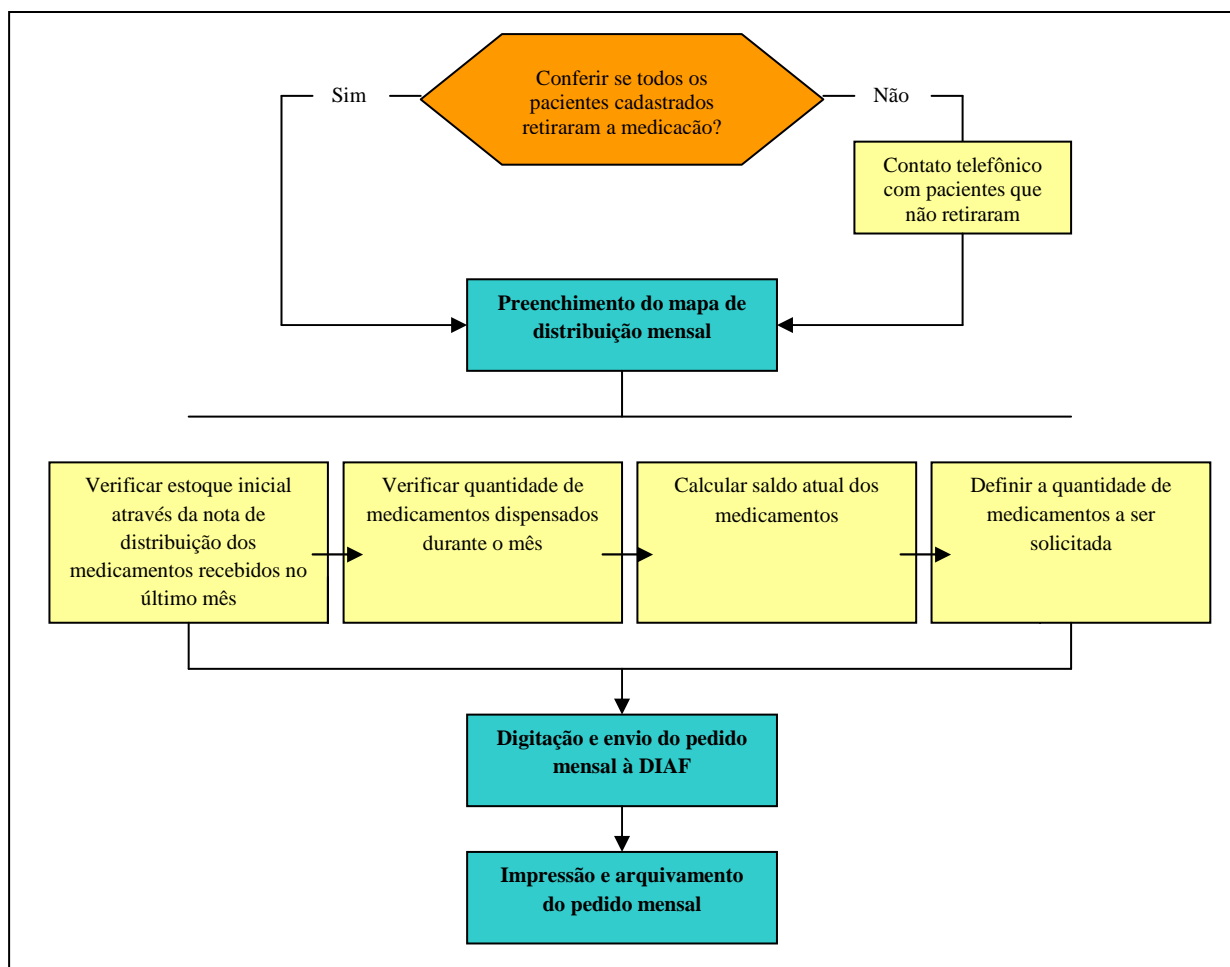


Figura 2. Representação esquemática da realização pedido mensal de medicamentos do CEAF em um município do estado de Santa Catarina

A equipe de trabalho desenvolveu uma forma de controle da retirada dos medicamentos pelos pacientes. A SME e Laudo Médico atual eram arquivados por medicamentos, separados do processo administrativo do paciente. Um recibo de dispensação e a receita atual eram anexados a estes documentos. Para a retirada da medicação o paciente

apresentava o cartão onde consta o nome do medicamento utilizado. Depois da dispensação, o registro da informação era realizado no recibo de dispensação. Mensalmente os recibos eram conferidos para o controle da retirada dos medicamentos.

Suprimento: o suprimento dos medicamentos é de res-

responsabilidade do município, o qual deve organizar a logística para retirar os medicamentos na central de abastecimento farmacêutico (CAF) do Estado mensalmente.

O transporte dos medicamentos era realizado através do carro da prefeitura municipal, também utilizado para transportar os pacientes que necessitavam de cuidados médicos na capital do Estado, geralmente ambulâncias. Ao retirar os medicamentos o motorista do veículo assinava uma nota de distribuição em duas vias. Uma via ficava retida na CAF e a outra acompanhava o transporte e era utilizada para a conferência no momento da entrega dos medicamentos na farmácia. Os medicamentos termolábeis eram acondicionados em caixas de isopor e os demais em caixas de papelão.

A entrega dos medicamentos geralmente era realizada após o término do horário de funcionamento da farmácia, exigindo que um profissional efetuasse o recebimento fora de seu horário de expediente. Algumas vezes os medicamentos eram entregues na casa de uma das auxiliares. A conferência e guarda dos mesmos ocorria somente no dia seguinte.

Armazenamento: o armazenamento dos medicamentos na farmácia envolvia três atividades: o recebimento dos medicamentos, a estocagem e o controle de estoque. A forma adotada para o desenvolvimento desta atividade está representada esquematicamente na Figura 3.

No momento do recebimento era realizada a conferência com a nota de distribuição e o registro na pasta de controle de estoque e depois disso a nota de distribuição era arquivada. Na ocorrência de divergência entre a nota e a quantidade entregue a farmacêutica entrava em contato com a DIAF imediatamente.

Após a conferência, os medicamentos eram armazenados em armários com chave e os termolábeis em geladeira, de forma aleatória, sem uma ordem específica. O controle de temperatura era realizado e registrado duas vezes ao dia (manhã e tarde) no mapa de controle diário de temperatura que ficava afixado na parede ao lado da geladeira. A temperatura era mantida entre 2° e 8°.

Dispensação: para a organização da dispensação era realizado um agendamento, com registro no cartão. Os pacientes eram orientados a retirar seus medicamentos na data agendada. Caso não comparecessem, eram questionados sobre o motivo da ausência e orientados, enfaticamente, sobre a importância de cumprir a data estipulada. As atividades relacionadas à etapa de dispensação estão representadas esquematicamente na Figura 4.

A primeira dispensação era sempre realizada pela farmacêutica, a qual orientava sobre a forma de utilização do(s) medicamento(s). Existia a preocupação em averiguar se o paciente compreendia as informações repassadas, sendo solicitado que o mesmo as repetisse. Orientações com relação à utilização do(s) medicamento(s) eram repassadas quando ficava evidente que o medicamento estava sendo utilizado de maneira inadequada ou quando o paciente manifestava alguma dúvida.

O tempo médio de atendimento foi 16 minutos, considerando para este cálculo os atendimentos de retirada regular de medicamentos e primeira retirada de medicamentos. No entanto, este tempo diferiu de acordo com o tipo de atendimento prestado. Na primeira retirada de medicamentos o tempo médio de atendimento foi de 24 minutos, enquanto que na retirada regular foi de 7 minutos.

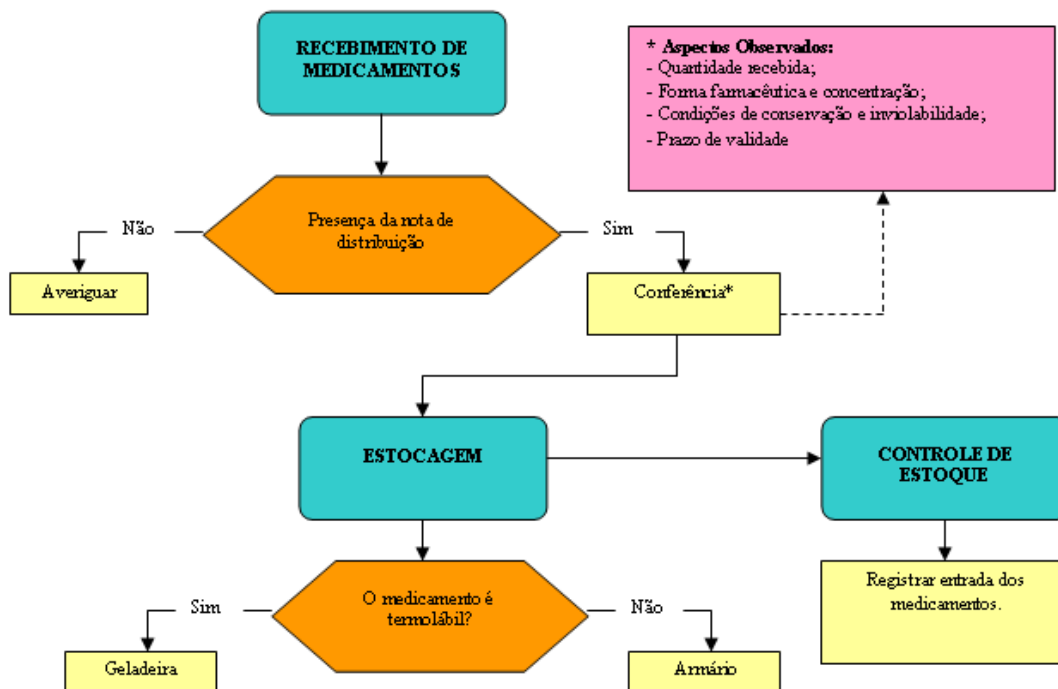


Figura 3. Representação esquemática da etapa de conferência e armazenamento dos medicamentos do CEAF em um município do Estado de Santa Catarina

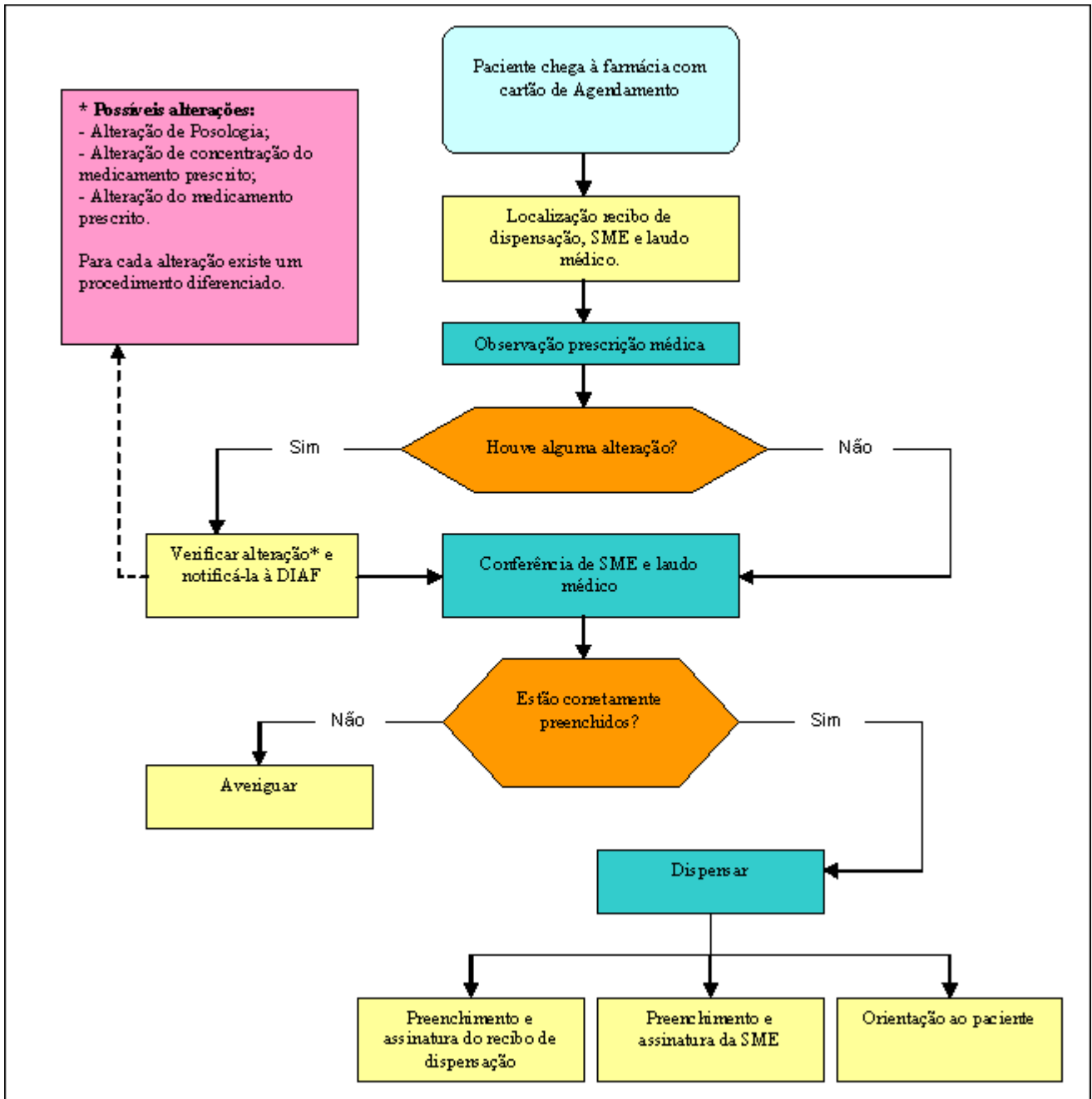


Figura 4. Representação esquemática da etapa de dispensação dos medicamentos do CEAFF em um município do Estado de Santa Catarina

DISCUSSÃO

No que se refere à estrutura da farmácia, fica evidente a sobreposição de tarefas relacionadas aos vários programas de medicamentos cuja dispensação é de responsabilidade do município. Tal realidade é decorrente da descentralização dos serviços farmacêuticos, em sua maioria, para a esfera municipal. No entanto, conforme aponta Barreto & Guimarães (2010), as condições da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros ainda estão bem distantes daquelas necessárias para que estes assumam suas funções de executores da política de nacional Assistência Farmacêutica.

Além disso, os programas, bem como os elencos e o número de pacientes aumentam, mas a capacidade

instalada do serviço não é planejada adequadamente para atender a demanda. Há falta de estrutura-física e de recursos humanos. Situação semelhante é descrita em outros estudos realizadas com os serviços farmacêuticos na atenção primária (Menolli et al., 2009; Araujo et al., 2008). Este quadro é resultante, em parte, da municipalização das ações da assistência acompanhado da não definição de responsabilidades das esferas e do financiamento veiculado apenas à compra do insumo medicamento. Em parte resultante da não compreensão dos gestores do real significado da Assistência Farmacêutica, que não significa apenas disponibilidade do medicamento.

O atendimento aos usuários realizado através de uma janela, sem a possibilidade do usuário sentar-se, como

observado para os medicamentos da atenção básica, ou mesmo quando realizado no interior da farmácia, sentado, mas na mesma estrutura onde é realizado o serviço administrativo, é contraditório às diretrizes de humanização do atendimento no SUS conforme aponta Mattos (2009).

Quanto a caracterização da demanda, o aumento do número de pacientes e processos cadastrados para este grupo de medicamentos encontrado no nosso estudo também é uma realidade verificada em todos os Estados (Brasil, 2004). E indica que o aumento dos gastos com medicamentos também está associado com maior demanda de acesso aos medicamentos nos serviços públicos.

Quanto aos medicamentos mais solicitados, foram os mesmos apontados por um estudo realizado com dados do estado de Santa Catarina (Blatt et al., 2007), indicando um perfil epidemiológico semelhante entre o município pesquisado e o estado.

Em relação ao acesso aos medicamentos, verificou-se um tempo demasiadamente longo entre a identificação da necessidade do medicamento até o deferimento dos processos. Frequentemente, o paciente necessitou ir à farmácia no mínimo três vezes. A divulgação para os prescritores dos critérios de inclusão e trâmites burocráticos para a abertura de processo, bem como mecanismos que possibilitem o acesso à consulta com especialistas e a realização dos exames poderiam diminuir o tempo de espera.

As dificuldades de acesso a estes medicamentos contribuíram para o aumento da demanda judicial. Um estudo realizado no mesmo período em Santa Catarina (Pereira et al., 2010) mostrou que 26,4% dos medicamentos solicitados judicialmente pertenciam à lista de medicamentos de dispensação em caráter excepcional.

No que se refere às ações de Assistência Farmacêutica propriamente dita verifica-se primeiramente um grande número de atividades burocráticas que são necessárias para a abertura do processo, acompanhamento e dispensação dos medicamentos. Além disso, estas atividades estão relacionadas com a prestação de contas do estado para a união e estão vinculadas ao repasse do recurso financeiro para a compra dos medicamentos e são importantes para o planejamento e organização do programa.

Desta maneira espaço adequado e recursos humanos qualificados e treinados são importantes para a realização adequada das ações. Mas na prática, como aponta o relatório do CONASS os recursos humanos não são treinados, possuem baixa remuneração e contratos de trabalho temporários o que dificulta a formação de vínculo com o paciente, com a equipe de trabalho e o baixo conhecimento das atividades administrativas (Brasil, 2004).

A organização de uma agenda de trabalho, de procedimentos operacionais padrão bem como o treinamento dos funcionários pela farmacêutica foram ferramentas utilizadas para suprir estas deficiências. Desta maneira, procedimentos operacionais padrões como os apresentados anteriormente e desde que adequados às necessidades do gerenciamento do programa e a realidade do serviço podem contribuir para uma gestão mais eficiente do CEAF no âmbito municipal. O pedido mensal de medicamentos foi facilitado com a implantação de um

sistema informatizado que apresenta o cadastro dos pacientes. Contudo, este sistema, na época não permitia o acompanhamento da dispensação dos medicamentos por paciente. Para superar esta dificuldade a farmacêutica desenvolveu um sistema manual de controle da dispensação.

O carro de suprimento não era adequado, pois não garantia as boas práticas de acondicionamento. Além disso, dependia dos horários dos pacientes, o que significava que os medicamentos podiam ficar por horas estocados em um carro e expostos ao calor e a luz solar. O transporte adequado de medicamentos é um problema para vários municípios catarinenses e ainda mais problemáticos naqueles mais distantes da capital.

As condições de armazenamento verificadas neste local estavam de acordo com as especificações técnicas (Brasil, 2001; Brasil, 2006). Diferente dos resultados demonstrados para o Estado de Santa Catarina, onde foram encontrados medicamentos vencidos e armazenados de maneira inadequada (Blatt et al., 2007) e de outro estudo realizado em âmbito nacional, onde 39% dos municípios de uma amostra de 597 apresentaram condições inadequadas de armazenamento (Vieira, 2008).

O agendamento da dispensação foi uma ferramenta importante para o planejamento do serviço e para a melhoria do atendimento prestado ao paciente. Apesar de estes pacientes receberem um atendimento diferenciado, por ser individualizado e sentado, quando comparado ao atendimento realizado através da janela. Contudo, um local adequado para a orientação com espaço reservado para a conversa com o paciente poderia permitir um acompanhamento farmacêutico de melhor qualidade, incluindo os aspectos clínicos no atendimento farmacêutico.

Considerando o tempo médio de dispensação que foi de 16 minutos, podemos considerar que num período de 4 horas é possível atender no máximo 16 pacientes. Tal número indica, mais uma vez, a necessidade de adequação dos recursos humanos para as atividades do programa. Apesar do tempo de dispensação encontrado ser superior a muitos outros estudos, cujo resultado variou entre 2,6 minutos a 18,4 segundos (Blatt et al., 2007; Naves & Silver, 2005; Santos & Nitrini, 2004) considerando os trâmites burocráticos envolvendo os medicamentos do CEAF o tempo de 16 minutos ainda pode ser insuficiente para a orientação adequada do paciente para o uso racional de medicamentos.

Conforme aponta Araújo e colaboradores (2008) nos serviços públicos, ainda permanece o vínculo do serviço farmacêutico com o modelo curativo, centrado na consulta médica e no pronto atendimento, de tal forma que a farmácia apenas atende a essas demandas, tornando-se quase impraticável a atividade de orientação aos usuários. No caso específico do CEAF o protocolo apresenta os fluxogramas de dispensação, destacando as etapas a serem seguidas pelos farmacêuticos para a dispensação e o monitoramento do tratamento, mas a utilização destes protocolos ainda é uma realidade distante dos serviços.

CONCLUSÕES

O volume de trabalho administrativo, bem como a complexidade do CEAF estão relacionada das à necessidade

de um rigoroso controle por parte dos gestores, em função do volume financeiro envolvido.

A descentralização de parte do serviço, conforme ocorre em Santa Catarina traz alguns benefícios significativos aos pacientes, os quais podem ter acesso aos medicamentos mais próximo de seus domicílios. Mas ao mesmo tempo, defronta-se com a dificuldade de organização do serviço, espaço físico adequado e necessidade de aumento de recursos humanos qualificados. A descrição das atividades e a elaboração dos fluxogramas pode ser uma ferramenta para a melhoria da organização das atividades relacionadas a este componente entre os centros de custo.

Contudo, o fornecimento dos medicamentos não garante, por si, a resolutividade das ações de saúde. O adequado acompanhamento destes pacientes e a garantia de acesso aos demais serviços de saúde como consultas médicas e exames são essenciais para o sucesso terapêutico. Para tanto, é fundamental a necessidade de definições mais adequadas quanto ao financiamento da estruturação, organização e manutenção do serviço de dispensação e monitoramento dos pacientes que utilizam os medicamentos do CEAF.

Portanto, deve existir por parte dos gestores uma preocupação com relação à capacitação dos profissionais envolvidos, bem como a garantia de condições de trabalho adequadas.

Esta estruturação da Assistência Farmacêutica parte do entendimento mais ampliado do seu significado, que não está somente relacionado ao financiamento do medicamento e também definição do fluxo de descentralização da dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que incluem definição de responsabilidades e financiamento.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a DIAF, à gestão municipal e aos profissionais do Centro de Custo pesquisado pelo apoio na realização deste estudo. Indianara Reynaud Toreti Becker trabalhou na concepção teórica, coleta de dados e elaboração e redação final do texto; Mareni Rocha Farias trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto; Carine Raquel Blatt trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação final do texto.

REFERÊNCIAS

Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM & Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13 (Sup): 611-617, 2008.

Barreto JL & Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 26(6): 1207-1220, 2010.

Blatt CR, Oliveira BV & Oenning D. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16 (7): 3277-3283, 2011.

Blatt CR & Farias MR. Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina.

Brasil. *Lat. Am. J. Pharm.* 26 (5): 776-83, 2007.

Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Sistemas e Rede Assistenciais. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Medicamentos Excepcionais. Brasília, 2002a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.318 de 23 de julho de 2002. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2002b.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília. CONASS, 2003.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Brasília. CONASS, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em julho de 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2009.

Mattos RA. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Comunicação Saúde Educação*. 13 (1): 71-80, 2009.

Menolli PVS, Ivama AM & Cordoni LJR. Caracterización de los servicios farmacêuticos de atención primaria Del Sistema Único de Salud em Londrina, Paraná, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 25(3): 254-9, 2009.

Naves JOS & Silver LD. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. *Rev Saúde Pública*. 39(2): 223-30, 2005.

Pereira JR, Santos RI, Nascimento Junior, JM & Schenkel EP. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (3): 3551-3560, 2010.

Santos V & Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 38(6): 819-34, 2004.

Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 27(2): 149-156, 2010.

Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saúde Pública*. 43(4): 674-681, 2009.

Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev. Panam. Salud Pública*. 24(2): 91-100, 2008.