

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA**

Vanessa de Bona Sartor

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE
MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas

Florianópolis/SC

2010

Catálogo na fonte elaborada pela biblioteca da
Universidade Federal de Santa Catarina

A ficha catalográfica é confeccionada pela Biblioteca
Central.

Tamanho: 7cm x 12 cm

Fonte: Times New Roman 9,5

Maiores informações em:

<http://www.bu.ufsc.br/design/Catalogacao.html>

Vanessa de Bona Sartor

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 10 de novembro de 2010.

Prof. Sergio Fernando Torres de Freitas, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof., Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Dayani Galato,
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a. Sônia Natal
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr.. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Universidade Federal de Santa Catarina
(suplente)

Dedico este trabalho a todas as pessoas que lutam pela transformação social, pelo fim do capitalismo, por uma sociedade em que a produção do conhecimento esteja a serviço das necessidades de vida dos povos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Sergio Fernando Torres de Freitas, pelos conhecimentos socializados, pela compreensão e dedicação. Seu modo de orientar, pautado na confiança, no incentivo e respeito, permitiu o exercício da liberdade intelectual na realização deste trabalho.

Às Professoras Josimara Telino de Lacerda e Maria Cristina Marino Calvo, pelo apoio recebido no desenvolvimento deste estudo. Apoio importante para superar os obstáculos encontrados neste período.

Às Professoras Rosana Isabel dos Santos, Marení Rocha Farias e Eliana Diehl, por acompanharem meu trajeto profissional ao longo desses anos.

Ao farmacêutico Marcelo Florentino pelas várias discussões acerca do trabalho, da sua concepção à finalização.

Aos trabalhadores da Secretaria de Saúde de Florianópolis que dispensam medicamentos para milhares de pessoas diariamente, por aceitarem participar e por acreditarem na intencionalidade desta pesquisa.

À Secretaria de Saúde de Florianópolis por autorizar e permitir a realização desta pesquisa.

Às professoras Dayani Galato e Sonia Natal pelas considerações valorosas.

Aos meus colegas de trabalho da Secretaria de Saúde de Florianópolis e colegas de turma do mestrado, que com palavras de incentivo contribuíram para o êxito desta jornada.

Aos meus colegas farmacêuticos que lutam por melhores condições de trabalho e que optaram em trabalhar e lutar pelo SUS.

Aos meus camaradas de militância política por compreenderem meu distanciamento nesta fase.

Aos meus pais, Ademar e Dilamar, e minha irmã, Alessandra, que mesmo estando longe sempre estiveram presentes no desenrolar dessa história.

Ao meu companheiro Marcelo; sua parceria, seu amor e apoio foram fundamentais em todos os momentos de estresse e preocupação, e também de alegria pelo término deste trabalho.

Lutar por acabar com as ilusões acerca de uma situação significa lutar para que se acabe com uma situação que necessita de ilusões.

Karl Marx

RESUMO

Os medicamentos assumem um papel importante nos serviços de saúde pública, constituindo-se no principal instrumento terapêutico utilizado na sociedade atual. Considerando que no Brasil a saúde é um direito constitucional, que deve ser garantido pelo Estado e que seus serviços devem estar organizados conforme os princípios e diretrizes do SUS; consiste o objetivo deste estudo: propor um modelo de avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica do SUS. Realizou-se levantamento bibliográfico e discussão com *experts* na elaboração do modelo lógico-teórico para dispensação. O critério adotado foi de eficácia para construção do modelo e seus indicadores. Foram elaborados parâmetros e modelo de classificação para o julgamento de valor. A validação do modelo de avaliação ocorreu no município de Florianópolis/SC, em quinze unidades de saúde, através da observação direta utilizando formulário próprio para coleta dos dados. As características contextuais dos serviços foram levantadas. O modelo apresentou-se adequado para avaliação de eficácia do serviço, elaborado com cinco dimensões de análise, permitindo identificar os pontos críticos de cada uma das dimensões do serviço. A escolha do critério de eficácia possibilitou avaliar o processo de trabalho deixando alguns aspectos estruturais para a contextualização do achado e de resultados para futuras avaliações de efetividade e relevância do serviço. Adaptações à técnica de coleta de dados poderão ser necessárias para a realidade e necessidade de cada situação. Na análise dos achados, a eficácia do serviço no município foi classificada como regular. A Orientação foi o *nó* crítico dos serviços, seguido pelo Acolhimento e pela Separação e Preparação do medicamento. Apesar de este serviço estar à disposição da população brasileira há tempos, o seu estudo pelas instituições ainda é insuficiente. Tanto esta pesquisa quanto aquelas encontradas, apontam uma situação preocupante em que os serviços de dispensação de medicamentos em nosso país se encontram. A eficácia destes deve propiciar o acesso qualificado aos medicamentos disponibilizados pelo SUS. Espera-se que este estudo também sirva de incentivo para institucionalização de avaliações permanentes nos quais o princípio democrático seja respeitado e com direcionalidade política para a transformação social.

Palavras-chave: Avaliação de serviço em saúde, Atenção Primária à Saúde, Boas Práticas de Dispensação.

ABSTRACT

Medications assume an important role in public health services, and it is the main therapeutic tool used in the actual society. Whereas in Brazil, health is a constitutional right, which must be guaranteed by the State and its services should be organized according to the principles and guidelines of the SUS; consist the objective of this study: to propose a model for evaluating the effectiveness of the service in dispensing medications in public primary health care. We conducted bibliographic and discussion with experts to elaborate the evaluative model. The criterion adopted was effectiveness for building the model and its indicators. The validation of the model occurred in the city of Florianopolis (SC), in fifteen health facilities, through direct observation using a specific form for collecting data. Parameters were developed, as well model of classification for judging value. The characteristics in the context of services were raised. The model evaluative presented was appropriated for its effectiveness, with five analysis dimensions, can identify critical points of each dimension. The choice of effectiveness criteria allowed the evaluation of the work process, leaving some structural aspects to contextualize the findings and results for future evaluations of responsiveness and relevance of the service. Adjustments to the technique of data collection could be needed considering the realities and needs of every situation. In analyzing the results, the effectiveness of the service in the city was classified as regular. The Orientation was the critical *node* of the services, followed by the Reception and by the Separation and Preparation of the drug. Although this service is available to the Brazilian population for some time ago, its study by the institutions is still insufficient. Both this research and those found, indicate a worrying situation in which the services of dispensing drugs in our country are found. Their effectiveness should be qualified access to medications available through SUS. It is hoped that this study also may encourage the institutionalization of standing evaluation in which the democratic principle is respected and directionality with a policy for social transformation.

Keywords: Health Services Evaluation, Primary Health Care, Good Dispensing Practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Serviços farmacêuticos segundo necessidades dos usuários..	29
Figura 2 – Ciclo da Assistência Farmacêutica	30
Figura 3 – Processo assistencial envolvendo uso de medicamento.....	33
Figura 4 – Fluxograma da dispensação de medicamento	42
Figura 5 – Quadro referencial para avaliação da eficácia da dispensação de medicamentos.....	69
Figura 6 – Eficácia da dispensação segundo existência de responsável pelo serviço	93
Figura 7 – Eficácia da dispensação segundo cargo do responsável pelo serviço	94
Figura 8 – Eficácia da dispensação segundo fixação do dispensador na farmácia.....	94
Figura 9 – Eficácia da dispensação segundo número de pessoas atendidas por hora	96
Figura 10 – Eficácia da dispensação segundo tempo gasto para execução do atendimento ao usuário.....	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores sugeridos pelo MS para avaliar a dispensação de medicamentos.....	61
Quadro 2 – Conceitos de eficácia e seus respectivos autores e ano de publicação.	67
Quadro 3 – Dimensões, objetivos e indicadores para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos.....	70
Quadro 4 – Matriz avaliativa: dimensões, objetivos, indicadores, medidas e parâmetros para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos...	72
Quadro 5 – Modelo de classificação da eficácia da dispensação	77
Quadro 6 – Juízos de valor atribuídos às dimensões da dispensação e resultados dos seus respectivos indicadores.....	85
Quadro 7 – Juízos de valor atribuídos à dimensão Acolhimento e resultados dos seus respectivos indicadores.....	87
Quadro 8 – Juízos de valor atribuídos à dimensão Validação da prescrição e resultados dos seus respectivos indicadores	88
Quadro 9 – Juízos de valor atribuídos à dimensão Orientação e resultados dos seus respectivos indicadores.....	89
Quadro 10 - Juízos de valor atribuídos à dimensão Registro dos dados e informações e resultados dos seus respectivos indicadores.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação das unidades de saúde segundo grau de eficácia do serviço de dispensação de medicamentos.....	83
Tabela 2 – Número e percentual de serviços segundo classificação das dimensões.....	86
Tabela 3 – Distribuição dos dispensadores por cargos e respectivas coberturas nas unidades de saúde.....	92
Tabela 4 – Número e percentual de unidades de saúde segundo tempo gasto para execução do atendimento ao usuário.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEME – Central de Medicamentos
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PSF – Programa Saúde da Família
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SC – Santa Catarina
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 OBJETIVOS.....	26
2 SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	27
2.1 ASPECTOS GERAIS DA DISPENSAÇÃO	27
2.2 ASPECTOS TÉCNICOS DA DISPENSAÇÃO	34
2.3 ASPECTOS DAS POLÍTICAS ADOTADAS RELACIONADAS A DISPENSAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	46
3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	53
3.1 CONCEITOS E OBJETIVOS DE UMA AVALIAÇÃO	53
3.2 AS DIFERENTES ABORDAGENS DA AVALIAÇÃO	54
3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ...	56
3.4 A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DISPENSAÇÃO	59
4 METODOLOGIA	65
4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	65
4.2 COMPONENTES DA AVALIAÇÃO: MODELO TEÓRICO- LÓGICO, CRITÉRIOS, INDICADORES E PARÂMETROS.....	65
4.3 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO	68
4.4 APLICAÇÃO DO MODELO CONSTRUÍDO: AMOSTRAGEM, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	75
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	80
4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	81
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
5.1 REFERENTES À APLICAÇÃO DO MODELO ELABORADO – AVALIAÇÃO PROPRIAMENTE DITA	83
5.2 REFERENTES AO MODELO DE AVALIAÇÃO	99
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
BIBLIOGRAFIA.....	105
APÊNDICE A	115
APÊNDICE B	119
APÊNDICE C	125

APÊNDICE D.....	133
APÊNDICE E.....	141
APÊNDICE F.....	145
ANEXO.....	147
ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO.....	147

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que os problemas de saúde são os principais objetos de intervenção dos serviços de saúde pública. Neste âmbito, os medicamentos assumem um papel importante, constituindo-se no principal instrumento terapêutico utilizado no processo saúde-doença na sociedade atual.

No cenário das políticas públicas de saúde no país, tem-se o arcabouço constitucional e legal assumindo o provimento dos medicamentos essenciais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o serviço de dispensação dos mesmos no elenco de itens necessários à realização das ações de atenção básica.

Entretanto, a realidade do acesso aos medicamentos no contexto dos serviços de saúde ainda é deficiente (MARIN, 2005). Apenas 45% dos usuários que receberam prescrição médica através do SUS tiveram acesso a 100% dos medicamentos prescritos (VIACAVA, 2010). Cerca de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente, ilustrando que o emprego indevido destes é um problema de saúde pública (BRASIL, 2009a). Para reforçar este entendimento, segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos são os principais causadores de intoxicação desde 1996, respondendo atualmente por 31% das intoxicações e 20% dos casos de morte. O uso terapêutico do medicamento, o erro de administração, o uso indevido e a prescrição inadequada foram responsáveis por 14% destas intoxicações registradas, ficando atrás apenas das intoxicações por tentativa de suicídio (43%) (BRASIL, 2010).

Afirma-se que a qualidade do uso de medicamentos está diretamente relacionada à qualidade dos serviços (ARAUJO et al., 2008) e que o investimento na qualidade da prescrição e dispensação destes produtos pode minimizar esses riscos associados à terapêutica medicamentosa e maximizar o alcance de resultados eficientes trazendo benefício ao usuário (PEPE; CASTRO, 2000).

Infelizmente para muitos gestores promover acesso e uso racional de medicamentos, significa centrar esforços apenas na aquisição e distribuição dos mesmos (BRASIL, 2007a), sem compreenderem que fora do contexto de serviços de qualidade, os mesmos tornam-se elementos de risco para a saúde e ônus para o sistema, sejam pelas iatrogenias provocadas, sejam pelas perdas decorrentes de uma gestão inadequada.

Diante da problemática da utilização dos medicamentos cabe um questionamento acerca da qualidade dos nossos serviços de saúde, em especial a dispensação de medicamentos que, se executada adequadamente permite ao usuário o recebimento de medicamentos de boa qualidade, na dose prescrita, na quantidade adequada e embalado de forma a preservar esta qualidade, e de orientações para o seu uso correto (MARIN, 2003; OLIVEIRA et al., 2006). Pode ser uma das oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde ao considerar todo o processo de assistência ao usuário, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa (MARIN, 2003).

Portanto, ao considerar que: o medicamento é um insumo essencial no alívio, cura e controle de processos mórbidos; o uso de medicamentos se dá no âmbito do cuidado à saúde sujeito à lógica do modo de produção social capitalista; no Brasil a saúde é um direito constitucional que deve ser garantido pelo Estado e que seus serviços devem estar organizados conforme os princípios e diretrizes do SUS; consiste a indagação desse estudo: Como os serviços de dispensação de medicamentos do SUS, mais especificamente os da atenção básica, disponibilizam estes produtos à população.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Propor um modelo de avaliação para o serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica à saúde do SUS.

1.1.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o serviço de dispensação de medicamentos no município estudado considerando as variáveis contextuais;

Identificar o grau de eficácia do serviço de dispensação de medicamentos da rede municipal de atenção básica à saúde no município estudado;

Definir os aspectos negativos e positivos do serviço de dispensação, do ponto de vista da eficácia, no município estudado.

2 SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

2.1 ASPECTOS GERAIS DA DISPENSAÇÃO

Os medicamentos são de grande importância para a sociedade, produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas a doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua situação de doença (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008).

Entretanto, na sociedade atual seja qual for a natureza das necessidades humanas, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não se evitará que as mesmas sejam transformadas em mercadorias (MARX, 1985).

Nessa perspectiva, assume-se que os medicamentos possuem três representações sociais, além do medicamento enquanto agente quimioterápico que age nos processos mórbidos, ele se apresenta também como mercadoria e como símbolo permitindo que a saúde esteja representada no consumo de medicamento (LEFÈVRE, 1991).

Segundo Leite, Vieira e Veber (2008), vários estudos vêm demonstrando prevalências consideradas altas de consumo, em todos os estratos populacionais e para diversas classes de medicamentos, e que simultaneamente, têm-se inúmeras situações em que as pessoas não utilizam adequadamente os medicamentos prescritos, seja de forma voluntária ou involuntária.

A internação por doenças de grande importância epidemiológica e manejáveis em nível ambulatorial, como a tuberculose e a hipertensão, ocorrem por uma contribuição importante de aspectos relacionados ao mau uso do medicamento (MARIN, 2003).

Sendo assim, necessita-se construir uma nova cultura, atribuindo aos medicamentos o seu significado concreto de instrumento tecnológico para a prevenção de doenças e restauração da saúde (BRASIL, 2009a), devendo os profissionais de saúde ter clareza da sua responsabilidade, assumindo o pressuposto de que na utilização de medicamentos sempre estará presente a possibilidade de agravos que diminuem a qualidade de vida do usuário e o não alcance dos resultados terapêuticos esperados (HEPLER; STRAND, 1990).

Neste contexto, a disponibilização de medicamentos nos serviços de saúde pública deve estar fundamentada no acesso, na qualidade e em condutas racionais relacionadas à prescrição, dispensação e uso

(MACHADO-DOS-SANTOS, 2001) estando orientada pelo modelo de atenção à saúde adotado pelo SUS.

Sobre estes aspectos, as produções técnicas tanto acadêmicas quanto oficiais, no Brasil, apresentam pelo menos três terminologias diferentes para tratar do acesso e uso racional de medicamentos nos serviços de saúde, sendo eles: Serviços Farmacêuticos, Atenção Farmacêutica e Assistência Farmacêutica.

Os serviços farmacêuticos no SUS têm a finalidade de propiciar o acesso qualificado aos medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública a seus usuários. Compreendem atividades administrativas cuja finalidade é garantir a disponibilidade de medicamentos, sua qualidade e conservação, e serviços assistenciais para garantir a efetividade e segurança da terapêutica através da avaliação, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e educação permanente da equipe de saúde (BRASIL, 2009c).

Além disso, os serviços assistenciais se tratam de serviços realizados pelo farmacêutico, na lógica da Atenção Farmacêutica (IVAMA, 2002), alguns destes serviços precisam ser realizados com apoio de auxiliares que atuam sob sua responsabilidade. Dentre eles, destaca-se a orientação farmacêutica, a dispensação de medicamentos e o acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico.

Para ilustrar, a figura que segue apresenta tais serviços prestados no atendimento e acompanhamento dos usuários de medicamentos. Entretanto, lembra-se que no cotidiano das unidades de atenção básica à saúde, a realização dos serviços de verificação de parâmetros (afecção de pressão arterial sistêmica, temperatura corporal, dosagem de glicemia capilar, entre outros) e a administração de medicamentos são de responsabilidade da equipe de enfermagem, cabendo ao farmacêutico realizar tais procedimentos quando integrantes de um processo de avaliação terapêutica em que o mesmo estiver envolvido.

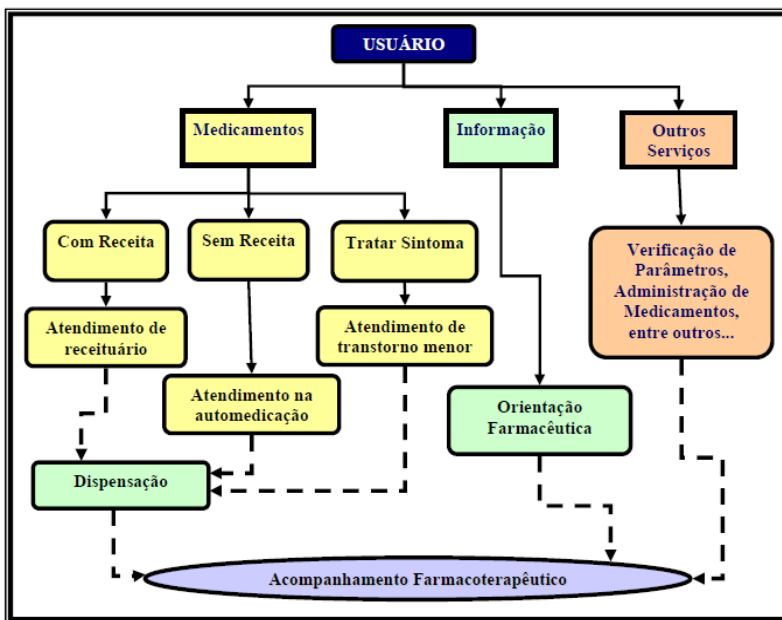


Figura 1 – Serviços farmacêuticos segundo necessidades dos usuários
 Fonte: Correr (2006b).

Atenção Farmacêutica é considerada um modelo de prática profissional do farmacêutico, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 2004). Seria um compromisso profissional de mudança de foco de trabalho para e com o sujeito em atendimento, resgatando a prática assistencial do farmacêutico.

Enquanto que a Assistência Farmacêutica se apresenta como um conjunto de ações multiprofissionais voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a

produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Comumente, este conjunto de ações é representado pela figura 2 para retratar a inter-relação/interdependência de seus componentes.



Figura 2 – Ciclo da Assistência Farmacêutica
Fonte: Adaptado de Machado-dos-Santos (2001).

O funcionamento adequado e sistêmico do ciclo permitirá que, no momento da dispensação, o medicamento necessário e de boa qualidade esteja disponível para ser entregue ao usuário (OLIVEIRA et al., 2006).

Segundo Araújo et al. (2008), a Assistência Farmacêutica também pode ser dividida em duas subáreas distintas, porém complementares. A primeira compreende as atividades relacionadas à “tecnologia de gestão do medicamento”, tendo como finalidade proporcionar o abastecimento, para a garantia do acesso da população ao medicamento. Estas atividades são necessárias ao cumprimento dos aspectos legais e às diretrizes das políticas de saúde, e envolvem: o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de aquisição, armazenamento e logística de distribuição.

A segunda subárea está relacionada à “tecnologia do uso do medicamento”, envolvendo desde a prescrição até a utilização correta e

eficaz dos mesmos. Esta área envolve a atuação de diferentes categorias de profissionais de saúde e dos usuários. Para os autores, a execução das atividades de tecnologia do uso do medicamento depende fundamentalmente da adequada execução das atividades de tecnologia de gestão (ARAÚJO et al., 2008).

É visto que estes termos têm provocado algumas confusões, em especial no campo da Saúde Pública, no qual o termo “assistência” corresponde ao conjunto de procedimentos específicos da clínica e da cirurgia dirigidos a um indivíduo. Enquanto a “atenção” à saúde remete-se ao conjunto de atividades intra e extra-setor saúde (intersectorialidade) que, incluindo a assistência individual e coletiva, requerem ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença (ROCHA; CESAR, 2008). Sob este entendimento, as terminologias “assistência” e “atenção”, adotadas na área farmacêutica, estariam trocadas.

A princípio o termo “assistência farmacêutica” utilizado no Brasil desde década de 60, foi interpretado da mesma forma que “assistência médica” relacionando-o com as atividades, de cunho clínico no cuidado à saúde, realizadas pelo farmacêutico. Entretanto, nas décadas de 1980 e 1990, os textos publicados para tratar deste tema adotaram o conceito de *servicios farmacêuticos* da Espanha e países latino-americanos, correspondendo a *pharmaceutical services* nos Estados Unidos, que englobam atividades relacionadas ao abastecimento dos sistemas, programas ou serviços de saúde com medicamentos de qualidade para serem entregues aos usuários (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Segundo Oliveira, Bermudez e Osorio-de-Castro (2007) a partir daquele momento, no Brasil, a “assistência farmacêutica” passou a denotar seu domínio temático nos campos clínico e também gerencial onde colaboram diferentes profissões, na medida em que o profissional farmacêutico, cuja prática profissional historicamente consistiu em prover os medicamentos e as orientações de tratamento aos usuários, no país não dominava todas as atividades do campo clínico e gerencial da assistência farmacêutica. Assim, nasce o entendimento de que a “assistência farmacêutica” é um campo multidisciplinar.

No Brasil, o termo “atenção farmacêutica” passou a ser utilizado assim que, em 1990, surge pela primeira vez na literatura científica o termo *pharmaceutical care*, como sendo a provisão responsável do tratamento farmacológico como o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde e na qualidade de vida do usuário (HEPLER; STRAND, 1990) constituindo assim, a missão da prática farmacêutica ao

se co-responsabilizar pelos resultados e necessidades relacionadas à farmacoterapia, (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Segundo Silva (2009) alguns autores entendem que a “atenção farmacêutica” constitui um paradigma de prática profissional que busca atribuir um sentido diferenciado para a atividade do farmacêutico, apresentando a relevância de uma demanda social ainda não atendida de forma satisfatória pelas práticas assistenciais vigentes das profissões da saúde: a ocorrência, entre a população, do problema de morbidade e mortalidade relacionada ao uso de medicamentos.

Esta confusão entre as terminologias torna esta reflexão um tanto complexa para este trabalho. Segundo Otero e Dominguez Gil (2000 apud IVAMA, 2002, p.12):

Constitui-se um problema mundial a falta de uniformidade da linguagem utilizada, decorrente de traduções inapropriadas ou adaptações de termos de língua estrangeira, geralmente da língua inglesa (2000 apud IVAMA, 2002, p.12).

Remetendo-se ao processo de assistência à saúde ambulatorial que os indivíduos se envolvem através do SUS, a dispensação de medicamentos apresenta-se como um sub-processo sempre que a abordagem farmacoterapêutica for empregada. Esquemáticamente, este processo no âmbito dos serviços de atenção básica, mesmo sabendo que o cuidado à saúde não se dá de forma simples e linear, pode ser representada pela figura 3.

Dupim (1999) afirma que a dispensação é um procedimento que tanto pode representar a etapa final que sintetiza todas as anteriores, como pode ser o ponto de partida para o encaminhamento a outros serviços.

No que tange os serviços de atenção básica no SUS, a dispensação de medicamentos assim como outros tantos serviços e ações desenvolvidas, devem estar orientadas segundo este âmbito de cuidado. Assim, a dispensação deve atender os seguintes princípios definidos pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006c): universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Além disso, deve considerar a estratégia Saúde da Família como modelo de atenção para sua reorganização.

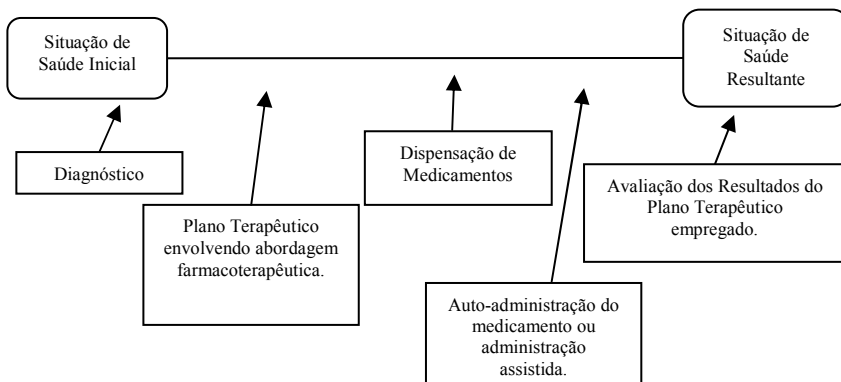


Figura 3 – Processo assistencial envolvendo uso de medicamento
 Fonte: Adaptado de Correr (2006a).

Discorrer sobre um serviço de saúde é também tratar dos responsáveis pela execução do mesmo.

Sabe-se que legalmente os estabelecimentos que realizam dispensação de medicamentos devem contar com a presença do farmacêutico assumindo a responsabilidade técnica pelo serviço (BRASIL, 1973; BRASIL, 2009b), embora em muitas unidades do SUS esta presença não seja garantida.

Buscando referencial para repensar a função do farmacêutico nos sistemas de atenção à saúde, considerando que desde a industrialização a produção de medicamentos o farmacêutico deixou de ser uma referência na prestação de serviços relacionados à assistência para ser um comerciante de medicamentos prontos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou várias reuniões pelo mundo: Nova Deli em 1988, Tóquio em 1993 e Vancouver em 1997 (ANGONESI, 2008). Destes encontros, a Federação Internacional dos Farmacêuticos elaborou o documento *Boas práticas em farmácia: normas de qualidade de serviços farmacêuticos* que tem sido norteador de diversas alterações nos serviços farmacêuticos, em especial naqueles com foco no usuário (GALATO et al., 2008).

Marin (2003) entendem que dentre as atividades farmacêuticas a serem priorizadas nesta transição entre a prestação de serviços orientados ao medicamento para serviços direcionados aos indivíduos e à população, recomendam que se inicie pela dispensação.

Neste sentido, muitos farmacêuticos buscam se apropriar dos conhecimentos necessários a esta reaproximação tanto na perspectiva de retomar o serviço de dispensação de medicamentos quanto para ampliar as possibilidades de sua contribuição na redução das morbi-mortalidades relacionadas aos medicamentos.

2.2 ASPECTOS TÉCNICOS DA DISPENSAÇÃO

A palavra em latim *dispensatióne* deu origem à palavra *dispensación* em espanhol (castelhano), *dispensation* em francês e à palavra *dispensação* em português utilizado no Brasil, significando o ato ou o efeito de dispensar ou prestar um serviço (IGLÉSIAS-FERREIRA; SANTOS, 2009).

Para ilustrar esta denotação, no século XVIII, na Universidade de Coimbra foi criado o Dispensatório Farmacêutico, no qual os estudantes, candidatos a médicos e a boticários, exercitavam, as operações farmacêuticas. Neste local prestavam-se serviços farmacêuticos e médicos, situação que de modo bem claro associa a palavra *dispensação* à prestação de um serviço clínico e não ao conceito de entrega ou venda de um produto (IGLÉSIAS-FERREIRA; SANTOS, 2009).

Por outro lado, Angonesi (2008) ao relacionar a origem da palavra dispensação e seu significado, e o tratamento que a dispensação recebe no Brasil e em outros países, encontra outro aspecto da dispensação. A autora refere que etimologicamente, a palavra dispensação derivada do latim *dispensatio-onis* também pode significar administração, direção e superintendência ou distribuição e repartição demonstrando uma ligação com as atividades administrativas desde sua origem.

Assim, a legislação sanitária vigente no Brasil, através da Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, ao definir dispensação como sendo “ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não”, reforça há 37 anos, um aspecto reducionista do serviço; e em seu preambulo assume seu caráter comercial quando trata do “controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos e correlatos” (BRASIL, 1973). Cabe lembrar que esta Lei surgiu em um momento político cujo modelo médico-assistencial privatista, encontrava-se em plena hegemonia, fortalecendo e fortalecido pelo complexo médico-industrial-hospitalar da época.

A mesma autora, ao revisar e analisar as definições e metodologias de dispensação no Brasil refere que o aspecto comercial da dispensação, tão presente na legislação sanitária, é excluído do conceito adotado pela Política Nacional de Medicamentos dando-lhe um caráter profissional na medida que deixa clara a responsabilidade do farmacêutico na orientação do uso.

À Política Nacional de Medicamentos, dispensação de medicamentos é o ato de o farmacêutico proporcionar um ou mais medicamentos a um indivíduo, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado, informando e orientando o usuário sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 1998).

Ainda para Angonesi (2008), apesar desta política ter influenciado a publicação de normas sanitárias subsequentes no que tange a exclusão do termo *comércio*, conceitualmente a dispensação continua sendo tratada como um ato de entrega de um produto desprovido de sua função técnica e profissional.

Apenas recentemente com a publicação, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre as Boas Práticas Farmacêuticas, a dispensação recebeu destaque adequado na medida em que aponta o direito do usuário à informação e orientação quanto ao uso de medicamentos (BRASIL, 2009b).

Além do arcabouço legal, há várias definições para dispensação disponíveis na literatura nacional e internacional (CORRER, 2006b). Destacam-se três autores que se complementam na definição deste serviço, sendo eles:

Perini (2003) considera que é o momento em que o usuário recebe o medicamento, insumo farmacêutico ou correlato, fornecido por profissional habilitado a analisar condições anteriores de erro, fornecer informações para o uso correto e estabelecer condições para o acompanhamento dos resultados da terapêutica adotada. O produto da dispensação é o aviamento de prescrição devidamente analisada, e o fornecimento de todas as informações necessárias ao fiel cumprimento do tratamento estabelecido.

Galato et al. (2008) reforçam que na prestação da dispensação farmacêutica pode ser possível prevenir, identificar e resolver problemas relacionados à farmacoterapia.

Correr (2006b) considerando a existência de medicamentos que não requerem apresentação de uma prescrição para o usuário acessá-lo, a

dispensação pode ainda ser resultante do atendimento farmacêutico demandado por um usuário. Neste cenário, a dispensação passa a ser consequência da avaliação dos sintomas apresentados, como pode ser visto na figura 1. Nestes casos, o farmacêutico decide-se entre: tratar e/ou encaminhar.

Considerando tais entendimentos, a dispensação tem como objetivos (BRASIL, 2001; MARIN, 2003):

- Assegurar a integralidade da prescrição;
- Assegurar que a prescrição/indicação seja apropriada para o usuário nos seus aspectos terapêuticos, sociais, legais e econômicos;
- Disponibilizar medicamentos com qualidade assegurada e distribuí-los com precisão;
- Aconselhar e educar os usuários sobre o uso de medicamentos e cumprimento da prescrição médica;
- Documentar as atividades profissionais.

Atualmente na Espanha, considerando que nem todos os problemas relacionados com medicamentos apresentados pelo usuário acarretarão resultados negativos à farmacoterapia e que nem todos os resultados negativos são causados por problemas de medicação, propõem-se os seguintes objetivos para a dispensação de medicamentos, (ESPANHA, 2008):

- Garantir o acesso ao medicamento e entregá-lo em condições ótimas de acordo com a legislação vigente;
- Assegurar que o usuário conheça o processo de utilização do medicamento que vai usar;
- Proteger o usuário do surgimento de resultados terapêuticos negativos associados à farmacoterapia, identificando e resolvendo problemas relacionados com medicamentos;
- Identificar certos casos de resultado terapêutico negativo e buscar soluções;
- Identificar outras necessidades do usuário oferecendo-lhe, quando necessário, outros serviços assistenciais;
- Registrar e documentar as intervenções farmacêuticas.

Além de buscar o alcance destes objetivos, é importante que se contribua em reverter o uso irracional de medicamentos devido ao “hábito da nossa sociedade em consumir medicamentos de maneira compulsiva, uma vez que são colocados como solução mágica à problemática da vida” (NASCIMENTO Jr, 2000, p. 36).

Nesta perspectiva preventiva a dispensação também atua no âmbito da prevenção primária, devendo ser um ato em que o farmacêutico promova o uso racional dos medicamentos integrado a todo o processo de assistência à saúde (BRASIL, 2001; FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2002; ANGONESI, 2008; GALATO et al., 2008).

Para atender seus objetivos, a dispensação deve ser prestada observando algumas ações ou procedimentos. Na literatura consultada encontraram-se várias abordagens com diferentes denominações para basicamente as mesmas ações constitutivas, chegando a um total de onze procedimentos, sendo eles:

- Acolhimento (OLIVEIRA et al., 2006; CORRER, 2006a; GALATO et al., 2008) ou Abordagem ao usuário (DUPIM, 1999);
- Elaboração de cadastro de cada usuário (BRASIL, 2001);
- Interpretação e avaliação do receituário (MARIN, 2003; CORRER, 2006a) ou Avaliação da prescrição (GALATO et al., 2008) ou Verificação da integralidade da prescrição (MARIN, 2003; OLIVEIRA et al., 2006) ou Análise da prescrição (DUPIM, 1999; BRASIL, 2001);
- Identificação da existência de problemas relacionados à efetividade e segurança dos medicamentos (GALATO et al., 2008; CORRER, 2006a) ou Acompanhamento e avaliação do uso (BRASIL, 2001);
- Separação e preparação dos medicamentos (MARIN, 2003; OLIVEIRA et al., 2006) ou Separação e conferência dos medicamentos (CORRER, 2006a; BRASIL, 2001) ou Exame físico dos medicamentos (DUPIM, 1999);
- Registro na receita dos medicamentos atendidos e não atendidos (BRASIL, 2001) ou Procedimentos administrativos (MARIN, 2003; OLIVEIRA et al., 2006);
- Fornecimento do medicamento (OLIVEIRA et al., 2006) ou Distribuição dos medicamentos (MARIN, 2003);
- Orientação do usuário ou do seu cuidador (CORRER, 2006a; OLIVEIRA et al., 2006; BRASIL, 2001) ou Repasse de informações sobre o medicamento (GALATO et al., 2008) ou Comunicação com o usuário (MARIN, 2003);
- Finalização do processo com orientações adicionais não relacionados ao medicamento (GALATO et al., 2008);
- Registro no cadastro do usuário (BRASIL, 2001) ou Registro do atendimento (MARIN, 2003);

- Notificação problemas relacionados aos medicamentos e farmacovigilância (BRASIL, 2001; GALATO et al., 2008).

Uma estrutura minimamente adequada é necessária para o alcance dos objetivos da dispensação, provendo capacitação profissional, ambiente limpo e arrumado, com mobiliário e equipamentos adequados às atividades realizadas (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001).

Quanto à capacitação profissional, toda a equipe deve ser treinada para minimizar os riscos e aperfeiçoar os benefícios do atendimento durante a dispensação (MARIN, 2003). Promover a organização do serviço, de maneira que o farmacêutico possa delegar funções ao pessoal auxiliar, apoiando-os tecnicamente, pode possibilitá-lo dispor de mais tempo para se dedicar ao desempenho de suas competências clínicas exigidas por um serviço assistencial (GALATO et al., 2008).

Seria importante a atuação de pelo menos dois profissionais no serviço, enquanto o auxiliar separa o medicamento e realiza outros procedimentos técnico-administrativos, o farmacêutico confere a prescrição e procede a orientação, utilizando-se dos meios necessários, como folhetos, frascos, colheres, seringas, desenhos, dentre outros (MARIN, 2003).

Esta qualificação da equipe de apoio se faz necessária considerando que em diversas situações haverá necessidade dos usuários serem atendidos pelo pessoal de apoio, sob responsabilidade compartilhada com o farmacêutico, enquanto este estiver desenvolvendo outro atendimento. Dessa forma, podem-se estabelecer critérios que priorizem as situações a serem direcionadas ao farmacêutico, conforme propõe Koecheler et al. (1989, apud MARIN, 2003):

- Prescrições em esquemas posológicos complicados ou usuários que utilizem mais de três medicamentos;
- Usuários que possam apresentar problemas com manuseio de medicamentos, formas farmacêuticas ou embalagens, por exemplo, portadores de artrite reumatóide que não possam abrir frascos de comprimidos, pacientes analfabetos etc.;
- Usuários que não cumprem com o seu tratamento;
- Medicamentos de estreita margem terapêutica que podem produzir reações adversas ou desconforto;
- Medicamentos que possam desencadear interações de importância clínica;
- Idade, em especial os idosos;
- Tipo de enfermidade.

Dentre as cinco causas básicas da obtenção de resultados terapêuticos abaixo do esperado, segundo Hepler e Strand (1990), está a dispensação inadequada dos medicamentos. Assim, o dispensador deve estar atento para evitar problemas de dispensação, dentre os mais comuns citam-se (MARIN, 2003):

- Interpretação errada da prescrição;
- Retirada do medicamento errado do estoque;
- Dose errada;
- Rotulagem/embalagem inadequada em função das propriedades do medicamento;
- Contagem, composição imprecisa;
- desconhecimento da adesão ao medicamento;
- Conhecimento insuficiente do processo patológico;
- Tempo insuficiente para conversar com os usuários acerca de seus medicamentos, e
- Inabilidade em se comunicar com os usuários acerca da terapia.

Além da dispensação, a prescrição inapropriada; indisponibilidade de medicamentos; comportamento inapropriado do usuário; idiossincrasia do usuário e monitoramento inapropriado também são causas de obtenção de resultados terapêuticos abaixo do esperado. Reforça-se que muitas destas causas podem ser detectadas através de um acompanhamento cuidadoso dos usuários de medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990).

Na busca por um modelo de dispensação que contemple ao mesmo tempo os aspectos técnicos relativos aos medicamentos e aspectos assistenciais centrados e direcionados ao usuário, Angonesi (2008) analisou a realidade de quatro países: Espanha, Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, como será descrito a seguir:

No Canadá, entende-se que o processo de dispensação envolve componentes técnicos - análise da prescrição, seleção do produto, acondicionamento e rotulagem do medicamento e manutenção do perfil medicamentoso - e cognitivos - avaliação da adequação terapêutica da prescrição e o encaminhamento ao prescritor. Essa diferenciação tem utilidade provável na definição de responsabilidades e limites de atuação na equipe de dispensação. As atividades cognitivas provavelmente são privativas e exclusivas do farmacêutico, as outras poderão ser delegadas aos técnicos ou a outros profissionais como os enfermeiros.

A Inglaterra adota um programa de auditoria em farmácias que busca assegurar um alto padrão no desempenho profissional dos farmacêuticos. Os critérios são avaliados nas seguintes dimensões: a existência de um sistema seguro de trabalho para o processo de

dispensação (equipe treinada e em número suficiente); a existência de um procedimento formal que garanta o recebimento do medicamento correto adequadamente embalado e rotulado; a existência de um sistema para alertar o farmacêutico sobre as interações farmacêuticas e terapêuticas clinicamente significativas e regimes posológicos inapropriados (sistema informatizado com informações farmacoterapêuticas do usuário); o uso adequado de recipientes para o envase dos medicamentos e se estes são adequadamente armazenados; a adoção de cuidados especiais quando os medicamentos são fornecidos em circunstâncias não usuais (entrega em domicílio, pelo correio, para crianças) e a existência de um protocolo de registro de informação quando o prescritor teve que ser contatado para esclarecer uma prescrição.

Diferentemente, na Espanha a dispensação é considerada um ato profissional complexo que não deve ser considerado uma atividade final e sim um suporte para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, relacionando-a com as outras atividades assistências do farmacêutico voltadas ao usuário. A dispensação deve informar os usuários sobre o medicamento que irá utilizar; detectar situações que ofereçam um potencial risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com os medicamentos e respaldar o farmacêutico com informações necessárias para tomada de decisão que beneficie o usuário, podendo ser a decisão de dispensar o medicamento prescrito, de oferecer uma assistência complementar mediante outro serviço de atenção farmacêutica (seguimento do tratamento farmacológico e indicação farmacêutica) ou não dispensar.

Nos Estados Unidos, a compreensão do processo de dispensação envolve apenas as atividades de processamento da prescrição, preparo e entrega do medicamento na perspectiva de garantir o fornecimento de um medicamento dentro dos padrões de qualidade e segurança, já que garantir que o usuário receba a terapia indicada e alcance os resultados esperados pelo tratamento é objetivo de outros procedimentos assistenciais não necessariamente relacionados à dispensação.

Fica evidente a forte relação entre a dispensação e as demais atividades desenvolvidas pelo farmacêutico no que tange à assistência aos usuários adotada em alguns países. Para Angonesi (2008) uma dispensação ideal seria alcançada aliando-se o caráter técnico do procedimento de entrega que garanta o recebimento de um medicamento dentro dos padrões de qualidade e segurança e os elementos filosóficos da atenção farmacêutica que garantam o uso adequado e apropriado dos medicamentos.

Para finalizar o capítulo aprofundando um pouco dos procedimentos ou das ações constitutivas da dispensação, optou-se por sintetizá-los nas dimensões elencadas a seguir e algumas retratadas na figura 4, sendo ela: Acolhimento ao usuário; Validação da prescrição; Conferência e preparação dos medicamentos; Orientação no fornecimento dos medicamentos, e Registro das informações e dados gerados.

Acolhimento ao usuário

No momento de receber o usuário, quando o mesmo se aproxima do local de atendimento, o farmacêutico deve demonstrar respeito, sensibilidade e dar prioridade ao mesmo, prestando atenção à sua comodidade física e emocional. Cria-se uma situação de empatia para que se estabeleça com o usuário uma relação de confiança imprescindível às etapas seguintes do processo de dispensação de medicamentos (DUPIM, 1999; GALATO et al., 2008).

Uma boa orientação ou aconselhamento nasce de uma boa relação profissional-usuário, de um processo em que ambos consigam expressar claramente quais são suas necessidades e limites. Isso apenas será possível se a postura estiver voltada para a resolução do problema do usuário (CORRER, 2006a).

Sempre que possível, chame o usuário pelo nome, pois desta forma, será possível desenvolver mais facilmente a relação terapêutica, definida por Cipolle, Strand e Morley em 1998, em que se reconhecem e assumem as funções e responsabilidades de ambas as partes em uma participação ativa (GALATO et al., 2008).

A privacidade no atendimento pode ser obtida através da adoção de tom de voz adequado, bem como, pelo encaminhamento do usuário a um local de menor fluxo no balcão de atendimento (GALATO et al., 2008).

Neste momento também deve ser realizado o cadastro do usuário ou atualização do mesmo com as informações pertinentes ao atendimento e acompanhamento da situação de saúde.

Validação da prescrição

Neste procedimento realiza-se a análise e interpretação da prescrição, verificando a sua adequação ao usuário considerando tanto os aspectos técnicos - parâmetros farmacodinâmicos e farmacocinéticos - quanto aos aspectos legais antes de preparar ou autorizar a distribuição do medicamento (DUPIM, 1999).

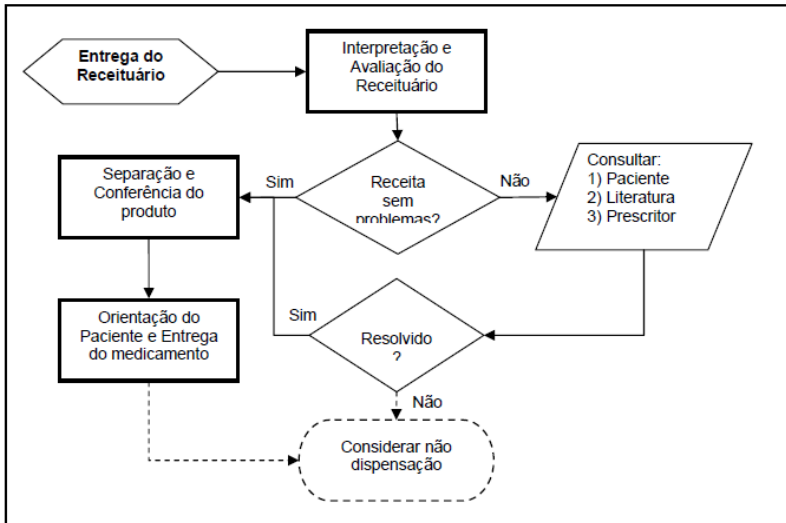


Figura 4 – Fluxograma da dispensação de medicamento
 Fonte: Correr (2006a).

Também se busca identificar a existência ou não de problemas relacionados à efetividade e segurança da farmacoterapia (GALATO et al., 2008; CORRER, 2006a) avaliando os seus resultados (BRASIL, 2001). Para tais análises será necessário que o dispensador conheça certas características e o estado de situação de saúde do usuário.

Segundo Cipolle, Strand e Morley (2004), os usuários que já utilizaram ou utilizam continuamente os medicamentos possuem a experiência com os mesmos, possibilitando-os reconhecer o efeito sobre o seu organismo. Enquanto que, quando esta experiência ainda não foi realizada, não se pode prever com precisão o que ocorrerá. Esta distinção é fundamental para adequada análise da situação e conseqüentemente, adequada intervenção.

Assim, para avaliar uma prescrição e analisar os resultados de uma farmacoterapia é necessário saber a quem ela está direcionada, para que se obtenham informações que possibilitem avaliar a aplicabilidade do medicamento (pela indicação) e a posologia (pelas características do usuário: idade, peso, doenças etc.) além de permitir buscar uma análise mais adequada dos medicamentos da prescrição e, conseqüentemente,

maior possibilidade de identificar possíveis problemas, bem como preveni-los (GALATO et al., 2008).

Diante de uma resposta negativa para efetividade ou segurança do tratamento, cabe ao farmacêutico investigar a gravidade e a causa desta. No entanto, ressalta-se que em inúmeras situações, a causa poderá não ser identificada, o que indica a necessidade de um acompanhamento sistematizado e aprofundado pelo próprio farmacêutico ou ainda de um olhar e uma intervenção multiprofissional (GALATO et al., 2008). Dessa forma, durante a dispensação, o farmacêutico avaliará a possibilidade ou necessidade de oferecer ao usuário outros serviços farmacêuticos disponíveis, como por exemplo, iniciar um acompanhamento farmacoterapêutico (CORRER, 2006a).

A RDC ANVISA nº 44, de 17 de agosto de 2009, determina que o farmacêutico deve avaliar as receitas observando: a legibilidade e ausência de rasuras e emendas; identificação do usuário; identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade; modo de usar e posologia; duração do tratamento; local e data da emissão, e assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional. Em caso de eventuais problemas ou dúvidas o prescritor deve ser contactado. Não podem ser dispensados medicamentos cujas receitas estiverem ilegíveis ou que possam induzir ao erro ou confusão (BRASIL, 2009b).

Segundo Correr (2006a), no caso de problemas com a receita, o farmacêutico deve utilizar como fontes de informação o próprio usuário, a literatura ou, nos casos que esses meios falharem, o prescritor.

Para análise do aspecto legal da prescrição, deve-se levar em consideração todo o arcabouço de leis e normas sanitárias vigentes com destaque para a Lei nº 5991, de 17 de Dezembro de 1973, e a Portaria MS nº 344, de 12 de maio de 1998, quando tratar-se de medicamentos sujeitos ao controle especial, sob pena do profissional farmacêutico responsável técnico responder por infração sanitária e até criminal dependendo da situação.

Quando não for possível o contato, o profissional tem a possibilidade de dispensar o medicamento e encaminhá-lo ao prescritor ou caso haja risco relevante ao usuário não dispensar o medicamento, encaminhando-o ao prescritor imediatamente (GALATO et al., 2008).

Separação e Preparação dos medicamentos

Confirmam-se os dados contidos na prescrição com o(s) medicamento(s) separado(s), conferindo a identidade do medicamento, a concentração e a quantidade para o tratamento (GALATO et al., 2008).

No mínimo uma dupla checagem deve ser feita. A primeira verificação ocorre quando da retirada do medicamento da prateleira e a segunda no momento da entrega ao usuário. A quantidade a ser fornecida deve ser em função da posologia e da duração do tratamento indicado na receita, de forma a não faltar e nem sobrar. Outro aspecto importante consiste na verificação do prazo de validade devendo este cobrir o período para o qual se destina o fornecimento (MARIN, 2003).

O exame físico do medicamento deve ser realizado antes de dispensar o medicamento para verificar se há alterações físicas visíveis (DUPIM, 1999) que possam comprometer sua efetividade e segurança.

Para o fracionamento de medicamentos devem ser cumpridos os critérios e condições estabelecidos na legislação específica: RDC ANVISA nº80, de 11 de maio de 2006 (BRASIL, 2009b).

Cada unidade fracionada deverá ser acompanhada de uma bula e informar o princípio ativo, lote, validade e concentração do medicamento. O destaque da embalagem deve ser feito sob a supervisão do farmacêutico responsável. O fracionamento evitará o desperdício, adequará à necessidade terapêutica de cada usuário e, conseqüentemente, reduzirá os gastos da população com medicamentos (BRASIL, 2006e).

Orientação no fornecimento dos medicamentos

A falta de informação sobre os medicamentos, apesar de não ser a única, é apontada como uma das variáveis mais significativas e de maior impacto, em termos mundiais, sobre as razões pelas quais as pessoas não cumprem adequadamente seus tratamentos (MARIN, 2003).

Em um estudo realizado, após realização de dispensação de medicamentos prestada pelo farmacêutico aos usuários em tratamento anti-hipertensivo, observou-se um aumento de 80% na adesão ao tratamento e um maior controle da pressão arterial (SILVA et al., 2008).

Iniciar a orientação perguntando ao usuário o que lhe foi dito pelo médico, parece ser um bom meio de iniciar este procedimento. No momento da orientação, o farmacêutico deve procurar ser objetivo e ater-se somente às informações de importância clínica, ressaltando as informações relevantes para aquele indivíduo específico (MARIN, 2003).

Fundamentalmente, para que o tratamento atinja os objetivos desejados, o usuário necessita receber informações, entre outras, sobre: o

motivo do uso, a compreensão correta do esquema terapêutico ou modo de uso, a importância da manutenção do tratamento durante o período definido, interação com outros medicamentos e com alimentos, possíveis reações adversas e outros cuidados durante o uso e a guarda dos medicamentos (DUPIM, 1999; ARIAS, 1999, apud MARIN, 2003; SANTOS; NITRINI, 2004; BRASIL, 2009b).

Espera-se que quando o usuário conhece o efeito terapêutico a ser obtido, o mesmo poderá avaliar a efetividade, bem como, a segurança do medicamento por meio da identificação de sinais e sintomas que apontem a necessidade de retorno a seu prescritor ou à farmácia. Quando se trata de efeitos adversos, a informação a ser repassada deve ser selecionada com muita cautela, indicando aqueles que forem mais relevantes e orientando o que deverá ser realizado caso venham a ocorrer (GALATO et al., 2008).

Destaca-se que, exceto nas situações em que o usuário não possa responder por seus atos, o princípio da autodeterminação assegura-lhe o direito de decidir por se submeter ou não a qualquer conduta terapêutica. Por meio da orientação, deve-se procurar oferecer os argumentos necessários ao embasamento de uma tomada de decisão sensata por parte do usuário (MARIN, 2003).

A partir do resultado obtido durante análise da prescrição ou da terapia em andamento, o farmacêutico poderá orientar para solução do problema identificado, e dispensar o medicamento quando a sua intervenção for possível. Na situação em que o farmacêutico não puder realizar, o mesmo poderá entrar em contato com o prescritor para juntos solucionarem o problema (GALATO et al., 2008). As possibilidades de orientação para solução de problemas são inúmeras, destacam-se o ajuste de dose, de horário da administração, entre outras que forem necessárias e possíveis para dispensar o medicamento prescrito.

Casos em que o usuário for orientado a retornar ao médico devido a algum problema em seu receituário e/ou na terapia empregada ou a procurar outros serviços como, por exemplo, acompanhamento psicoterapêutico ou atendimento pelo serviço social, devem ser realizados de preferência através do envio de informe por escrito, redigido à mão ou impresso em papel ou no verso da própria receita.

Na finalização da orientação, as informações adicionais ao tratamento do usuário, além das orientações não-farmacológicas, devem ser fornecidas. O profissional, muitas vezes, omite essas informações por esquecimento ou deficiência em seus conhecimentos sobre a doença,

além de que, em alguns casos, estas orientações são desconhecidas ou mesmo banalizadas pelos usuários (GALATO et al., 2008).

Registro dos dados e informações geradas

O procedimento da dispensação resultará em uma série de registros que terão desde a finalidade administrativa de documentar a movimentação de estoque, a demanda não atendida, o cumprimento das normas legais (medicamentos sob controle especial) e institucionais (prestação de contas da movimentação de medicamentos usados em programas com controle verticalizado) até a finalidade gerencial de garantia de qualidade e proteção do usuário e dos profissionais (MARIN, 2003).

Reforça-se a importância de realizar notificações de problemas, sejam eles referentes às reações adversas ou aos desvios de qualidade, também no sistema de farmacovigilância da ANVISA (GALATO et al., 2008).

Além disso, toda a etapa de registro, do acompanhamento e intervenções, pode servir para planejamento de ações de programas de saúde e estes itens podem ser empregados como indicadores de qualidade dos serviços e resultados em saúde (BRASIL, 2009c).

2.3 ASPECTOS DAS POLÍTICAS ADOTADAS RELACIONADAS A DISPENSAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

As políticas de saúde e demais políticas setoriais de um país são reflexos dos momentos políticos, socioculturais e econômicos adotados pela sociedade ao longo dos anos. No Brasil, o Movimento pela Reforma Sanitária que envolveu alguns seguimentos da sociedade brasileira na década de 80 foi forte o suficiente para garantir na constituição de 1988 a aprovação da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a criação do SUS.

Até a década de 1990, no Brasil, podem-se destacar alguns acontecimentos relacionados à disponibilização de medicamentos à população, especialmente no âmbito da atenção básica, dentre eles:

- No final do século XIX e início do XX prevaleciam as práticas campanhistas de prevenção e controle de doenças, e de saneamento dos espaços com destaque para o movimento da Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, em 1904;

- A Lei Eloi Chaves, Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, criou em cada empresa ferroviária, as Caixas de Aposentadoria e Pensões determinando dentre outros, que seus empregados contribuintes e dependentes tinham direito, além de socorros médicos, aposentadoria e a pensão, tinham direito aos medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração do fundo;
- Em 1964, houve aprovação da primeira relação de medicamentos essenciais chamando a atenção para a necessidade da utilização racional das verbas governamentais e priorizando os laboratórios estatais e privados de capital nacional, anos antes das recomendações da OMS, em 1975, (BERMUDEZ, 1995);
- Criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, com objetivos principais de promover e organizar as atividades relacionadas aos medicamentos aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo; o incremento da pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico; e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos (BERMUDEZ, 1995);
- Realização do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado pela CEME em 1988, cujos debates deram ênfase à questão da nacionalização, ao não reconhecimento de patentes; à necessidade de maiores investimentos em pesquisa, à expansão da assistência farmacêutica governamental, à prioridade do setor estatal de produção; e principalmente, à inserção das ações referentes à assistência farmacêutica no âmbito da implantação do SUS (BERMUDEZ, 1995).

Cabe um destaque acerca do papel da CEME neste período: ela serviu como agência de apoio à política de extensão da assistência médica privatista do regime militar, adquirindo e distribuindo medicamentos, gratuitamente, através da rede de serviços de saúde pública, aos programas verticais de domínio do Ministério da Saúde (MS) e através dos postos de assistência médica da previdência aos grupos populacionais mais carentes. Em meados da década de 80, a CEME disponibilizava 60 medicamentos para tratamento das doenças mais comuns, chegando a fornecê-los para 73% dos municípios brasileiros. Em 1987, elaborou o documento-proposta *Medicamentos Essenciais – os caminhos da autonomia* onde propunha o fortalecimento do seu programa de Assistência Farmacêutica, objetivando a sua universalização. No mesmo

ano, lançou a *Farmácia Básica* que foi idealizada com um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que permitiam o tratamento das doenças mais comuns e voltadas para a atenção básica (BERMUDEZ, 1995).

Neste período, internacionalmente, o surgimento da proposta de reorganização da assistência à saúde a partir dos Cuidados Primários de Saúde¹ considerando o acesso a medicamentos essenciais um dos elementos fundamentais a serem incluídos nesta proposição, influenciou a organização dos serviços de saúde no Brasil (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1978).

A década de 90 trouxe vários acontecimentos marcantes, dentre eles a promulgação da Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990, que em seu artigo 6º, determina como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como uma das ações a serem executadas pelo sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

O reconhecimento das limitações do modelo “tradicional”, aliado à conjuntura político-econômica imposta aos países periféricos (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional) e às péssimas condições de saúde da população, propiciou o surgimento do PSF em 1993 (HENRIQUE, 2006). No mesmo ano foi criado o *Programa de Assistência Farmacêutica* objetivando recuperar a distribuição de medicamentos gratuitos para as populações de baixa renda.

O ano de 1997 foi marcado por vários acontecimentos na área da assistência farmacêutica sendo eles (BRASIL, 1997; PEREIRA, 2005):

¹ Cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1978)

- A extinção da CEME passando a responsabilidade pela aquisição e distribuição de medicamentos à Secretaria Executiva do MS;
- O estabelecimento do Piso da Atenção Básica (PAB) deixando de pagar por serviços prestados passando a realizar transferências de recursos *per capita*, fundo a fundo, incluiu na parte variável do PAB incentivos para desenvolvimento de ações da assistência farmacêutica básica;
- A implantação do *Programa Farmácia Básica* que consistia em um elenco de medicamentos destinados à atenção básica para atender os municípios de até 21.000 habitantes.

Em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos através da Portaria MS nº 3.919, de 30 de outubro, tendo como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998). Apesar de esta política ter constituído um marco importante para o setor, a sua aprovação não foi acompanhada de um conjunto de ações articuladas que viabilizassem a sua implementação integral no sistema de saúde brasileiro (SCHENKEL et al., 2004).

Em consonância a descentralização dos serviços de saúde no país, em 1999, surgiu o *Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica* estabelecendo critérios e requisitos para aquisição de medicamentos, ficando a cargo da Atenção Básica à Saúde, propiciar as condições mínimas necessárias para o uso correto dos medicamentos e contribuir para a ampliação do acesso da população a eles (PEREIRA, 2005).

O MS adotou em 2001 a estratégia de enviar “kits” de medicamentos para as equipes do PSF para incentivar os municípios a adotarem o Programa nos sistemas municipais de saúde, com conteúdo e quantidades fixas e iguais para todo o País, sem considerar as características epidemiológicas regionais. Tal estratégia denominou-se *Programa Farmácia Popular* (PEREIRA, 2005).

Uma importante iniciativa ministerial que merece destaque foi a publicação do manual *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – instruções técnicas para sua organização* objetivando orientar tecnicamente os municípios para a organização da assistência farmacêutica, inclusive a dispensação (BRASIL, 2001).

Até 2002, foram definidos mecanismos de financiamento para alguns medicamentos através de outros programas, além daqueles medicamentos incluídos no *Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica*, culminando em um total de 23 programas do MS

envolvendo a distribuição de medicamentos, sem uma coordenação unificada ou articulada entre eles (SCHENKEL et al., 2004).

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução nº 338, de 06 de maio, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Segundo Pereira (2005), ela trouxe uma série de princípios e eixos estratégicos que se assemelham bastante com as diretrizes estabelecidas pela Política de Medicamentos, acrescenta a prática de atenção farmacêutica ao conjunto de ações que compõe a assistência farmacêutica e da expressão “serviços de assistência farmacêutica”.

Buscando modificar esta situação de fragmentação em diversos programas, o MS em 2005, publicou novo marco normativo, Portaria MS nº 2.084, de 26 de outubro, para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica chamando também a atenção para a necessidade de avaliar e monitorar os serviços. Em 2006, lançou o projeto *Planejar é Preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica*, incentivando a utilização de um instrumento de Autoavaliação para Planejamento em Assistência Farmacêutica, propondo dentre outros, indicadores para avaliação da dispensação de medicamentos (BRASIL, 2006a).

Mais recentemente, teve-se a aprovação do documento *Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006: Consolidação do Sistema Único de Saúde*, que no *Pacto pela Vida* prioriza o fortalecimento da atenção básica e aponta como uma das estratégias para *Saúde do Idoso*, também priorizado, o desenvolvimento de ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à assistência farmacêutica (BRASIL, 2006b).

No *Pacto de Gestão*, há um bloco de financiamento específico para atenção básica e outro para assistência farmacêutica sendo constituído por três componentes diferentes: o *Componente Básico da Assistência Farmacêutica*; o *Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica* e o *Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcionais*. Quanto às responsabilidades assumidas pelas três esferas de gestão do SUS, são inúmeras as responsabilidades pertinentes à atenção básica, e à assistência farmacêutica coube promover a sua estruturação e garantir o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional (BRASIL, 2006b).

Ainda em consequência dos pactos, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica que dentre outras questões, estabelece parâmetros de infra-estrutura e recursos necessários à realização das ações de atenção básica, elencando a dispensação de medicamentos

pactuados dentre os itens a serem disponibilizados nas unidades básicas de saúde independente da existência ou não de equipes saúde da família (BRASIL, 2006c).

Em 2008, o MS criou os chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja composição deve ser multiprofissional considerando as profissões não constantes nas equipes mínimas estabelecidas pelo PSF, com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços (BRASIL, 2008a).

Dentre as ações a serem desenvolvidas pelos NASF, destacam-se aquelas que se preocupam expressamente com a redução do consumo de medicamentos, sendo elas: as ações de atividade física, práticas corporais e as ações de saúde mental. Além disso, prevê o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica visando fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de atenção básica e/ou saúde da família, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Saúde da Família e das Políticas de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2008a).

Em 2009, o MS publicou o documento *Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde* apontando recomendações tanto para a estrutura física das farmácias quanto para organização dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2009c).

É possível perceber que a atenção básica em saúde, com todo o seu conjunto de ações e resultados esperados, possuem uma interdependência com o medicamento, logo, seus serviços devem ter comprometimento com o acesso da população aos medicamentos essenciais (PEREIRA, 2005).

Assim para encerrar o breve registro histórico das políticas e programas implantados, cabe ressaltar que as iniciativas implantadas, em sua grande maioria tiveram seu foco voltado à aquisição dos medicamentos. Apenas recentemente a preocupação com a qualificação dos serviços farmacêuticos assistenciais tem aparecido no cenário das políticas de saúde.

3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

3.1 CONCEITOS E OBJETIVOS DE UMA AVALIAÇÃO

Avaliar faz parte das nossas vidas; é atividade corriqueira em nossa sociedade (DEMO, 2004). Consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre as práticas sociais ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, podendo este julgamento variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SILVA, 2005).

Para determinar o valor de alguma coisa é necessário que este seja analisado em relação a algum anseio ou a um objetivo, não sendo possível avaliar sem se dispor de um quadro referencial razoavelmente preciso. Esse referencial deverá explicitar os valores (imagem-objetivo, situações desejadas, necessidades satisfeitas) que orientarão a seleção de métodos e técnicas que permitam medir o quanto do valor, da necessidade satisfeita, da imagem-objetivo se realiza (GARCIA, 2001).

Além disso, uma avaliação é naturalmente classificatória, não apenas, mas também, ao buscar o entendimento da realidade através da definição, distinção e comparação das partes de um todo que está sendo analisado (DEMO, 2004).

Contandriopoulos et al. (1997) ao considerarem sobre os diferentes objetivos das avaliações os classificaram em quatro categorias, sendo eles:

- objetivo estratégico: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- objetivo formativo: fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer;
- objetivo somativo: determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida;
- objetivo fundamental: contribuir para o progresso dos conhecimentos, para elaboração teórica.

Segundo Colussi (2010) outros autores elaboraram teoricamente os possíveis objetivos de uma avaliação, entretanto eles serão determinados somente a partir das particularidades do objeto que está

sendo avaliado, e do contexto em que está inserido o processo de avaliação. Nesse ponto, destacam-se a importância do referencial teórico que subsidia a avaliação, a partir do qual os objetivos se tornarão claros.

Independente do objetivo da avaliação, a socialização de seus resultados é de suma importância ao considerarmos que, segundo Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, é fonte de poder para os atores que a controlam. No mais, os resultados não servirão se os mesmos não forem comunicados adequadamente (TANAKA; MELO, 2001).

Nesta perspectiva e assumindo que todos avaliam de alguma forma suas atividades no cotidiano, o processo sistematizado de avaliação visando o redirecionamento das ações e seu melhor desempenho, deve ser incorporado no planejamento e execução das ações, devendo ser exercido por todos os integrantes da instituição (CALVO; HENRIQUE, 2006). Além disso, considerando que todas as pessoas tem capacidade para tomar decisões, independente de sua inserção no sistema, entende-se que o exercício desta capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho (TANAKA; MELO, 2001).

3.2 AS DIFERENTES ABORDAGENS DA AVALIAÇÃO

Nas últimas décadas, várias abordagens da avaliação foram criadas para satisfazer a necessidades diferentes. Essas diferentes abordagens são construídas de acordo com concepções e definições diferentes, muitas vezes conflitantes, da avaliação, que variam desde prescrições abrangentes a simples listas de verificação. (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Furtado (2006) destaca a importância de distinguir as características e diferenças entre duas maneiras de emitir um julgamento de valor: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa baseia-se em padrões e normas preestabelecidas buscando atender as necessidades gerenciais em um contexto marcado pelo pragmatismo cotidiano. A pesquisa avaliativa baseia-se no rigor científico de seus procedimentos buscando superar a mera opinião ou convicção como fonte de suas conclusões, deixando aberto o caminho para que o raciocínio empregado possa ser analisado. Além disso, destaca que a grande diferença entre uma pesquisa avaliativa e pesquisa tradicional está

no fato da avaliadora emitir um julgamento de valor sobre o objeto analisado.

A avaliação normativa ao estudar os componentes da intervenção em relação a normas e critérios, apóia-se no fato de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

As pesquisas de avaliação podem adotar metodologias qualitativas e/ou quantitativas. A metodologia dominante é de natureza quantitativa. Nos últimos anos, porém, o número de pesquisas avaliativas que utilizam uma metodologia qualitativa vem crescendo. A pesquisa qualitativa tem como principal vantagem o aprofundamento das informações acerca do objeto, enquanto que a abordagem quantitativa, o fato de permitir a análise direta e objetiva dos dados possibilitando comparações entre diferentes realidades. Dessa forma, a combinação das duas abordagens é melhor para alcançar resultados mais abrangentes e para possibilitar o envolvimento maior de diversos profissionais, práticas e conhecimentos (CALVO; HENRIQUE, 2006).

A partir da crítica à abordagem utilizada hegemonicamente Minayo, em 1996, propõe estratégias para possibilitar que em todos os momentos e componentes da avaliação sejam definidos em negociação entre o facilitador/pesquisador/avaliador e os sujeitos para os quais a avaliação se destina. Várias são as denominações dadas a esse enfoque: *empowerment evaluation*, que pode ser traduzido como “avaliação que autfortalece”, avaliação de quarta geração ou construtivista (BRITO; JESUS, 2009).

Independente da abordagem adotada destaca-se a importância de manter atitude crítica frente à avaliação, pois segundo Demo (2004) é através da crítica naturalmente negativa que os problemas são diagnosticados e soluções apontadas, gargalos são identificados para serem superados e desafios revelados para serem enfrentados.

Além disso, o aspecto democrático de uma avaliação (referências relacionais que devem existir entre avaliador e avaliado, ou demais interessados e envolvidos) além de seu aspecto lógico (referências formais dos processos avaliativos) deve ser incorporado às práticas avaliativas (DEMO, 2004).

O mesmo autor, referindo-se à avaliação educacional, aponta que uma avaliação democrática precisa levar alguns pontos em consideração, sendo eles: avaliação do avaliador (controle externo); o avaliado precisa entender como se dá o processo avaliativo; o avaliado precisa ter o direito

de questionar os resultados; o avaliado deve poder refazer sempre o que fez de modo equivocado; avaliação deve ser pedagógica; avaliar para promover a mudança.

3.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As primeiras avaliações de programas públicos surgiram com a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado passou a assumir um papel essencial na condução de políticas sociais, cujos métodos buscavam analisar as vantagens e os custos para adoção eficaz dos recursos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; MARIN, 2003; CALVO; HENRIQUE, 2006).

Além disso, o avanço das pesquisas referentes à avaliação também ocorreu pela necessidade dos seguros privados controlarem seus gastos em saúde. Nos países periféricos, porém, esse avanço não acompanhou o mesmo tempo e ritmo dos países centrais. (GOMES; HARTZ, 2001). Os economistas foram os primeiros a utilizarem métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas, que constituíram as primeiras formas de avaliação no setor público utilizando-se do conceito de eficiência para tal (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; CALVO; HENRIQUE, 2006).

Considera-se a avaliação em saúde uma área ainda em construção conceitual e metodológica, destacando a existência de literatura que aborda essa temática de forma bastante diversificada (NOVAES, 2000; CALVO; HENRIQUE, 2006).

Para organizar todo o conhecimento produzido na década de 1990, Novaes (2000) propõe a construção de uma tipologia, que pode ser percebida em três grandes dimensões de avaliação, baseando-se na combinação entre as alternativas colocadas para cada critério: pesquisa avaliativa, avaliação para decisão, e avaliação para gestão. A autora ainda enfatiza que as três formas definidas podem aparecer de forma isolada ou concomitante.

A pesquisa de avaliação objetiva principalmente produzir conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica. Serve como orientador de decisão quando surgirem questões a serem respondidas já que buscará estabelecer nexos entre uma ação, ou ações, e determinadas alterações na realidade a ser estudada. Considera-se então como característica importante neste tipo de avaliação, a identificação de

relações de causalidade. Na avaliação para decisão, o objetivo é produzir conhecimento que produza respostas àqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante que o reconhecimento pela comunidade científica. Busca o reconhecimento do objeto para sua adequada compreensão, identificação de problemas e alternativas de equacionamento possíveis. Na avaliação para gestão o resultado desejado é a criação de instrumentos de gestão que possam ser utilizados para monitoramento dos serviços de saúde contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento (NOVAES, 2000).

Um aspecto importante da avaliação em saúde é a presença da idéia de qualidade em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica central o estabelecimento de um juízo de valor a alguma coisa, quando positivo, significa ter qualidade. Além disso, quando de início se estabelece uma qualidade que servirá de referência, de parâmetro a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados para o julgamento de valor, passa a ser uma avaliação de qualidade (NOVAES, 2000).

Dentre os objetos de avaliação, os serviços de saúde são considerados os que mais freqüentemente tem sua qualidade avaliada. A partir dos anos 60, devido a sua expansão, os serviços também passaram a ter sua qualidade passível de padronização para agregar valor no mercado (NOVAES, 2000) adequando-se as regras do sistema capitalista.

Além disso, a qualidade ganhou destaque no setor público também em resposta aos direitos sociais da população e aos reclames dos movimentos dos consumidores (NOVAES, 2000).

Para Donabedian (1990), o valor (de troca) de um produto para o desenvolvimento econômico capitalista e industrial depende também do oferecimento de uma garantia de estabilidade no seu valor de uso, exigindo assim o estabelecimento de mecanismos que garanta essa qualidade. Estes mecanismos foram se modificando, acompanhando as transformações nos processos de produção industrial: a excelência dos agentes produtores da mercadoria, os sistemas de controle e fiscalização dos produtos, os sistemas de garantia da qualidade (normas e padrões) e a gestão ou controle total da qualidade.

Nesta perspectiva, os sistemas de acreditação e certificação são exemplos destes dispositivos de avaliação, gestão e garantia da qualidade.

Sistema de acreditação trata-se em uma avaliação externa que verifica o cumprimento de um conjunto de padrões, relacionados com a qualidade da assistência prestada (PINTO, 2006). Iniciativa que partiu das associações profissionais médicas, na década de 20 e 30 nos Estados

Unidos, com propósito de desenvolver instrumentos que garantissem condições mínimas de atuação profissional, face aos interesses dos proprietários dos hospitais privados (NOVAES, 2000).

Os sistemas de certificação se desenvolveram no Brasil, apenas a partir do início da década de 90. A introdução deste modelo ocorreu mais tardiamente, sendo mais freqüentemente utilizados em laboratórios, serviços de hemoterapia e de nutrição e dietética. Este maior uso em áreas específicas pode estar relacionado à maior adequação à realidade de serviços com processo de produção mais claramente definido (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Embora haja diferentes maneiras de abordar o conceito de qualidade, Pereira (2006 apud BRITO; JESUS, 2009) conclui que existe consenso em que o termo significa o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medidos através de comparação com parâmetros apropriados.

A concepção sobre o que venha ser qualidade depende do lugar que ocupa o sujeito no sistema de saúde. Aqueles responsáveis pela provisão e gestão dos serviços tendem a focalizar a sua atenção em determinados aspectos e interesses, tais como rendimento, custo e eficiência. Já no ambiente da prestação dos serviços, os profissionais de saúde têm outras expectativas, tais como a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto, a segurança. Por outro lado, o cliente ou usuário entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Donabedian (1990) entende que toda avaliação de qualidade deve contemplar os denominados “sete pilares da qualidade”, que são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Devem ser colocadas as especificidades dos contextos apresentados, através da identificação dos critérios mais pertinentes a cada situação, dando conta de suas particularidades e, ao mesmo tempo, mantendo coerência entre si, pois apresentam uma interdependência e um movimento que vai do mais específico ao mais geral.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, Uchimura e Bosi (2002) ao tratar da polissemia inerente do termo “qualidade”, consideram que as avaliações de programas e serviços de saúde hegemonicamente tratam a qualidade com base em sua dimensão formal/objetiva (aquilo que pode ser mensurável e generalizável) prejudicando a avaliação da sua

outra dimensão, a política/subjetiva (aquilo que habita os espaços de vivências, emoções, enfim, aquilo que não cabe quantificar).

A raiz das abordagens mais empregadas nas avaliações da qualidade de sistemas, serviços ou programas de saúde é aquela apresentada por Donabedian, em 1984, que segundo Silva (2005) baseia-se no enfoque sistêmico e preocupa-se principalmente com avaliação da qualidade do cuidado médico. A proposta é composta pela tríade estrutura-processo-resultado. Cabe à dimensão estrutura considerar os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros. A dimensão processo considera tudo o que medeia a relação profissional-usuário e o resultado refere-se aos produtos finais das ações realizadas. O autor da proposta destaca as limitações desta abordagem quando utilizada em avaliações que transcendem os aspectos clínicos.

Marin (2003) ao tratar dos princípios da qualidade total refere que a principal fonte de falhas de qualidade são os problemas de processo sendo mais eficiente identificar tais falhas do que “caçar e punir os culpados”. Além disso, apresenta a seguinte citação de Vuori (1991, apud MARIN, 2003, p. 94):

o fundamento da abordagem do processo é simples – se todos fazem aquilo que, à luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é provável que o resultado seja melhor do que se o processo não for seguido (1991 apud MARIN, 2003, p. 94).

A dificuldade reside em definir, objetivamente, quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente. No entanto, os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre a exigir mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços (BRITO; JESUS, 2009).

3.4 A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DISPENSAÇÃO

No Brasil, a avaliação do serviço de dispensação de medicamentos ainda está incipiente. Apenas um trabalho (OLIVEIRA et al., 2006) foi encontrado cujo objetivo principal foi avaliar a dispensação de

medicamentos. Tal trabalho foi localizado na rede mundial de computadores através da ferramenta de pesquisa *Google Search*, não consta nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME/OPAS/OMS (*Lilacs e Scielo*).

Por outro lado, algumas pesquisas foram publicadas acerca da avaliação da assistência farmacêutica e, de alguma forma, a dispensação aparece. No levantamento bibliográfico realizado nesta pesquisa, que objetivou auxiliar na elaboração do modelo lógico-teórico e da matriz avaliativa sem o compromisso de dar conta de todos os estudos publicados no Brasil acerca desta temática, obtiveram-se treze trabalhos, dos quais sete apresentam indicadores para avaliar a dispensação de medicamentos (NASCIMENTO Jr, 2000; OLIVEIRA et al., 2002; BLATT, 2005; OLIVEIRA et al., 2006; TORETI, 2006; ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007; VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008), como pode ser visualizado no apêndice A.

Entretanto, apenas dois estudos emitiram julgamento de valor acerca da dispensação, o trabalho de Toreti (2006) e de Arrais, Barreto e Coelho (2007).

Toreti (2006), ao avaliar as atividades da assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais no município de Içara/SC, avaliou o serviço de dispensação destes medicamentos. Utilizou um formulário desenvolvido pela própria autora para coleta de dados através da observação participante; definiu o serviço de dispensação que avaliou e elaborou parâmetros e modelo de classificação.

Arrais, Barreto e Coelho (2007) ao avaliarem aspectos do comportamento do farmacêutico, balconistas e do usuário durante a dispensação de medicamentos realizada pelas unidades de saúde municipais e pelas farmácias comerciais de Fortaleza, Ceará, buscaram avaliar a dispensação através de entrevista com usuários atendidos nestes estabelecimentos, entretanto não apresentaram parâmetros de referência, nem modelo de classificação para tal. Aproximando-se a um estudo de diagnóstico.

Destacam-se também duas publicações do MS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006a) que ao tratarem da assistência farmacêutica propõem indicadores para avaliar a dispensação de medicamentos nos municípios, conforme quadro 1. Por não sugerirem referenciais para julgamento de valor, o simples emprego de tais indicadores pode levar a realização de um diagnóstico sem que ocorra uma avaliação propriamente dita que seja capaz de auxiliar na tomada de decisão.

Ao analisar as publicações, percebe-se que há uma forte influência e utilização dos indicadores clássicos de uso de medicamentos propostos pela OMS (1993) e da abordagem do objeto em avaliação sob os enfoques de estrutura, processo e resultado. Segundo Emmerick (2006), os manuais desenvolvidos pela OMS têm sido utilizados como referência para a avaliação de sistemas de medicamentos e têm servido de guia para alguns dos estudos desenvolvidos no Brasil com o objetivo de avaliação da assistência farmacêutica.

Título da Publicação	Ano	Indicadores
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização.	BRASIL, 2001	<ol style="list-style-type: none"> 1) N° de prescrições por dia/mês; 2) Percentual de prescrições atendidas e não atendidas; 3) N° de prescrições por: especialidade médica, sexo, faixa etária; 4) Medicamentos mais prescritos; 5) Percentual de prescrições em desacordo com as normas estabelecidas; 6) N° de itens de medicamentos atendidos por prescrição; 7) N° de pacientes atendidos ou percentuais de cobertura; 8) N° de notificações de reações adversas.
Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica.	BRASIL, 2006a	<ol style="list-style-type: none"> 1) Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação e recursos informáticos e de internet); 2) Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário; 3) Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação

Quadro 1 – Indicadores sugeridos pelo MS para avaliar a dispensação de medicamentos

Apesar dos estudos terem objetivado avaliar a dispensação de medicamentos ou a assistência farmacêutica, nem todos chegaram a emitir um julgamento de valor referente ao processo de avaliação. Conill

(2002) destaca que nos estudos de avaliação em saúde, a questão operacional continua predominante fazendo com que seja a medida e não o juízo a questão mais desenvolvida.

Além desses trabalhos, uma revisão bibliográfica acerca dos diferentes métodos de coleta de dados para a análise da qualidade da dispensação em farmácias (CAAMAÑO et al., 2002), realizado por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago da Compostela (Espanha), foi encontrado.

Os métodos de coleta de dados foram classificados de acordo com a dimensão da qualidade da medida: estrutura, processo e resultados. Para qualidade da estrutura foram consideradas as características do consultório, farmácia e os seus recursos técnicos, a formação e experiência profissional e opiniões, atitudes e perspectivas dos recursos humanos. Teve a aplicação de questionários via correio e entrevistas estruturadas realizadas com os farmacêuticos como principais métodos de coleta. No que diz respeito à qualidade do processo considerou-se a orientação dada por farmacêuticos e assistentes no momento da dispensação, a gestão dos dados pessoais do cliente, a relação entre o farmacêutico e o centro de saúde ou hospital, e a gestão de campanhas de educação em saúde e saúde pública. Os métodos de coleta foram os formulários de auto-preenchimento nos quais os farmacêuticos registravam informações sobre seus atendimentos, formulários preenchidos por observadores externos, e clientes simulados que no final do atendimento recebido registra os dados e/ou que utiliza meios para gravar o diálogo realizado. Por último, a medida da qualidade dos resultados levou em consideração a melhoria da saúde dos clientes que pudessem ser atribuída às orientações e às ações do farmacêutico, sendo os questionários dirigidos aos clientes, coleta de material biológico para os exames laboratoriais (perfil lipêmico, glicêmico, entre outros parâmetros) e coleta sinais (níveis pressóricos) que indicassem a situação de saúde antes e depois das intervenções (CAAMAÑO et al., 2002).

Os autores concluem que a análise da qualidade da estrutura pode ser útil em uma primeira abordagem, no entanto, este método pode apresentar problemas de sensibilidade. Por outro lado, a análise dos resultados pode ser excessivamente complexa e difícil de usar, salvo se, por estudos experimentais ou observacionais com grandes recursos. Portanto, uma análise da qualidade do processo é a melhor opção, utilizando observadores externos e clientes simulados para reforçar a validade interna e externa do estudo (CAAMAÑO et al., 2002).

Considerando todo material bibliográfico utilizado nesta pesquisa que trata da dispensação de medicamentos, observa-se que no Brasil, não apenas a sua avaliação é incipiente, mas a própria publicação e indexação de trabalhos nas bases de dados sobre este tema é escasso.

Por outro lado, a publicação recente de alguns artigos sobre este serviço, parece demonstrar que o tema está retornando no cenário científico como objeto de pesquisas. Talvez, constatações de que os investimentos para ampliação da aquisição de medicamentos pelas esferas de gestão do SUS não sejam suficientes para promover o acesso e uso adequado dos medicamentos, aliadas a recente e crescente inserção de farmacêuticos na assistência à saúde dos usuários do Sistema estejam colaborando para esta retomada.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

O presente trabalho consiste em uma pesquisa metodológica, pois estabeleceu caminhos e procedimentos para avaliar uma determinada situação (TOBAR; YALOUR, 2001) permitindo o desenvolvimento e a validação de instrumentos ou métodos de investigação. Este caminho consistiu em elaborar o modelo teórico-lógico, os parâmetros e modelo de classificação para avaliar a eficácia da dispensação através da análise da literatura encontrada, das discussões realizadas com *experts* e da experiência da avaliadora/pesquisadora.

O critério adotado foi de eficácia, segundo concepção de Cohen e Franco (1993) em que avaliar a eficácia significa avaliar o grau em que se alcançam os objetivos e metas do serviço na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados.

A validação do modelo de avaliação elaborado ocorreu no município de Florianópolis (SC), no qual o nível de análise da avaliação foi constituído pelas unidades de saúde, setor farmácia, nas quais o serviço de dispensação (unidade de análise) de medicamentos é realizado, tratando-se também em uma pesquisa de campo.

4.2 COMPONENTES DA AVALIAÇÃO: MODELO TEÓRICO-LÓGICO, CRITÉRIOS, INDICADORES E PARÂMETROS

A adoção de modelos teóricos de avaliação surge a partir da necessidade da administração pública em avaliar os efeitos de suas intervenções, levando os países centrais a adotar esses modelos, conhecidos como Modelos Lógicos de Avaliação. A construção deste pode originar-se de fontes teóricas, a partir de pesquisas preliminares ou da experiência de avaliadores. Este modelo descreve teoricamente em um quadro, a funcionalidade de um programa através de uma síntese de seus principais componentes. Esse quadro retrata a forma como o avaliador vê o objeto que está sendo por ele avaliado (MOREIRA, 2002).

A partir da elaboração do modelo, é tão importante quanto necessário que se faça o desenho de uma matriz que apresente os critérios, indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas (SCALCO, 2008).

Dentre as definições da palavra critério, Colussi (2010, p. 49) destaca que é “aquilo que serve de base para comparação, julgamento ou apreciação” ou “modo de apreciar coisas e/ou pessoas”.

Os critérios *efficiency, effectiveness, responsiveness e relevance* propostos por Sander (1995, apud SCARATTI, 2007) para avaliar a administração pública, particularmente a gerência educacional, em países sulamericanos, servem de referencial aos trabalhos de avaliação em saúde ligados ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nesta perspectiva, Scaratti (2007) define os referidos critérios conforme segue:

- Eficiência: é o critério de desempenho econômico que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas à geração do maior volume de serviços de saúde possível com os recursos disponíveis (otimização da capacidade instalada).
- Eficácia: é o critério de desempenho político que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos e pactos de saúde e dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde (realização das metas quantitativas e qualitativas).
- Efetividade: é o critério social que reflete a habilidade administrativa do gestor tomar medidas voltadas a satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde (maximização dos resultados).
- Relevância: é o critério cultural que reflete a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao atendimento dos desejos e expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS (maximização dos impactos).

Colussi (2010), considerando a diversidade de conceitos e freqüente confusão entre os mesmos, sistematizou e analisou alguns conceitos acerca dos critérios eficiência, eficácia, efetividade e relevância. Especificamente sobre o critério eficácia adotado neste trabalho, a autora encontrou os autores e definições de eficácia constantes no quadro que segue.

Autor	Definição
DONABEDIAN (1990, p.1116)	Capacidade de a arte e a ciência da medicina produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
COHEN, FRANCO (1993, p.102)	Grau em que se alcançam os objetivos e metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados.
SANDER (1995, p.47)	Capacidade administrativa para alcançar os fins e objetivos estabelecidos.
ARAGÃO (1997, p.106)	Refere-se à <i>performance</i> externa da organização, ao seu produto, ou seja, sua contribuição para o alcance dos objetivos organizacionais
MARINHO, FAÇANHA (2001, p.2)	Remete às condições controladas e aos resultados desejados de experimentos, critérios estes que não se aplicam automaticamente às características e realidade dos programas sociais.
COSTA, CASTANHAR (2003, p.973)	Medida do grau em que o programa atinge os seus objetivos e metas.
OECD (2002, p.20)	A medida em que foram alcançados os objetivos da intervenção para o desenvolvimento, tendo em conta a sua importância relativa.
SILVA (2004, p.78)	Impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais.
BRASIL (2005d, p.27)	Medida dos resultados ou conseqüências decorrentes de uma tecnologia sanitária, quando utilizada em situações ideais ou experimentais.

Quadro 2 – Conceitos de eficácia e seus respectivos autores e ano de publicação.
Fonte: Colussi (2010, p. 51)

Toda avaliação requer o emprego de indicadores, sendo definidos como variáveis, características ou atributos do objeto avaliado válidos para o contexto específico em que se está avaliando (TANAKA; MELO, 2001). Devem guardar alguns atributos fundamentais (MSH, 1997, apud OLIVEIRA et al., 2006):

- Clareza (deve ser fácil de entender e calcular);
- Utilidade (refletir uma importante dimensão do desempenho);

- Mensurabilidade (poder ser definido em termos quantitativos ou qualitativos);
- Confiabilidade (permitir avaliação consistente ao longo do tempo e entre diferentes observadores);
- Validade (medir realmente o que se propõe a medir).

Uma das principais dificuldades existentes na construção de bons indicadores está relacionada com a disponibilidade e qualidade dos dados necessários para o cálculo dos mesmos sendo importante deixar claro todas as limitações presentes nesta informação (COLUSSI, 2010).

Para se chegar ao juízo de valor, que é o pressuposto da avaliação, é imprescindível a comparação com parâmetros definidos. Para isso é necessário que, para cada indicador selecionado, se defina claramente com que este será comparado. O parâmetro é uma referência adotada por quem está avaliando, e pode estar baseado na situação que se quer modificar, no objetivo da avaliação (metas quantitativas ou mudanças na qualidade dos serviços prestados) ou no conhecimento científico prévio, a partir de um padrão técnico identificado na literatura (TANAKA; MELO, 2001).

Toda avaliação terá seus resultados influenciados pelas concepções e práticas adotadas, pelos parâmetros e critérios definidos, pelos valores e motivações dos envolvidos e pelo aspecto do objeto que está sendo avaliado (CALVO; HENRIQUE, 2006).

4.3 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO

O modelo teórico-lógico foi construído a partir do referencial teórico já apresentado neste trabalho propondo como conceito de dispensação de medicamentos: serviço de saúde que visa orientar o usuário do medicamento para o uso correto, para adesão ao tratamento e prevenção de agravos, ao mesmo tempo em que visa entregar o medicamento de boa qualidade, na dose e na quantidade necessárias para o tratamento prescrito, embalando-os de forma a preservar a qualidade do produto. A relação entre farmacêutico e usuário ainda deve permitir a identificação e a resolução de certos problemas relacionados aos medicamentos e certos resultados negativos da farmacoterapia em andamento. Para tal, requer ações técnicas, como as de separação e preparação dos medicamentos solicitados e de procedimentos administrativos necessários ao registro e controle de estoque, e ações que exigem um conhecimento clínico, seja na verificação da integralidade da

prescrição, seja na orientação prestada (PERINI, 2003; BRASIL, 2001; OLIVEIRA et al., 2006; ANGONESI, 2008; GALATO et al., 2008; IGLÉSIAS-FERREIRA; SANTOS, 2009; CORRER, 2006a).

O referido entendimento está representado na figura que segue retratando em uma quadro referencial a forma como a avaliadora vê o objeto avaliado, o serviço de dispensação de medicamento. Conta com cinco eixos de análise ou dimensões avaliativas: Acolhimento do usuário; Validação da prescrição; Separação e Preparação dos medicamentos; Orientação no fornecimento dos medicamentos; e Registro de dados e informações geradas.

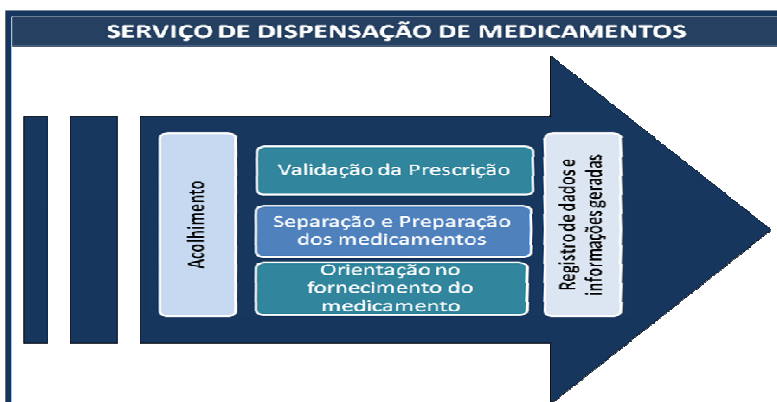


Figura 5 – Quadro referencial para avaliação da eficácia da dispensação de medicamentos

Tendo o quadro referencial, partiu-se para a definição da matriz avaliativa. Primeiramente foi necessário sistematizar os objetivos da dispensação de medicamentos (quadro 3) com base no referencial teórico adotado para que os indicadores construídos fossem coerentes com o propósito do estudo: verificar se os objetivos preconizados por este serviço são alcançados (eficácia).

Em seguida foram construídos os indicadores e medidas, conforme descritos nos quadros 3 e 4. Para detalhar o raciocínio utilizado na definição dos indicadores, elaborou-se um *Rationale* (apêndice B) que também serviu de guia para as definições das medidas.

Para subsidiar a construção destes indicadores, realizou-se no mês de junho de 2009 um levantamento bibliográfico, a fim de identificar

alguns estudos publicados sobre o assunto. Foram pesquisadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME/OPAS/OMS (*Lilacs* e *SciELO*) e Rede *Pergamum* (ferramenta de pesquisa na Biblioteca Universitária da UFSC). Foram utilizados os termos *dispensação de medicamentos* e *assistência farmacêutica*, sem restrição de data de publicação, sendo selecionados apenas aqueles com propósito avaliativo. Foram utilizadas também algumas literaturas oficiais e um estudo encontrado na rede mundial de computadores através do *Google Search*. Segue no apêndice C, a matriz dos estudos encontrados.

Dimensões	Objetivos	Indicadores	
Acolhimento do usuário	Aprender as necessidades do usuário	Abordagem ao usuário	
Validação da Prescrição	Analisar a adequação da prescrição ao usuário	Análise da prescrição	Análise da terapia
Separação e Preparação dos medicamentos	Fornecer medicamento de qualidade na quantidade necessária ao tratamento	Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento	Adequação às técnicas de preparação
Orientação no fornecimento do medicamento	Fornecer as informações necessárias ao usuário ou responsável	Orientação com foco no processo de uso dos medicamentos	Orientação com foco nos resultados de uso dos medicamentos
Registro dos dados e Informações geradas	Abastecer o sistema de controle estoque e de acompanhamento do usuário	Registro da saída/fornecimento dos medicamentos	Registro do atendimento prestado ao usuário

Quadro 3 – Dimensões, objetivos e indicadores para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos

Para a construção dos parâmetros necessários ao julgamento de valor acerca da eficácia, foi utilizado o método proposto por Tobar e Yalour (2001) conhecido como “Tipo Ideal”. Trata-se de uma ferramenta para realizar comparações entre a realidade encontrada e um modelo

imaginário pré-estabelecido, cujo requisito básico é ser coerente com a realidade. O *Rationale* (apêndice B) elaborado para justificar a escolha dos indicadores também serviu de guia para estabelecer tal modelo ideal.

Para buscar a validade interna, tanto o modelo teórico-lógico quanto a matriz avaliativa foram construídos considerando publicações encontradas no levantamento bibliográfico realizado e considerando as discussões realizadas com *experts* - pesquisadores, professores, doutorandos, mestrandos e farmacêuticos - que possuem atuação e produção científica na área de avaliação de serviços de saúde, dispensação de medicamentos e/ou assistência farmacêutica, com o propósito de identificar as limitações e potencialidades do modelo de avaliação na apreensão da realidade a ser estudada.

As discussões ocorreram em quatro momentos específicos. O primeiro e segundo (2008) aconteceram na disciplina *Avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde* do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. A apresentação do projeto de pesquisa à banca de qualificação do referido programa também atendeu esta necessidade (terceiro momento – primeiro semestre de 2009). O último (final de 2009) aconteceu mediante apresentação de um seminário à disciplina *Produção do Conhecimento em Assistência Farmacêutica* do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas também desta Universidade. Foram momentos essenciais para encontrar um entendimento acerca do objeto avaliado e para definir os indicadores sendo que alguns foram ajustados e outros excluídos por não estarem adequados ao critério de eficácia.

Dimensões	Objetivos	Indicadores e Medidas	Parâmetros
Acolhimento do usuário	Apreender as necessidades do usuário	<u>Abordagem ao usuário</u> Uma abordagem acolhedora foi adotada? a) houve cumprimento/saudação? b) buscou identificar o usuário do medicamento? c) colocou-se a disposição?	Sim = Se realizou a identificação do usuário em 50% ou mais dos atendimentos e se saudou o usuário ou se colocou-se a disposição em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se realizou a identificação do usuário em menos de 50% dos atendimentos.
Validação da prescrição	Analisar a adequação da prescrição ao usuário	<u>Análise da prescrição</u> A análise da prescrição foi realizada? a) identificou inconformidade legal? b) identificou inconformidade técnica?	Sim = Se identificou inconformidade em alguma prescrição dentre os atendimentos realizados (um evento percebido). Não = Se não identificou inconformidade alguma nas prescrições (nenhum evento percebido).
		<u>Análise da terapia</u> A análise da terapia foi realizada? a) identificou inconformidade na terapia? b) verificou situação de saúde com uso do medicamento?	Sim = Se procurou conhecer o estado de saúde do usuário em 50% ou mais dos atendimentos ou se identificou inconformidade em alguma das terapias dentre os atendimentos realizados (um evento percebido). Não = Se procurou conhecer o estado de saúde do usuário em menos de 50% dos atendimentos e se não identificou inconformidade alguma nas terapias.

Quadro 4 – Matriz avaliativa: dimensões, objetivos, indicadores, medidas e parâmetros para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos (continua)

Dimensões	Objetivos	Indicadores e Medidas	Parâmetros
Separação e preparação dos medicamentos	Fornecer medicamento de qualidade na quantidade necessária ao tratamento	<u>Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento</u> A conferência da quantidade e validade foi realizada? a) identificou inconformidade de quantidade ou de validade? houve conferência de tais aspectos?	Sim = Se identificou alguma inconformidade quali ou quanti no medicamento a ser fornecido ou se demonstrou que fez conferência (um evento percebido). Não = Se não identificou alguma inconformidade quali ou quanti no medicamento a ser fornecido e se não demonstrou que fez conferência.
		<u>Adequação às técnicas de preparação</u> O preparo do medicamento foi realizado? a) o medicamento estava acompanhado de bula e embalado informando o princípio ativo, lote, validade e concentração do medicamento (critérios)?	Sim = Se atende os critérios em 50% ou mais dos atendimentos realizados. Não = Se atende os critérios do fracionamento em menos de 50% dos atendimentos realizados.
Orientação no fornecimento do medicamento	Fornecer as informações necessárias ao usuário ou responsável	<u>Orientação para o processo de uso dos medicamentos</u> A orientação para o processo de uso foi realizada? a) orientou acesso ao medicamento? b) orientou modo de uso? c) orientou tratamento não-farmacológico?	Sim = Se procurou informar modo de uso em 50% ou mais dos atendimentos e informar sobre acesso (um evento percebido) ou sobre tratamento não medicamentoso em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se procurou informar modo de uso em menos de 50% dos atendimentos.
		<u>Orientação para os resultados de uso dos medicamentos</u> A orientação para os resultados de uso foi realizada? a) orientou finalidade do medicamento? b) orientou segurança? c) orientou efetividade?	Sim = Se procurou informar sobre finalidade ou efetividade ou segurança em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se procurou informar sobre finalidade e efetividade e segurança em menos de 50% dos atendimentos.

Quadro 4 – Matriz avaliativa: dimensões, objetivos, indicadores, medidas e parâmetros para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos (continuação)

Dimensões	Objetivos	Indicadores e Medidas	Parâmetros
Registro dos dados e informações geradas	Abastecer o sistema de controle estoque e de acompanhamento do usuário	<u>Registro da saída/fornecimento dos medicamentos</u> O registro da saída/fornecimento dos medicamentos foi realizado? a) registrou saída de todos os medicamentos?	Sim = Se registrou saída/fornecimento no sistema de controle de estoque em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se registrou saída/fornecimento no sistema de controle de estoque em menos de 50% dos atendimentos.
		<u>Registro do atendimento prestado ao usuário</u> O registro do atendimento prestado ao usuário foi realizado? a) registrou intervenção ou inconformidade? b) registrou medicamentos entregues na prescrição (via do usuário)?	Sim = Se registrou fornecimento na prescrição em 50% ou mais dos atendimentos e registrou inconformidade encontrada (um evento percebido). Não = Se registrou fornecimento na prescrição em menos de 50% dos atendimentos ou se não registrou nenhuma inconformidade encontrada.

Quadro 4 – Matriz avaliativa: dimensões, objetivos, indicadores, medidas e parâmetros para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos (conclusão)

4.4 APLICAÇÃO DO MODELO CONSTRUÍDO: AMOSTRAGEM, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A validação externa foi buscada com a aplicação do modelo de avaliação construído na realizada do município de Florianópolis/SC.

A amostra foi definida como intencional, com seleção das unidades de saúde orientada para se obter um panorama geral da qualidade da dispensação no município em estudo. Para seleção foram utilizados os seguintes critérios: regionalização; número médio diário de pessoas atendidas na farmácia e tipo de farmácia.

Dessa forma, foram selecionadas 15 unidades de saúde/farmácias no total, sendo três unidades em cada um dos cinco distritos sanitários existentes no município, uma cuja farmácia é referência regional para dispensação de medicamentos sujeitos ao controle especial pela Portaria MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e duas cujas farmácias não possuem tais medicamentos, configurando-se em farmácias locais. Para selecionar estas duas unidades de saúde com farmácias locais, optou-se por uma com menor e outra com maior número de atendimento médio diário neste setor. Em cada unidade selecionada houve coleta de dados nos dois períodos, matutino e vespertino, através da observação de dez (10) atendimentos em cada período. As unidades foram denominadas de maneira a não possibilitar a identificação direta.

Para coleta dos dados foi elaborado um formulário próprio (apêndice D) servindo de roteiro para observação estruturada, considerando as medidas selecionadas para a pesquisa. O instrumento foi testado em duas farmácias da rede municipal de saúde não incluídas na amostra da pesquisa. Para coleta do tempo da dispensação optou-se por mensurar três (3) atendimentos dos dez observados.

Os dados coletados referentes a 288 atendimentos observados foram sistematizados em planilha do Microsoft Office Excel (versão 2007). Para a análise dos mesmos utilizou-se os parâmetros pré-estabelecidos (quadro 4). As perdas totalizaram doze (12) atendimentos, os quais ocorreram em duas unidades de saúde com pouco movimento na farmácia não possibilitando a observação de dez (10) atendimentos por período. A planilha com todos os resultados encontra-se no apêndice E.

Elaborou-se um modelo de classificação no qual o somatório dos pontos e a análise combinatória dos resultados permitem chegar a um julgamento da eficácia do serviço de dispensação de medicamentos no município estudado. Este modelo está representado no quadro 5.

Para melhor compreender a classificação, pode-se dizer que foram necessárias quatro (4) etapas de análise para chegar ao resultado final que atribui um valor para o serviço de dispensação do município.

Primeira etapa – análise dos dados coletados para definir e pontuar os resultados encontrados

Fez-se análise dos dados coletados de maneira a responder “sim” ou “não” (resultados) às medidas considerando os parâmetros pré-estabelecidos. Detalhes acerca dos resultados encontrados para cada pergunta do formulário de coleta e conseqüentemente de cada medida, vide o apêndices D e E.

Segunda etapa – análise dos resultados das medidas para classificar cada dimensão da dispensação

A determinação do grau de eficácia para cada uma das cinco dimensões da dispensação foi definida pela soma dos pontos obtidos para cada resultado mensurado, considerando que cada resultado “sim” correspondeu a um (1) ponto e cada “não” a nenhum (0) ponto. Segue abaixo descrição das possibilidades classificatórias para cada dimensão.

As possibilidades de classificação do grau de eficácia para a dimensão **Acolhimento do usuário** foram duas:

- 1) Bom = se a pontuação for igual a um (1) ponto, significará que o indicador *Abordagem ao usuário* demonstrou que o serviço buscou apreender a necessidade o usuário.
- 2) Ruim = se não houver pontuação, significará que não buscou apreender a necessidade.

Para dimensão **Validação da Prescrição**, as possibilidades de resultados levaram a três classificações:

- 1) Bom = se a soma das pontuações for igual a dois (2) pontos, significará que os indicadores, *Análise da prescrição* e *Análise da terapia* demonstraram que o serviço respondeu aos dois tipos de análise, isto é, que buscou analisar a adequação da prescrição ao usuário.
- 2) Regular = se esta soma for igual um (1) ponto demonstrará que o serviço buscou atender apenas uma das análises.
- 3) Ruim = se não houver pontuação significará que não buscou realizar nenhum tipo de análise.

Dimensões	Indicadores	Resultados	Classificação das dimensões	Classificação do serviço	Classificação do município		
Acolhimento do usuário	<u>Abordagem ao usuário</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	1 ponto = Bom 0 ponto = Ruim	BOM > Bom; Ø Regular nas dimensões Validação da prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento; Ø Ruim.	BOM > Bom; Máx 20% Ruim		
Validação da prescrição	<u>Análise da prescrição</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim				
	<u>Análise da terapia</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim				
Separação e preparação do medicamento	<u>Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim			REGULAR > Bom ou Regular; Máx 2 Ruins; Ø Ruim nas dimensões Validação da prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento.	REGULAR > Regular e Bom; Máx 40% Ruim
	<u>Adequação às técnicas de preparação</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim				
Orientação no fornecimento do medicamento	<u>Orientação para o processo de uso dos medicamentos</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim				
	<u>Orientação para os resultados de uso dos medicamentos</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim	RUIM > Ruim ou Ruim nas dimensões Validação da prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento.	RUIM > 40% Ruim		
Registro dos dados e informações geradas	<u>Registro da saída/fornecimento dos medicamentos</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim				
	<u>Registro do atendimento prestado ao usuário</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim				

Quadro 5 – Modelo de classificação da eficácia da dispensação

Para dimensão **Separação e Preparação dos medicamentos** também levaram a três possíveis classificações:

- 1) Boa = se a soma for igual a dois (2) pontos, significará que os indicadores, *Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento e Adequação às técnicas de preparação* demonstraram que tanto a conferência quanto a preparação dos medicamentos foram realizados, isto é, que o serviço buscou fornecer medicamento de qualidade na quantidade necessária ao tratamento.
- 2) Regular = se esta soma for igual a um (1) ponto demonstrará que buscou realizar apenas uma das ações.
- 3) Ruim = se não houver pontuação significará que não buscou realizar de nenhuma das ações.

Para dimensão **Orientação no fornecimento do medicamento**:

- 1) Boa = se a soma for igual a dois (2) pontos, significará que os indicadores, *Orientação com foco no processo de uso dos medicamentos e Orientação com foco nos resultados de uso dos medicamentos* demonstraram que o serviço realizou os dois tipos de orientação, isto é, procurou fornecer informações necessárias ao usuário ou responsável.
- 2) Regular = se a soma for igual a um (1) ponto demonstrará que o serviço forneceu apenas um tipo de orientação.
- 3) Ruim = se não houver pontuação significará que não houve orientação.

Para dimensão **Registro dos dados e informações**:

- 1) Bom = se a soma da pontuação for igual a dois (2) pontos, significará que os indicadores, *Registro da saída/fornecimento dos medicamentos e Registro do atendimento prestado ao usuário* indicaram que o serviço realizou os dois tipos de registro, isto é, que procurou abastecer o sistema de registro para controle de estoque e acompanhamento do usuário.
- 2) Regular = se a soma for igual a um (1) ponto demonstrará que o serviço realizou apenas um dos tipos de registro.
- 3) Ruim = se não houver pontuação significará que não houve registro de nenhum tipo.

As possibilidades classificatórias para dimensão Acolhimento contou com dois atributos de qualidade enquanto as demais dimensões contaram com três. Tal diferença se deu por ser possível atender apenas parte do objetivo esperado nas ações de Validação da Prescrição, Separação e Preparação dos medicamentos, Orientação no fornecimento

do medicamento e Registro dos dados e informações atribuindo-se o atributo regular a estas dimensões.

Terceira etapa – análise dos atributos de eficácia encontrados nas dimensões para classificar o grau de eficácia do serviço de dispensação

A classificação da eficácia do serviço de dispensação em cada unidade de saúde avaliada foi obtida através da análise combinatória dos atributos dados as cinco dimensões da dispensação, considerando as seguintes diretrizes:

- Um bom serviço de dispensação de medicamentos não pode apresentar atributo ruim em nenhuma de suas dimensões de análise, e necessariamente deve apresentar bom nas dimensões Validação da Prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento.
- Um serviço regular não pode apresentar atributo ruim nas dimensões Validação da Prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento.

Os atributos das dimensões Validação da Prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento receberam maior consideração na classificação final do serviço por requererem condições cognitivas específicas – conhecimento clínico - para prestação deste serviço em saúde. A dimensão Separação e preparação dos medicamentos apesar de também ser uma ação específica do serviço de dispensação, exige condições cognitivas menos complexas que aquelas destinadas às duas dimensões anteriores. As dimensões Acolhimento e Registro dos dados e informações geradas fazem parte de todas as práticas em saúde, independente do serviço prestado.

Assim, a qualidade do serviço de dispensação sob a ótica da eficácia foi classificado da seguinte maneira:

Serviço bom = aquele que apresentar maioria das dimensões classificadas em bom, sendo necessariamente nas dimensões Validação da Prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento, e não apresentar ruim em nenhuma dimensão;

Serviço regular = aquele que apresentar no máximo duas dimensões classificadas em ruim desde que não ocorram nas dimensões Validação da prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento;

Serviço ruim = aquele que apresentar maioria das dimensões classificadas como ruim ou que receber ruim nas dimensões Validação da prescrição e Orientação no fornecimento do medicamento.

Quarta etapa – análise dos atributos de eficácia encontrados nas unidades de saúde para classificar o município

Município bom = aquele que apresentar predomínio de serviços bons e no máximo 20% dos seus serviços classificados como ruins.

Município regular = aquele que apresentar predomínio de serviços regulares e bons com no máximo 40% dos seus serviços classificados como ruins.

Município ruim = o município que tiver mais de 40% de serviços ruins.

Finalmente, para a caracterização do serviço no município foram coletados os seguintes dados referentes às variáveis contextuais:

- número médio de atendimentos diários,
- fixação do dispensador na farmácia;
- cargo do dispensador;
- responsável pelo serviço, e
- tempo médio de dispensação.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme estabelece a legislação (Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde de 1996). Contou com autorização da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Florianópolis (SMS/PMF) e aceite dos coordenadores das unidades selecionadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado na pesquisa está descrito no apêndice F. Todos os trabalhadores abordados aceitaram participar da pesquisa sendo que o termo foi apresentado, esclarecido e assinado antes da coleta dos dados.

4.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações incluem o efeito *Hawthorne*², a existência de um possível problema ético, uma vez que a confidencialidade entre farmacêutico e o usuário é violada, e a diminuição da aceitabilidade por parte dos dispensadores em participar da pesquisa (CAAMAÑO et al., 2002).

² O efeito Hawthorne é fenômeno relativo à observação, estudado por pesquisadores na Western Pacific Corporation, em Hawthorne, segundo o qual os sujeitos sob observação podem agir de maneira particular (GALANTE et al., 2003).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 REFERENTES À APLICAÇÃO DO MODELO ELABORADO – AVALIAÇÃO PROPRIAMENTE DITA

Das 52 unidades de saúde que prestam serviço de dispensação de medicamentos no âmbito da atenção básica no município de Florianópolis (FLORIANÓPOLIS, 2010), foram estudadas 15 unidades (29%) que juntas respondem por aproximadamente 38% dos atendimentos realizados diariamente por este serviço em todo município. Nestas, a **eficácia do serviço de dispensação** de medicamentos foi classificada como **regular**, pois apresentou uma maioria de unidades de saúde com serviço de dispensação bom ou regular não atingindo o limite máximo de 40% dos seus serviços classificados como ruins, conforme pode ser verificado na tabela abaixo.

Tabela 1 – Classificação das unidades de saúde segundo grau de eficácia do serviço de dispensação de medicamentos.

Grau de eficácia do serviço de dispensação	Nº de unidades classificadas (%)	
Bom	5 (33,3%)	10 (66,6%)
Regular	5 (33,3%)	
Ruim	5 (33,3%)	5 (33,3%)

Apesar de um terço dos serviços serem considerados bons, ao analisar a cobertura desses serviços na população atendida diariamente pelas unidades estudadas, este resultado toma outra dimensão, pois estes serviços respondem apenas por 24% dos atendimentos, ficando os serviços considerados regulares (40%) e ruins (36%) responsáveis por 76% dos atendimentos diários.

Os dois trabalhos encontrados no levantamento bibliográfico que emitiram julgamento de valor sobre a dispensação obtiveram os seguintes resultados:

- Toreti (2006) encontrou 43% de adequação às boas práticas de dispensação quando o serviço atendia o usuário pela primeira vez sendo neste momento repassadas as orientações para o uso do

medicamento. Nos atendimentos posteriores (dispensação regular) encontrou 29% de adequação sendo momentos ocupados na maior parte do tempo por questões administrativas. Considerou a dispensação de maneira geral abaixo do padrão preconizado;

- Arrais, Barreto e Coelho (2007) sugerem que o atendimento deixa muito a desejar, pois não existe, na maioria das vezes, preocupação dos dispensadores em solicitar informações importantes que possam ser utilizadas na prevenção de possíveis agravos à saúde ocasionados por reações adversas e interações medicamentosas, assim como não houve a preocupação de orientar e informar sobre o tratamento, precauções e guarda do medicamento.

A análise dos indicadores de eficácia do serviço permite conhecer, independentemente e em conjunto, como estes se comportam no município estudado. Os resultados dos indicadores e os juízos de valor atribuídos às dimensões e a cada serviço de dispensação estudado podem ser visualizados na figura 5.

Observou-se variabilidade no desempenho da dispensação de medicamentos entre as dimensões de um mesmo serviço e entre os diferentes serviços. Os indicadores que apresentaram melhor desempenho foram: *Análise da prescrição* e *Registro da saída dos medicamentos*, pois 100% das unidades de saúde apresentaram um serviço que realiza a análise da prescrição e registra a saída dos medicamentos dispensados.

O pior resultado ocorreu no indicador *Adequação às técnicas de preparação do medicamento*, pois nenhuma unidade de saúde realizou o fracionamento segundo legislação sanitária vigente. Naves e Silver (2005) também observaram este problema em seu trabalho identificando que a maioria dos medicamentos foi dispensada sem as embalagens secundárias e bulas. Além disso, os serviços de dispensação não possuem estrutura necessária para sua realização mesmo quando os *blisters* fracionáveis estavam disponíveis.

O indicador *Conferência dos aspectos qualitativos e quantitativos do medicamento* não pode ser mensurado, pois apenas a *conferência dos aspectos quantitativos* foi observada. Conforme relato dos profissionais que participaram da pesquisa, para tornar o serviço de dispensação mais ágil, a *conferência do aspecto qualitativo do medicamento* é realizada em outros procedimentos do serviço de farmácia, tais como no armazenamento dos medicamentos e controle de estoque.

DIMENSÕES (D) E INDICADORES (I)	UNIDADES DE SAÚDE												
Acolhimento do usuário (D)													
Abordagem ao usuário (I)													
Validação da prescrição (D)													
Análise da prescrição (I)													
Análise da terapia (I)													
Separação e Preparação (D)													
Conferência quanti e quali dos medicamentos (I)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Adequação às técnicas de preparação (I)													
Orientação (D)													
Orientação p/ processo de uso (I)													
Orientação p/ resultado do uso (I)													
Registro dos dados e informações													
Registro da saída do medicamento (I)													
Registro do atendimento (I)													
Classificação da eficácia da Dispensação													
Classificação	Bom	Reg	Ruim	LEGENDA									
Resultado dos Indicadores (I)	sim	não											

Quadro 6 – Juízos de valor atribuídos às dimensões da dispensação e resultados dos seus respectivos indicadores

Dessa forma, optou-se por descartar tais indicadores e conseqüentemente desconsiderar a dimensão **Separação e Preparação do medicamento** na eficácia da dispensação para possibilitar a visualização do comportamento das demais variáveis na classificação final do serviço. Isso não significa que esta dimensão seja menos importante. A rotulagem dos medicamentos dispensados, possibilitando a sua identificação e a compreensão das instruções de uso, além de ser um direito do usuário, acompanhando a orientação verbal, pode ser uma importante intervenção de baixo custo para melhorar a utilização racional de medicamentos no curto e médio prazo (NAVES; SILVER, 2005).

Os indicadores *Registro do atendimento* e *Orientação para os resultados de uso do medicamento* apresentaram segundo pior desempenho, pois apenas 26,6% dos serviços, quatro unidades de saúde (A, K, L e O), registraram no prontuário do usuário atendido alguma inconformidade encontrada ou intervenção realizada durante a dispensação e apenas 33,3%, cinco unidades de saúde (A, C, I, L e O) orientaram os usuários acerca dos resultados esperados para o uso do medicamento dispensado, considerando os aspectos da finalidade, efetividade ou segurança do tratamento em questão.

Analisando cada dimensão isoladamente, a dimensões com pior desempenho foi a **Orientação no fornecimento do medicamento** que se classificou como ruim em um terço dos serviços estudados. A dimensão **Validação da prescrição** foi a que obteve melhor desempenho, na qual 66,6% dos serviços alcançaram resultado bom e nenhum serviço foi considerado ruim. A tabela 2 apresenta o número e percentual de unidades de saúde segundo classificação para cada dimensão da dispensação.

Tabela 2 – Número e percentual de serviços, segundo classificação das dimensões.

Dimensão	Classificação	Nº	%
Acolhimento do usuário	Bom	10	66,6
	Ruim	5	33,3
Validação da prescrição	Bom	10	66,6
	Regular	5	33,3
	Ruim	0	0
Orientação no fornecimento do medicamento	Bom	5	33,3
	Regular	5	33,3
	Ruim	5	33,3
Registro de dados e informações geradas	Bom	4	26,6
	Regular	11	73,3
	Ruim	0	0

No **Acolhimento do usuário**, 33,3% das unidades foram classificadas na categoria ruim, cujo resultado do indicador *Abordagem ao usuário* sugere que tais unidades não procuraram apreender as necessidades do usuário, pois não estabeleceram um diálogo que buscasse identificar o usuário do medicamento, nem saudar o sujeito que estava sendo atendido ou colocar-se a disposição às demandas do mesmo.

Um acolhimento inadequado pode levar a um não reconhecimento da farmácia enquanto espaço de prestação de serviços para o cuidado em saúde por parte dos usuários. O trabalho de Oliveira et al. (2006) chama atenção para o fato de a farmácia ser pouco procurada em caso de dúvida quanto ao uso dos medicamentos, pois 93% dos entrevistados relataram que recorre ao médico e 5,6% a farmácia, atrás do assistente social (5,7%). Os amigos ficaram com 5%, enfermeiro (4,7%) e grupo de apoio (3,5%). Além disso, dos entrevistados que admitiram ter

interrompido alguma vez o tratamento, em 90,7% dos casos outra pessoa ficou sabendo. Destas, 86,1% foi o médico e 49,3% familiares; e apenas em 15,1% pessoa da farmácia.

DIMENSÕES (D) E INDICADORES (I)	UNIDADES DE SAÚDE														
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Acolhimento do usuário (D)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Abordagem ao usuário (I)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Classificação da eficácia da Dispensação	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Classificação	Bom	Reg	Ruim	LEGENDA											
Resultado dos Indicadores (I)	sim	não													

Quadro 7 – Juízos de valor atribuídos à dimensão Acolhimento e resultados dos seus respectivos indicadores

Um aspecto importante do acolhimento é o envolvimento do próprio usuário na prestação deste serviço, que apesar deste trabalho não propor um indicador para este elemento do acolhimento, o achado de Arrais, Barreto e Coelho (2007) auxilia na reflexão sobre o resultado encontrado neste trabalho. O autor ao avaliar aspectos do comportamento do dispensador e do usuário, identificou que a participação do usuário no processo da dispensação foi nula, pois na maioria das vezes (acima de 97%), não tomou iniciativa de fazer nenhum tipo de pergunta.

Ao não tomar essa iniciativa, o usuário corre o risco de sofrer as consequências do mau atendimento ou da má utilização do medicamento. O “silêncio” pode ter várias explicações, entre elas, o serviço não oferecer espaço para perguntas, o usuário ficar inibido ou ter medo de fazê-las ou perceber a pressa do profissional, anulando-se (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).

Um estudo realizado com farmacêuticos do Estado de Santa Catarina por Alano (2005) apresentou outros fatores que podem interferir no acolhimento, tais como: a falta de um espaço físico adequado e o pouco tempo disponível pelo profissional aos atendimentos devido às atividades gerenciais da farmácia.

Na **Validação da Prescrição** houve uma maioria de unidades que apresentaram bom desempenho já que 66,6% dos serviços analisados

realizaram os dois tipos de análise: *Análise da prescrição* e *Análise da terapia*.

Os 33,3% restantes obtiveram desempenho regular por não terem realizado *Análise da terapia* atendendo parcialmente o objetivo desta dimensão da dispensação: analisar a adequação da prescrição ao usuário.

DIMENSÕES (D) E INDICADORES (I)	UNIDADES DE SAÚDE														
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Validação da prescrição (D)	Verde	Amarelo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Verde	Amarelo	Verde
Análise da prescrição (I)															
Análise da terapia (I)		Cinza						Cinza		Cinza			Cinza		
Classificação da eficácia da Dispensação	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Classificação		Bom	Reg	Ruim											
Resultado dos Indicadores (I)		sim	não												
LEGENDA															

Quadro 8 – Juízos de valor atribuídos à dimensão Validação da prescrição e resultados dos seus respectivos indicadores

Destaca-se o resultado positivo do indicador *Análise da prescrição* em 100% dos serviços de dispensação, quando comparado ao estudo realizado por Toreti (2006) observando que nem sempre a avaliação da integralidade legal e técnica da prescrição foram realizadas. Este bom desempenho na verificação dos aspectos técnico-legais da prescrição pode estar relacionado tanto à informatização do registro do fornecimento dos medicamentos de maneira que a quantidade prescrita, data da prescrição, dados do prescritor e quantidade dispensada são transcritos do receituário para o sistema, quanto à compreensão acerca das conseqüências administrativas, judiciais e clínicas dos erros de dispensação (por exemplo, o fornecimento de um medicamento diferente do registrado no receituário).

A não realização da *Análise da terapia* em um terço dos serviços é preocupante se considerarmos: a estimativa de 50 ocorrências de reações adversas por 1000 idosos ao ano, das quais, 28% seriam evitáveis (GURWITZ et al., 2003, apud CORRER et al., 2007); o trabalho de Rúa e Tolosa citado por Vieira, Lorandi e Bousquat (2008) que verificou um percentual de 14% de prescrições com problemas, dos quais mais de um

terço puderam ser solucionados sob intervenção direta do farmacêutico; e por último o estudo de Victorio, Castilho e Nunes (2008) que analisou prescrições contendo medicamentos para hipertensão arterial atendidas em uma farmácia universitária de Niterói, Rio de Janeiro, identificando uma média de 3,3 problemas na receita com potencial para gerar problemas de saúde por usuário atendido, sendo eles: a ilegibilidade da prescrição (29%), a ausência de dose (6%), via (34%), intervalo de administração (31%) e prescrição em sub-dose ou com combinação de medicamentos com possível interação medicamentosa que pudessem diminuir efeito do anti-hipertensivo (20%).

A dimensão **Orientação no fornecimento do medicamento** obteve um desempenho variado entre os serviços analisados: 33,3% apresentaram uma boa orientação por cumprirem na totalidade o seu objetivo de fornecer informações necessárias ao usuário ou responsável, tanto para o *Processo* quanto para o *Resultado do uso do medicamento*; 33,3% apresentaram uma orientação regular atendendo parcialmente seu objetivo por fornecer apenas orientações relacionadas ao processo de uso, e 33,3% dos serviços apresentaram uma orientação ruim por não fornecerem informações necessárias ao usuário do medicamento.

DIMENSÕES (D) E INDICADORES (I)	UNIDADES DE SAÚDE														
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Orientação (D)	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Vermelho	Amarelo	Amarelo	Vermelho	Verde	Vermelho	Amarelo	Verde	Vermelho	Vermelho	Verde
Orientação p/ processo de uso (I)					Verde			Verde		Verde			Verde		
Orientação p/ resultado do uso (I)		Verde		Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Classificação da eficácia da Dispensação	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Vermelho	Amarelo	Amarelo	Vermelho	Verde	Vermelho	Amarelo	Verde	Vermelho	Vermelho	Verde
Classificação	Bom	Reg	Ruim	LEGENDA											
Resultado dos Indicadores (I)	sim	não													

Quadro 9 – Juízos de valor atribuídos à dimensão Orientação e resultados dos seus respectivos indicadores.

Analisando outros estudos que abordaram o aspecto da orientação dada nas farmácias durante a dispensação de medicamentos, Arrais, Barreto e Coelho (2007) identificaram que não houve, na maioria das vezes, a orientação dos usuários ou de seus responsáveis sobre como

tomar o medicamento (74,2%), a respeito da possibilidade de surgir reações adversas (92,2%), os cuidados com a interação medicamentosa (85,7%), a importância de cumprir o tratamento (83,5%) e cuidados com o armazenamento (86,3%). O mesmo autor observou também que, na maioria, os pacientes e/ou seus representantes não manifestaram nenhum interesse em perguntar sobre os assuntos. Oliveira et al. (2006) ao avaliarem a dispensação de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV e Aids no Brasil, identificaram que apenas 15,9% dos usuários se perceberam orientados nas farmácias. Toreti (2006) ao avaliar a assistência farmacêutica do Programa de medicamentos Excepcionais em Içara (SC) observou que informações com relação à utilização do(s) medicamento(s) são repassadas apenas em alguns casos, quando o usuário apresenta alguma dúvida ou quando fica evidente que este está utilizando de maneira inadequada. Alves (2003) identificou que apesar de a quase totalidade dos entrevistados afirmarem que as orientações eram realizadas, a pesquisadora não presenciou qualquer tipo de orientação durante o período de observação nas unidades básicas de saúde Juiz de Fora, Minas Gerais.

A importância da orientação dada pelo serviço de dispensação de medicamentos pode ser melhor percebida ao analisarmos algumas publicações que identificaram a baixa compreensão dos usuários sobre os medicamentos prescritos: Silva, Schenkel e Mengue (2000) relataram que, após consultas ambulatoriais em hospital universitário do Rio Grande do Sul, apenas 34% tinham um bom conhecimento sobre o medicamento adquirido; Menolli, Ivama e Cordoni (2009) apontaram que menos da metade (46,6%) dos usuários de serviços de atenção básica em saúde do município de Londrina, Paraná, relataram possuir a informação necessária para usar corretamente os medicamentos; Naves e Silver (2005) observaram que apenas 18,7% dos usuários dos serviços de atenção primária em saúde de Brasília, Distrito Federal, compreendiam integralmente a prescrição, mesmo entre aqueles com escolaridade de nível superior o conhecimento foi bastante baixo (38,5%).

No **Registro dos dados e informações geradas**, cujo objetivo é abastecer o sistema de controle de estoque e de acompanhamento do usuário, houve uma maioria (73,3%) de serviços classificados como regular nesta dimensão. Não houve serviço ruim, pois todos minimamente realizaram o *Registro da saída de medicamentos* no sistema de controle de estoque. Apenas 26,6% apresentaram resultado bom por realizarem *Registro de inconformidades encontradas* no processo ou no resultado do

uso dos medicamentos e de intervenções realizadas durante a dispensação.

Quanto ao *Registro da saída dos medicamentos dispensados*, o município apresenta melhores resultados em comparação com outros trabalhos da literatura consultada. Oliveira et al. (2002) mostraram uma deficiência no sistema de registro dos medicamentos em estoque em 12,4% das unidades de dispensação de antiretrovirais estudadas no Rio de Janeiro. Oliveira et al. (2006) identificaram uma variação entre o estoque físico e o registrado, na maioria das unidades, variação de até 25%, chegando a 80% em duas unidades de saúde ao avaliar a dispensação de medicamentos às pessoas que vivem com HIV/aids no Brasil.

DIMENSÕES (D) E INDICADORES (I)	UNIDADES DE SAÚDE														
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Registro dos dados e informações	Verde	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Verde	Verde	Amarelo	Amarelo	Verde	
Registro da saída do medicamento (I)															
Registro do atendimento (I)															
Classificação da eficácia da Dispensação	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Vermelho	Amarelo	Vermelho	Verde	Vermelho	Amarelo	Verde	Vermelho	Vermelho	Verde	
Classificação	Bom	Reg	Ruim	LEGENDA											
Resultado dos Indicadores (I)	sim	não													

Quadro 10 - Juízos de valor atribuídos à dimensão Registro dos dados e informações e resultados dos seus respectivos indicadores.

Por outro lado, também há exemplos semelhantes ao encontrado neste estudo. Bernardi, Bieberbach e Henrique (2002) identificaram que a maioria dos municípios apresentou uma adequada organização do estoque de medicamentos, dos quais apenas 10% dos vinte municípios da 17ª Regional de Saúde do Rio Grande do Sul ainda não fazem seu controle de estoque. A justificativa dada pelos municípios que não fazem este registro é a falta de tempo e de pessoal para desenvolver este tipo de atividade.

Sobre o *Registro do atendimento prestado ao usuário*, o resultado encontrado mostra uma fragilidade do serviço, pois na maior parte dos atendimentos que resultaram na identificação e intervenção sobre algum problema relacionado à prescrição ou à farmacoterapia, não houve o registro no prontuário do usuário. Oliveira et al. (2006)

observaram que apenas em 3 unidades dispensadores de antiretrovirais, das 29 estudadas, houve profissional que declarou fazer notificação de eventos adversos relacionados a medicamentos, mas nenhuma havia feito qualquer notificação nos últimos três meses

A caracterização do serviço de dispensação do município estudado será apresentada em seguida, entretanto cabe ressaltar que o objetivo desta caracterização é retratar a realidade encontrada e não comprovar causalidade para o resultado encontrado, pois para tal faz-se necessário tratamento científico específico.

Das 15 unidades de saúde estudadas, 5 (33,3%) possuem farmácias com serviço de dispensação de referência distrital de medicamentos sujeitos ao controle especial da Portaria MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e 10 (66,6%) unidades de saúde não possuem tais medicamentos, configurando-se em farmácias de dispensação de referência local. Considerando as 52 unidades de saúde que dispensam medicamentos no âmbito da atenção básica, têm-se 6 (11,5%) unidades dispensadoras de medicamentos sujeitos ao controle especial da Portaria MS nº 344, de 12 de maio de 1998.

Dos 33 funcionários envolvidos na dispensação, os técnicos de enfermagem foram maioria (42,4%), seguido do farmacêutico (39,4%) e enfermeiros (18,2%), conforme tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos dispensadores por cargos e respectivas coberturas nas unidades de saúde.

Cargo do dispensador	Nº funcionários (%)	Nº unidades de saúde cobertas (%)
Técnico de enfermagem	14 (42,3)	10 (66,6)
Farmacêutico	13 (39,4)	6 (40)
Enfermeiro	6 (18,3)	5 (33,3)
Total	33 (100)	15 (100)

Apenas nove (60%) unidades de saúde possuem um funcionário responsável pela dispensação. Destas, cinco (55,5%) contam com farmacêutico, dois (22,2%) com enfermeiro e dois (22,2%) com técnico de enfermagem. As seis (40%) farmácias restantes trabalham em esquema de rodízio entre os funcionários da área de enfermagem não possuindo assim um responsável específico para o serviço, sendo considerada uma responsabilidade de todos que atuam na farmácia cabendo ao coordenador

da unidade de saúde a responsabilidade administrativa pelo serviço e a cada funcionário, a responsabilidade técnica pelas suas condutas na prestação do serviço. As figuras 6, 7 e 8 retratam estes achados.

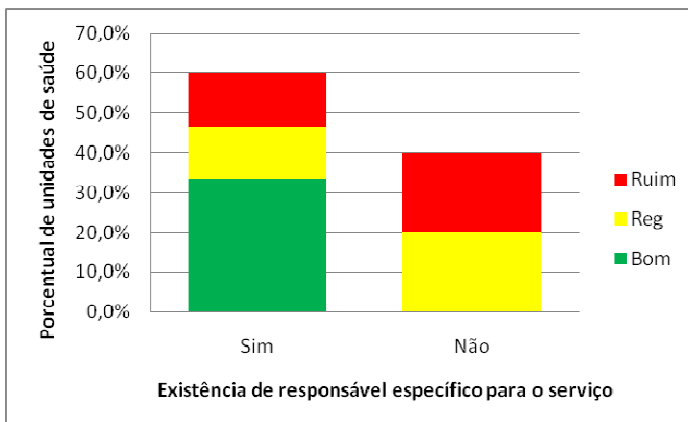


Figura 6 – Eficácia da dispensação segundo existência de responsável pelo serviço

Cabe ressaltar que a responsabilidade técnica pela farmácia apenas pode ser exercida pelo profissional farmacêutico conforme legislação sanitária vigente, significando que apenas 40% das unidades estudadas encontram-se legalmente habilitadas para prestação deste serviço. Ao analisar as 52 unidades de saúde que dispensam medicamentos no âmbito da atenção básica a respeito da presença do farmacêutico como responsável técnico pelo serviço de dispensação, este percentual cai para 13,5% (7).

Sobre esta temática, apesar de inúmeras publicações sobre a sua importância na qualificação dos serviços de assistência farmacêutica, em especial o trabalho de Arrais, Barreto e Coelho (2007) que confirma a importante atuação dos farmacêuticos na dispensação, pois orientam e perguntam mais do que os “outros” atendentes, várias publicações relatam a ausência do farmacêutico na maior parte dos serviços de saúde pública que prestam este tipo de atendimento a população e um predomínio dos profissionais de enfermagem (MENOLLI; IVAMA; CORDONI, 2009; VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008; ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007; BERNARDI; BIEBERBACH; HENRIQUE, 2006; ALVES, 2003).

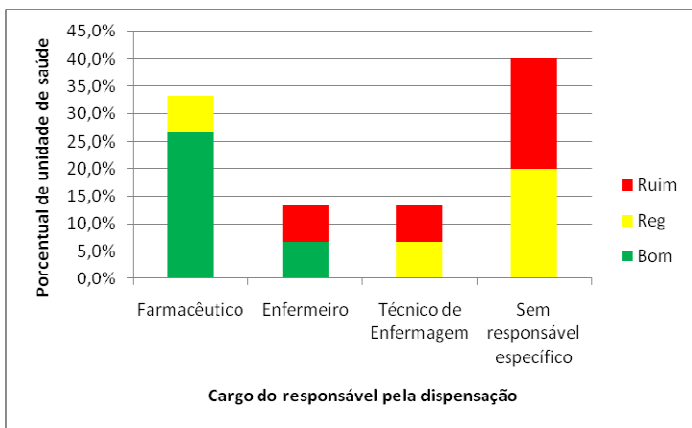


Figura 7 – Eficácia da dispensação segundo cargo do responsável pelo serviço

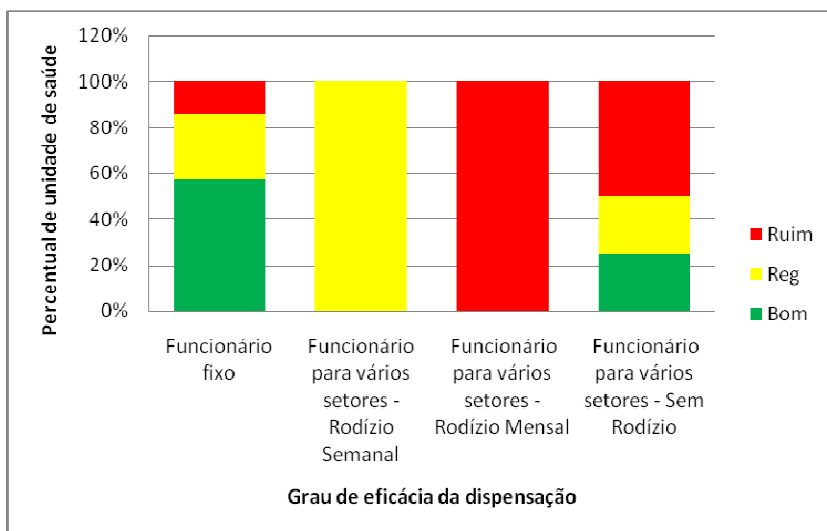


Figura 8 – Eficácia da dispensação segundo fixação do dispensador na farmácia

Nas unidades básicas esta situação é agravada com o esquema de rodízio, não existindo um profissional fixo (VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008).

Outro estudo identificou ainda outras categorias profissionais atuando nas farmácias: funcionários administrativos, agentes de saúde, serventes, técnicos de laboratório, auxiliares de serviços diversos, auxiliar de enfermagem, arquivista, atendente de enfermagem e atendente de serviços médicos (COSENDEY, 2000).

Marin (2003) também identificam que para a adequada organização da dispensação, um aspecto crítico, é a situação dos recursos humanos: existe uma baixa profissionalização da equipe de apoio ao farmacêutico; a maioria dos planos de cargos e salários não contempla este profissional; muitos municípios e serviços terminam por contar, para esta função, com profissionais que trabalham desmotivados, sem treinamento e supervisão.

As unidades estudadas possuem horários de funcionamento diferenciados, sendo eles: 4 unidades permanecem diariamente abertas ao atendimento público por 13 horas, 4 unidades por 10 horas e 7 unidades por 8 horas. Tais unidades estudadas foram divididas em três grupos segundo número médio de pessoas atendidas por hora em suas farmácias pelo serviço de dispensação. A figura 9 mostra o grau de eficácia segundo a demanda atendida por estes serviços. Tais informações foram obtidas através do sistema informatizado da SMS/PMF.

Outra característica importante das unidades estudadas, apenas 4 unidades contavam com 2 funcionários atuando no serviço de dispensação ao mesmo tempo (F, I, K e N) confirmando a sobrecarga de trabalho que outros estudos identificaram (FRANCESCHET, 2003; ALANO, 2005; NAVES; SILVER, 2005). Vale lembrar que o serviço de dispensação de medicamentos é apenas um dos serviços e atividades desenvolvidas na farmácia, e que o atendimento na farmácia é na maior parte das vezes apenas um dos espaços de trabalho do dispensador dentro da unidade de saúde, por exemplo, sala de vacina, sala de procedimentos de enfermagem, recepção, entre outros.

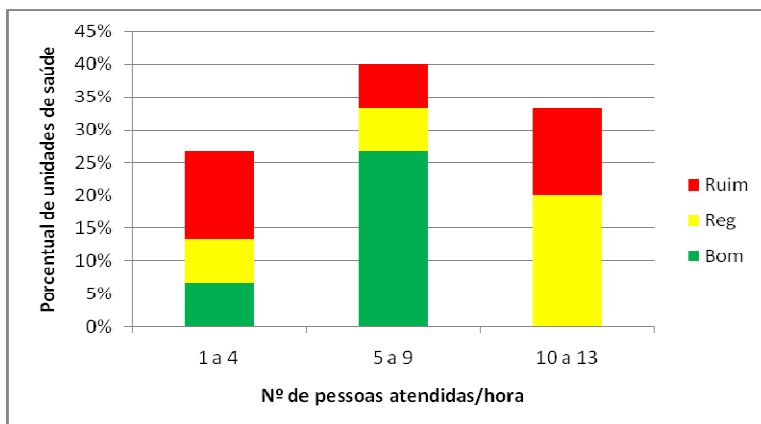


Figura 9 – Eficácia da dispensação segundo número de pessoas atendidas por hora

Para caracterizar o serviço de dispensação segundo tempo utilizado para execução do atendimento, os resultados foram agrupados em quatro faixas, conforme tabela 4. O tempo médio da dispensação na amostra estudada foi de 2 minutos e 34 segundos.

Tabela 4 – Número e percentual de unidades de saúde, segundo tempo gasto para execução do atendimento ao usuário.

Tempo da dispensação (min)	Total de unidades de saúde (n=13)	
	Nº de unidades	% de unidades
1 a 2	3	23,0
2 a 3	7	53,8
3 a 4	2	15,4
> 4	1	7,7

Nota-se que 76,8% dos serviços levaram menos de três minutos para executar todo o processo de dispensação. Apesar de estar abaixo do preconizado pela OMS, no qual o farmacêutico deve destinar à orientação ao menos três minutos por usuário (SANTOS; NITRINI, 2004), o resultado encontrado está bastante acima dos achados em outros estudos demonstrados por Menolli, Ivama e Cordoni (2009), conforme os dados que seguem: em Fortaleza (10,2 e 17 segundos), Salvador (44 segundos),

Interior da Bahia (41 segundos), Ribeirão Preto (18,3 segundos), Campo Grande (55 segundos) e Brasília (53,9 segundos).

Apesar do tempo médio de dispensação identificado estar muito superior ao encontrado na literatura, não significa que este tempo seja utilizado para a orientação. O aspecto administrativo do serviço, registros necessários ao controle de estoque e ao cumprimento da legislação sanitária para identificação do “comprador” dos medicamentos da Portaria MS nº 344, de 12 de maio de 1998, tomam a maior parte deste tempo. São elementos importantes, mas não suficientes para garantir cuidado em saúde. Outro fator que provavelmente contribui para este tempo superior, diz respeito ao fato do município estudado possuir um sistema informatizado de registro dos estoques e dos atendimentos no prontuário dos usuários.

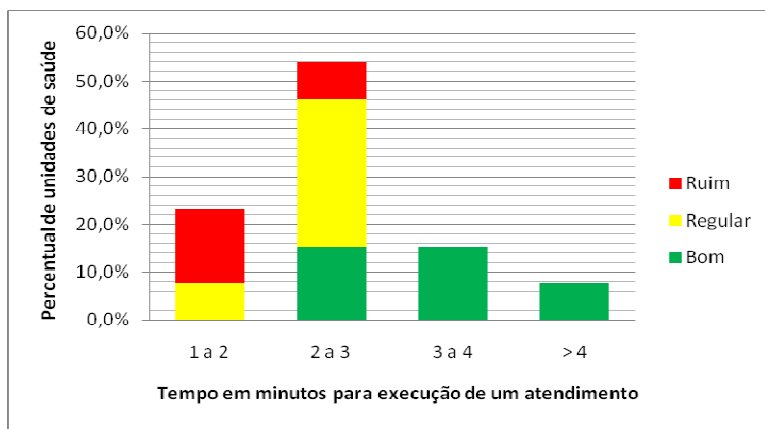


Figura 10 – Eficácia da dispensação segundo tempo gasto para execução do atendimento ao usuário

Toreti (2006) ao analisar o tempo utilizado na dispensação de medicamentos excepcionais em Içara (7 minutos), identificou que a maior parte deste tempo é gasto praticamente com aspectos burocráticos do Programa. Além disso, é comum a interrupção da dispensação para atendimento telefônico.

Santos e Nitrini (2004) destacam que a inadequação do tempo impossibilita o repasse de informações tais como: a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e

as condições de conservação dos produtos, conforme definido pela Política Nacional de Medicamentos. O pouco tempo destinado ao atendimento dos usuários no serviço de dispensação prejudica todo o processo, em especial a orientação para o uso adequado dos medicamentos e alcance dos resultados terapêuticos esperados.

Alves (2003) identificou que a rapidez com que a dispensação esta executada devia-se pelo entendimento/comportamento dos dispensadores de que esta atividade não deveria onerar os outros afazeres ou mesmo atrapalhar outras atividades exercidas pelos profissionais de enfermagem.

Para finalizar este capítulo, optou-se em sistematizar as características estudadas segundo o grau de eficácia dos serviços.

O grupo de **serviços de dispensação classificados como bons** apresentam as seguintes características:

- Apenas duas unidades (C e I) deixaram de apresentar bom em todas as dimensões. Obtiveram classificação regular na dimensão Registro dos dados e informações geradas devido ao não registro de inconformidades encontradas e de intervenções realizadas durante a dispensação;
- Formado por 4 unidades de dispensação distrital e uma local;
- Todas possuem um responsável pelo serviço sendo delegado ao farmacêutico nas unidades de dispensação distrital (C, I, L e O) e ao enfermeiro na local (A);
- O número máximo de pessoas atendidas pelo serviço de dispensação por hora na farmácia foi igual a 8 pessoas considerando que na farmácia local este número foi de 2 pessoas por hora;
- Juntas atendem 24% da população total atendida diariamente por este serviço na amostra estudada;
- O tempo médio de dispensação foi de 3 minutos e 30 segundos por pessoa.

O grupo de **serviços de dispensação classificados como regulares** apresentam as seguintes características:

- Duas unidades (G e K) apresentaram ruim na dimensão acolhimento;
- Formado por 1 unidade de referência distrital (F) e 4 locais (B, D, G e K);

- A maioria (B, G e K) não possui um responsável pelo serviço, das que possuem em uma esta responsabilidade é exercida pelo farmacêutico (F) e na outra pelo técnico de enfermagem (D);
- A maioria (B, F e K) realiza de 10 a 13 atendimentos de dispensação por hora. As unidades D e G atendem 6 e 3 pessoas por hora;
- O tempo médio de dispensação foi de 2 minutos e 09 segundos;
- Juntas atendem 40% da população total atendida diariamente por este serviço nas unidades estudadas;
- A única unidade de referência distrital (F) que não se classificou como bom, possui o maior número de atendimentos por hora (12) dentre as distritais.

O grupo de **serviços de dispensação classificados como ruins** apresentam as seguintes características:

- Todas as unidades (E, H, J, M e N) apresentaram ruim na dimensão Orientação no fornecimento do medicamento;
- A maioria (H, M e N) também apresentou ruim no Acolhimento;
- Formado por 5 unidades locais;
- Uma unidade das unidades (H) possui o maior número de pessoas atendidas por hora (13) e duas unidades (J e M) possuem a menor demanda (1 atendimento/hora);
- Juntas atendem 36% da população total atendida diariamente por este serviço na amostra estudada;
- A maioria (E, H e N) não possui responsável pelo serviço, das que possuem em uma a responsabilidade é exercida pelo enfermeiro (J) e a outra pelo técnico de enfermagem (M);
- O tempo médio de dispensação foi de 1 minuto e 20 segundos.

5.2 REFERENTES AO MODELO DE AVALIAÇÃO

Considera-se oportuna a escolha do critério eficácia por permitir focar a análise no processo de trabalho deixando alguns aspectos estruturais para a contextualização do achado e de resultados para futuras avaliações de efetividade e relevância do serviço. Entende-se que um serviço eficaz, ao atender seus objetivos e metas, terá maior probabilidade de produzir os resultados esperados (efetivo e relevante) do que aquele ineficaz.

A construção do quadro referencial e da matriz avaliativa da dispensação trouxe uma ótica diferenciada tanto para a análise do serviço quanto para elaboração teórica na área, incorporando-se às produções científicas que buscam tornar a concepção ampliada da dispensação, uma concepção hegemônica.

Sobre a coleta de dados, houve dificuldade em mensurar os indicadores *Conferência dos aspectos qualitativos e quantitativos do medicamento e Análise da prescrição*, pois tais indicadores apenas são passíveis de captação por observação se houver manifestação verbal do dispensador. No caso da *Análise da prescrição* este estudo conseguiu coletar os dados, pois houve em todas as unidades casos de inconformidade legal ou técnica nas prescrições, em sua maioria relacionada ao prazo de validade da receita normatizado pelo município, levando o trabalhador expor tal problemática ao sujeito em atendimento.

Quanto á limitação inerente à técnica escolhida para coleta de dados, a observação estruturada, procurou-se minimizar o efeito *Hawthorne* sobre o dispensador, reforçando a intenção da pesquisa - destacar elementos da realidade dos serviços com vistas a contribuir na promoção de mudanças e adequações necessárias para melhoria dos mesmos. Quanto ao efeito sobre os usuários, buscou-se agir como um assistente do dispensador que buscava conhecer a dinâmica do serviço. É provável que o efeito tenha influenciado no grau de eficácia para o indicador *Registro da saída/fornecimento dos medicamentos* para o qual 100% dos serviços realizaram registro de saída de medicamentos em todas as receitas atendidas.

Apesar desta limitação, o emprego de observadores externos para coleta de dados oferece algumas vantagens em comparação com outras formas. As vantagens dizem respeito à minimização de respostas emitidas pelos entrevistados que não condizem com a realidade.

Acerca do aspecto ético da observação uma vez que não foi solicitada autorização ao usuário para presença do pesquisador na farmácia, apenas obteve-se autorização do dispensador, trata-se de um dilema ético. Dilema porque se reconhece a importância desta autorização para promover relações democráticas, como se refere Demo (2004), no entanto, os atendimentos realizados pelo serviço de dispensação nas unidades de saúde não ocorrem completamente em espaço privativo, pois enquanto o dispensador se encontra dentro da farmácia (espaço que possui restrição de entrada), o usuário permanece no espaço coletivo da unidade (espaço de circulação sem restrição) em frente ao balcão de atendimento com várias pessoas ao seu redor (na maior parte das vezes).

Entende-se que o modelo de serviço precisaria ser discutido a luz da bioética.

Para minimizar as recusas por parte dos servidores, por constrangimento e proteção, foi explicado na assinatura do termo de consentimento que se buscava avaliar o serviço e não o dispensador e que seria garantida a confidencialidade dos mesmos e das unidades de saúde estudadas. Este posicionamento favoreceu a receptividade por parte dos trabalhadores cuja maioria explanou sobre a importância de um estudo que contribuísse para melhorar a situação do serviço, não havendo recusa. Como a maioria dos trabalhadores que participaram já conhecia a pesquisadora, por meio de outras atividades institucionais, a aceitabilidade ocorreu com tranquilidade.

Uma consideração importante sobre o percurso metodológico diz respeito a não inclusão dos trabalhadores que atuam nas farmácias das unidades estudadas na elaboração e discussão do modelo teórico-lógico. Espera-se que os resultados deste trabalho sejam apreciados pelos mesmos na perspectiva de promover discussões acerca dos enfrentamentos necessários para a melhoria dos serviços.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dispensação de medicamentos, apesar de ser uma prática farmacêutica pouco analisada cientificamente no Brasil, está à disposição da população há anos como principal fonte de acesso aos medicamentos prescritos. Não apenas a avaliação da dispensação está incipiente, mas a própria publicação e indexação de trabalhos nas bases de dados sobre este serviço é escasso.

O modelo de avaliação proposto permitiu verificar a eficácia do serviço de dispensação, o alcance de seus objetivos, tanto no âmbito das unidades de saúde quanto no município. Permitiu também obter o desempenho de cada dimensão avaliativa da dispensação (Acolhimento do usuário; Validação da prescrição; Separação e Preparação dos medicamentos; Orientação no fornecimento dos medicamentos; e Registro de dados e informações geradas) possibilitando identificar os pontos críticos do serviço que merecerão intervenção.

Além disso, o modelo poderá ser adaptado pelas instituições de ensino no aprendizado de futuros farmacêuticos e em atividades de educação permanente no SUS.

No teste de aplicabilidade verificou-se que o modelo avaliativo é viável para diferentes tipos de unidades de saúde/farmácias de um município; que os dados coletados foram capazes de gerar as informações necessárias à medição dos indicadores sugeridos; e que o método de coleta destes dados pode ser adaptado à realidade e às necessidades de cada município buscando minimizar o impacto das limitações inerentes à técnica de observação direta dos serviços.

A avaliação realizada possibilitou um melhor conhecimento de situação do serviço em Florianópolis e pode apontar suas fragilidades relacionadas à eficácia. Segundo esta avaliação, a dispensação de medicamentos na amostra estudada, está regular tendendo ao ruim pela cobertura populacional que estes assumem. Possui como principal *nó* crítico para a insuficiente eficácia encontrada, o componente Orientação no fornecimento do medicamento, seguido pelo Acolhimento e pela Separação e Preparação do medicamento.

Os resultados, além disso, sugerem que serviços com certas características tendem a ter sua eficácia aumentada: estar sob responsabilidade do farmacêutico; ser executado por trabalhadores que não precisem se dividir entre várias outras funções; possuir certo fluxo de atendimento diário que permita a execução do serviço em tempo

suficiente para todos os componentes da dispensação, do acolhimento inicial à orientação final.

A fim de um entendimento mais aprofundado do serviço, caberia um estudo que analisasse a dispensação também sob a lógica da metodologia científica qualitativa, dando voz aos trabalhadores e usuários envolvidos neste serviço.

Tanto este estudo quanto aqueles encontrados no levantamento bibliográfico, apontam uma situação muito preocupante em que os serviços de dispensação de medicamentos em nosso país se encontram. Há um predomínio do entendimento reducionista, em que a dispensação visa apenas entregar o produto ao usuário. Por um lado esta situação está coerente com os dados e informações em saúde pública que apontam o emprego e uso inadequado dos medicamentos em nossa sociedade. Por outro, nos remete a refletir sobre a concepção de serviço de dispensação que o SUS está implementando.

Um debate franco sobre as concepções acerca deste serviço, sobre as potencialidades que este serviço de saúde tem para serem desenvolvidas na medida em que poderiam servir de ponto de apoio no acompanhamento ambulatorial dos usuários de medicamentos, verificando o processo de uso e seus resultados positivos ou negativos sobre a saúde-doença dos indivíduos, precisa ocorrer.

Destaca-se uma importante contradição determinante para esta situação, por um lado a importância que os medicamentos ocupam no tratamento dos problemas de saúde. Por outro, temos o mesmo produto entre as principais mercadorias mais lucrativas em nossa sociedade cujo modo de produção da saúde é condicionado pelo modelo de organização social capitalista.

Espera-se que este estudo contribua com a mudança tão necessária desta problemática para que verdadeiramente possamos dizer que os serviços que dispensam medicamentos sejam minimamente eficazes.

Para além de uma avaliação pontual, espera-se também que este estudo sirva de incentivo para institucionalização de avaliações permanentes nos quais o princípio democrático seja respeitado e com uma direcionalidade política para a transformação social.

BIBLIOGRAFIA

ALANO, GM. **Reflexão e contribuição para uma nova prática:** os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis, 2005

ALVES, TNP. **Dispensação de medicamentos:** aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora/MG. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2003.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(supl.): 629-640. 2008.

ARAUJO, ALA; PEREIRA, LRL; UETA, JM; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13 (supl.): 611-617. 2008.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4): 927-937, abril. 2007.

BERMUDEZ, JAP. **Indústria farmacêutica, Estado e sociedade:** crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995.

BERNARDI, CLB; BIEBERBACH, EW; HENRIQUE, IT. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde e Sociedade**, 15(1): 73-83, jan-abr. 2006.

BLATT, CR. **Avaliação da assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina no ano de 2002 a 2004.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis, 2005.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da

República Federativa do Brasil, 19 dez, 1973. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/5991_73.htm. Acesso em: 5 de abril de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: Uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, s. 1, n. 215-E, p. 18, 10 nov., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, s. 1, n. 93, p. 52-53, 20 maio, 2004.

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: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, s. 1, n. 61, p. 71-76, 29 mar., 2006c.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 80, de 11 de maio de 2006. Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogaria. Diário Oficial da União, Brasília, s. 1, n. 90, p. 58-62, 12 maio, 2006e

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, s. 1, n. 18, p. 47-50, 25 jan., 2008a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à saúde da família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, s. 1, n. 157, p. 78-81, 18 ago, 2009b.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Tabela 6. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Brasil, 2008; Tabela 11. Óbitos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Brasil, 2008.** (Publicado em: 08/06/2010) Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=319 Acesso em: 13 de agosto de 2010.

BRITO, TA; JESUS, CS. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Digital - Buenos Aires**. 14(139), dez. 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>. Acesso em: 20 de agosto 2009.

CAAMAÑO, F; RUANO, A; FIGUEIRAS, A; GESTAL-OTERO, JJ. Data collection methods for analyzing the quality of the dispensing in pharmacies. **Pharmacy World & Science**. 24(6): 217-23, 2002.

CALVO, MC; HENRIQUE, F. Avaliação – algumas concepções teóricas sobre o tema. In. LACERDA, JT; TRAEBERT, JL. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Unisul, 2006.

CIPOLLE, RJ; STRAND, LM; MORLEY, PC. **El ejercicio de La Atención Farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 2000.

CIPOLLE, RJ; STRAND, LM; MORLEY, PC. **Pharmaceutical care practice the clinician's guide. 2. ed.** New York: McGraw-Hill, 2004.

COHEN, E; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

COLUSSI, CF. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Florianópolis, 2010.

CONILL, EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(supl.): 191- 202. 2002.

CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F; DENIS, JL; PINEAULT, R. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA; VIEIRA-DA-SILVA, LMV (org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

CORRER, CJ. **A Prática Farmacêutica de Dispensação de Medicamentos**. (Material Didático) Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Paraná. Grupo de Pesquisa em Prática Farmacêutica. 2006a.

CORRER, CJ. **A Dispensação de medicamentos no contexto dos serviços farmacêuticos**. (Material Didático) Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Paraná. Grupo de Pesquisa em Prática Farmacêutica. 2006b.

CORRER, CJ; PONTAROLO, R; FERREIRA, LC. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. 43(1): 55-62, jan./mar. 2007.

COSENDEY, MAE. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica**: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. 2000. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2000.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. Chicago, 114(11): 1115-1118, nov. 1990.

DEMO, P. **Ser professor é cuidar que o aluno aprenda**. Porto Alegre: Mediação, 2004.

DUPIM, JAA. **Assistência Farmacêutica**: um modelo de organização. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999.

EMMERICK, ICM. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. 2006. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

ESPAÑA. **Foro de Atención Farmacêutica**: documento de consenso. 2008. Disponível em: http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/downloads/uploads/Libro%20FORO1-completo-OK_200208.pdf. Acesso em: 20 de março de 2009.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F; FAUS, MJ; CAELLES, N; ESPEJO, J; GASTELURRUTIA, J; IBÁÑEZ, J; MACHUCA, M; TUNEU, L. Seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa: diferencias y similitudes. **Pharmaceutical Care España**, 4(3): 179-185. 2002.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal da Saúde. População de Florianópolis 2009 por Distritos de Saúde, Modelo de Atenção, Micro-áreas e população - Atualizado em Julho 2010. Prefeitura da Cidade de Florianópolis. 2010. Disponível em <http://portal.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=populacao&menu=5>. Acesso em: 20 de setembro de 2010.

FRANCESCHET, I. **Análise das atividades realizadas pelos farmacêuticos no serviço de farmácia pública no município de Florianópolis, SC - 2002**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis, 2003.

FURTADO, JP. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, GWS; MINAYO, MCS; AKERMAN, M; DRUMOND Jr, M; CARVALHO,

YM. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/HUCITEC, 2006.

GALATO, D; ALANO, GM; TRAUTHMAN, SC; VIEIRA, AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. 44(3), 465-475, jul./set. 2008.

GALANTE, AC; ARANHA, JA; BERALDO, L; PELA, NTR. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 11(3):357-363, 2003.

GARCIA, RC. **Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Textos para discussão n.776. Brasília: IPEA, 2001.

GOMES, MASM; HARTZ, ZMA. Avaliação e Gestão Municipal de Saúde. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, 21: 7-19, jul. 2001.

HENRIQUE, F. **Avaliação do Programa Saúde da Família e sua associação com indicadores demográficos, políticos e econômicos nos municípios do Estado de Santa Catarina**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2006.

HEPLER, CD; STRAND, LM. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **American Journal of Hospital Pharmacy**. 47(3):533-543, 1990.

IGLÉSIAS-FERREIRA, P; SANTOS, HJ. **Manual de Dispensação Farmacêutica**. 2. ed. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, 2009.

IVAMA, AM (Org.). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta**. Brasília: OPAS/OMS, 2002.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LEITE, SN; VIEIRA, M; VEBER, AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(supl.): 793-802. 2008.

MACHADO-DOS-SANTOS, SC. **Assistência farmacêutica no Brasil: um componente essencial do sistema à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, 2001.

MARIN, N (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARIN, N (Org.). **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2005.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. (O processo de produção do capital, v.1).

MALIK, AM; SCHIESARI, LMC. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.3). Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/index.html>. Acesso em: 7 outubro 2008.

MENOLLI, PVS; IVAMA, AM; CORDONI, L. Caracterización de los servicios farmacêuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 25(3): 254-259. 2009.

MOREIRA, TMA. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso**. 2002. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

NASCIMENTO Jr, JM. **Avaliação da assistência Farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC, 1999**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Florianópolis, 2000.

NOVAES, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 34(5): 547-559. 2000.

NAVES, JOS; SILVER, LD. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 39(2): 223-230. 2005.

OLIVEIRA, MA; ESHER, AFSC; SANTOS, EM; COSENDEY, MAE; LUIZA, VL; BERMUDEZ, JAZ. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/ AIDS no município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5): 1429-1439. 2002.

OLIVEIRA, MA; LUIZA, VL; ESHER, A; SANTOS, EM; AVELAR, FG; EMMERICK, ICM; CAMPOS, MR; AZEREDO, TB. Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV e Aids. **Relatório Final de Pesquisa**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BBACB5FD5-4948-4575-A53B-2AC4FCAA1C29%7D/Avalia%E7%E3o%20Dispensa%E7%E3o%20Medic%20PVHA%20-%20Relat%F3rio%20Final%20%2820.12.%2006%29.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2009.

OLIVEIRA, MA; BERMUDEZ, JAZ; OSORIO-DE-CASTRO, CGS. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud**. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra: OMS, 1993. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2975s/1.html>. Acesso em: 02 de maio de 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OPAS, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2010.

PEPE, VLE; CASTRO, CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3): 815-822, jul./set. 2000.

PEREIRA, LAM. **Análise de Programas e Ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre, 2005.

PERINI, E. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACÚRCIO, FA (Org.) **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.

PINTO, LFS. **Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil**. 2006.

Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

ROCHA, AA; CESAR, CLG. **Saúde Pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

SANTOS, V; NITRINI, SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 38(6): 819-826. 2004.

SCALCO, SV. **Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde**. 2008. Florianópolis, 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2008.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2007.

SCHENKEL, EP; RECH, N; FARIAS, MR; SANTOS, RI; SIMÕES, CMO. Assistência Farmacêutica. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SILVA, T; SCHENKEL, EP; MENGUE, SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**. 16(2): 449-455. 2000.

SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA; SILVA, LMV (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SILVA, EAC; OLIVEIRA, LM; RESENDE, SG; CARDOSO, RA. A avaliação do impacto da dispensação orientada sobre a adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Farmácia**, 89(4): 315-318. 2008.

SILVA, WB. **A emergência da atenção farmacêutica: um olhar epistemológico e contribuições para o seu ensino**. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Educação Científica e Tecnológica. Florianópolis, 2009.

TANAKA, OY; MELO, C. **Avaliação de Programas de saúde do Adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Edusp, 2001.

TOBAR, F; YALOUR, MR. **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TORETI, IR. **Descrição e avaliação das atividades de assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais no Município de Içara - SC no período de 2004 - 2005.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Florianópolis, 2006.

UCHIMURA, KY; BOSI, MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6): 1561-1569, no./dez. 2002.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde)**, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 96: 12-19, ago. 2010.

VICTORIO, CJM; CASTILHO, SR.; NUNES, PHC. Identificação de potenciais problemas relacionados com medicamentos a partir da análise de prescrições de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Farmácia.** Rio de Janeiro, 89(3): 233-235. 2008.

VIEIRA, MRS; LORANDI, PA; BOUSQUAT, A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6): 1419-1428, jun. 2008.

WORTHEN, BR; SANDERS, JR; FITZPATRICK, JL. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Gente, 2004.

APÊNDICE A

Listagem de bibliografias encontradas que apresentaram indicadores de avaliação para dispensação.

AUTORES	ANO	OBJETIVO GERAL	INDICADORES RELACIONADOS À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
NASCIMENTO Jr, JM.	2000	Avaliar a Assistência Farmacêutica prestada pela Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social – SMSDS do município de Florianópolis/SC.	a) Medicamentos dispensados; b) Medicamentos em falta; c) Origem do receituário.
OLIVEIRA, MA; ESHER, AFSC; SANTOS, EM; COSENDEY, MAE; LUIZA, VL; BERMUDEZ, JAZ.	2002	Avaliar o acesso à Assistência Farmacêutica prestada às pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro	a) % de adequação às Boas Práticas de Dispensação.
BLATT, CR.	2005	Avaliar os procedimentos da Assistência Farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina e avaliar os Centros de Custo responsáveis pela dispensação destes medicamentos no ano de 2002 a 2004.	a) % dos Centros de Custo que a dispensação é exclusividade do farmacêutico; b) % dos Centros de Custo que realizam agendamento de dia ou período para a dispensação; c) % dos Centros de Custo que realizam a dispensação dos medicamentos e fornecem informações adicionais; d) % dos Centros de Custo que fornecem informações por escrito.

AUTORES	ANO	OBJETIVO GERAL	INDICADORES RELACIONADOS À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
OLIVEIRA, MA; LUIZA, VL; ESHER, A; SANTOS, EM; AVELAR, FG; EMMERICK, ICM; CAMPOS, MR; AZEREDO, TB.	2006	Avaliar a qualidade da dispensação de medicamentos antiretrovirais e medicamentos para infecções oportunistas no Brasil verificando se está promovendo o uso racional dos medicamentos e atendendo a satisfação dos usuários.	a) % médio de atendimento de Boas práticas de dispensação quanto ao ambiente físico e higiene; b) Disponibilidade de supervisão farmacêutica; c) % de usuários que declaram terem sido orientados na dispensação; d) % de usuários que sabem como tomar os medicamentos; e) % de prescrições completas; f) % de medicamentos adequadamente rotulados; g) Disponibilidade de fonte válida de informação sobre medicamentos; h) Disponibilidade de material educativo para fornecimento aos usuários; i) % de farmacêutico e dispensadores que receberam treinamento sobre aids ou medicamentos; j) Disponibilidade de procedimento escrito para a atividade de dispensação; k) Disponibilidade de lista pactuada de medicamentos; l) Disponibilidade de Recomendações para Terapia de ARV; m) % de itens de Boas praticas de estocagem atendidos no local de estocagem; n) % de itens de Boas praticas de estocagem atendidos no local de dispensação; o) % de medicamentos com validade vencida; p) Proporciona privacidade no atendimento; q) Disponibilidade de espaço para que os usuários discutam as decisões sobre seu tratamento; r) % de medicamentos disponíveis; s) Tempo médio de desabastecimento; t) Disponibilidade de SICLOM em funcionamento; u) Disponibilidade de controle de estoque; v) Tempo médio de trajeto da residência até a unidade dispensadora; x) Tempo médio de espera na fila da unidade dispensadora.

AUTORES	ANO	OBJETIVO GERAL	INDICADORES RELACIONADOS À DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
TORETI, IR.	2006	Descrever e avaliar as atividades de Assistência Farmacêutica realizadas no Programa de Medicamentos Excepcionais no Centro de Custo localizado no Município de Içara – SC.	a) % de adequação às Boas Práticas de Dispensação
ARRAIS, PSD; BARRETO, ML; COELHO, HLL.	2007	Avaliar aspectos do comportamento do médico, do farmacêutico e do paciente, respectivamente, durante a conduta prescritiva, no ato da dispensação e, no caso do paciente, em ambas as situações, nos setores público e privado.	a) Presença do Farmacêutico; b) Durante a dispensação, o dispensador perguntou sobre: Alergia anterior; Uso de outros medicamentos; c) O dispensador orientou sobre: Como tomar o medicamento; Reações adversas; Interações medicamentosas; Importância de cumprir o tratamento; Cuidados com armazenamento; d) O paciente tomou a iniciativa de perguntar ao dispensador sobre: Como tomar o medicamento, Reações adversas, Interações medicamentosas, Importância de cumprir o tratamento, Cuidados com armazenamento.
VIEIRA, MRS; LORANDI, PA; BOUSQUAT, A.	2008	Avaliar a assistência farmacêutica prestada à gestante, em seus aspectos referentes à seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação oferecidos na rede básica de saúde no município de Praia Grande para contribuir na redução da mortalidade infantil e materna.	a) Presença de farmacêutico; b) Profissional fixo responsável pela dispensação de medicamentos; c) Funcionários treinados para atuar com medicamentos; d) Controle de estoque informatizado; e) Restrição à entrada de pessoas no recinto da farmácia; f) Recebimento de medicamento vencido; h) Disposição na ordem correta de vencimento; i) Relato de ocorrência de falta de medicamentos para gestantes; j) Presença de Ácido fólico e α -metildopa.

APÊNDICE B

Rationale – justificativa da escolha dos indicadores e medidas.

DIMENSÃO 1 - ACOLHIMENTO

Indicador 1 – Abordagem ao Usuário.

Partindo do entendimento que um serviço de saúde que busca apreender as necessidades do usuário, procura estabelecer relacionamentos interpessoais baseados na confiança e respeito, apresentando uma postura voltada para a resolução dos problemas do usuário. Para tal, optou-se por observar se minimamente o serviço buscou identificar o usuário do medicamento, e se houve saudação entre os envolvidos ou se o profissional se colocou a disposição do usuário para dar apoio às questões de medicação ou outras relacionadas à saúde durante todo processo de dispensação.

Medida 1 – Uma abordagem acolhedora foi adotada?

- 1.1 Houve cumprimento/saudação entre dispensador e usuário?
- 1.2 Buscou identificar o usuário do(s) medicamento(s) prescrito(s)?
- 1.3 Colocou-se a disposição para dar apoio às questões de medicação ou outras relacionadas à saúde?

DIMENSÃO 2 – VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO

Foram necessários dois indicadores, por compreender que tanto a *Análise da prescrição* quanto a *Análise da terapia* são necessárias para que a adequação da prescrição ao usuário seja verificada.

Indicador 2 - Análise da Prescrição.

Diante de um usuário com prescrição de medicamentos, seja para dar início ou continuidade ao tratamento, deve-se analisar e interpretar a prescrição nos seus aspectos legais e técnicos (denominação do medicamento, dose, forma farmacêutica, frequência e duração do tratamento) antes de preparar ou autorizar a distribuição do medicamento verificando se está livre de erros que possam trazer prejuízos ao usuário ou ao dispensador. Para tal, observou-se se houve identificação de alguma inconformidade legal ou técnica nas prescrições atendidas.

Medida 2 -A análise da prescrição foi realizada?

2.1 Identificou inconformidade legal? Um evento percebido

2.2 Identificou inconformidade técnica? Um evento percebido

Indicador 3 - Análise da Terapia.

Além disso, é necessário analisar e interpretar a prescrição em seus aspectos clínico-terapêuticos verificando se a terapia respeita parâmetros básicos de indicação, posologia, contra-indicações, e interações medicamentosas e se há resultados positivos (efetividade) ou negativos (reações adversas ou inefetividade) no uso dos medicamentos prescritos assumindo assim a co-responsabilidade pela terapia indicada. Apesar do serviço de dispensação possuir limitação para identificar e resolver problemas relacionados aos medicamentos e resultados negativos à farmacoterapia, entende-se que este serviço pode rastrear tais problemáticas, que quando identificadas o usuário pode ser encaminhado para acompanhamento farmacoterapêutico. Assim, foi observado se houve identificação de alguma inconformidade na terapia e se buscou verificar situação de saúde do usuário com o uso do medicamento.

Medida 3 - A análise da terapia foi realizada?

3.1 Identificou inconformidade clínico-terapêutica? Um evento percebido

3.2 Buscou verificar a situação de saúde do usuário com o uso do medicamento?

DIMENSÃO 3 - SEPARAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Contou com dois indicadores, *Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento* e *Adequação às técnicas de preparação*, por entender que apenas se alcançará o objetivo de fornecer medicamento de qualidade na quantidade necessária ao tratamento se a conferência for realizada e se a preparação estiver adequada.

Indicador 4 – Conferência dos Aspectos Quantitativos e Qualitativos do Medicamento.

Verificar o prazo de validade, as condições físicas e a quantidade do medicamento antes de fornecê-lo ao usuário é importante para evitar que problemas na qualidade e quantidade do mesmo comprometam a efetividade e segurança do tratamento. Essa precaução busca validar as

condições de conservação também no último momento antes do produto sair da farmácia. Observou-se se houve identificação de alguma inconformidade de validade ou de quantidade antes de entregar o medicamento.

Medida 4 - A conferência da qualidade e validade do medicamento antes de entregá-lo ao usuário foi realizada?

4.1 Identificou alguma inconformidade de validade ou de quantidade antes de entregar o medicamento? Houve conferência de tais aspectos?
Um evento percebido.

Indicador 5 – Adequação às Técnicas de Preparação.

Com os medicamentos separados, o serviço deve fornecê-los de maneira que os usuários possam mantê-los em condições adequadas de conservação e possam identificar o produto (denominação comum brasileira e lote) e sua validade. Considerando que alguns medicamentos adquiridos pelos municípios correspondem à linha hospitalar de produção, o fornecimento dos mesmos ao usuário em suas embalagens primárias é impossibilitado. Assim, nestas situações cabe preparar os medicamentos por meio de técnicas apropriadas considerando a legislação sanitária vigente que regulamenta o fracionamento dos medicamentos. Cada unidade fracionada deverá ser acompanhada de uma bula e informar o princípio ativo, lote, validade e concentração do medicamento.

Medida 5 – O preparo do medicamento foi realizado?

5. O fracionamento é realizado de maneira que a embalagem informava o princípio ativo, lote, validade e concentração do medicamento, e estava acompanhado de bula?

DIMENSÃO 4 – ORIENTAÇÃO NO FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO

Foram empregados dois indicadores, o de *Orientação para o processo de uso* e *Orientação para o resultado de uso*, pois este serviço deve garantir orientação ao usuário provendo informações sobre o uso correto, seguro e eficaz dos medicamentos prescritos na perspectiva de promover o alcance dos resultados esperados e prevenir certos resultados negativos relacionados aos medicamentos.

Indicador 6 – Orientação para o Processo de Uso.

Algumas informações não podem ser omitidas nesta etapa do processo: quanto, quando e como tomá-los e a duração do tratamento. O desconhecimento de tais informações pode levar ao insucesso da terapia. No início do tratamento é importante priorizar estes aspectos de processo. Quando o usuário já está em tratamento é necessário verificar como o usuário está utilizando os medicamentos prescritos e se utiliza outros recursos terapêuticos. Observou-se se houve orientação sobre o modo de usar (quanto, quando, como e por quanto tempo) e se houve orientação sobre acesso aos medicamentos indisponíveis e sobre tratamento não-farmacológico.

Medida 6 – A orientação para o processo de uso foi realizado?

6.1 Sobre acesso aos medicamentos indisponíveis? Um evento percebido

6.2 Sobre o modo de usar (quanto, quando, como e por quanto tempo)?

Buscou saber conhecimento do usuário acerca do modo de uso?

6.3 Sobre tratamento não-farmacológico. Procurou saber se utiliza outro recurso terapêutico além do medicamento?

Indicador 7 – Orientação para os Resultados do Uso.

A orientação ao usuário também deve verificar se o usuário conhece o objetivo do tratamento, pois ciente do efeito terapêutico a ser obtido, o usuário poderá avaliar a efetividade, bem como, a segurança do mesmo por meio da identificação de sinais e sintomas que apontem a necessidade de retorno a seu prescritor ou dispensador. Quando o usuário já está em tratamento, a orientação deve reforçar os aspectos que otimizem a efetividade e segurança da farmacoterapia. Assim, observou-se se orientações sobre a finalidade, segurança e efetividade do tratamento foram dadas.

Medida 7 - A orientação para os resultados de uso foi realizado?

7.1 Sobre finalidade do tratamento? Buscou saber o conhecimento do usuário acerca da finalidade?

7.2 Sobre segurança do tratamento? Buscou saber se teve algum problema com algum medicamento?

7.3 Sobre efetividade do tratamento? Buscou conhecer se usuário percebeu melhora com o tratamento?

DIMENSÃO 5 – REGISTROS DOS DADOS E INFORMAÇÕES GERADAS

Contou com o indicador *Registro da saída/fornecimento dos medicamentos* e *Registro do atendimento prestado ao usuário* para verificar se o serviço procurou abastecer o sistema de registro para controle de estoque e acompanhamento do usuário.

Indicador 8 – Registro da Saída/Fornecimento de Medicamentos

Durante a dispensação de medicamentos faz-se necessário realizar registro da saída/fornecimento dos medicamentos com vistas a atender as necessidades técnico-administrativas do controle de estoque, subsidiando a manutenção dos níveis necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema. Observou-se se houve registro da saída de todos os medicamentos no sistema de controle de estoque.

Medida 8 – O registro da Saída/Fornecimento de Medicamentos foi realizado?

8.1 Houve registro da saída de todos os medicamentos no sistema de controle de estoque?

Indicador 9 – Registro do Atendimento Prestado ao Usuário

Além do registro da saída/fornecimento dos medicamentos é essencial realizar o registro do atendimento prestado ao usuário com vistas a fornecer informações para o cuidado do usuário. Assim, devem-se registrar os medicamentos e quantidade fornecida na receita do usuário, e as inconformidades e intervenções realizadas no seu prontuário. O registro daquilo que foi fornecido pela farmácia na receita que fica em posse do usuário auxilia na redução da reutilização da mesma receita e como fonte de informação para outros serviços de saúde que necessitem conhecer história terapêutica e o acesso ao tratamento prescrito. As intervenções incluem principalmente aquelas que levaram a alterações na prescrição médica (mudança de dose, troca por genéricos) ou realizadas a partir de queixas dos usuários relacionadas à inefetividade da terapia ou surgimento de reações adversas. Tais registros são essenciais tanto para o acompanhamento do farmacêutico quanto para o trabalho da equipe de saúde como um todo. Recomenda-se o registro das ações que possam requerer confirmação no futuro e que possibilite estabelecer um processo de acompanhamento do efeito do tratamento prescrito. Observou-se se

houve registro de alguma inconformidade encontrada ou intervenção no prontuário do usuário e se houve registro do fornecimento dos medicamentos na prescrição – via do usuário.

Medida 9 - O registro do atendimento foi realizado?

9.1 Houve registro de alguma inconformidade encontrada ou intervenção no prontuário do usuário? Um evento percebido

9.2 Houve registro do fornecimento dos medicamentos na prescrição – via do usuário?

APÊNDICE C

Listagem de bibliografias encontradas que se propuseram a avaliar a assistência farmacêutica e/ou a dispensação.

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
COSEN-DEY, MAE 2000	Programa Farmácia Básica MS/FIOCRUZ/ENSP - Tese de doutorado do Curso de Doutorado em Saúde Pública. Financiamento: Ministério da Saúde	Analisar a implantação do Programa Farmácia Básica (PFB) em 5 estados brasileiros (Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro).	Estudo de caso multicêntrico (5 estados do Brasil). Fez-se o pareamento do modelo teórico-lógico, comparação de uma configuração prévia, com uma configuração real observada. Os níveis de análise estudados do PFB foram: o grau de implantação do programa, o grau de adequação da gestão nacional e a percepção dos atores envolvidos. O processo de validação foi realizado em três etapas. Iniciou pela validade de construção, em seguida procedeu-se à validação do conteúdo e por fim, a validação de critério. Os dados foram coletados através de: análise documental, observação direta, entrevista estruturada com os usuários e atores envolvidos com o PFB no nível local e entrevista semi-estruturada com os gestores nacionais e regionais do programa.	Fez julgamento de valor. Modelo de classificação do programa em “Aceitável”, “Insatisfatório” e “Crítico”.

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
<p>NASCIMENTO Jr, JM. 2000</p>	<p>Assistência farmacêutica</p> <p>UFSC - Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Apoio financeiro e logístico: PMF/SMSDS</p>	<p>Avaliar a Assistência Farmacêutica (AF) prestada pela Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social – SMSDS do município de Florianópolis/SC.</p>	<p>Buscou avaliar a efetividade da AF descrevendo a organização do serviço de farmácia, caracterizando os indicadores de prescrição e de dispensação construídos com base nos indicadores da OMS (1993), e avaliando o nível de cumprimento dos dispositivos relativos ao gestor municipal a Política Nacional de Medicamentos. Analisou 3.726 receitas em dez centros de saúde previamente escolhidos, e analisou dados primários e secundários disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.</p>	<p>Fez julgamento de valor sem apresentar um modelo de classificação pré-estabelecido.</p>
<p>OLIVEIRA, MA; ESHER, AFSC; SANTOS, EM; COSENDEY, MAE; LUIZA, VL; BERMUDEZ, JAZ. 2002</p>	<p>Assistência Farmacêutica</p> <p>MS/FIOCRUZ.</p> <p>Apoio logístico: PMRJ/SMS/ Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST e AIDS)</p> <p>Apoio financeiro: FIOCRUZ e FAPERJ</p>	<p>Avaliar o acesso à Assistência Farmacêutica (AF) prestada às pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro</p>	<p>Análise de implantação: Fase I – Pesquisa documental e bibliográfica para a construção do modelo de avaliação.</p> <p>Fase II – Estudo de caso no município do Rio de Janeiro. Coleta de dados: questionário estruturado, formulário para a contagem física de medicamentos em estoque, lista de verificação para orientar a observação de aspectos importantes para a dispensação, formulário para a transcrição das receitas ambulatoriais. Foi utilizado um banco de dados para realizar o cálculo dos indicadores e do grau de implantação do objeto em estudo.</p>	<p>Fez julgamento de valor. Modelo de classificação do programa em “Aceitável”, “Insatisfatório” e “Crítico”.</p>

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
<p>SANTOS, V; NITRINI, SMOO. 2004</p>	<p>Uso de medicamentos e assistência ao paciente</p> <p>USP – Artigo baseado na tese de doutorado apresentado à Faculdade de Saúde Pública em 1999. Financiamento: FAPESP.</p>	<p>Descrever a prática terapêutica de médicos alopatas e avaliar os indicadores de assistência ao paciente.</p>	<p>O estudo foi realizado em Ribeirão Preto, SP, utilizando como base metodológica os indicadores de uso de medicamentos da OMS. Nos de prescrição, trabalhou-se com 10 unidades de saúde e 6.692 receitas de clínicos e pediatras. Nos indicadores de assistência ao paciente a amostra foi composta por 30 pacientes em cada unidade, sendo o número de unidades variável para cada indicador. Foi utilizado o teste de comparação de proporções.</p>	<p>Fez julgamento de valor de alguns indicadores considerando os parâmetros da OMS, não apresentou um julgamento final sobre a assistência ao paciente.</p>
<p>NAVES, JOS; SILVER, LD. 2005</p>	<p>Assistência farmacêutica</p> <p>UNB – Artigo baseado na dissertação de mestrado.</p>	<p>Avaliar aspectos da assistência farmacêutica (AF) na atenção primária.</p>	<p>Estudo transversal utilizando indicadores propostos pela OMS e outros criados pelo autor, para verificar a eficiência das ações da AF como os níveis de compreensão dos pacientes e o acesso aos medicamentos pela população. Amostra aleatória de 15 centros de saúde dos 62 do Distrito Federal, em 2001. A análise estatística foi realizada.</p>	<p>Diagnóstico.</p>

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
MARIN, N (Org.). 2005	Políticas Farmacêuticas OPAS e Ministério da Saúde	Nível I – objetivou acompanhar e avaliar a implementação das políticas farmacêuticas no país. Nível II – objetivou avaliar os resultados das políticas farmacêuticas no país.	Dois estudos diferentes: Nível I - Utiliza questionário da OMS sendo respondido pelas autoridades sanitárias nacionais. Nível II – Inquérito (visitas de observação, consulta de documentos administrativos e clínicos, e entrevistas) serviços públicos de saúde, unidades públicas de dispensação de medicamentos e estabelecimentos do comércio varejista; e pesquisa domiciliar de acesso e utilização de medicamentos. Foi realizado em 2 municípios de cada uma das 5 estados estudados. Estudo descritivo que usa método de avaliação rápida conforme proposto pela OMS.	Diag nóstico
BLATT, CR. 2005	Assistência farmacêutica no Programa de Medicamentos Excepcionais UFSC - Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Apoio financeiro: MS, FUNCITEC e SES.	Avaliar os procedimentos da AF do Programa de Medicamentos Excepcionais SC e avaliar os Centros de Custo responsáveis pela dispensação destes medicamentos no ano de 2002 a 2004.	Avaliação do tipo normativa, com ênfase no local de dispensação dos medicamentos. O estudo foi dividido em três partes: 1) estudo descritivo de acompanhamento do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina; 2) aplicação de um questionário aos Centros de Custos, coletando-se dados sobre a estrutura e organização do serviço nos locais de dispensação; 3) estudo de caso nos Centros de Custo.	Diag nóstico.

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
OLIVEIRA, MA; LUIZA, VL; ESHER, A; SANTOS, EM; AVELAR, FG; EMMERICK, ICM; CAMPOS, MR; AZEREDO, TB. 2006	Dispensação de medicamentos FIOCRUZ e Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas. Financiamento: Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde.	Avaliar a qualidade da dispensação de medicamentos antiretrovirais e medicamentos para infecções oportunistas no Brasil verificando se está promovendo o uso racional dos medicamentos e atendendo a satisfação dos usuários.	Inquérito com abordagem transversal. 1) avaliação da estrutura (8 indicadores) e a processos (21 indicadores); 2) avaliação de resultados, considerando-se a satisfação dos usuários com dispensação e a adesão ao tratamento. O modelo lógico de avaliação teve como referência Cosendey (2000), Oliveira <i>et al.</i> (2002), Cosendey <i>et al.</i> (2003) e Luiza (2003). A abordagem da satisfação dos usuários teve como base os estudos de Ware <i>et al.</i> (1983), MacKeigan & Larson (1989) e Bernhart <i>et al.</i> (1999). Para coleta dos dados utilizou-se entrevista telefônica assistida por computador junto aos gerentes estaduais, aos gerentes municipais e nas unidades de saúde abrangidos pelo estudo; entrevistas com os profissionais e com os usuários; observação do almoxarifado, da dispensação e do local no qual a dispensação era realizada.	Diagnóstico.

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
TORETI, IR. 2006	Assistência farmacêutica no Programa de Medicamentos Excepcionais UFSC – Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Farmácia	Descrever e avaliar as atividades de Assistência Farmacêutica realizadas no Programa de Medicamentos Excepcionais (PME) no Centro de Custo localizado no Município de Içara – SC.	A pesquisa foi dividida em três etapas: caracterização do Centro de Custo de Içara e considerações gerais sobre o PME; descrição das atividades de AF realizadas; e avaliação de tais atividades através de alguns indicadores de estrutura e processo adaptados de Cosendey (2000). Realizou-se um estudo de caso observacional, utilizando como principal técnica de coleta de dados a observação participante.	Fez julgamento de valor dos indicadores considerando parâmetros pré-estabelecidos, entretanto não apresentou um julgamento final sobre a assistência farmacêutica.
BERNARDI, CLB; BIEBERBACH, EW; THOMÉ, HI. 2006	Assistência Farmacêutica Básica UNIJUI	Avaliar a assistência farmacêutica básica nos vinte municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.	Estudo observacional transversal. Os indicadores foram construídos a partir do manual de Indicadores de Avaliação da AF Básica, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul em 2002, esse manual se baseia no modelo apresentado pela Organização Mundial da Saúde em 1999. Os indicadores foram divididos em: indicadores de estrutura (4), processo (1) e resultado (7). As entrevistas para coletar os dados foram feitas de julho a dezembro de 2003. Esse instrumento de avaliação foi aplicado em cada uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Posto Central dos municípios. As pessoas entrevistadas foram as que respondiam pela Farmácia, quando estava em funcionamento.	Diagnóstico.

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
<p>AR RAIS, PSD; BARRETO, ML; COE LHO, HLL. 2007</p>	<p>Prescrição e Dispensação de medicamentos</p> <p>UFCE e UFBA – Artigo baseado na tese de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.</p> <p>Estudo integra o projeto de pesquisa intitulado “Epidemiologia do Consumo de Medicamentos e Reações Adversas no Município de Fortaleza”.</p> <p>Apoio: Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa, Farmácia Escola da UFCE e CNPq.</p>	<p>Avaliar aspectos do comportamento do médico, do farmacêutico e do paciente, respectivamente, durante a conduta prescritiva, no ato da dispensação e, no caso do paciente, em ambas as situações, nos setores público e privado.</p>	<p>Estudo transversal de base populacional. Foram 957 entrevistas no domicílio. As informações coletadas dizem respeito a sexo, idade, renda familiar mensal, história de doenças crônicas referidas pelo indivíduo, posse de plano privado de saúde, consulta médica nos últimos três meses, internação hospitalar nos últimos 12 meses e as práticas do médico no ato da prescrição de medicamentos, por ocasião da última visita do entrevistado ao médico, assim como as práticas de trabalho dos profissionais que dispensam medicamentos (farmacêuticos, balconistas ou outros), de acordo com a última compra (ou recebimento de medicamento) efetuada na farmácia ou drogaria.</p> <p>Incluiu: uma análise descritiva através da distribuição de frequências das variáveis do estudo e estratificação das mesmas pelo tipo de sistema de saúde utilizado, público ou privado, e, no caso da dispensação, por quem atendeu na farmácia (farmacêutico e “outros”). O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar as diferenças de proporções, com nível de significância $p < 0,05$.</p>	<p>Fez julgamento de valor, não apresentou os parâmetros e o modelo de classificação pré-estabelecidos.</p>

Autores	Objeto e Proponentes	Objetivo	Método	Julgamento de valor
<p>VIEIRA, MRS; LORANDI, PA; BOUSQUAT, A. 2008</p>	<p>AF Básica para gestantes UNISAN TOS - Projeto “Caracterização da Mortalidade Neonatal e Perinatal na Região Metropolitana da Baixada Santista”. Financiamento: MS_DECIT/CNPq</p>	<p>Avaliar a assistência farmacêutica prestada à gestante, em seus aspectos referentes à seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação oferecidos na rede básica de saúde no município de Praia Grande para contribuir na redução da mortalidade infantil e materna.</p>	<p>Elaborado um “padrão ouro” para a análise da qualidade da AF baseado na literatura. Foram realizadas análises de dados secundários, análise documental, entrevistas com atores-chave e observação com auxílio de roteiro nas unidades básicas e de saúde da família e na Central de Abastecimento Farmacêutico.</p>	<p>Fez uma análise da situação para cada elemento constitutivo da AF considerando o parâmetro pré-estabelecido, sem chegar a um julgamento de valor final.</p>
<p>MAURO, CS; PERINI, E. 2009</p>	<p>Assistência Farmacêutica UFBA e UFMG</p>	<p>Avaliar a assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais.</p>	<p>Estudo transversal que utilizou indicadores da AF descritos na literatura para organização, financiamento, seleção, aquisição, programação, distribuição, disponibilidade e armazenamento de medicamentos. Coleta em 18 municípios de BH através de questionários aplicados em centrais de abastecimento e unidades de saúde, entrevista dos responsáveis pela AF dos municípios e de bases de dados administrativos.</p>	<p>Diagnóstico</p>

APÊNDICE D

Formulário para coleta dos dados.

Identificação da unidade de Saúde: _____

Data: _____ Período: _____

PARTE 1 – OBSERVAÇÃO DA DISPENSACÃO

ACOLHIMENTO

1. UMA ABORDAGEM ACOLHEDORA FOI ADOTADA?

1.1 Cumprimentou/Saudou usuário?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

1.2 Buscou identificar o usuário?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

1.3 Colocou-se a disposição?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO

2. ANÁLISOU PRESCRIÇÃO?

2.1 Identificou **inconformidade legal**? Um evento percebido

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

REGISTROU?

2.2 Identificou **inconformidade técnica**? Um evento percebido

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

REGISTROU?

3. ANÁLISOU A TERAPIA?

3.1 Identificou **inconformidade terapia**? Um evento percebido

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

REGISTROU?

3.2 Verificou **situação de saúde com uso do medicamento**?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

ORIENTAÇÃO NO FORNECIMENTO DOS MEDICAMENTOS

6. ORIENTAÇÃO DE PROCESSO?

6.1 Orientou sobre **acesso**? Um evento percebido

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

6.2 Orientou sobre o **modo de usar** (quanto, quando, como e por quanto tempo)?
Buscou conhecer modo de uso?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

6.3 **Tratamento não-farmacológico**. Buscou se utiliza outro recurso terapêutico além do medicamento?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

7. ORIENTAÇÃO RESULTADO DO TRATAMENTO?

7.1 Orientou sobre o **finalidade do tratamento**? Buscou conhecimento do usuário sobre a finalidade?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

7.2 Orientou sobre **segurança** do tratamento? Buscou saber se teve algum problema com algum medicamento?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

7.3 Orientou sobre **efetividade** do tratamento? Buscou conhecimento do usuário sobre a efetividade?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

SEPARAÇÃO E PREPARAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

4 Conferência dos ASPECTOS QUANTI E QUALI?

4.1 Identificou alguma **inconformidade** de validade ou quantidade do medicamento antes de entregar o medicamento? Um evento percebido

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

Se NÃO - como cuidam para não dispensar medicamento vencido?

5. Adequação às TÉCNICAS DE PREPARAÇÃO

5.1 O **fracionamento** foi realizado segundo os critérios? Presença de bula e embalagem com princípio ativo, lote, validade e concentração do medicamento?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

REGISTRO DE DADOS E INFORMAÇÕES GERADAS

8 Registro da SAÍDA dos medicamentos

8.1 Houve registro da saída dos medicamentos no sistema?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

9 Registro do ATENDIMENTO prestado

9.1 Houve registro de alguma intervenção no **prontuário do usuário**? Um evento percebido

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

9.2 Houve registro **na prescrição** – via do usuário?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S										
N										

PARTE 2 – ENTREVISTA

A – Número médio de atendimentos diário na farmácia:

B – Tipo de farmácia: ()Local () Regional

C – Cargo do dispensador: ()enfermeiro ()farmacêutico ()técnico de enfermagem ()auxiliar de enfermagem ()outro_____

D – Quem responde pela dispensação de medicamentos?

()enfermeiro ()técnico de enfermagem ()auxiliar de enfermagem

()coordenador da unidade de saúde ()auxiliar administrativo ()médico

()outro_____

F – Fixação do profissional na farmácia:

Quantos funcionários permanecem na dispensação ao mesmo tempo?

Há rodízio entre os funcionários que trabalham na dispensação?

()Não () Sim. Se sim, qual a periodicidade? _____

O funcionário do período matutino é o mesmo do vespertino?

()Não () Sim

APÊNDICE E

Planilha dos dados coletados e respectivos resultados (continua).

	A	B	C	D	E	F
ABORDAGEM AO USUÁRIO	1 = Bom	1 = Bom	1 = Bom	1 = Bom	1 = Bom	1 = Bom
Abordagem acolhedora?	sim = 1	sim = 1	sim = 1	sim = 1	sim = 1	sim = 1
1.1 Saudação	não (30%)	sim (70%)	sim (85%)	sim (85%)	sim (60%)	sim (80%)
1.2 Identificação usuário	sim (100%)	sim (65%)	sim (100%)	sim (90%)	sim (65%)	sim (90%)
1.3 Respostas	sim (85%)	não (15%)	sim (50%)	sim (65%)	não (35%)	sim (60%)
VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	2 = Bom	1 = Reg	2 = Bom	2 = Bom	2 = Bom	2 = Bom
Faz Análise da Prescrição?	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1
2.1 Inconformidade legal	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2.2 Inconformidade técnica	não	não	não	não	não	sim
Faz Análise Terapia?	Sim = 1	Não = 0	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1
3.1 Inconformidade na terapia	sim	não	sim	sim	sim	sim
3.2 Estado de saúde do usuário	não (15%)	não (5%)	não (20%)	não (10%)	não (10%)	não (10%)
SEPARAÇÃO E PREPARAÇÃO	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim
Faz Análise Quanti e Validade?	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0
4.1 Conferência do medicamento	não	não	não	não	não	não
Prepara Medicamento?	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0
5.1 Preparação do medicamento	não	não	não	não	não	não
ORIENTAÇÃO	2 = Bom	1 = Reg	2 = Bom	1 = Reg	0 = Ruim	1 = Reg
Orienta Processo de Uso?	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Não = 0	Sim = 1
6.1 Acesso ao medicamento	sim	sim	sim	sim	sim	sim
6.2 Modo de uso	sim (100%)	sim (50%)	sim (90%)	sim (55%)	não (25%)	sim (70%)
6.3 Tratamento não medicamentoso	não (10%)	não (0%)	não (0%)	não (0%)	não (5%)	não (5%)
Orienta Resultado Terapia?	Sim = 1	Não = 0	Sim = 1	Não = 0	Não = 0	Não = 0
7.1 Finalidade	sim (60%)	não (25%)	não (30%)	não (30%)	não (10%)	não (45%)
7.2 Segurança	não (5%)	não (0%)	não (25%)	não (0%)	não (15%)	não (15%)
7.3 Efetividade	não (35%)	não (0%)	sim (50%)	não (5%)	não (0%)	não (20%)
REGISTRO DADOS/INFORMAÇÕES	2 = Bom	1 = Reg	1 = Reg	1 = Reg	1 = Reg	1 = Reg
Registra Saída Medicamentos?	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1
8.1 Registro do medicamento	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)
Registro do Atendimento?	Sim = 1	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0
9.1 Registro no prontuário ou outro	sim	não	não	não	não	não
9.2 Registro na receita	sim (95%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)
Eficácia da Dispensação	Bom	Reg	Bom	Reg	Ruim	Reg

Planilha dos dados coletados e respectivos resultados (continuação).

	G	H	I	J	K
ABORDAGEM AO USUÁRIO	0 = Ruim	0 = Ruim	1 = Bom	1 = Bom	0 = Ruim
Abordagem acolhedora?	não = 0	não = 0	sim = 1	sim = 1	não = 0
1.1 Saudação	não (40%)	não (20%)	sim (80%)	sim (100%)	não (35%)
1.2 Identificação usuário	sim (85%)	não (35%)	sim (90%)	sim (100%)	sim (65%)
1.3 Respostas	não (30%)	não (0%)	sim (50%)	sim (60%)	não (20%)
VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	2 = Bom	2 = Bom	2 = Bom	2 = Bom	2 = Bom
Faz Análise da Prescrição?	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1
2.1 Inconformidade legal	sim	sim	sim	sim	sim
2.2 Inconformidade técnica	sim	sim	não	não	sim
Faz Análise Terapia?	Sim = 1	Não = 0	Sim = 1	Não = 0	Sim = 1
3.1 Inconformidade na terapia	sim	não	sim	não	sim
3.2 Estado de saúde do usuário	não (0%)	não (5%)	não (40%)	não (10%)	não (25%)
SEPARAÇÃO E PREPARAÇÃO	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim
Faz Análise Quanti e Validade?	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0
4.1 Conferência do medicamento	não	não	não	não	não
Prepara Medicamento?	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0
5.1 Preparação do medicamento	não	não	não	não	não
ORIENTAÇÃO	1 = Reg	0 = Ruim	2 = Bom	0 = Ruim	1 = Reg
Orienta Processo de Uso?	Sim = 1	Não = 0	Sim = 1	Não = 0	Sim = 1
6.1 Acesso ao medicamento	sim	sim	sim	sim	sim
6.2 Modo de uso	sim (65%)	não (30%)	sim (75%)	não (30%)	sim (55%)
6.3 Tratamento não medicamentoso	não (0%)	não (0%)	não (10%)	não (0%)	não (0%)
Orienta Resultado Terapia?	Não = 0	Não = 0	Sim = 1	Não = 0	Não = 0
7.1 Finalidade	não (20%)	não (10%)	sim (60%)	não (10%)	não (20%)
7.2 Segurança	não (0%)	não (0%)	não (15%)	não (0%)	não (0%)
7.3 Efetividade	não (0%)	não (0%)	não (15%)	não (0%)	não (0%)
REGISTRO DADOS/INFORMAÇÕES	1 = Reg	1 = Reg	1 = Reg	1 = Reg	2 = Bom
Registra Saída Medicamentos?	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1
8.1 Registro do medicamento	sim (100%)	sim (100%)	sim (90%)	sim (100%)	sim (100%)
Registro do Atendimento?	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Sim = 1
9.1 Registro no prontuário ou outro	não	não	não	não	sim
9.2 Registro na receita	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)	sim (100%)
Eficiência da Dispensação	Reg	Ruim	Bom	Ruim	Reg

Planilha dos dados coletados e respectivos resultados (concluído).

	L	M	N	O
ABORDAGEM AO USUÁRIO	1 = Bom	0 = Ruim	0 = Ruim	1 = Bom
Abordagem acolhedora?	sim = 1	não = 0	não = 0	sim = 1
1.1 Saudação	sim (100%)	não (34%)	não (15%)	sim (100%)
1.2 Identificação usuário	sim (90%)	não (34%)	não (40%)	sim (80%)
1.3 Respostas	não (35%)	não (6,5%)	não (35%)	sim (85%)
VALIDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	2 = Bom	1 = Reg	1 = Reg	2 = Bom
Faz Análise da Prescrição?	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1
2.1 Inconformidade legal	sim	sim	sim	sim
2.2 Inconformidade técnica	sim	não	sim	sim
Faz Análise Terapia?	Sim = 1	Não = 0	Não = 0	Sim = 1
3.1 Inconformidade na terapia	sim	não	não	sim
3.2 Estado de saúde do usuário	não (25%)	não (0%)	não (0%)	sim (65%)
SEPARAÇÃO E PREPARAÇÃO	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim	0 = Ruim
Faz Análise Quanti e Validade?	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0
4.1 Conferência do medicamento	não	não	não	não
Prepara Medicamento?	Não = 0	Não = 0	Não = 0	Não = 0
5.1 Preparação do medicamento	não	não	não	não
ORIENTAÇÃO	2 = Bom	Ruim = 0	Ruim = 0	2 = Bom
Orienta Processo de Uso?	Sim = 1	Não = 0	Não = 0	sim = 1
6.1 Acesso ao medicamento	sim	sim	sim	sim
6.2 Modo de uso	sim (80%)	não (12,5%)	não (5%)	sim (80%)
6.3 Tratamento não medicamentoso	não (5%)	não (0%)	não (0%)	não (5%)
Orienta Resultado Terapia?	Sim = 1	Não = 0	Não = 0	Sim = 1
7.1 Finalidade	sim (60%)	não (29%)	não (5%)	não (15%)
7.2 Segurança	não (10%)	não (0%)	não (0%)	sim (80%)
7.3 Efetividade	não (10%)	não (0%)	não (0%)	não (40%)
REGISTRO DADOS/INFORMAÇÕES	2 = Bom	1 = Reg	1 = Reg	2 = Bom
Registra Saída Medicamentos?	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1	Sim = 1
8.1 Registro do medicamento	sim (100%)	sim (90%)	sim (100%)	sim (100%)
Registro do Atendimento?	Sim = 1	Não = 0	Não = 0	Sim = 1
9.1 Registro no prontuário ou outro	sim	não	não	sim
9.2 Registro na receita	sim (100%)	sim (90%)	sim (100%)	sim (100%)
Eficácia da Dispensação	Bom	Ruim	Ruim	Bom

APÊNDICE F



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO S/Nº, TRINDADE – CEP 88040-900 - 48-3721 9847

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos da rede municipal de atenção básica à saúde de Florianópolis (SC)

Eu, _____ confirmo que a pesquisadora Vanessa de Bona Sartor discutiu comigo este estudo. Eu compreendi que:

A pesquisa realizada é pré-requisito para pesquisadora obter o título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo do estudo é avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos na atenção básica/SUS com o propósito de identificar elementos da realidade dos serviços de saúde que contribuam com a sua melhoria.

A coleta de dados se dará através da observação direta da dispensação e da realização de uma entrevista acerca da dispensação.

Minha participação nesta pesquisa consiste em permitir que pesquisadora observe o serviço de dispensação realizado na farmácia e em responder algumas perguntas.

Estou ciente de que a minha conduta e minhas respostas fornecidas não serão objeto de avaliação direta, apenas subsidiará a compreensão da eficácia do serviço na rede pública de Florianópolis.

Eu posso escolher participar ou não deste estudo, e posso desistir de participar em qualquer momento. Minha decisão em participar não trará benefícios pessoais além da informação que receberei por parte da pesquisadora. Também estou ciente de que, participando ou não, a pesquisa não implicará em prejuízos pessoais.

Todos os dados contidos em minha entrevista são sigilosos, somente serão utilizados para esta pesquisa. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar minha identificação.

Receberei uma cópia deste documento onde consta o telefone e o endereço institucional além do *e-mail* da pesquisadora e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, possibilitando-me tirar dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

Assim, eu concordei em participar da pesquisa possibilitando a observação da dispensação pela pesquisadora e respondendo algumas perguntas.

Assinatura: _____

RG: _____ Data: ____/____/____.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC: (48) 3721 9206

E-mail da pesquisadora: avaliacaodispensacao@gmail.com

ANEXO

ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Vanessa de Bona Sartor^{1*} Sergio Fernando Torres de Freitas¹

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

(*)Autora para correspondência: va0607@gmail.com

RESUMO

Apresentar o modelo de avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede atenção básica do SUS.

Pesquisa metodológica. O critério adotado foi de eficácia para construção dos indicadores. A coleta de dados ocorreu em quinze unidades de saúde. Foram elaborados parâmetros e modelo de classificação para análise. As características contextuais dos serviços foram levantadas.

Na dimensão Acolhimento, 33,3% das unidades apresentaram-se ruins; na Validação da prescrição, 66,6% tiveram bom desempenho; Orientação obteve um desempenho distribuído entre as três categorias: um terço dos serviços como bom, regular e ruim. No Registro apenas 26,6% apresentaram bom desempenho. Os serviços bons respondem por 24% dos atendimentos realizados pelas unidades estudadas, os serviços considerados regulares (40%) e ruins (36%) responsáveis por 76% dos atendimentos diários.

A eficácia da dispensação na amostra está regular. A Orientação é o *nó* crítico dos serviços. A qualificação dos serviços se faz necessária para promover acesso qualificado aos medicamentos na atenção básica.

Palavras chaves: Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Boas Práticas de Dispensação.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que os problemas de saúde são os principais objetos de intervenção dos serviços de saúde pública. Neste âmbito, os medicamentos assumem um papel importante, constituindo-se no principal instrumento terapêutico utilizado no processo saúde-doença na sociedade atual.

No cenário das políticas públicas de saúde, tem-se positivamente a consolidação conceitual da assistência farmacêutica, enquanto, um grupo de atividades relacionadas ao medicamento destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade assumindo a garantia do acesso aos medicamentos essenciais e do uso racional dos mesmos como eixos norteadores para sua implementação, e o entendimento, pela Política Nacional de Atenção Básica¹, que a dispensação de medicamentos pactuados integra o elenco de itens necessários à realização das ações de atenção básica.

Entretanto, a realidade da assistência farmacêutica no contexto dos serviços de saúde ainda é bastante frágil. O acesso aos medicamentos essenciais ainda é deficiente no Brasil². Apenas 45% dos usuários que receberam prescrição médica através do SUS tiveram acesso a 100% dos medicamentos prescritos³. Cerca de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente, ilustrando que o emprego indevido destes é um problema de saúde pública⁴. Para reforçar este entendimento, segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos são os principais causadores de intoxicação desde 1996, respondendo atualmente por 31% das intoxicações e 20% dos casos de morte. O uso terapêutico do medicamento, o erro de administração, o uso indevido e a prescrição inadequada foram responsáveis por 14% das intoxicações por medicamentos registradas, ficando atrás apenas das tentativas de suicídio (43%)⁵.

Afirma-se que a qualidade do uso de medicamentos está diretamente relacionada à qualidade dos serviços⁶ e que o investimento na qualidade da prescrição e dispensação destes produtos pode minimizar esses riscos associados à terapêutica medicamentosa e maximizar o alcance de resultados eficientes trazendo benefício ao usuário⁷. Infelizmente para muitos gestores promover acesso e uso racional de medicamentos, significa centrar esforços apenas na aquisição e distribuição⁸, sem compreenderem que fora do contexto de serviços de qualidade, os mesmos tornam-se elementos de risco para a saúde e ônus

para o sistema, seja pelas iatrogenias provocadas, seja pelas perdas decorrentes de uma gestão inadequada.

Diante da problemática da utilização dos medicamentos cabe um questionamento acerca da qualidade dos nossos serviços de saúde, em especial a dispensação de medicamentos, que, se executado adequadamente permite que o medicamento, de boa qualidade, seja entregue sob orientação para o uso correto ao usuário certo, na dose prescrita, na quantidade adequada embalado de forma a preservar a qualidade do produto^{9,10}. Pode ser uma das oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde ao considerar todo o processo de assistência ao usuário, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa⁹.

Portanto, ao considerar que: o medicamento é um insumo essencial no alívio, cura e controle de processos mórbidos; o uso de medicamentos se dá no âmbito do cuidado à saúde sujeito à lógica do modo de produção social capitalista; no Brasil a saúde é um direito constitucional que deve ser garantido pelo Estado e que seus serviços de saúde devem se organizar conforme os princípios e diretrizes do SUS; consiste a indagação desse estudo: Como os serviços de dispensação de medicamentos do SUS, mais especificamente os da atenção básica, disponibilizam estes produtos à população.

Assim, o presente artigo se propõe apresentar a avaliação do serviço de dispensação de medicamentos da rede municipal de atenção básica à saúde de Florianópolis/SC com vistas a promover tomadas de decisões que contribuam com a qualificação deste serviço.

METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido consiste em uma pesquisa metodológica por ter construído caminhos e procedimentos para avaliar uma determinada situação. Utilizou uma abordagem quantitativa, para avaliação propriamente dita, pela caracterização e tradução do objeto em medidas que possam ser quantificadas e classificadas.

O critério adotado foi de eficácia, segundo concepção de Cohen e Franco¹¹ em que avaliar a eficácia significa avaliar o grau em que se alcançam os objetivos e metas do serviço na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados.

Construção do Modelo teórico-lógico

O modelo foi construído com base no seguinte entendimento de dispensação de medicamentos: serviço de saúde que visa orientar o usuário do medicamento para o uso correto, para adesão ao tratamento e prevenção de agravos, ao mesmo tempo em que visa entregar o medicamento de boa qualidade, na dose e na quantidade necessárias para o tratamento prescrito, embalando-os de forma a preservar a qualidade do produto. A relação entre farmacêutico e usuário ainda deve permitir a identificação e a resolução de certos problemas relacionados aos medicamentos e certos resultados negativos da farmacoterapia em andamento. Para tal, requer ações técnicas, como as de separação e preparação dos medicamentos solicitados e de procedimentos administrativos necessários ao registro e controle de estoque, e ações que exigem um conhecimento clínico, seja na verificação da integralidade da prescrição, seja na orientação prestada^{10, 12, 13, 14, 15, 16}.

O serviço está representado na figura que segue retratando a forma como o avaliador vê o objeto que está sendo por ele avaliado.

Figura 1 – Quadro referencial para avaliação da eficácia da dispensação de medicamentos.



Tendo o quadro referencial partiu-se para definição da matriz avaliativa. Primeiramente os objetivos da dispensação de medicamentos foram sistematizados com base no referencial teórico adotado para que os indicadores construídos fossem coerentes com o propósito de avaliar a eficácia do serviço. Em seguida foram construídos os indicadores e medidas, conforme descritos nos quadro 1.

Para a construção de cada parâmetro foi utilizado o método proposto por Tobar¹⁷ conhecido como “Tipo Ideal”, ferramenta para realizar comparações entre um modelo imaginário pré-estabelecido, cujo requisito básico é ser coerente com a realidade, e a realidade encontrada.

Para buscar a validade interna, o modelo avaliativo foi construído considerando diversas publicações^{10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19} e considerando as discussões realizadas com *experts* - pesquisadores, professores, doutorandos, mestrands e farmacêuticos - que possuem atuação e produção científica na área de avaliação em saúde, dispensação e/ou assistência farmacêutica.

Dimensões	Objetivos	Indicadores e Medidas	Parâmetros
Acolhimento do usuário	Apreender as necessidades do usuário	<u>Abordagem ao usuário</u> Uma abordagem acolhedora foi adotada? a) houve cumprimento/saudação? b) buscou identificar o usuário do medicamento? c) colocou-se a disposição?	Sim = Se realizou a identificação do usuário em 50% ou mais dos atendimentos e se saudou o usuário ou se colocou-se a disposição em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se realizou a identificação do usuário em menos de 50% dos atendimentos.
Validação da prescrição	Analisar a adequação da prescrição ao usuário	<u>Análise da prescrição</u> A análise da prescrição foi realizada? a) identificou inconformidade legal? b) identificou inconformidade técnica?	Sim = Se identificou inconformidade em alguma prescrição dentre os atendimentos realizados (um evento percebido). Não = Se não identificou inconformidade alguma nas prescrições (nenhum evento percebido).
		<u>Análise da terapia</u> A análise da terapia foi realizada? a) identificou inconformidade na terapia? b) verificou situação de saúde com uso do medicamento?	Sim = Se procurou conhecer o estado de saúde do usuário em 50% ou mais dos atendimentos ou se identificou inconformidade em alguma das terapias dentre os atendimentos realizados (um evento percebido). Não = Se procurou conhecer o estado de saúde do usuário em menos de 50% dos atendimentos e se não identificou inconformidade alguma nas terapias.

Quadro 1 – Matriz avaliativa: dimensões e seus objetivos, indicadores, medidas e parâmetros para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos (continua).

Dimensões	Objetivos	Indicadores e Medidas	Parâmetros
Separação e preparação dos medicamentos	Fornecer medicamento de qualidade na quantidade necessária ao tratamento	<u>Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento</u> A conferência da quantidade e validade foi realizada? a) identificou inconformidade de quantidade ou de validade? houve conferência de tais aspectos?	Sim = Se identificou alguma inconformidade quali ou quanti no medicamento a ser fornecido ou se demonstrou que fez conferência (um evento percebido). Não = Se não identificou alguma inconformidade quali ou quanti no medicamento a ser fornecido e se não demonstrou que fez conferência.
		<u>Adequação às técnicas de preparação</u> O preparo do medicamento foi realizado? a) o medicamento estava acompanhado de bula e embalado informando o princípio ativo, lote, validade e concentração do medicamento (critérios)?	Sim = Se atende os critérios em 50% ou mais dos atendimentos realizados. Não = Se atende os critérios do fracionamento em menos de 50% dos atendimentos realizados.
Orientação no fornecimento do medicamento	Fornecer as informações necessárias ao usuário ou responsável	<u>Orientação para o processo de uso dos medicamentos</u> A orientação para o processo de uso foi realizada? a) orientou acesso ao medicamento? b) orientou modo de uso? c) orientou tratamento não-farmacológico?	Sim = Se procurou informar modo de uso em 50% ou mais dos atendimentos e informar sobre acesso (um evento percebido) ou sobre tratamento não medicamentoso em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se procurou informar modo de uso em menos de 50% dos atendimentos.
		<u>Orientação para os resultados de uso dos medicamentos</u> A orientação para os resultados de uso foi realizada? a) orientou finalidade do medicamento? b) orientou segurança? c) orientou efetividade?	Sim = Se procurou informar sobre finalidade ou efetividade ou segurança em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se procurou informar sobre finalidade e efetividade e segurança em menos de 50% dos atendimentos.

Quadro 1 – Matriz avaliativa: dimensões, objetivos, indicadores, medidas e parâmetros para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos (continuação)

Dimensões	Objetivos	Indicadores e Medidas	Parâmetros
Registro dos dados e informações geradas	Abastecer o sistema de controle estoque e de acompanhamento do usuário	<u>Registro da saída/fornecimento dos medicamentos</u> O registro da saída/fornecimento dos medicamentos foi realizado? a) registrou saída de todos os medicamentos?	Sim = Se registrou saída/fornecimento no sistema de controle de estoque em 50% ou mais dos atendimentos. Não = Se registrou saída/fornecimento no sistema de controle de estoque em menos de 50% dos atendimentos.
		<u>Registro do atendimento prestado ao usuário</u> O registro do atendimento prestado ao usuário foi realizado? a) registrou intervenção ou inconformidade? b) registrou medicamentos entregues na prescrição (via do usuário)?	Sim = Se registrou fornecimento na prescrição em 50% ou mais dos atendimentos e registrou inconformidade encontrada (um evento percebido). Não = Se registrou fornecimento na prescrição em menos de 50% dos atendimentos ou se não registrou nenhuma inconformidade encontrada.

Quadro 1 – Matriz avaliativa: dimensões, objetivos, indicadores, medidas e parâmetros para avaliar a eficácia da dispensação de medicamentos (conclusão)

Amostragem, coleta e análise dos dados

A coleta dos dados ocorreu através da técnica de observação estruturada. Utilizou-se formulário próprio, testado em duas unidades/farmácias da rede municipal de saúde. A amostragem foi definida como intencional através dos critérios: regionalização, tipo de farmácia e número médio diário de pessoas atendidas na farmácia. Foram selecionadas 15 unidades de saúde no total, sendo três em cada um dos cinco distritos sanitários existentes no município, uma cuja farmácia é referência regional para dispensação de medicamentos sujeitos ao controle especial pela Portaria MS nº 344/98 e duas cujas farmácias não possuem tais medicamentos, configurando-se em unidades/farmácias locais. Destas, uma com menor e outra com maior número de atendimento médio diário. Em cada unidade selecionada a coleta ocorreu nos dois turnos, matutino e vespertino, através da observação de dez atendimentos por período, totalizando uma amostra de 288 atendimentos.

Os dados foram sistematizados em planilha do Microsoft Office Excel (versão 2007) e analisados segundo os parâmetros pré-estabelecidos. Diante dos resultados encontrados, elaborou-se um modelo de classificação (quadro 2) no qual o somatório dos pontos e a análise combinatória dos resultados permitem chegar a um julgamento acerca da eficácia do serviço de dispensação de medicamentos nos dois níveis de análise: na unidade de saúde/farmácia e no município.

Para complementar o resultado, houve a caracterização dos serviços considerando as variáveis contextuais: número médio de atendimentos diários; cobertura populacional; cargo dos trabalhadores e do responsável pelo serviço; fixação dos trabalhadores na farmácia, e tempo médio de dispensação.

A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), conforme estabelece a Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde de 1996. Contou com autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

A principal limitação do estudo foi o efeito *Hawthorne* - fenômeno estudado por pesquisadores na Western Pacific Corporation, em Hawthorne, segundo o qual os sujeitos sob observação podem agir de maneira particular²⁰.

Quadro 2 – Modelo de classificação da eficácia da dispensação de medicamentos.

Dimensões	Indicadores	Resultados	Classificação das dimensões	Classificação do serviço	Classificação do município
Acolhimento do usuário	<u>Abordagem ao usuário</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	1 ponto = Bom 0 ponto = Ruim	BOM > Bom Ø Regular nas dimensões “Validação da prescrição” e “Orientação no fornecimento do medicamento” Ø Ruim	BOM > bom; máximo 20% ruim REGULAR > regular e bom; máximo 40% ruim RUIM > 40% ruim
Validação da prescrição	<u>Análise da prescrição</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim		
	<u>Análise da terapia</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim		
Separação e preparação do medicamento	<u>Conferência dos aspectos quantitativos e qualitativos do medicamento</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim	REGULAR > Bom ou Regular Máx 2 Ruins Ø Ruim nas dimensões “Validação da prescrição” e “Orientação no fornecimento do medicamento”	
	<u>Adequação às técnicas de preparação</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim		
Orientação no fornecimento do medicamento	<u>Orientação para o processo de uso dos medicamentos</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim	RUIM > Ruim ou Ruim nas dimensões “Validação da prescrição” e “Orientação no fornecimento do medicamento”	
	<u>Orientação para os resultados de uso dos medicamentos</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim		
Registro dos dados e informações geradas	<u>Registro da saída/fornecimento dos medicamentos</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim		
	<u>Registro do atendimento prestado ao usuário</u>	Sim (1ponto) Não (0ponto)	2 pontos = Bom 1 ponto = Regular 0 ponto = Ruim		

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 52 unidades de saúde que prestam serviço de dispensação de medicamentos no âmbito da atenção básica, foram estudadas 15 (29%) que juntas respondem por aproximadamente 38% dos atendimentos realizados diariamente por este serviço em todo município. Nestas, a eficácia do serviço de dispensação de medicamentos foi classificada como regular, pois apresentou uma maioria de unidades de saúde com serviço de dispensação bom ou regular não atingindo o limite máximo de 40% dos seus serviços classificados como ruins, conforme pode ser verificado no quadro abaixo.

Quadro 3- Classificação das unidades de saúde segundo grau de eficácia do serviço de dispensação de medicamentos.

Grau de eficácia do serviço de dispensação	Nº de unidades classificadas (%)	
Bom	5 (33,3%)	10 (66,6%)
Regular	5 (33,3%)	
Ruim	5 (33,3%)	5 (33,3%)

Apesar de um terço dos serviços serem considerados bons, ao analisar a cobertura desses serviços na população atendida diariamente pelas unidades estudadas, este resultado não é animador, pois estes serviços respondem apenas por 24% dos atendimentos, ficando os serviços considerados regulares (40%) e ruins (36%) responsáveis por 76% dos atendimentos diários.

Apenas dois trabalhos que emitiram um julgamento de valor sobre dispensação foram encontrados. Um considerou a dispensação de medicamentos do Programa de Medicamentos Excepcionais de Içara/SC abaixo do padrão preconizado¹⁸, e outro sugere que o atendimento nas farmácias e drogarias, do setor público e privado, de Fortaleza/CE deixou muito a desejar, pois não existe, na maioria das vezes, preocupação em solicitar informações importantes para prevenção de possíveis agravos à saúde, por reações adversas e interações medicamentosas, e nem em orientar e informar sobre o tratamento, precauções e guarda do medicamento¹⁹.

O pior resultado ocorreu no indicador *Adequação às técnicas de preparação do medicamento*, pois nenhuma unidade de saúde realizou o fracionamento segundo legislação sanitária vigente. Naves e Silver²¹ também observaram este problema em seu trabalho identificando que a

maioria dos medicamentos foi dispensada sem as embalagens secundárias e bulas. Além disso, os serviços de dispensação não possuem estrutura necessária para sua realização mesmo quando os *blisters* fracionáveis estavam disponíveis.

O indicador *Conferência dos aspectos qualitativos e quantitativos do medicamento* não pode ser mensurado, pois apenas a *conferência dos aspectos quantitativos* foi observada. Conforme relato dos profissionais que participaram da pesquisa, para tornar o serviço de dispensação mais ágil, a *conferência do aspecto qualitativo do medicamento* é realizada em outros procedimentos do serviço de farmácia, tais como no armazenamento dos medicamentos e controle de estoque.

Dessa forma, optou-se por descartar tais indicadores e conseqüentemente desconsiderar a dimensão Separação e Preparação do medicamento na eficácia da dispensação para possibilitar a visualização do comportamento das demais variáveis na classificação final do serviço. Isso não significa que esta dimensão seja menos importante. A rotulagem dos medicamentos dispensados, possibilitando a sua identificação e a compreensão das instruções de uso, além de ser um direito do usuário, acompanhando a orientação verbal, pode ser uma importante intervenção de baixo custo para melhorar a utilização racional de medicamentos no curto e médio prazo²¹. A síntese dos resultados segue na tabela 1.

Sendo assim, os indicadores *Registro do atendimento prestado* e *Orientação para os resultados de uso do medicamento* apresentaram pior desempenho, pois apenas 26,6% dos serviços registraram no prontuário do usuário atendido alguma inconformidade encontrada ou intervenção realizada durante a dispensação e apenas 33,3% orientaram os usuários acerca dos resultados esperados para o uso do medicamento dispensado, considerando os aspectos da finalidade, efetividade ou segurança do tratamento em questão.

Na dimensão Acolhimento do usuário, 33,3% das unidades foram classificadas na categoria ruim, cujo resultado do indicador *Abordagem ao usuário* sugere que tais unidades não procuraram apreender as necessidades do usuário, pois não estabeleceram um diálogo que buscasse identificar o usuário do medicamento, nem saudar o sujeito que estava sendo atendido ou colocar-se a disposição.

Um acolhimento inadequado pode levar a um não reconhecimento da farmácia enquanto espaço de prestação de cuidado em saúde por parte dos usuários. O trabalho de Oliveira e colaboradores¹⁰, que avaliou a dispensação de anti-retrovirais aos portadores de HIV/Aids,

chama atenção para o fato de a farmácia ser pouco procurada em caso de dúvida quanto ao uso dos medicamentos, pois 93% dos entrevistados relataram que recorre ao médico e 5,6% a farmácia, atrás do assistente social (5,7%).

Um aspecto importante do acolhimento é o envolvimento do próprio usuário na prestação deste serviço, pois ele influenciou na eficácia encontrada na medida em que algumas vezes a saudação e identificação do usuário do medicamento partiram do sujeito que estava sendo atendido. Ao não tomar essa iniciativa, o usuário corre o risco de sofrer as conseqüências do mau atendimento ou da má utilização do medicamento¹⁹.

Na Validação da Prescrição houve uma maioria de unidades que apresentaram bom desempenho já que 66,6% dos serviços analisados realizaram os dois tipos de análise: Análise da prescrição e Análise da terapia.

Os 33,3% restantes obtiveram desempenho regular por não terem realizado Análise da terapia, resultado preocupante se considerarmos: a estimativa de 50 ocorrências de reações adversas por 1000 idosos ao ano, das quais, 28% seriam evitáveis²²; o percentual de 14% de prescrições com problemas relacionados aos medicamentos, dos quais mais de um terço puderam ser solucionados sob intervenção direta do farmacêutico²³; e a média de 3,3 falhas relacionadas à prescrição por usuário de medicamentos anti-hipertensivos atendido, sendo a ilegibilidade da prescrição (29%), a ausência de dose (6%), via (34%), intervalo de administração (31%) e prescrição em sub-dose ou interação medicamentosa que diminui efeito do anti-hipertensivo (20%) os problemas encontrados²⁴.

Destaca-se o resultado positivo do indicador Análise da prescrição em 100% dos serviços de dispensação, quando comparado ao estudo realizado por Toreti¹⁸ em que nem sempre a avaliação da integralidade legal e técnica da prescrição foram realizadas. Este bom desempenho em Florianópolis pode estar relacionado tanto à informatização do registro do fornecimento dos medicamentos de maneira que os dados constantes na prescrição são transcritos para o sistema, quanto à compreensão acerca das conseqüências administrativas, judiciais e clínicas dos erros de dispensação.

Tabela 1 – Resultados da avaliação da dispensação segundo dimensão e indicadores.

DIMENSÕES (D) E INDICADORES (I)	UNIDADES DE SAÚDE															RESULTADO		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O			
Acolhimento do usuário (D)																66,6 %	X	33,3 %
Abordagem ao usuário (I)	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	N	S	N	S	S = 66,6%		N = 33,3%	
Validação da prescrição (D)															66,6 %	33,3 %	0%	
Análise da prescrição (I)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S = 100,00 %		N = 0%	
Análise da terapia (I)	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	N	S	S = 66,6%		N = 33,3%	
Separação e preparação (D)															-	-	-	
Conferência dos medicamentos (I)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			-	
Adequação às técnicas de preparação (I)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S = 0%		N = 100,00%	
Orientação (D)															33,3 %	33,3 %	33,3 %	
Orientação p/ processo de uso (I)	S	S	S	S	N	S	S	N	S	N	S	S	N	S	S = 66,6%		N = 33,3%	
Orientação p/ resultado do uso (I)	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	S	N	S	S = 33,3%		N = 66,6%	
Registro dos dados e informações (D)															26,6 %	73,3 %	0%	
Registro da saída do medicamento (I)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S = 100%		N = 0%	
Registro do atendimento (I)	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	S	S = 26,6%		N = 73,3%	
Classificação da eficácia da Dispensação																		
Classificação	Bom			Reg			Ruim											
Resultado dos Indicadores (I)	S = Parâmetro alcançado										N = Parâmetro não alcançado							

A dimensão Orientação no fornecimento do medicamento obteve um desempenho variado entre os serviços analisados: 33,3% apresentaram uma boa orientação por cumprirem na totalidade o seu objetivo de fornecer informações necessárias ao usuário ou responsável, tanto para o processo quanto para o resultado do uso do medicamento; 33,3% apresentaram uma orientação regular por fornecer apenas orientações relacionadas ao processo de uso, e 33,3% dos serviços apresentaram uma orientação ruim por não fornecerem informações necessárias.

Analisando outros estudos, na maioria das vezes, não houve orientação dos usuários ou de seus responsáveis sobre como tomar o medicamento (74,2%), a respeito da possibilidade de surgir reações adversas (92,2%), os cuidados com a interação medicamentosa (85,7%), a importância de cumprir o tratamento (83,5%) e cuidados com o armazenamento (86,3%)¹⁹; apenas 15,9% das pessoas entrevistadas vivendo com HIV e Aids, se perceberam orientados nas farmácias¹⁰; as informações com relação à utilização do(s) medicamento(s) são repassadas apenas em alguns casos, quando o usuário apresenta alguma dúvida ou quando fica evidente que este está utilizando de maneira inadequada¹⁸.

Este achado se agrava diante de algumas publicações que identificaram a baixa compreensão dos usuários sobre os medicamentos prescritos: após consultas ambulatoriais em hospital universitário do Rio Grande do Sul, apenas 34% tinham um bom conhecimento sobre o medicamento adquirido²⁵; menos da metade (46,6%) dos usuários de serviços de atenção básica em saúde do município de Londrina (PR) relataram possuir a informação necessária para usar corretamente os medicamentos²⁶; apenas 18,7% dos usuários dos serviços de atenção primária em saúde de Brasília (DF) compreendiam integralmente a prescrição, mesmo entre aqueles com escolaridade de nível superior o conhecimento foi bastante baixo (38,5%)²¹.

No Registro dos dados e informações geradas, não houve serviço ruim, pois todos minimamente realizaram o *Registro da saída de medicamentos* no sistema de controle de estoque. Neste aspecto, o município aparentemente está bem ao analisarmos que Oliveira e colaboradores¹⁰ identificaram uma variação entre o estoque físico e o registrado, na maioria das unidades, variação de até 25%, chegando a 80% em duas unidades de saúde ao avaliar a dispensação de medicamentos às pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil.

Apenas 26,6% apresentaram resultado bom por realizarem Registro do atendimento prestado: inconformidades encontradas e de intervenções realizadas. O resultado encontrado mostra uma fragilidade do serviço. Oliveira e colaboradores¹⁰ observaram que apenas 3 unidades dispensadores de antiretrovirais, das 29 estudadas, houve profissional que declarou fazer notificação de eventos adversos relacionados a medicamentos, mas nenhuma havia feito qualquer notificação nos últimos três meses.

Para finalizar, optou-se em sistematizar as características estudadas segundo o grau de eficácia dos serviços.

O grupo de serviços de dispensação classificados como bons apresentam as seguintes características:

- Apenas duas unidades (C e I) deixaram de apresentar bom em todas as dimensões. Obtiveram classificação regular na dimensão Registro dos dados e informações geradas devido ao não registro de inconformidades encontradas e de intervenções realizadas durante a dispensação;
- Formado por 4 unidades de dispensação distrital e uma local;
- Todas possuem um responsável pelo serviço sendo delegado ao farmacêutico nas unidades de dispensação distrital (C, I, L e O) e ao enfermeiro na local (A);
- O número máximo de pessoas atendidas pelo serviço de dispensação por hora na farmácia foi igual a 8 pessoas considerando que na farmácia local este número foi de 2 pessoas por hora;
- Juntas atendem 24% da população total atendida diariamente por este serviço na amostra estudada;
- O tempo médio de dispensação foi de 3 minutos e 30 segundos por pessoa.

O grupo de serviços de dispensação classificados como regulares apresentam as seguintes características:

- Duas unidades (G e K) apresentaram ruim na dimensão acolhimento;
- Formado por 1 unidade de referência distrital (F) e 4 locais (B, D, G e K);
- A maioria (B, G e K) não possui um responsável pelo serviço, das que possuem, uma esta responsabilidade é exercida pelo farmacêutico (F) e outra pelo técnico de enfermagem (D);

- A maioria (B, F e K) realiza de 10 a 13 atendimentos de dispensação por hora. As unidades D e G atendem 6 e 3 pessoas por hora;
- O tempo médio de dispensação foi de 2 minutos e 09 segundos;
- Juntas atendem 40% da população total atendida diariamente por este serviço nas unidades estudadas;
- A única unidade de referência distrital (F) que não se classificou como bom, possui o maior número de atendimentos por hora (12) dentre as distritais.

O grupo de serviços de dispensação classificados como ruins apresentam as seguintes características:

- Todas as unidades (E, H, J, M e N) apresentaram ruim na dimensão Orientação no fornecimento do medicamento;
- A maioria (H, M e N) também apresentou ruim no Acolhimento;
- Formado por 5 unidades locais;
- Uma unidade (H) possui o maior número de pessoas atendidas por hora (13) dentre as 15 estudadas e duas unidades (J e M) possuem a menor demanda (1 atendimento/hora);
- Juntas respondem por 36% da população total atendida diariamente por este serviço na amostra estudada;
- A maioria (E, H e N) não possui responsável pelo serviço, das que possuem, uma a responsabilidade é exercida pelo enfermeiro (J) e outra pelo técnico de enfermagem (M);
- O tempo médio de dispensação foi de 1 minuto e 20 segundos.

Considera-se oportuna a escolha do critério eficácia por permitir focar a análise no processo de trabalho deixando alguns aspectos estruturais para a contextualização do achado e de resultados para futuras avaliações de efetividade e relevância do serviço. O exposto por Marin e colaboradores⁹ ao tratar dos princípios da qualidade total referiu-se que a principal fonte de falhas de qualidade é os problemas de processo sendo mais eficiente identificar tais falhas do que “caçar e punir os culpados”. Além disso, a autora apresentou a seguinte citação de Vuori⁹: “*o fundamento da abordagem do processo é simples – se todos fazem aquilo que, à luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é provável que o resultado seja melhor do que se o processo não for seguido*”.

Houve dificuldade em mensurar os indicadores Conferência dos aspectos qualitativos e quantitativos do medicamento e Análise da prescrição, pois tais indicadores apenas são passíveis de captação por

observação se houver manifestação verbal do dispensador. No caso da Análise da prescrição este estudo conseguiu coletar os dados, pois houve em todas as unidades casos de inconformidade legal ou técnica nas prescrições, em sua maioria relacionada ao prazo de validade da receita normatizado pelo município, levando o trabalhador expor tal problemática ao sujeito em atendimento.

Quanto á limitação inerente à técnica escolhida para coleta de dados, a observação estruturada, procurou-se minimizar o efeito *Hawthorne* sobre o dispensador, reforçando o propósito da pesquisa - destacar elementos da realidade dos serviços com vistas a contribuir na promoção de mudanças e adequações necessárias para melhoria dos mesmos. Quanto ao efeito sobre os usuários, buscou-se agir como um assistente do dispensador que buscava conhecer a dinâmica do serviço.

Uma limitação importante do percurso metodológico foi não ter conseguido viabilizar o envolvimento dos trabalhadores que atuam nas farmácias das unidades estudadas na elaboração e discussão do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa. Espera-se minimizar esta falha apresentando este trabalho nos espaços institucionais existentes.

Entende-se que houve viabilidade de aplicação do método escolhido nas diferentes unidades de saúde do município apresentando uma boa receptividade por parte dos trabalhadores e uma perda de amostragem em duas unidades cujo fluxo de atendimento na farmácia foi inferior aos 10 atendimentos por período. Tal problema por ser resolvido aumentando o tempo de observação nestas situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dispensação de medicamentos, apesar de ser uma prática farmacêutica pouco analisada cientificamente no Brasil, está à disposição da população há anos como principal fonte de acesso aos medicamentos prescritos.

Segundo esta avaliação, a dispensação de medicamentos na amostra estudada, em Florianópolis/SC, está regular tendendo ao ruim pela cobertura populacional que estes assumem. Possui como principal *nó* crítico para a insuficiente eficácia encontrada, o componente Orientação no fornecimento do medicamento, seguido pelo Acolhimento. Destaca-se também o problema da Separação e Preparação do medicamento.

Os resultados, além disso, sugerem que serviços com certas características tendem a ter sua eficácia aumentada: estar sob responsabilidade do farmacêutico; ser executado por trabalhadores que não precisem se dividir entre várias outras funções; possuir certo fluxo de atendimento diário que permita a execução do serviço em tempo suficiente para todos os componentes da dispensação, do acolhimento inicial à orientação final.

Tanto este estudo quanto aqueles encontrados no levantamento bibliográfico, apontam uma situação muito preocupante em que os serviços de dispensação de medicamentos em nosso país se encontram, estando coerentes com os dados e informações em saúde pública que tratam do emprego e uso inadequado dos medicamentos em nossa sociedade.

Destaca-se uma importante contradição determinante para esta situação, por um lado a importância que os medicamentos ocupam no tratamento dos problemas de saúde. Por outro, temos o mesmo produto entre as principais mercadorias mais lucrativas em nossa sociedade cujo modo de produção da saúde é condicionado pelo modelo de organização social capitalista. Assim, cabem reflexões acerca dos reais beneficiários desta situação.

Espera-se que este estudo contribua com a mudança tão necessária desta problemática para que verdadeiramente possamos dizer que o acesso e o uso racional dos medicamentos estão sendo promovidos pelas políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília. 2006.
2. MARIN N, IVAMA AM, BARBANO DBA, SANTOS MRC, LUIZA VL; Ministério da Saúde (BRASIL); OPAS/OMS. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde OPAS/OMS, 2005. 260 p.
3. VIACAVAL F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. RADIS - Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 2010 ago, 96:12-19.
4. Departamento de Atenção Básica (BRASIL). Diretrizes do Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF) – versão preliminar. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27) Brasília:Ministério da Saúde, 2009.
5. Ministério da Saúde (BRASIL), Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas Tabela 6. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância; Tabela 11. Óbitos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008 Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home.
6. ARAUJO ALA, PEREIRA LRL, UETA JM, FREITAS. O perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do sistema único de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2008, 13(suplementar): p. 611-7.
7. PEPE VLE, CASTRO CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cad Saúde Pública. 2000 Jul-Set,16(3): 815-822.
8. Ministério da Saúde (BRASIL), Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
9. MARIN N, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, MACHADO-DOS-SANTOS S; OPAS/OMS. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 336p.
10. OLIVEIRA MA, LUIZA VL, ESHER A, SANTOS EM, AVELAR FG, EMMERICK ICM, CAMPOS MR, AZEREDO TB. Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV e Aids. Relatório Final de Pesquisa, Rio de Janeiro; 2006.63p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36->

1903553A3174%7D/%7BBACB5FD5-4948-4575-A53B-2AC4FCAA1C29%7D/Avalia%E7%E3o%20Dispensa%E7%E3o%20Medic%20PVHA%20-%20Relat%F3rio%20Final%20%2820.12.%2006%29.pdf.

11. COHEN E., FRANCO R. Avaliação de Projetos Sociais. 5ed. Petrópolis:Vozes, 1993.102p.
12. Ministério da Saúde (BRASIL). Política Nacional de Medicamentos. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
13. ANGONESI D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008, 13(supl.):629-640.
14. GALATO D., ALANO GM., TRAUTHMAN SC., VIEIRA AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 2008 jul./set, 44(3):465-75.
15. IGLÉSIAS-FERREIRA P., SANTOS HJ. Manual de dispensação farmacêutica. 2ªed. Lisboa: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, 2009.
16. CORRER CJ. A prática farmacêutica de dispensação de medicamentos. (Material Didático) Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Paraná. Grupo de Pesquisa em Prática Farmacêutica. 2006.
17. TOBAR F., YALOUR MR. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 172p.
18. TORETI IR. Descrição e avaliação das atividades de assistência farmacêutica do programa de medicamentos e no município de Içara - SC no período de 2004 - 2005. Florianópolis, SC, 2006. 191p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia.
19. 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007 abril, 23(4):927-937.
20. GALANTE AC., ARANHA JA., BERALDO L., PELA NTR. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem* [online]. 2003, 11(3):357-363.
21. NAVES JOS., SILVER LD. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. *Revista de Saúde Pública*. 2005, 39(2):223-230.

22. CORRER CJ., PONTAROLO R., FERREIRA LC., BAPTISTÃO SAM. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2007, 43(1):55-62.
23. VIEIRA MRS., LORANDI PA., BOUSQUAT A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008 jun, 24(6):1419-1428.
24. VICTORIO CJM., CASTILHO SR., NUNES PHC. Identificação de potenciais problemas relacionados com medicamentos a partir da análise de prescrições de pacientes hipertensos. *Revista Brasileira de Farmácia*. 2008 jan, 89(3):233-235.
25. SILVA T., SCHENKEL EP., MENGUE SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000, 16(2):449-55.
26. MENOLLI PVS., IVAMA AM., CORDONI L. Caracterización de los servicios farmacêuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009, 25(3):254-59