

Fernanda de Castro Aquino

**O Acesso aos Medicamentos na Atenção Primária à Saúde em
Belo Horizonte**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em
Promoção da Saúde e Prevenção da Violência
Belo Horizonte – MG

2015

Fernanda de Castro Aquino

**O Acesso aos Medicamentos na Atenção Primária à Saúde em
Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Medicina Preventiva e Social

Orientador: Profa. Dra. Soraya Almeida Belisário

Co-Orientadora: Profa. Dra. Alzira Jorge

Belo Horizonte – MG

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor

Humberto José Alves

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Luiz Armando Cunha de Marco

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora

Elza Machado de Melo

Subcoordenadora

Cristiane de Freitas Cunha

Colegiado

Membros titulares

Elza Machado de Melo

Andréa Maria Silveira

Antônio Alves Leite Radicchi

Eliane Dias Gontijo

Efigênia Ferreira e Ferreira

Soraya Almeida Belisário

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Membros suplentes

Stela Máris Aguiar Lemos

Eugênia Ribeiro Valadares

Izabel Christina Friche Passos

Marcelo Grossi Araújo

À minha linda filha Sofia, pela compreensão e sabedoria.

Obrigada por me escolher mãe e renovar

minhas energias dia após dia.

Com todo amor, Mamãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre mostrar o caminho, pela oportunidade de aprendizado e por permitir concretizar mais esta etapa.

Ao meu companheiro de todos os momentos, meu grande amor, Lucas, por me fazer acreditar no quanto sou capaz e por caminhar ao meu lado na realização dos meus sonhos.

À professora e orientadora Soraya, pelo apoio, paciência, sorrisos, ensinamentos e por entender a rotina de estudo, trabalho e maternidade.

Aos meus familiares, meu pai e meu irmão, que sempre foram essenciais na formação do meu caráter, e em especial à minha mãe, que nunca teve dúvidas ao me incentivar a voar cada vez mais alto, olhando sempre em frente.

À Professora Dra. Elza Machado Melo, pela oportunidade e simplicidade. A forma como trabalha e transmite seus conhecimentos é emocionante e contagiante.

Às minhas queridas amigas de trabalho no NASF, com quem sempre dividi alegrias e angústias. Por esses dois últimos anos, agradeço a compreensão e o verdadeiro trabalho em equipe.

À Aparecida Campos, pela colaboração e empenho para que este estudo se concretizasse.

À minha amiga Dorianana, que é fonte de inspiração e alegria. Sua motivação e ajuda foram fundamentais para tornar esta caminhada mais leve.

A toda equipe do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz, onde a troca de saberes foi intensa e pude aprender ainda mais.

Aos demais professores, em especial à Alzira Jorge, pelo carisma e por dividir o conhecimento durante toda esta jornada.

Por fim, a todos os participantes desta pesquisa, que propiciaram a realização deste estudo.

“Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele. Esta é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado.”

Paulo Freire

RESUMO

Os medicamentos são indispensáveis para manutenção e recuperação do estado de saúde das pessoas, mas o acesso a eles ainda é restrito para uma grande parcela da população mundial. Como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde se apresenta como o local preferencial para a obtenção dos medicamentos essenciais. Esta pesquisa teve como objeto de estudo o acesso aos medicamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Belo Horizonte. Propõe em seus objetivos avaliar a disponibilidade dos medicamentos nos Centros de Saúde (CS); identificar as dificuldades encontradas pelos prescritores em relação à assistência farmacêutica (AF) em Belo Horizonte; identificar as estratégias utilizadas pelo usuário na obtenção dos medicamentos; avaliar a forma de acolhimento ao usuário na farmácia dos CS; identificar as principais causas de não entrega de medicamentos aos usuários dos CS; verificar a existência de orientação ao usuário quanto à utilização e conservação dos medicamentos. Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foram selecionados três CS com diferentes características, da região de Venda Nova em Belo Horizonte. Para a coleta de dados, foram utilizadas diferentes técnicas que se complementam: observação da farmácia e entrevistas semiestruturadas com médicos e usuários. Os resultados apontam que, nos três CS pesquisados, a maioria da população usuária tem acesso aos medicamentos, porém, há períodos de desabastecimento com certa frequência, o que dificulta não só a atuação dos médicos, mas também a continuidade do tratamento. Foi observado que a forma de acolhimento ao usuário da farmácia na maioria das vezes é indiferente, prejudicando um atendimento mais humanizado. Raramente foi observada orientação sobre o uso correto ou conservação dos medicamentos. Este estudo sugere que a AF da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte consegue atender às demandas mais prevalentes da população usuária, porém, necessita de alguns ajustes para garantir na integralidade o acesso aos medicamentos. Novos estudos nesta área são importantes para verificar em maior amplitude os resultados apresentados.

Palavras-chave: Acesso, Medicamentos, Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde, Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

The drugs are indispensable for maintaining and restoring people's health, but access to them is still restricted for a large portion of the world population. As a gateway to the Unified Health System (SUS), the Primary Health Care is presented as the best site for obtaining essential drugs. This research had as object of study the access to medicines in Primary Health Care (APS) in the city of Belo Horizonte. Proposes in its aims to evaluate the availability of the medicines in Health Centers (CS); identify the difficulties found by prescribers related to pharmaceutical assistance (AF) in Belo Horizonte; identify the strategies used by the user on obtaining the drugs; evaluate how the user is hosted at the pharmacy of CS; identify the main causes of non-delivered drugs to users of CS; check the existence of a guidance to the user on the use and conservation of medicines. This is an exploratory research, of qualitative approach, on a case study format. It was selected three CS with different characteristics, in Venda Nova region, located in Belo Horizonte. For data collection, different techniques that complement each other were utilized: Pharmacy observation and semi-structured interviews with doctors and users. The results point out that in the three CS researched most of the user population has access to medicines, even though there are periods of shortages with certain frequency, making it difficult not only the doctors' activities, but also the care continuity. It was observed that the pharmacy's hosting system to the user is most often indifferent, damaging a more humanized care. Rarely it was observed guidance on the right use and conservation of medicines. This study suggests that the AF of Belo Horizonte City Hall succeeds on meeting most prevalent demands of the user population, however still requires some adjustments to make the medicines fully accessible. Further studies in this area are important to verify a greater extent of the presented results.

Keywords: Access, Medicines, Pharmaceutical Care, Primary Health Care, Basic Health Unit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AF – Assistência Farmacêutica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEME – Central de Medicamentos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CS – Centro de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

HIV/SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

POP – Procedimento Operacional Padrão

PSF – Programa de Saúde da Família

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
Caracterização do estudo.....	28
Período e local do estudo.....	29
Sujeitos do estudo.....	31
Análise dos dados.....	31
2. OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos Específicos	33
3. ACESSO AOS MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO.....	34
3.2 MÉTODO	36
3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
3.3.1 Disponibilidade dos medicamentos na CS	39
3.3.2 Lista padronizada de medicamentos <i>versus</i> necessidades	44
3.3.3 Dificuldades na Assistência Farmacêutica	46
3.3.4 Funcionamento da Farmácia	47
3.3.5 Estratégias para obtenção dos medicamentos.....	48
3.3.6 Orientações fornecidas na utilização e conservação dos medicamentos.....	51
3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
APÊNDICES	64
APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas com os usuários.....	64
APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas com os médicos	64
APÊNDICE C – Roteiro da observação nas farmácias	65
APÊNDICE D – Observação: síntese esquemática	66

ANEXOS	73
ANEXO A – Cópia da aprovação do COEP da UFMG.....	73
ANEXO B – Cópia da aprovação do COEP da SMSA/BH	74
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	82
ANEXO E – Cópia da ata da defesa da dissertação	85
ANEXO F – Folha de aprovação.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O acesso aos medicamentos essenciais é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos cinco indicadores relacionados à garantia do direito à saúde e se constitui como uma ferramenta importante e necessária para melhorar e manter os níveis de saúde de uma população (BOING *et al.*, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um terço da população mundial não possui acesso aos medicamentos essenciais,¹ e esse número é ainda maior em regiões mais carentes (WHO, 2000).

No documento de Genebra, publicado em 2004, a OMS abordou as perspectivas a respeito do acesso aos medicamentos, e a estratégia traçada consistiu na realização de ações coordenadas com a finalidade de levar os medicamentos a todos aqueles que necessitam, priorizando os locais menos favorecidos. Nesse mesmo documento, foram propostos quatro objetivos a serem discutidos para garantir o acesso: seleção adequada dos medicamentos e uso racional; preços acessíveis; articulação política; financiamento (WHO, 2004).

A respeito do conceito utilizado para o acesso, sabe-se que é complexo de ser determinado, pois pode apresentar variações entre as diferentes definições. Para alguns autores, apenas a disponibilidade do serviço não configura acesso, mas somente quando a utilização do serviço se concretiza. Portanto, o acesso, aqui, pode ser considerado como meio de equilibrar a capacidade de produzir/oferecer serviços e o seu verdadeiro uso (BRASIL, 2005).

Donabedian (1973) propõe o acesso como uma relação entre a oferta de serviços de saúde e as aspirações da população que utiliza o sistema.

¹ Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde básica da maioria da população, tratam as doenças mais prevalentes, sendo selecionados segundo critérios epidemiológicos, de segurança e eficácia. Devem possuir estudos comparativos de custo – efetividade e estar disponíveis para todos os segmentos da população, com preços, apresentações e quantidades adequadas (WHO, 2004).

Considerando isso, é importante reconhecer que a necessidade de determinado recurso para o cuidado em saúde varia de acordo com o observador, ou seja, a visão do profissional de saúde e a do usuário.

A OMS tem utilizado nos últimos anos o conceito de acessibilidade, que remete à ideia de organização e manutenção dos serviços de saúde, não se restringindo apenas à existência ou não deles. Para isso, alguns elementos são essenciais e podem indicar se é acessível ou não determinado componente e se estão sendo corretamente aproveitados. São as seguintes variáveis:

- **Acessibilidade geográfica:** está relacionada com a localização dos serviços de saúde, como a distância em relação ao local de origem, tempo necessário para chegar e meios de transporte utilizados, dentre outros.
- **Acessibilidade cultural:** é a capacidade de adaptação e adequação do processo de trabalho para atendimento aos usuários da região, levando em conta seus costumes e valores, sem que haja prejuízos para a saúde daquela comunidade.
- **Acessibilidade funcional:** intimamente ligada ao atendimento longitudinal, ou seja, a disponibilidade de serviços de forma contínua ao longo dos ciclos de vida, abordando as necessidades da população.
- **Acessibilidade econômica:** relacionada ao custo dos serviços e à capacidade aquisitiva das pessoas, instituindo que, independentemente da forma de pagamento utilizada, os produtos devem estar ao alcance de toda a população (WHO, 2010).

Para Rezende (2013), o acesso não se limita a problemas de origem espacial, mas envolve universos amplos como fatores econômicos, organizacionais, sociais, culturais, psicológicos, dentre outros.

Alguns fatores são de grande relevância devido ao impacto de suas ações na promoção do acesso aos medicamentos. A elaboração de uma prescrição apropriada, associada à dispensação realizada da maneira mais correta possível são bons exemplos. Dados da OMS revelam que, dentre as consultas médicas realizadas, 50% a 70% geram alguma prescrição medicamentosa e que metade

destes medicamentos são prescritos, dispensados ou utilizados incorretamente (WHO, 2010).

Na tentativa de avaliar o funcionamento dos serviços públicos em relação ao uso dos medicamentos, a própria OMS criou, em 1993, o manual *Como Investigar El Uso de Medicamentos en los Servicios de Salud*, nos seguintes âmbitos: a) Prescrição farmacêutica; b) Informações de assistência ao paciente; e c) Disponibilidade de mecanismos que favoreçam o uso racional (WHO, 1993).

O Manual estabelece três categorias de indicadores:

- Indicadores de prescrição: que podem inferir sobre a correta utilização desta ferramenta, entre outras funções;
- Indicadores da assistência ao paciente: avaliam na perspectiva tanto dos trabalhadores quanto dos usuários como ocorre o processo Consulta – Dispensação – Orientação;
- Indicadores sobre o serviço de saúde: importantes para orientar a forma de prescrever racionalmente os medicamentos.

Os Indicadores de prescrição se relacionam ao número médio de medicamentos por consulta, porcentagem de itens prescritos pelo seu nome genérico, porcentagem de atendimentos em que há prescrição de antibiótico, porcentagem de atendimentos em que há prescrição de injetáveis e porcentagem de medicamentos constantes na lista de medicamentos essenciais (WHO, 1993).

Os indicadores de assistência ao paciente avaliam a qualidade do atendimento e os fenômenos envolvidos nas práticas de saúde, no que tange à utilização de insumos farmacêuticos, incluindo o tempo médio de consulta e dispensação; porcentagem de medicamentos realmente dispensados; porcentagem de medicamentos devidamente etiquetados e conhecimento da dose correta por parte dos pacientes (WHO, 1993).

Segundo a OMS, o tempo disponibilizado pelos prescritores e dispensadores a cada usuário é uma medida do nível de qualidade do diagnóstico e tratamento adequados. A relação da quantidade de medicamentos prescrita e realmente entregue é importante para verificar a capacidade do serviço em responder às

demandas de saúde daquela população, no tocante à disponibilidade de medicamentos (WHO, 1993). O conhecimento dos usuários acerca da dose correta pode indicar a eficácia e clareza das informações fornecidas e ainda sugerir o uso correto do medicamento naquele tratamento.

Já os indicadores sobre o serviço de saúde norteiam como deve ser uma prescrição adequada, pois é sabido que alguns fatores podem influenciar nesse processo. São considerados elementos importantes o abastecimento suficiente dos insumos essenciais e o acesso de modo imparcial às informações sobre eles. Para isso, os dois indicadores construídos são a disponibilidade de cópias da lista de medicamentos essenciais e a oferta de medicamentos importantes para o tratamento das doenças mais recorrentes (WHO, 1993). O primeiro nos fornece a ideia de facilitar e nortear uma prescrição, embasada em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além de promover o acesso aos medicamentos essenciais. Já o segundo prevê a elaboração de uma tabela contendo alguns itens que sempre deveriam estar disponíveis à população.

Portanto, o referido manual constitui-se em um instrumento capaz de auxiliar na organização dos serviços públicos de saúde, em especial na assistência farmacêutica local, favorecendo o acesso aos medicamentos. Todos os indicadores propostos são igualmente importantes no processo inteiro e a falta ou inadequação de algum deles pode gerar consequências.

Como se disse, a proposta é levar a todos, de modo mais equitativo possível, o acesso aos bens e serviços públicos necessários para o cuidado em saúde, compreendendo que esse acesso se constitui em um direito inalienável dos homens.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza em um espaço privilegiado para oferecer à população um acompanhamento sistemático, com enfoque multiprofissional e holístico, sendo também o local preferencial para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, inclusive para a obtenção dos medicamentos (STARFIELD, 2002).

Mendes (2002) estabeleceu três funções a serem cumpridas pela APS, que envolvem: a resolução com o objetivo de resolver a maioria dos problemas de

saúde da população; a organização para estabelecer melhor os fluxos e contra fluxos no decorrer dos diversos pontos de atendimento pelos quais os usuários passam; e a responsabilização que se refere ao compromisso pela saúde das pessoas independentemente do nível de atenção à saúde em que elas se localizem.

E ainda, segundo Starfield (2002), a APS deve-se orientar pelos seguintes princípios:

- Primeiro contato: porta de entrada de fácil acesso dos usuários ao sistema;
- Longitudinalidade: relaciona-se ao estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e a comunidade, numa relação de longa duração capaz de acompanhar o crescimento e as mudanças destes indivíduos;
- Integralidade: pauta-se de um entendimento por parte do sistema de saúde em identificar as necessidades da população adstrita e quais recursos utilizar para abordá-las;
- Coordenação: sua essência encontra-se na disponibilidade de informação sobre os usuários e os serviços já prestados em outros pontos da rede. Os prontuários e os sistemas informatizados são exemplos de ferramentas que podem viabilizar a coordenação do cuidado;
- Abordagem familiar: é a ampliação do enfoque, que passa a não se restringir apenas ao indivíduo, mas a seu núcleo familiar e ao contexto social no qual está inserido. Essa abordagem permite trabalhar preventivamente, verificar os problemas de forma ampla e profunda, tratar de modo mais assertivo os agravos comuns e ampliar o vínculo entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e os usuários;
- Enfoque Comunitário: diz respeito à participação dos indivíduos quanto à tomada de decisões no campo saúde e do conhecimento da ESF sobre o território em que atua.

Dessa maneira, compreende-se como a APS possui amplos desafios, tanto estruturais quanto sociais, no que tange ao cuidado e controle do adoecimento. Sabe-se, também, que a saúde de uma população tem causas multifatoriais e

depende não só da oferta de serviços de saúde e disponibilidade de medicamentos (BRASIL, 2011).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua criação pela Constituição Federal Brasileira de 1988, passou por diversas mudanças que geraram não só a ampliação das redes de cuidado e de novas categorias profissionais, mas também a reorganização e repactuação de competências, responsabilidades e mecanismos de financiamento.

Na seção II, art. 196 da Carta Magna, encontra-se a garantia constitucional do direito à saúde, bem como a responsabilidade do governo sobre esse processo:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Como se pode depreender dos artigos seguintes da Constituição, o SUS se constitui num sistema hierarquizado, regionalizado, descentralizado e único para cada esfera de governo (BRASIL, 1988). Dessa maneira, é possível organizá-lo em diferentes níveis de densidade tecnológica, realizar encaminhamentos baseados num fluxo que respeite as limitações de cada setor de atendimento, tratar as diferentes realidades das regiões brasileiras como especificidades e criar mecanismos mais assertivos nas tomadas de decisão.

A década de 1990 foi um período de intensas construções e acontecimentos políticos relevantes que refletiram na conjuntura atual do SUS. A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei no 9.787/99), a implantação e posterior expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) são alguns exemplos que ilustram esse processo (BARCELOS, 2005).

Ao acompanhar as mudanças propostas nos anos 1990, o conceito de atenção básica (AB) passou a ser utilizado para representar o primeiro nível de cuidado à saúde a ser estabelecido. Assim, a estratégia que o SUS adotou para fortalecer a atenção básica foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que se constitui de equipes multiprofissionais denominadas Equipes de Saúde da Família (MINAS GERAIS, 2009).

Para fins de esclarecimento, neste trabalho, o conceito de Atenção Básica será tratado como sinônimo de Atenção Primária à Saúde. Starfield (2002):

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, p.28)

Assim, compreende-se que a APS é o local preferencial para a dispensação dos medicamentos essenciais (WHO, 2004) e, para promover este acesso, é necessário o emprego de políticas, programas e projetos que se identifiquem com essa causa e que ela se torne cada vez mais uma preocupação para todos.

Diante da discussão anterior a respeito do SUS e da APS, sabe-se que o acesso aos medicamentos essenciais tem garantia constitucional prevista no Art. 6º da Lei nº 8.080/90 e se constitui em um direito à saúde, uma vez que, quando prescrito de modo racional, pode melhorar a condição de saúde em que determinada pessoa se encontra e melhorar a sua qualidade de vida (BRASIL, 1988).

O uso adequado ou racional ocorre quando o usuário recebe o medicamento apropriado de acordo com a sua necessidade, na dose e posologia corretas, pelo tempo mínimo possível e ao menor custo para si e para a comunidade (MANAGEMENT, 1997). A OMS observa, porém, que o uso inadequado pode se caracterizar como um importante problema de saúde pública (OPAS/OMS, 2003).

Nesse contexto, observa-se a importância de melhor discutir a Assistência Farmacêutica (AF) que se encontra inserida na APS e pode ser considerada como um determinante para a sua resolubilidade. Por meio da gestão do medicamento e do acompanhamento sistemático do indivíduo ao longo dos ciclos de vida, existe a possibilidade de reduzir a morbidade e mortalidade causada por diversas doenças, de identificar precocemente as patologias, instituindo mais rapidamente o tratamento; de economizar recursos públicos,

evitando perdas e maximizando o uso dos medicamentos padronizados (BRASIL, 2011).

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início com a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971, no governo Médici. Sua proposta era fornecer medicamentos às pessoas que não possuíam condições de adquiri-los. Contudo, a CEME tinha uma atuação centralizadora e vertical. (BRASIL, 1971).

Após as mudanças propostas pela Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8080/90, que previa a formulação da política de medicamentos e a responsabilidade de execução da AF como uma abrangência do SUS, a CEME foi extinta. A partir de então, passou-se a discutir que o acesso aos medicamentos no setor público deveria ocorrer de forma integral e equânime, assim como os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 2011).

Para viabilizar essas premissas, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, com elementos capazes de promover a efetiva melhoria das condições da assistência à saúde da população. Nesse sentido, as diretrizes dessa política (BRASIL, 2001) são:

- A regulamentação sanitária de medicamentos, incluindo a promoção do uso de medicamentos genéricos.
- Reorientação da assistência farmacêutica, baseada na descentralização da gestão, incentivo ao uso correto dos medicamentos, melhoria do sistema de distribuição de insumos;
- Promoção do uso racional de medicamentos, instituindo constante processo educativo dos usuários sobre os riscos da automedicação, da interrupção do tratamento e troca da medicação prescrita;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Estímulo à produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, por meio do cumprimento das normas sanitárias;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) como forma de orientar a padronização da prescrição e abastecimento dos insumos.

Sobre esse último ponto, ressalta-se que, em período anterior à sua adoção no Brasil, a OMS já havia padronizado uma lista de medicamentos essenciais com os objetivos de servir como modelo para os países, promover o acesso aos medicamentos a todas as populações, padronizar o tratamento de acordo com o diagnóstico e corroborar com a utilização segura e racional dos insumos.

O estabelecimento de uma definição para os medicamentos essenciais foi e continua sendo fundamental para promover o acesso com qualidade aos serviços e insumos necessários à manutenção da saúde e garantir a equidade como princípio básico.

Um ponto que merece destaque acerca dos medicamentos essenciais é abordado por Horgezeil (2004), para o qual esses medicamentos não são de categoria inferior, selecionados para a população de baixa renda, mas sim escolhidos levando-se em consideração o custo-efetividade para cada condição específica e buscando refletir necessidades coletivas. Ou seja, a padronização de medicamentos envolve vários aspectos e não pode ser minimizada apenas ao controle financeiro geralmente usado como ferramenta de gestão.

É importante observar que a RENAME não representa a relação de todos os medicamentos financiados ou fornecidos pelo setor público. A mesma contém itens destinados ao componente estratégico da AF e também de outras listas, não se restringindo à Atenção Básica. Ela é, de fato, auxiliar na organização da AF no SUS em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2011).

A despeito dos avanços após a promulgação das diretrizes da PNM, ainda havia muito que melhorar. Tendo isso como objetivo, no ano de 2003, após uma ampla discussão sobre todo o processo que envolvia as políticas públicas, em especial a AF, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução n.338, de 06 de maio de 2004, que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e definiu a AF como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como

insumo essencial e visando o acesso e 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 p.1)

Sendo assim, a PNAF foi criada para reafirmar a PNM e garantir, além do acesso, a qualificação dos serviços existentes, a intervenção farmacêutica e as práticas educativas como mecanismos de racionalizar as ações da AF e propiciar qualidade de vida à população (BRASIL, 2004).

Mesmo com essas normatizações, no Brasil ainda há poucos estudos que forneçam dados populacionais sobre o acesso (PANIZ, 2008). Um relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos estimou que, no ano 2000, setenta milhões de brasileiros não possuíam mecanismos para fazer uso dos medicamentos essenciais (BARCELOS, 2005 *apud* BRASIL, 2000).

Em 2004, foi realizado, sob a coordenação do Ministério da Saúde (MS), OPAS/OMS e NAF/DCB/Ensp/Fiocruz, o “Inquérito Sistemático de Serviços e Pesquisa Domiciliar de Acesso a Medicamentos”, que se consistiu na aplicação da metodologia proposta pela OMS para avaliar a política farmacêutica (BRASIL, 2005).

Os resultados mostraram uma disponibilidade média de 74% para os principais medicamentos nas unidades de saúde e que 65,7% dos insumos prescritos foram dispensados. O tempo médio de desabastecimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi de 84,1 dias por ano, obtido a partir de 8 das 29 UBSs avaliadas (21 não possuíam informações sobre o controle de estoque que permitissem efetuar o cálculo) (BRASIL, 2005). É importante destacar que há vários outros resultados disponíveis que permitem análises mais críticas, porém não serão explicitadas aqui neste momento por não se relacionarem diretamente ao escopo do tema proposto.

Um projeto amplamente conhecido e que buscou facilitar a aquisição dos insumos foi o Programa Farmácia Popular do Brasil, implantado em 2004. Ele, além de instituir uma rede própria de Farmácias Populares, estabeleceu

parcerias com drogarias e farmácias privadas (BRASIL, 2006). No programa, estão incluídos medicamentos para hipertensão, diabetes, dislipidemia, planejamento familiar e outros. Cabe ressaltar que esse programa previa inicialmente beneficiar pessoas que não utilizavam o SUS, ou seja, vinculadas aos planos de saúde. Mas, estudos recentes têm demonstrado que a população dependente do SUS utiliza da mesma forma ou até mais o programa, variando de acordo com as regiões brasileiras (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

Organizada em consonância com as diretrizes do SUS, a rede de serviços de saúde do município de Belo Horizonte tem longa história e passou por várias fases, as quais agregaram conhecimento, amadurecimento e fortalecimento desta rede de atenção e cuidado (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010a).

O modelo escolhido pela gestão municipal privilegia a APS, sendo capaz de propiciar à população um atendimento integral, com criação de vínculo, acompanhamento longitudinal e resolução dos principais problemas de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010b).

Dessa forma, as primeiras ESF do município foram implantadas em 2002 e desenvolvem seu trabalho nos Centros de Saúde espalhados por todo o município. A rede de Belo Horizonte conta atualmente com 147 UBSs e ainda com a Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde, sempre procurando maior integração e continuidade da informação entre elas (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*).

Para melhor organização e administração, o município é dividido em nove regiões administrativas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Cada uma destas regiões é mapeada em áreas de abrangência, onde é possível obter o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) da população adscrita (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*).

O IVS é construído mediante a união de algumas variáveis importantes ou relevantes para caracterizar o risco de adoecer ou morrer, e cujo propósito posterior é a avaliação para alocação mais adequada de recursos públicos e prioridade das ações. Os resultados mostram como há diferenças intraurbanas para o estado de saúde das pessoas: risco baixo (28,0% da população), risco médio (38% da população), risco elevado (27% da população) e risco muito elevado (7,0% da população) (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010b).

A rede municipal conta ainda com 9 Farmácias Distritais, 8 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 5 Centros de Especialidades Médicas (CEM) e ainda 48 polos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e algumas unidades com atendimento de assistência social (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*).

Como parte integrante da política de saúde do município e assumindo grande importância para compor as ações da APS, a AF em Belo Horizonte teve sua implantação na década de 1990, mas vem sendo consolidada e aperfeiçoada até os dias atuais.

As atividades naquela ocasião se caracterizavam como centralizadoras e limitadas aos processos de aquisição e distribuição dos insumos. Havia problemas de desabastecimento e os números mostravam altas perdas com a gestão inadequada do medicamento. Após um diagnóstico realizado no ano de 1992, surgiu um projeto de elaboração da AF para o município (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 1992).

Então, o investimento foi na nomeação de farmacêuticos, na construção de uma farmácia de manipulação municipal, na reforma do almoxarifado central, na elaboração da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), no treinamento dos profissionais que atuam nas farmácias das unidades de saúde, na melhoria do processo de compra de medicamentos e na informatização do sistema.

Após essas alterações, já foi perceptível a oferta de serviços com mais qualidade, maior disponibilidade de insumos, reconhecimento positivo de outros

municípios e estados, com conseqüente aumento da demanda e de gastos com medicamentos (COSTA VAL, 1998).

Em Belo Horizonte, a REMUME abrange itens para o tratamento das condições clínicas mais frequentes em sua população, fundamentando-se em critérios técnico-científicos e levando em consideração a eficácia, segurança e qualidade. O financiamento dos medicamentos para as UBSs ocorre com recursos dos níveis municipal, estadual e federal, conforme pactuado na Portaria nº 2982, de 26 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde (MS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010a).

Ainda em 1998, a REMUME possuía um elenco de 110 fármacos em 170 apresentações. Já em 2013, ela conta com 241 itens em 379 apresentações, o que significa uma ampliação em 120%. Há também reavaliações periódicas da lista com o objetivo de melhoria e adequação contínuas, sendo que Belo Horizonte já realizou aproximadamente seis processos de revisão (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2013).

Em 2002, com a implantação do PSF em Belo Horizonte, a AF sofreu uma reestruturação, a qual foi apresentada na I Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica. As mudanças perpassaram por uma atuação mais presente do profissional farmacêutico com o usuário, sendo corresponsável pela sua saúde, agindo como transformador do processo saúde/doença e favorecendo o acesso aos medicamentos (PREFEITURA MUNICIPAL BELO HORIZONTE, 2006).

Em documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) – Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010-2013, um dos dez pontos prioritários do acordo de realizações na saúde incluiu a AF, com a ampliação de recursos humanos visando à permanência de um farmacêutico nas farmácias de todas as UBSs; a descentralização dos medicamentos da saúde mental também para todas as UBSs; a readequação física dos mobiliários e equipamentos e pactuação de horário único para funcionamento das farmácias da rede (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010a).

Atualmente, a dispensação de medicamentos na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte ocorre da seguinte forma: após a sua aquisição, os medicamentos são

distribuídos das farmácias distritais para as UBSs, conforme cronograma e pactuação de cada distrito sanitário. Por sua vez, as UBSs fornecem os medicamentos aos usuários mediante apresentação de prescrição e utilizam a ferramenta informatizada para melhor controle de todo o processo (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010a).

Uma questão importante nesse processo é a inserção de mais profissionais farmacêuticos em Belo Horizonte, que nos últimos anos trouxe uma nova oportunidade de atuação, tanto na farmácia local, quanto no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em que é possível maior interação multiprofissional, com troca de saberes e contato direto com os usuários do serviço, o que propicia o conhecimento do ambiente, costumes e realidade da população adscrita.

As ações do farmacêutico lotado no NASF possuem características intrínsecas e muito particulares, contemplando tanto a gestão da assistência farmacêutica como as atividades de assistência à saúde. Entre as tarefas que envolvem a gestão estão o apoio ao controle de estoque e programação, a fim de manter a regularidade no suprimento de medicamentos da UBS; realização de treinamentos periódicos; realização da dispensação farmacêutica e interação com o nível distrital para alinhamento de ações. Já nas tarefas que envolvem a assistência aos usuários estão contempladas as visitas domiciliares, atendimentos individuais ou compartilhados em equipe multiprofissional e realização de grupos operativos (BRASIL, 2009).

Portanto, é possível identificar avanços na AF do município ao longo dos anos, levando em conta tanto a gestão do medicamento quanto às práticas que estimulam o acesso e o seu uso correto, propiciando à população mais incrementos necessários à saúde com o acompanhamento contínuo dos processos e adquirindo competências para atender as novas demandas que possam surgir diariamente.

Pelo exposto, acredita-se que essa é uma temática importante e relevante. Assim, com o propósito de conhecer melhor os motivos, efeitos e recorrência de práticas que podem interferir na aquisição dos insumos, este projeto teve como

objetivo principal estudar o acesso aos medicamentos na APS na região de Venda Nova, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Abordagem Metodológica

Este trabalho integra a pesquisa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária, que tem por objetivo principal investigar o perfil da violência e suas formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde, no âmbito da Atenção Básica dos municípios de Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia.

O recorte aqui apresentado objetivou estudar o acesso aos medicamentos na APS (Atenção Primária à Saúde) na região Venda Nova em Belo Horizonte, com os seguintes objetivos específicos: avaliar a disponibilidade dos medicamentos nos Centros de Saúde (CS); identificar as dificuldades encontradas pelos prescritores em relação à assistência farmacêutica (AF) em Belo Horizonte; identificar as estratégias utilizadas pelo usuário na obtenção dos medicamentos; avaliar a forma de acolhimento ao usuário na farmácia dos CS; identificar as principais causas de não entrega de medicamentos aos usuários dos CS; verificar a existência de orientação ao usuário quanto à utilização e conservação dos medicamentos.

Caracterização do estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso.

A opção pela abordagem qualitativa se justifica uma vez que a mesma permite a observação de significados, motivos, aspirações e atitudes (MINAYO, 2009) que não poderiam ser captados em uma pesquisa quantitativa. Portanto, essa abordagem permite melhor entender e interpretar os inúmeros fenômenos individuais e coletivos (MINAYO, 2009).

Para Yin (2005), um estudo de caso é uma investigação empírica que pode incluir tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos. É também considerado uma estratégia de pesquisa abrangente, pois utiliza métodos desde

o planejamento, coleta de dados e abordagens específicas para a análise dos mesmos.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação.

A entrevista tem sido muito utilizada em pesquisas de campo e permite construir informações pertinentes quanto ao propósito da análise, estabelecendo um objetivo claro entre as conversas. Portanto é uma forma ampla de comunicação verbal sem desprezar determinado tema preestabelecido (MINAYO, 2009). As entrevistas tiveram duração média de dez minutos, tendo sido utilizado, em todas elas, um gravador portátil como recurso de áudio. Os roteiros encontram-se no apêndice A e B.

O outro instrumento utilizado, a observação, desempenha um papel importante ao conseguir vincular o acontecimento às suas representações e possibilita captar uma enorme variedade de situações. Portanto, neste contexto, o observador coloca-se face a face com os observados e realiza uma investigação científica (MINAYO, 2009). Os achados da observação foram registrados em diário de campo, e o roteiro usado como referência da pesquisadora encontra-se no apêndice C.

Período e local do estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2014 a março de 2015 em três Centros de Saúde (CS) na Regional Venda Nova no município de Belo Horizonte.

Venda Nova é uma regional localizada ao norte do município de Belo Horizonte, possui população de 262.183 habitantes² e faz limite com as regionais Norte e Pampulha, e também com os municípios de Ribeirão das Neves e Vespasiano. Venda Nova possui 16 Centros de Saúde, 01 Farmácia Distrital, 01

²Segundo o Censo 2010 do IBGE

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm.

Acesso em 20/12/2014.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 01 Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*).

Foram definidos três CS para serem pesquisados e essa definição não só procurou reunir elementos que permitissem discutir a problemática da pesquisa, como também considerou características presentes em cada um deles, as quais poderiam enriquecer o estudo. Associe-se a isso o interesse da pesquisadora em compreender melhor a realidade local sobre o objeto de análise, uma vez que integra o quadro dos trabalhadores de duas destas unidades. Considerando os aspectos éticos relativos ao tipo de pesquisa escolhida neste projeto, os centros de saúde não serão identificados, mas sim nomeados como CS1, CS2 e CS3.

O CS1 está localizado no centro comercial da região de Venda Nova, o que leva ao atendimento de uma população variada devido à grande circulação de pessoas no seu entorno; possui três ESF e uma população cadastrada de 12.340 indivíduos de risco médio e elevado (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010).

O CS2, mais ao norte, situa-se em região limítrofe a dois municípios vizinhos de Belo Horizonte e tem como característica elevada demanda de atendimentos, cinco ESF e população cadastrada de 16.595 usuários, de médio e elevado risco (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010).

O CS3, no centro da Região de Venda Nova, também possui elevado número de atendimentos e uma população praticamente 100% dependente do sistema público de saúde. Possui cinco ESFs e a população cadastrada de 18.619 indivíduos em risco médio e elevado (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010).

Foram observadas as farmácias dos três CS selecionados para o estudo por um período de dez horas cada, divididos em dois dias aleatórios. Foram acompanhados 50 atendimentos no CS1, 51 atendimentos no CS2 e 85 atendimentos no CS3. Os principais aspectos considerados na observação foram a dinâmica e o funcionamento do setor, a forma de acolhimento dos

usuários no atendimento, os medicamentos retirados pelas pessoas, as informações fornecidas sobre o uso/conservação dos medicamentos e os motivos da não entrega de algum item.

É importante ressaltar que o número de registros no diário de campo foi menor do que o número total de pessoas que passaram pelo setor da farmácia nos dias da pesquisa. Tal diferença ocorreu devido aos limites entre a observação, a anotação de todas as questões, e os atendimentos em tempo real.

Sujeitos do estudo

Foram entrevistados os médicos integrantes das equipes de cada CS selecionado, totalizando nove profissionais, sendo três por CS, os quais foram convidados e concordaram em participar da pesquisa. Já os usuários entrevistados somaram 15, sendo cinco em cada CS. Esses usuários frequentavam o local no momento da coleta de dados e foram convidados a participar da entrevista.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008), a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações por meio de procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens (BARDIN,2008).

As falas foram transcritas na íntegra, sem alterações e correções gramaticais. Para a garantia do anonimato, os participantes foram designados por letras, sendo os médicos identificados pela letra M e numerados de 1 a 9 e os usuários pela letra U e numerados de 1 a 15. Em alguns momentos, optou-se por denominar os médicos como prescritores.

Após a transcrição das entrevistas, efetuou-se a leitura das mesmas por repetidas vezes, possibilitando a sua codificação e categorização, sendo então definidas as seguintes categorias de análise: disponibilidade de medicamentos no CS; lista padronizada *versus* necessidades de medicamentos; dificuldades na assistência farmacêutica; funcionamento da farmácia; estratégias para obtenção

dos medicamentos; orientações fornecidas na utilização e conservação dos medicamentos.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer 01140812.1.0000.5149 (ANEXO A) e pelo COEP da SMSA/BH 01140812.1.3001.5140 (ANEXO B).

Todos os participantes foram avisados sobre os objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo quanto às informações relatadas. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

A posteriori, será produzido artigo o qual abordará os resultados provenientes das entrevistas com os profissionais e com os usuários, bem como da observação realizada.

- Artigo: Acesso aos medicamentos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um estudo de caso. Este artigo será submetido a uma revista brasileira.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Estudar o acesso aos medicamentos na Atenção Primária à Saúde na Região de Venda Nova em Belo Horizonte.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a disponibilidade dos medicamentos nos CS da Região de Venda Nova em Belo Horizonte.
- Identificar as dificuldades encontradas pelos prescritores em relação à assistência farmacêutica em Belo Horizonte.
- Identificar as estratégias utilizadas pelo usuário na obtenção dos medicamentos.
- Avaliar a forma de acolhimento ao usuário na farmácia do CS da Região de Venda Nova em Belo Horizonte.
- Identificar as principais causas da não entrega de medicamentos aos usuários.
- Verificar a existência de orientação ao usuário quanto à utilização e conservação dos medicamentos.

3. ACESSO AOS MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO

Resumo

Os medicamentos são indispensáveis para manutenção e recuperação do estado de saúde das pessoas, mas o acesso a eles ainda é restrito para uma grande parcela da população mundial. Como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde se apresenta como o local preferencial para a obtenção dos medicamentos essenciais. Essa pesquisa teve como objeto de estudo o acesso aos medicamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Belo Horizonte. Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foram selecionados três Centros de Saúde (CS) com diferentes características, da região Venda Nova em Belo Horizonte. Para a coleta de dados, foram utilizadas diferentes técnicas que se complementam: observação da farmácia e entrevistas semiestruturadas com médicos e usuários. Este estudo sugere que a AF da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte consegue atender às demandas mais prevalentes da população usuária, porém, necessita de alguns ajustes para garantir a integralidade do acesso aos medicamentos. Novos estudos nessa área são importantes para verificar em maior amplitude os resultados apresentados.

Palavras-chave: Acesso, Medicamentos, Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde, Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Drugs are indispensable for maintaining and restoring the health of the people, but access to them is still restricted for a large portion of the world population. As a gateway to the Unified Health System (SUS), the Primary Health Care is presented as the preferred site for obtaining essential drugs. This research had as object of study access to medicines in primary health care (APS) in the city of Belo Horizonte. It is an exploratory research, qualitative approach of a case study. CS three were selected with different characteristics, Venda Nova area in Belo Horizonte. To collect data, we used different techniques that complement each other: Observation pharmacy and semi-structured interviews with doctors and users. This study suggests that the AF of the Municipality of Belo Horizonte can meet most prevalent demands of the user population, however, requires some adjustments to make in full access to medicines. Further studies in this area are important to verify a greater extent the results presented.

Keywords: Access, Drugs, Pharmaceutical Care, Primary Health Care, Health Centers.

3.1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que para efetivar o direito à saúde enquanto garantia fundamental, são necessárias ações positivas do Estado por meio de políticas públicas que coordenem ações através das diversas esferas governamentais. Após a Constituição de 1988, o Brasil adotou o Sistema Único de Saúde (SUS), que se pauta num sistema hierarquizado, regionalizado, descentralizado e único para cada esfera de governo (BRASIL, 2005). Um dos desafios dessa política é garantir o acesso aos medicamentos essenciais.

O acesso aos medicamentos essenciais é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos cinco indicadores relacionados à garantia do direito à saúde e se constitui como ferramenta importante e necessária para melhorar e manter os níveis de saúde de uma população. Estima-se, porém, que uma em cada três pessoas não possui acesso aos medicamentos de que precisam, e esses valores são maiores entre as populações mais carentes (WHO, 2000).

No Brasil, o local preferencial para o acesso aos medicamentos essenciais é a Atenção Primária à Saúde (APS), por se tratar de espaço privilegiado para oferecer à população um acompanhamento sistemático, integral, com enfoque multiprofissional e holístico (STARFIELD, 2002).

Neste estudo, utilizaram-se os conceitos de acesso a medicamentos adotados por WHO (2010), Guerra Jr. *et al.* (2004) e Rezende (2013). A acepção adotada por esses autores compreende que o acesso extrapola a mera existência dos serviços de saúde, atingindo novos fatores e dimensões da organização e manutenção desses serviços e a maneira como eles interagem com a população beneficiada.

A OMS ainda eleger como elementos essenciais do acesso a localização dos serviços de saúde (acessibilidade geográfica); a capacidade de adaptação e adequação do processo de trabalho diante dos costumes e valores da região (acessibilidade cultural); a disponibilidade dos serviços de forma contínua ao longo dos ciclos de vida (acessibilidade funcional); e a relação entre os custos

dos serviços e a capacidade aquisitiva das pessoas (acessibilidade econômica) (WHO, 2010).

Assim, para viabilizar o acesso aos medicamentos de forma contínua no setor público, uma série de desafios é enfrentada, desde aqueles envolvidos na efetivação dessa política, até pela dimensão de recursos públicos, por fatores internos aos estabelecimentos de saúde e características ligadas ao processo de trabalho ou da própria população atendida.

São esses últimos fatores o enfoque central desta pesquisa. Além dos esforços envolvidos na execução da APS e na oferta de medicamentos por meio desta, existem diversas situações cotidianas na relação entre as farmácias dos Centros de Saúde (CS) e a população que procura por medicamentos que também podem interferir no acesso ao mesmo.

Dessa forma, compreendendo a importância do tema, este artigo objetivou estudar o acesso aos medicamentos na Atenção Primária à Saúde na Região de Venda Nova em Belo Horizonte.

3.2 MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação.

O estudo foi realizado no período de novembro de 2014 a março de 2015 em três CS da regional Venda Nova do município de Belo Horizonte.

Venda Nova localiza-se ao norte do município de Belo Horizonte e possui uma população de 262.183 habitantes (IBGE, 2010). Possui 16 CS e 01 Farmácia Distrital, dentre outros (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*).

A escolha dos CS procurou reunir elementos que permitissem discutir a problemática desta pesquisa e se justifica tanto por elas possuírem características particulares que podem enriquecer o estudo, quanto pelo interesse da pesquisadora em compreender melhor a realidade local sobre o

objeto de análise, uma vez que faz parte do quadro dos trabalhadores de duas dessas unidades. Considerando os aspectos éticos relativos ao tipo de pesquisa escolhida neste projeto, os centros de saúde não serão identificados, mas sim nomeados como CS1, CS2 e CS3.

Numa breve caracterização de cada CS estudado, tem-se que, o CS1 localiza-se no centro comercial da região de Venda Nova, atende uma população variada devido à grande circulação de pessoas no seu entorno. Possui três ESF (Equipe de Saúde da Família) e uma população cadastrada de 12.340 indivíduos (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010). O CS2, mais ao norte da Regional Venda Nova, localiza-se em região limítrofe a dois municípios vizinhos de Belo Horizonte e possui cinco ESF, além de uma população cadastrada de 16.595 usuários. Já o CS3, possui elevado número de atendimentos, e uma população praticamente 100% dependente do sistema público de saúde. Possui cinco ESF e uma população cadastrada é de 18.619 indivíduos (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010).

Para as entrevistas e observação, foram utilizados roteiros como referência da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em áudio para posterior transcrição e as anotações da observação foram registradas em Diário de Campo.

A entrevista tem sido muito utilizada em pesquisas de campo e permite construir informações pertinentes quanto ao propósito da análise, estabelecendo um objetivo claro entre as conversas (MINAYO, 2009). As entrevistas tiveram duração média de dez minutos, e os informantes-chave foram identificados pela letra “M” quando se tratavam dos médicos e pela letra “U” quando se referiam aos usuários. Em alguns momentos, optou-se por denominar os médicos como prescritores.

Foram entrevistados os médicos integrantes das equipes de cada CS selecionado, totalizando nove profissionais, sendo três por CS, os quais foram convidados e concordaram em participar da pesquisa. Já os usuários entrevistados somaram 15, sendo cinco em cada CS. Esses usuários

frequentavam o local no momento da coleta de dados e foram convidados a participar da entrevista.

Optou-se por realizar a observação por compreender que ela desempenha um papel importante ao conseguir vincular o acontecimento às suas representações e possibilita captar uma enorme variedade de situações (MINAYO, 2009).

Sendo assim, a observação ocorreu nas farmácias dos CS pesquisadas com o propósito de verificar a dinâmica e funcionamento do setor, a forma de acolhimento dos usuários no atendimento, os medicamentos retirados pelas pessoas, as informações fornecidas sobre o uso/conservação dos medicamentos e os motivos da não entrega de algum item. Foram acompanhados 50 atendimentos no CS1, 51 atendimentos no CS2 e 85 atendimentos no CS3, totalizando 30 horas, igualmente divididas entre os CS.

Cabe ressaltar que o número de registros no diário de campo foi menor do que o número total de pessoas que passaram pelo setor da farmácia nos dias da pesquisa. Tal diferença é devida aos limites entre a observação, a anotação de todas as questões e os atendimentos em tempo real.

Para a análise dos dados, empregou-se a Análise de Conteúdo, proposta por Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas para análise, interpretação e tratamento das comunicações através de procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens (BARDIN, 2008).

Após a transcrição das entrevistas, efetuou-se a leitura das mesmas por repetidas vezes, possibilitando a sua codificação e categorização, sendo então definidas as seguintes categorias de análise: disponibilidade de medicamentos na CS; lista padronizada *versus* necessidades de medicamentos; dificuldades na assistência farmacêutica; funcionamento da farmácia; estratégias para obtenção dos medicamentos; orientações fornecidas na utilização e conservação dos medicamentos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer 01140812.1.0000.5149 e

pelo COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) 01140812.1.3001.5140.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo garantido o anonimato e o sigilo das informações.

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir foram organizados de acordo com as categorias estabelecidas.

3.3.1 Disponibilidade dos medicamentos na CS

Sabe-se que, para efetivação do acesso à saúde um dos pontos fundamentais é a disponibilidade de medicamentos, dentre outros determinantes. Dessa forma, os medicamentos devem ser encontrados continuamente e em quantidades adequadas, respeitando as necessidades da população (WHO, 1978).

A maioria dos médicos entrevistados avaliou a disponibilidade dos medicamentos nos CS como boa. Informaram que grande parte dos usuários é contemplada, a demanda mais prevalente é atendida e que há quantidade suficiente de medicamentos. “Eu acho que tem muito medicamento” (M6) e “[...] as doenças crônicas acredito que [...] o sistema público cobre bem.” (M9).

Um dos entrevistados reforçou a ideia de que a quantidade atende às expectativas, contudo, questionou a qualidade dos medicamentos disponibilizados.

[...] acho que num geral os medicamentos conseguem suprir o mínimo aí necessário, não sei se com uma qualidade tão boa, mas, acho que em termos de quantidade [...], consegue a maioria das medicações que a gente usa no dia a dia. (M1)

Argumentou, ainda, que os farmacêuticos também questionam a qualidade de alguns dos medicamentos fornecidos pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH).

Apesar dessa avaliação, em geral positiva dos entrevistados, no tocante à disponibilidade dos medicamentos da PBH, todos citaram que é constante o desabastecimento de alguns itens do estoque das farmácias, prejudicando o adequado atendimento às demandas da população. Ressaltaram que esse desabastecimento é variável quanto ao tipo de medicamento, não existindo algum que prevaleça.

São diferentes medicações, mas sempre às vezes está em falta, um ou outro. (M5)

Dentre as faltas mencionadas estavam a fluoxetina, omeprazol, medicamentos infantis, salbutamol e benzilpenicilina, com destaque para os dois últimos. O salbutamol por faltar justamente no inverno, período de sua maior utilização. Já a benzilpenicilina foi amplamente apontada como o maior problema daquele momento, devido à sua importância para o tratamento de determinadas patologias. Foi dito também que o desabastecimento era geral e não apenas municipal.

[...] a gente está com o desabastecimento da benzilpenicilina, mas que está sendo geral [...]. (M8)

No estudo também realizado em um CS da PBH, D'Ávila (2009) observou na farmácia o comentário de uma atendente sobre o desabastecimento do medicamento no mês de junho: “Nessa época do ano, e eles não liberam Salbutamol”.

Os médicos também informaram que, na maioria das vezes, os medicamentos não demoram a ser reabastecidos.

Às vezes falta, mas é temporário, daí chega, então dá para a gente tratar. (M7)

Apenas dois entrevistados consideraram ruim ou restrita a disponibilidade dos medicamentos no CS. Um deles pontuou a falta de injetáveis para uso na sala de observação/urgência, que, para ele, obrigava, mesmo que de forma eventual, ao encaminhamento dos pacientes para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No que se refere aos usuários, a maioria relatou ter suas necessidades atendidas em relação aos medicamentos disponibilizados na farmácia do CS.

Alguns afirmaram que nunca deixaram de conseguir seu medicamento, estavam satisfeitos com o atendimento prestado, e que, mesmo em períodos de desabastecimento, existe a orientação para retornar à farmácia após alguns dias, quando geralmente o medicamento é encontrado.

[...] eu nunca deixei de conseguir [...]. (U2)

Atende. É muito boa. Inclusive os funcionários atendem muito educados.(U13)

Se não tiver eles falam [...] volta que vai chegar. Aí eu volto e realmente já chegou. (U9)

[...] às vezes [...] numa semana não tem, na outra semana chega. (U13)

Contudo, há também quem tenha uma opinião diferente: “Tem vez que a gente vem e não acha e tem vez que acha” (U8), ao relatar o atendimento parcial de suas necessidades.

Outra usuária relatou que houve falta de medicamentos no ano de 2013, mas a mesma foi equacionada em 2014. Informa não receber, no CS, apenas um item de todos que necessita, o Atenolol 25 mg.

Portanto, apesar do desabastecimento ser citado como um fator recorrente, muitas vezes se mostrou momentâneo e rapidamente resolvido, como mostraram os resultados das entrevistas. No entanto, sabe-se também que, um dos propósitos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) é garantir o acesso aos medicamentos para a população, considerando sua continuidade e qualidade (BRASIL, 2004). Dessa forma, o desabastecimento provavelmente acarretou prejuízo no acesso aos itens.

Um dos usuários manifestou insatisfação quanto ao atendimento de suas necessidades pela farmácia do CS, porque só consegue os medicamentos de baixo custo financeiro:

[...] se eu vou num médico particular ou [...] da prefeitura, eu acho que se passar um remédio para fazer uso, deve passar um que o posto me dá, seja ele barato, ou seja ele caro. Eu estou achando aqui só os

baratos, de seis ou oito reais a cartela e não estou encontrando o outro que é o mais caro. (U15)

Essa opinião é corroborada por outra usuária, que relata a não disponibilização de medicamentos mais caros dos quais faz uso. Acredita, ainda, que os medicamentos poderiam ter maior qualidade se fossem provenientes de laboratórios melhores: “eu acho que tem algumas coisas que deixa a desejar [...] medicamentos que poderiam ser melhores, de laboratório melhor” (U2).

Um achado semelhante foi encontrado no estudo de Paula *et al.* (2011), que discute o acesso aos medicamentos como direito social, a partir dos usuários de medicamentos para controle do diabetes e hipertensão. Foram realizados grupos focais com os usuários e um deles se manifestou com o relato: “Porque eles mandam só os mais baratos, e os caros mesmos eles não mandam.” (relato de usuário) (PAULA *et al.*, 2011).

Acredita-se que há, entre os médicos e usuários, certo receio de determinados laboratórios, em especial se os medicamentos disponibilizados são genéricos ou similares. Atualmente, tanto os genéricos quanto os similares possuem exigências de testes de biodisponibilidade relativa e equivalência farmacêutica que comprovem eficácia comparável ao item de referência e, portanto, os primeiros substituem os similares com mesma qualidade (BRASIL, 2015).

Porém, outra consideração pode ser feita. Segundo Guerra Jr. *et al.* (2004), “as fracas regulamentações existentes podem significar a presença de medicamentos de baixa qualidade e falsificados, ao invés de medicamentos seguros e efetivos.” (GUERRA JR *et al.*, 2004, p.169).

A observação nas farmácias demonstrou variação entre as unidades em relação à disponibilidade de medicamentos. A tabela a seguir ilustra o ocorrido.

	CS1	CS2	CS3
Número de usuários observados	50	51	85
Número de usuários com demanda integralmente atendida	29	22	42
Número de usuários com demanda parcialmente atendida	10	28	26
Número de usuários com demanda não atendida	11	1	17

O estudo de D'Ávila (2009), que também observou a dispensação em um CS da PBH, demonstrou que mais da metade dos usuários que buscaram medicamentos foram atendidos integralmente. O estudo de Kauffmann *et al.* (2009), ao avaliar a Assistência Farmacêutica no Vale do Taquari, localizado no Rio Grande do Sul, também encontrou como resultado que mais da metade dos usuários (59,2%) teve sua demanda integralmente atendida. (KAUFFMANN *et al.*, 2009)

Nos dois estudos referidos, também houve uma parcela de usuários parcialmente atendida e outra não atendida.

Guerra Jr. *et al.* (2004), ao estudar as farmácias públicas e privadas nas Regiões Norte e Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, verificou uma disponibilidade de 46,9% de medicamentos essenciais nas prateleiras das mesmas.

Observa-se, portanto, que em diferentes cenários há ainda um contingente importante de usuários que não tem sua demanda por medicamentos atendida, o que contraria a garantia de acesso preconizada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

3.3.2 Lista padronizada de medicamentos *versus* necessidades

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades de saúde da população e devem ser selecionados mediante eficácia e segurança comprovadas, além da qualidade e custo favorável. Periodicamente, a OMS disponibiliza a lista de medicamentos essenciais para servir de modelo aos países (WHO, 2002).

A RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), por sua vez, é um instrumento estratégico que orienta a seleção e aquisição de medicamentos adequados para o tratamento e prevenção das doenças mais comuns na população e atua também como referência na elaboração das listas estaduais e municipais (BRASIL, 2001).

Atualmente, em BH, a Relação de Medicamentos do Município (REMUME) conta com 234 fármacos em 390 apresentações que estão disponíveis nos CS e demais unidades de saúde de acordo com o tipo e a complexidade do serviço (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*).

A oferta de medicamentos disponibilizados pela PBH constantes da REMUME foi considerada boa pela maioria dos prescritores. Para eles, grande parte da população tem suas necessidades atendidas, sendo possível tratar as doenças mais prevalentes, como o diabetes e a hipertensão.

Num geral atende, então as doenças crônicas [...] são bem tratadas.
(M8)

Atende a maioria, cerca 90% assim. (M3)

Um estudo de Acurcio *et al.* (2004) avaliou 4.607 prescrições médicas recebidas nas farmácias dos CS de Belo Horizonte. Os resultados apontaram que a porcentagem de receitas contendo todos os medicamentos padronizados pela SMSA/BH foi de 88,7% para as prescrições internas, ou seja, provenientes da rede SUS/BH e 76,4% para as externas. Tais achados sugerem que a lista padronizada da PBH é adequada para atender às demandas de medicamentos da população.

Entre os entrevistados, mesmo aqueles que elogiaram a REMUME, foram unânimes em apontar a necessidade de sua ampliação. Como exemplo dessa necessidade, os antidepressivos foram mencionados várias vezes nas entrevistas. Alguns médicos de CS distintos avaliaram como elevada a demanda de usuários que necessitam fazer uso de medicamentos psicotrópicos. Outra sugestão apresentada foi a de que a REMUME contemple antidepressivos específicos para idosos, devido à crescente demanda nos centros de saúde.

Às vezes o paciente tem algum efeito colateral com a fluoxetina, a gente não tem uma segunda opção para passar. (M5)

[...] precisaria ter mais antidepressivo, porque estes tricíclicos são muito pouco utilizados. (M7)

[...] por exemplo, Fluoxetina não serve para idoso, não é um bom remédio para idoso. Tinha que ter uma sertralina, um citalopram. (M6)

Uma entrevistada observou que, em relação aos anti-hipertensivos, apesar de abrangentes, ainda faltavam opções de drogas combinadas para melhor comodidade posológica. A falta de alternativas de antialérgico infantil foi também lembrada.

Por fim, alguns médicos indicaram a falta de medicamentos para hipertrigliceridemia, antivertiginosos, antibióticos para tratar infecções de ouvido e colírios para casos de conjuntivite: “[...] de vez em quando chega alguém com conjuntivite aqui; viral, bacteriana, alérgica, não tem [...] tem que comprar [...]” (M9)

Sabe-se que, em 1998, a REMUME possuía um elenco de 110 fármacos em 170 apresentações. Após 17 anos e reavaliações periódicas, com o objetivo de melhoria e adequação, o incremento na REMUME é indiscutível (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2013). Entretanto, novas possibilidades para o tratamento das doenças pode ser necessário. Pensando nisso, a PBH disponibiliza o formulário de “Solicitação de Alteração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) Comissão de Farmácia e Terapêutica”, no qual as pessoas podem sugerir novos medicamentos, baseando-se em evidências e estudos clínicos.

3.3.3 Dificuldades na Assistência Farmacêutica

As dificuldades relatadas se referiram a questões tais como prescrição de medicamentos não padronizados; necessidade de renovação da prescrição num curto período de tempo e processos lentos e burocratizados na aquisição de medicamentos.

Foram pontuados problemas na continuidade do tratamento, quando é necessária a prescrição de medicamentos não padronizados para usuários sem condições financeiras de adquiri-los, bem como nos casos dos pacientes que iniciaram o tratamento com médicos particulares e foram encaminhados para dar seguimento no CS, portando receitas de medicamentos não padronizados. Tal situação leva à necessidade de substituição do medicamento, ou mesmo tentar suspendê-lo, no caso de se tratar de ansiolítico.

[...] paciente que usa diazepam tem que estar vindo pegar a receita de dois em dois meses, complica muito a vida da gente, porque às vezes não foi paciente que você iniciou, mas a gente não consegue tirar este remédio. (M6)

Os entrevistados relataram que o processo de aquisição de alguns medicamentos não disponíveis no CS, mas encontrados na rede pública de saúde, são burocratizados e lentos. Nesse sentido, foram apontadas as seguintes dificuldades: itens disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, em especial a insulina de ação lenta; necessidade de espera por alguns antibióticos; exigência de relatório para obtenção de um número maior de comprimidos.

[...] uma coisa que eu acho chata, é certas doenças a gente ter que fazer um relatório para conseguir um volume maior de medicação [...]

[...] a insulina de ação ultralenta [...] que tem um processo muito burocrático para o paciente conseguir a liberação dela. (M8)

Um dos entrevistados relatou que, nos casos em que o médico decide por prescrever um medicamento não contemplado na REMUME, os funcionários da farmácia têm orientado os usuários a retornarem ao mesmo no intuito de solicitar a substituição do medicamento por outro disponível no CS. Ele acredita que tal

procedimento prejudica seu trabalho e acaba ocasionando uma nova consulta para esses pacientes.

A confecção de nova receita médica a cada dois meses para os medicamentos psicotrópicos foi também apontada com uma dificuldade.

3.3.4 Funcionamento da Farmácia

A maioria dos profissionais alegou não possuir dificuldades em relação à farmácia do CS e avaliam o serviço como bom: “[...] é bem tranquilo! Não vejo dificuldade nenhuma” (M7).

A dispensação dos medicamentos padronizados acontece sem grandes problemas, mesmo quando há necessidade de relatório para se conseguir determinado item.

[...] em relação ao H. Pylori é tranquilo, porque solicita Tuberculostático é rápido, de repente podia ter algum no estoque, para começar mais rápido. (M6).

Em relação às atividades realizadas na farmácia dos CS, a PBH possui procedimentos operacionais padrão (POP) para conduzi-las e padronizar sua execução em todo o município. Portanto, alguns medicamentos ficam em estoque apenas nas farmácias distritais, sendo disponibilizados mediante algum pedido. Em relação aos tuberculostáticos, normalmente são encontrados nas farmácias o quantitativo para um tratamento mensal de um paciente recém-diagnosticado (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2013).

Alguns médicos também elogiaram o farmacêutico.

[...] em termos de farmácia [...] aqui é muito bom, a nossa farmacêutica, tem uma experiência boa, sempre ajuda. (M2)

[...] a farmacêutica está sempre à disposição aqui também [...]. (M3)

O trabalho do farmacêutico é importante nos CS, pois, além de realizar ações técnico-gerenciais na farmácia, ele também atua como integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), executando atividades de assistência ao paciente, realizando atendimentos, visitas domiciliares e atividades coletivas.

Como integrante de uma equipe multiprofissional, o farmacêutico também busca promover o uso racional de medicamentos, além da melhoria das condições de saúde da população.

Durante a observação, constatou-se que a farmácia é um local onde ocorre movimentação intensa de usuários. Dentre as atividades desenvolvidas pelas atendentes, estão o acolhimento do usuário, conferência dos documentos, execução da dispensação no computador, preenchimento dos dados na receita, retirada do medicamento da prateleira e entrega do mesmo ao usuário. Nas unidades estudadas, verificou-se, na maior parte do tempo, a presença de duas funcionárias na divisão dessas tarefas. Porém, às vezes, apenas uma auxiliar era encontrada no setor, o que dificultava a execução das atividades preconizadas.

Importante destacar que, nos três CS observados, houve reclamação das atendentes em relação ao sistema informatizado da PBH, que às vezes se torna lento e atrasa o trabalho de dispensação, gerando queixas e até insultos dos usuários na fila. Reforçaram que este processo é ainda mais moroso quando as receitas devem ser inseridas no sistema.

Em nenhuma destas farmácias há acomodações para as pessoas que aguardam na fila. Os bancos existentes e espalhados pelos CS são de uso comum a todos os frequentadores.

Apenas no CS3 há fila específica para atendimento prioritário, o qual ocorre da seguinte forma: os próprios usuários se dividem em duas filas e as atendentes chamam alternadamente uma pessoa por vez. Este procedimento foi adotado após a reunião de Comissão Local, entre membros do CS e representantes da comunidade.

3.3.5 Estratégias para obtenção dos medicamentos

Muitos médicos informaram utilizar o Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, do Ministério da Saúde em parceria com as prefeituras e drogarias da rede particular, como estratégia para viabilizar o medicamento ao seu paciente. Para

esses profissionais, o programa é visto como uma solução para o acesso a itens desabastecidos no CS.

Algumas medicações que não podem ser divididas e não tem aqui, mas aí consegue na popular [...] (M1)

Contudo, um dos entrevistados mencionou o fato de que o programa teria sido extinto recentemente da PBH.

Geralmente [...] eu oriento a procurar a farmácia popular, mas agora não vai ter mais [...]. (M8)

Sabe-se que o Programa Farmácia Popular foi lançado em 2004 pelo Governo Federal com o propósito de ampliação do acesso a medicamentos. O programa adota o sistema de copagamento e tem como foco as pessoas que utilizam o sistema privado de saúde, mas com rendimentos inferiores para adquirir medicamentos de forma adequada. No entanto, o que se vê são os usuários do SUS acessando o programa como maneira de suprir a ausência de medicamentos nas unidades públicas de saúde (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

Sobre o fechamento das unidades da rede própria da Farmácia Popular do Brasil em Belo Horizonte, a informação é verdadeira, contudo, os usuários podem adquirir os medicamentos do programa na rede de farmácias e drogarias privadas credenciadas.

Alguns entrevistados também relataram o fornecimento de amostras grátis aos usuários. Ressalvaram, porém, que as visitas de representantes da indústria farmacêutica foram proibidas recentemente nos CS da PBH, o que tem limitado o acesso às amostras.

A gente tinha amostra, não tem mais. (M9).

Um profissional contou que, nos casos em que o medicamento não é padronizado, ele próprio se empenha em conseguir a medicação. Em alguns casos, é necessário encaminhar o usuário a um médico especialista da rede,

para que este então consiga o medicamento na atenção secundária, uma vez que, na atenção primária, não houve como tratar a patologia.

Já os usuários apresentaram respostas variadas sobre as estratégias utilizadas quando não encontraram o medicamento na farmácia do CS. Dentre elas, a opção de compra foi a mais frequente. As demais opções consistiram em manipular o medicamento, adquiri-lo em drogarias onde o pagamento pode ser efetuado posteriormente e utilizar a farmácia popular.

[...] tem que comprar [...] não tem outro meio. (U1)

Eu vou na farmácia popular. (U11)

Importante destacar que os entrevistados que fazem a opção por comprar o medicamento demonstraram preocupação com a saúde.

Compro na farmácia. Quando não tem aqui, a gente tem que comprar.

Não posso ficar sem o medicamento. (U3)

Uma usuária relatou adquirir um dos seus medicamentos pela Secretaria de Estado de Saúde por ser de alto custo, e outro informou ter procurado o seu medicamento em um CS de outra regional, mas não o encontrou.

Esta parece ser uma prática comum quando há redução do acesso, fazendo com que as pessoas procurem seus medicamentos em outros locais, diferentes da região onde receberam atendimento médico (GUERRA JR. *et al.*, 2004).

Houve, ainda, dois casos em que os usuários relataram ficar sem o medicamento enquanto aguardavam sua reposição na farmácia do CS.

Se não tiver na farmácia [...] eu espero chegar. (U13)

[...] dinheiro para comprar não tem [...]. (U13)

Sabe-se que, muitas vezes, os indivíduos não possuem condições financeiras favoráveis à compra dos medicamentos, e se as patologias forem crônicas, que exigem tratamento a longo prazo, a situação pode se tornar mais complicada. Essas pessoas deixam de tomar o medicamento ou o fazem de forma descontínua, podendo ocasionar agudização da doença ou até internações que poderiam ser evitadas.

Dessa forma, pode-se inferir que a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas farmácias públicas penaliza a parcela mais vulnerável da população que depende da sua obtenção como única opção de tratamento (PINTO; COSTA; CASTRO, 2011).

Uma característica verificada durante a observação nas farmácias, é que as atendentes não utilizaram qualquer estratégia para auxiliar o usuário em casos de desabastecimento, a não ser solicitar que ele retorne daí alguns dias.

O estudo de D'Ávila (2009) mostrou resultados diferentes, pois, nos momentos de desabastecimento, os funcionários se articulavam para garantir o tratamento ao paciente, realizando substituições, obtendo novas prescrições de medicamentos em estoque ou solicitando empréstimo entre as unidades.

Por um lado, o fato de apenas solicitar que o usuário retorne é adequado, pois evita possíveis equívocos de substituição ou troca de medicamentos e não coloca em risco a segurança do tratamento (Reis; Perini, 2008). Por outro lado, o usuário pode ser prejudicado pelo não acesso ao seu medicamento e comprometer o tratamento.

3.3.6 Orientações fornecidas na utilização e conservação dos medicamentos

Para garantir o uso racional de medicamentos, proposto pela PNM, é necessário que a prescrição seja apropriada, que exista disponibilidade dos itens, que a dispensação aconteça em condições adequadas e que o consumo dos medicamentos ocorra nas doses e intervalos indicados (BRASIL, 2001).

Muitas vezes, porém, a falta de informação ou a não compreensão do que deve ser feito pode prejudicar o consumo adequado dos medicamentos. Como consequência, verifica-se o aumento da incidência de efeitos adversos; não adesão ao tratamento; eficácia limitada do medicamento e outras situações que podem piorar o estado de saúde do paciente (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011).

Os depoimentos mostraram diferentes situações no que diz respeito a isso, sendo que a maioria dos usuários entrevistados declarou nunca ter recebido informação de como administrar ou armazenar os medicamentos.

Não [...] nunca tive orientação nenhuma, nem como conservar, nem de tomar e fazer uso e de nada. (U15)

[...] para quem não sabe, não tem explicação não. (U9)

Geralmente, os usuários seguem a prescrição para se orientar sobre o modo e os horários de administração dos medicamentos. Procuram, também, obter informações na bula ou simplesmente gravar o modo de tomar a medicação.

Não [...] eu leio na bula, ou quando não tem a bula, eu vejo o jeito que o médico prescreveu. (U2)

A gente grava na cabeça e a gente tem que tomar [...]. (U14)

Um deles alegou ser sua responsabilidade tomar a medicação corretamente, como um autocuidado: “[...] tomar é responsabilidade da gente. Se a gente quer o bem da gente tem de ser assim” (U14); outro, pelo fato de utilizar o mesmo medicamento há muitos anos, domina como o mesmo deve ser administrado e armazenado.

Não... eles não falam nada disso comigo não, eu já ponho lá em cima no armário [...] num lugar seco, e o horário de tomar eu já sei, porque eu tomo há muitos anos.(U7)

Em relação à observação realizada, em nenhum dos atendimentos foi verificado o fornecimento de orientações ao usuário sobre a utilização ou armazenamento do medicamento, exceto nos casos em que o próprio paciente solicitava ajuda. Assim, registrou-se apenas uma orientação no CS1 e uma no CS3. Apesar disso, constatou-se que nos três CS os usuários eram avisados quando determinado medicamento possuía data de expiração próxima; orientando a não ingestão e a devolução das cartelas à farmácia, após aquele período.

Em seu estudo, Alves (2003), quase não verificou o fornecimento de orientações aos usuários durante a dispensação, e, quando elas ocorriam, restringiam-se, na maioria das vezes, à leitura dos dizeres prescritos.

Contudo, alguns usuários afirmaram receber orientações na farmácia do CS e descreveram situações em que os atendentes identificaram o uso incorreto dos medicamentos, tendo como indícios a sua solicitação antes da data prevista para nova retirada e a recusa em recebê-los, com a justificativa de ainda possuir estoque em casa.

[...] eu moro sozinha e não sei ler [...] Elas me ensinaram. Esse aqui é para tomar de manhã, esse aqui à noite. (U10)

[...] As meninas ali falam [...] [...] é assim, guarda assim, não deixa o seu remédio guardado na bolsa. Porque a bolsa da gente é quente, dá calor. Se deixar, estraga. (U12)

Duas usuárias declararam saber administrar corretamente seus medicamentos devido às orientações recebidas em consultório.

A observação demonstrou dois importantes aspectos integrantes do processo de dispensação de medicamentos: o motivo da entrega parcial ou da não entrega do medicamento e o atendimento prestado ao usuário na farmácia.

Em relação ao primeiro aspecto, acredita-se ser este um achado interessante, uma vez que sua análise pode ajudar a elucidar tanto prováveis falhas na gestão, no desabastecimento ou no processo de trabalho; como evidenciar o possível desconhecimento dos prescritores e a falta de informação dos usuários. Já a análise do segundo aspecto pode auxiliar, entre outras questões, na identificação de lacunas no processo de capacitação dos dispensadores.

Cabe lembrar que, para aquelas pessoas com demanda parcialmente atendida ou não atendida, o motivo da não entrega do medicamento foi questionado às atendentes e registrado para análise. O quadro abaixo aponta os dados encontrados.

Motivo de não entrega do medicamento	Número de vezes observado
Medicamento não padronizado	32 casos

Desabastecimento	22 casos
Fora da data de retirada ou entrega	19 casos
Usuário não deseja o medicamento (maior recorrência com os medicamentos Ácido Acetil Salicílico e Metformina)	10 casos
Usuário utiliza prescrição contendo itens que já foram entregues em sua totalidade	4 casos
Usuário sem a cópia da receita	2 casos
O medicamento foi retirado em outro local	2 casos
Medicamento que é entregue nominalmente para determinado paciente não se encontrava disponível naquele momento	2 casos
Prescrição de antibiótico com data vencida	1 caso
Usuário não trouxe documentação	1 caso
Equívoco das atendentes quanto à (in)disponibilidade do medicamento solicitado	1 caso
Prescrição inadequada, ou seja, não viável ou com ausência de informações mínimas exigidas	1 caso

A respeito desses motivos, não se percebeu um padrão nos três CS quanto à frequência em que ocorreram. A não dispensação pelo fato de o medicamento não ser padronizado foi o motivo mais relevante no CS 1 e 3, mas no CS 2 foi apenas a quarta maior causa. Da mesma forma, o desabastecimento, que foi a maior causa no CS 2 e a segunda maior causa no CS 3, ocorreu uma única vez no CS 1 no período de observação.

Um dos motivos do elevado número de prescrições constando itens não pertencentes à REMUME no CS1 pode estar relacionado à localização central deste CS, com vários consultórios e clínicas particulares nas redondezas e grande fluxo de pessoas em seu entorno. Muitas vezes, essas mesmas pessoas, após consulta médica, se dirigem ao centro de saúde na tentativa de adquirir os medicamentos prescritos.

Em relação ao desabastecimento ter sido tão variável entre os CS, há uma ponderação. Em Venda Nova, a entrega de medicamentos da farmácia distrital aos CS ocorre quinzenalmente, portanto, talvez no CS1 onde foi observada apenas uma ocorrência deste motivo, os medicamentos tenham sido entregues em datas bem próximas às da pesquisa de campo. Nos demais CS os dias observados estavam mais distantes da última entrega e determinados itens já se encontravam com estoque insuficiente.

O estudo desenvolvido por D'Ávila (2009) registrou as razões da dispensação parcial ou não dispensação dos medicamentos aos usuários. Entre elas, a falta de medicamento no estoque ficou em primeiro lugar, seguida de sua não inclusão na REMUME.

No que se refere à análise do atendimento prestado aos usuários nas farmácias dos CS observados, foi definida a seguinte tipologia: a) Respeitoso: quando o atendente cumprimenta o usuário, demonstra interesse por suas perguntas e se prontifica em respondê-las; b) Indiferente: o usuário não é acolhido e o serviço é efetuado sem que o atendente olhe diretamente para o mesmo; c) Impaciente: o atendente demonstra irritação e parece ter o desejo de terminar o serviço de forma rápida e sem dar qualquer explicação ao usuário; d) Hostil: o funcionário usa de expressões inadequadas e gestos que podem demonstrar alguma agressividade.

A observação verificou que no CS1 houve 8 atendimentos respeitosos, 41 indiferentes e em 1 atendimento não houve possibilidade de observação. No CS2, 31 atendimentos foram considerados respeitosos e 20 indiferentes. Já no CS3, 19 atendimentos foram considerados respeitosos e 66 considerados indiferentes.

Tais achados podem indicar que a proposta da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) ainda precisa ser melhor efetivada. O acolhimento é uma de suas principais diretrizes, o qual propõe ações de “aproximação” e “inclusão” dos usuários, não só reconhecendo suas diferenças, mas também buscando envolvê-los no próprio processo de produção de saúde (BRASIL, 2003).

Por outro lado, não foi constatado nenhum atendimento caracterizado como impaciente ou hostil. Este foi um achado positivo, tendo em vista que as farmácias são espaços dos CS que recebem diariamente uma intensa demanda e, com isso, podem se tornar ambientes de estresse para atendentes e usuários. Sendo assim, uma postura impaciente ou hostil poderia potencializar conflitos.

Um achado negativo, evidenciado tanto pela observação quanto pelas entrevistas com os usuários, foi a inexistência de orientação aos usuários sobre o modo de conservação e utilização dos medicamentos entregues. Essa postura difere do modelo proposto para a AF, que atualmente defende a relevância das habilidades de comunicação, de escuta e de paciência do trabalhador em face ao usuário (SOUZA *et al.*, 2008).

Acredita-se que a escuta e o bom atendimento ao usuário na farmácia, pode estar intimamente ligada à qualidade e à integralidade do atendimento. Souza *et al.* (2008) diferencia acesso aos serviços de saúde e acessibilidade, destacando que seriam conceitos que se complementam, sendo a acessibilidade ligada à oferta dos serviços de saúde à população e o acesso a forma como a pessoa experimenta o serviço.

As entrevistas e a observação demonstraram que, quando os profissionais envolvidos no processo de dispensação estão mais disponíveis para o acolhimento, são solucionadas dúvidas gerais, podendo ser captados inclusive erros na utilização dos medicamentos. A própria disponibilidade para escuta possibilita que o usuário se aproxime, apresente suas dúvidas e dificuldades.

Vale mencionar que, nos dias e horários em que as farmácias foram observadas, o fato de existir ou não uma fila de pessoas aguardando atendimento não alterou a forma de acolhimento ou o fornecimento de orientações a elas. Pode-se supor que existam outras questões envolvidas, mas não pesquisadas neste estudo, e que prejudiquem o processo de escuta e orientação. Segundo D'Ávila (2009), *apud* Araújo e Freitas (2005), o espaço físico e a estrutura das farmácias dos CS dificultam a interação entre funcionários e usuários, reforçando um modelo pautado apenas na entrega do medicamento e conseqüentemente, restringindo a perspectiva de promoção de saúde adotada pela APS.

Uma síntese esquemática da observação encontra-se no apêndice D.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos medicamentos essenciais é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um dos cinco indicadores relacionados à garantia do direito à saúde e se constitui numa ferramenta importante e necessária para melhorar e manter os níveis de saúde de uma população (BOING *et al.*, 2013).

Este estudo evidenciou que, na região de Venda Nova do município de Belo Horizonte, a disponibilidade de medicamentos é adequada e atende à demanda mais prevalente da população. Essa informação foi corroborada pela ampla maioria de médicos e usuários. Os achados da observação também indicaram valores satisfatórios de atendimento das demandas da população. Verificou-se também que grande parcela dos problemas relativos à não entrega dos medicamentos padronizados na REMUME podiam ser resolvidos com o retorno do usuário em outro momento.

Porém, ainda existem problemas que precisam ser solucionados para favorecer o acesso imediato aos medicamentos. O desabastecimento se mostrou constante em dois dos CS estudados e foi também identificado nas entrevistas de médicos e usuários. Outro problema relacionado à assistência farmacêutica detectado nas entrevistas com os médicos ocorreu nos casos em que a melhor opção de tratamento deveria se dar por medicamentos não previstos na REMUME, especialmente, em que o usuário não detém condições financeiras para adquiri-lo na rede privada.

Contudo, embora estas questões se apresentem como desafios para a gestão da PBH, os mecanismos de superação podem passar pela interação que se estabelece entre usuários e profissionais dos CS, considerando as estratégias possíveis diante de cada pessoa atendida. Isso reforça que a perspectiva de acolhimento proposta pela Política Nacional de Humanização deve ser adotada, mesmo no processo de dispensação de medicamentos – às vezes, erroneamente considerada como um conjunto simples de procedimentos.

Este estudo também evidenciou a necessidade de melhoria na forma de atendimento/acolhimento aos usuários. Sensibilizar o profissional de saúde é imprescindível para estabelecer uma relação amistosa recíproca, colocando o usuário no centro do processo de saúde e tratamento e facilitar não só o acesso aos medicamentos, mas também o seu uso racional.

Por fim, é importante reforçar que a PBH tem conquistado avanços importantes na garantia do acesso aos medicamentos pelos usuários dos CS. Acredita-se que o passo mais importante a ser dado nesse campo não seria apenas disponibilizar o medicamento, mas qualificar a maneira como todo o processo ocorre, superando a ideia de que para efetivar o acesso basta fornecer o produto, mas sim de como usuários e profissionais de saúde pensam e lidam com a (in) disponibilidade e todos os seus outros determinantes.

Ressalta-se, contudo, algumas limitações do estudo, uma vez que os dados coletados dizem respeito às entrevistas de um grupo de usuários e médicos, e uma observação recortada em um espaço definido no tempo. Possíveis variações entre os dias da semana que poderiam interferir na disponibilidade de medicamentos ou nas demais questões observadas não foram contempladas no período. Futuras investigações poderão aprofundar aspectos levantados neste trabalho.

Contudo, esta pesquisa pôde levantar características, possibilidades e desafios no campo da assistência farmacêutica que é prestada na APS. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para o melhor entendimento da mesma não só na rede de serviços de saúde de BH, como também de outros municípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco A. *et al.* Avaliação de prescrições médicas aviadas em centros de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):72-79, jan-fev, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/21.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2014.

ALVES, Terezinha Noemides Pires. *Dispensação de medicamentos: aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora – MG*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Juiz de Fora. 2003.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Araraquara, v. 26, n. 2, p. 87- 92, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BOING, A. C *et al*. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(4):691-701, abr, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medicamentos genéricos*. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+genéricos>. Acesso em 30 de junho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Série medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (p.45 - 46).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanizausus: Política Nacional de Humanização*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus.pdf>. Acessado em: 15 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em 11 de fevereiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução Nº 338*. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, maio, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em 02 de março de 2014.

D'ÁVILA, Luciana Souza. *O trabalho de dispensação de medicamentos em uma unidade básica de saúde de belo horizonte: um estudo da gestão e da atividade de trabalho*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

GUERRA JÚNIOR, A.. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 15, n. 3, p. 168-175, mar. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico, 2010*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm. Acesso em 25 de maio de 2015.

KAUFFMANN, Carla *et al.* Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. Vol. 45, n. 4, oct./dec., 2009. PAG 777 A 785. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000400023. Acessado em 30 de junho de 2015.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

OENNING, Diony; OLIVEIRA, Bruna Volpato; BLATT, Carine Raquel. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol 16. Nº 7. Rio de Janeiro. Julho de 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800027&script=sci_arttext. Acesso em 10 de agosto de 2015.

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz *et al.* O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol 16. Nº 5. Rio de Janeiro. Maio de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000500032&script=sci_arttext. Acessado em 18 de junho de 2015.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos; COSTA, Nilson do Rosário; CASTRO, Cláudia Garcia Serpa Osório. Quem acessa ao Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16 nº 6. Rio de Janeiro. Junho de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000600034&script=sci_arttext. Acesso em 19 de julho de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br>. Acesso em 14 de maio de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Índice de vulnerabilidade Social*. Disponível em: [Intranet.smsa.pbh/cgl/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def](http://intranet.smsa.pbh/cgl/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def). Acesso em 14 de maio de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *Procedimentos Operacionais Padrão para as Farmácias Locais*. Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte, 2013.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, V. 13, Sup, p. 603-610, 2008.

REZENDE, Verônica Amorim. *(Im) Possibilidades de acesso à atenção à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família*. Belo Horizonte: UFMG, 2013.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S100-S110, 2008.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

WHO - World Health Organization. *Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003*. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Geneva: OMS, 2000.

WHO - World Health Organization. *Health care systems*. 2010. Disponível em: http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_pt.pdf. Acesso em 18 de abril de 2014.

WHO-World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata;1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em 05 de junho de 2014.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines*. Geneva, 2002. (Technical Report Series, n. 914)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso universal aos medicamentos essenciais é um dos principais desafios para garantia do direito à saúde. Mas é importante compreender que esse acesso precisa ser pensado para além da disponibilidade dos serviços e de medicamentos de qualidade, abrangendo também a acessibilidade econômica, a prescrição adequada e seu uso racional (GUERRA *et al.*, 2004), e também a forma como os usuários experimentam o serviço (SOUZA *et al.*, 2008), o que se correlaciona com a ideia de acessibilidade cultural.

Diante dessa perspectiva, este projeto se propôs a estudar o acesso aos medicamentos na Atenção Primária à Saúde na Região de Venda Nova em Belo Horizonte.

Este estudo evidenciou que a disponibilidade de medicamentos é adequada e atende à demanda mais prevalente da população. Essa informação foi corroborada pela ampla maioria de médicos e usuários. Os achados da observação também indicaram valores satisfatórios de atendimento das demandas da população. Verificou-se também que grande parcela dos problemas relativos a não entrega dos medicamentos padronizados na REMUME podiam ser resolvidos com o retorno do usuário em outro momento.

Porém, ainda existem problemas que precisam ser solucionados para favorecer o acesso imediato aos medicamentos. O desabastecimento se mostrou constante em dois dos CS estudados e foi também identificado nas entrevistas de médicos e usuários. Outro problema relacionado à assistência farmacêutica detectado nas entrevistas com os médicos ocorreu nos casos em que a melhor opção de tratamento deveria se dar por medicamentos não previstos na REMUME, especialmente quando o usuário não detém condições financeiras para adquiri-lo na rede privada.

As estratégias utilizadas pelos usuários para obter os medicamentos que não foram encontrados nas farmácias do CS são variadas: compram os medicamentos na rede privada, relataram a utilização do Programa Farmácia Popular, recebiam amostras grátis (procedimento que não é mais adotado na PBH), buscam a medicação em outros CS. Contudo, a pesquisa ainda identificou uma parcela de usuários que não tinham condições de arcar com os custos eventuais da compra de medicamentos na rede privada, aguardando o seu recebimento na farmácia do CS.

Contudo, embora essas questões se apresentem como desafios para a gestão da PBH, os mecanismos de superação podem passar pela interação que se estabelece entre usuários e profissionais dos CS, considerando as estratégias possíveis diante de cada pessoa atendida. Isso reforça que, a perspectiva de acolhimento proposta pela Política Nacional de Humanização deve ser adotada,

mesmo no processo de dispensação de medicamentos, às vezes erroneamente considerada como um conjunto simples de procedimentos.

Este estudo também evidenciou a necessidade de melhoria na forma de atendimento/acolhimento aos usuários. Sensibilizar o profissional de saúde é imprescindível para estabelecer uma relação amistosa recíproca, colocando o usuário no centro do processo de saúde e tratamento, e facilitar não só o acesso aos medicamentos, mas também o seu uso racional.

É importante reforçar que a PBH tem conquistado avanços importantes na garantia do acesso aos medicamentos pelos usuários dos CS. Acredita-se que o passo mais importante a ser dado nesse campo não seria apenas disponibilizar o medicamento, mas qualificar a maneira como todo o processo ocorre, superando a ideia de que para efetivar o acesso basta fornecer o produto. Importa como usuários e profissionais de saúde pensam e lidam com a (in) disponibilidade e todos os seus outros determinantes.

Ressalta-se, contudo, algumas limitações do estudo, uma vez que, os dados coletados dizem respeito às entrevistas de um grupo de usuários e médicos e a uma observação recortada em um espaço definido no tempo. Possíveis variações entre os dias da semana que poderiam interferir na disponibilidade de medicamentos ou nas demais questões observadas não foram contempladas no período. Futuras investigações poderão aprofundar aspectos levantados neste trabalho.

Por fim, esta pesquisa pôde levantar características, possibilidades e desafios no campo da assistência farmacêutica que é prestada na APS. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para o melhor entendimento da mesma não só na rede de serviços de saúde de Belo Horizonte, como também de outros municípios.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas com os usuários

- 1- O Sr(a). faz uso regular de algum medicamento? Quais?
- 2- O Sr(a). acha que esta UBS atende as suas necessidades de medicamentos?
- 3- Quando o(a) Sr(a). não consegue os medicamentos aqui nesta farmácia, onde ou como o(a) Sr(a). os adquire?
- 4- Quando o(a) Sr(a). pega medicamento aqui na farmácia da UBS, o(a) Sr(a). recebe orientações sobre como usar e guardar esse medicamento?

APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas com os médicos

- 1- Como você avalia ou qual a sua percepção sobre a disponibilidade de medicamentos desta UBS?
- 2- Você acha que a lista padronizada de medicamentos do município atende às necessidades desta UBS?
- 3- Quais dificuldades você encontra em relação aos medicamentos?

APÊNDICE C – Roteiro da observação nas farmácias

- 1- Observar o funcionamento/dinâmica da farmácia
- 2- Acolhimento do usuário: Respeitoso, Indiferente, Impaciente, Hostil.
- 3- Ocorreu entrega do medicamento?
- 4- Em caso de não dispensação ou dispensação parcial, registrar o motivo.
- 5- Informações faladas/escritas/outro sobre o uso adequado/conservação do medicamento.

APÊNDICE D – Observação: síntese esquemática

	CS1	CS2	CS3
Datas	21/11/2014 17/12/2014	23/02/2015 26/02/2015	02/03/2015 09/03/2015
Número de atendimentos registrados em Diário de Campo/carga horária	50 em 10 horas de observação.	51 em 10 horas de observação.	85 em 10 horas de observação.
Disponibilidade do item**	Mostrar Gráfico 29 usuários com demandas atendidas. 10 usuários com demandas parcialmente atendidas. 11 usuários com demandas não atendidas.	22 usuários com demandas atendidas. 28 usuários com demandas parcialmente atendidas. 1 usuário com demanda não atendida.	42 usuários com demandas atendidas . 26 usuários com demandas parcialmente atendidas. 17 usuários com demandas não atendidas .
Motivos da “não entrega” do medicamento (em ordem decrescente da frequência em que ocorreram).	Mostrar Gráfico Medicamento não padronizado: 12 casos. Não está na data de entrega: 5 casos. Receita já havia se completado: 1 caso. Usuário não trouxe cópia da receita: 1 caso. Receita com data vencida (antibiótico): 1 caso. Desabastecimento: 1 caso.	Desabastecimento: 10 casos Usuário não deseja o medicamento: 5 casos. Não está na data de entrega: 4 casos. Medicamento não padronizado: 3 casos. Retira o medicamento em outro local: 2 casos. Receita já havia se completado: 2 casos.	Medicamento não padronizado: 17 casos. Desabastecimento: 12 casos Não está na data de entrega: 10 casos. Usuário não deseja o medicamento: 5 casos. Usuário não trouxe documentação: 1 caso. Receita já havia se completado: 1 caso. Medicamento não disponível para o usuário naquele momento: 1 caso. Obs.: Em 4 casos, os usuários não levaram os itens por mais de um motivo, sendo contabilizado em ambos.

	<p>Equívoco das atendedoras: 1 caso.</p> <p>Obs. Em um caso, o usuário não levou o item por dois motivos.</p>	<p>Medicamento não disponível para o usuário naquele momento: 1 caso.</p> <p>Prescrição inadequada*: 1 caso.</p> <p>Usuário não trouxe cópia da receita: 1 caso.</p> <p>*Medicamento psicotrópico antidepressivo. Conforme portaria 344/98 a receita é válida para um tratamento de 60 dias. Neste caso o prescriptor confecciona a receita para 180 dias. Foi entregue os dois meses anteriores.</p>	
3 classes de medicamentos mais prescritas (ordem decrescente)	Anti-hipertensivos > antibióticos > anti-inflamatórios	Anti-hipertensivos > antiagregante plaquetário > hipoglicemiantes.	Anti-hipertensivos > hipoglicemiantes = estatinas
Orientações faladas/escritas sobre a utilização e/ou conservação dos medicamentos	Observou-se em apenas 1 atendimento.	Sem orientação de como utilizar ou armazenar os medicamentos.	Observou-se em apenas 1 atendimento.
Tipo de atendimento observado*	8 considerados "respeitosos". 41 considerados "indiferentes". Em 1 atendimento não foi registrado.	31 considerados "respeitosos". 20 considerados "indiferentes".	19 considerados "respeitosos". 66 considerados "indiferentes".

<p>Outras situações que merecem destaque</p>	<p>- Geralmente a prescrição de itens não padronizados foi observada em receitas externas, não pertencentes à rede SUS BH. Itens como dipirona comprimido, nifedipino, enalapril 10mg, nimesulida e diclofenaco foram registrados no diário de campo.</p> <p>- O item que estava em falta naquele momento era Metformina 500mg.</p> <p>- Em um caso que houve equívoco das atendentes ao não orientarem sobre o fluxo do medicamento baclofeno, o usuário recebeu a informação de que o item não era padronizado.</p>	<p>- Registrou-se que, em grande parte dos atendimentos, as prescrições foram geradas dentro da própria UBS (em aproximadamente 72,5%).</p> <p>- Em um dos casos, o medicamento que não estava disponível no momento para entrega era um tuberculostático. A atendente anota os dados do usuário para posterior solicitação na Farmácia Distrital.</p> <p>- Houve um caso em que o médico prescreveu o medicamento fluoxetina por um período de 6 meses, sendo não conforme à Portaria 344/98, de psicotrópicos.</p>	<p>- Registrou-se que, em grande parte dos atendimentos, as prescrições foram geradas dentro da própria UBS (em aproximadamente 74,1%).</p> <p>- Um dos casos em que o medicamento não estava disponível era insulina glargina. Usuário foi orientado a renovar o processo.</p>
---	---	--	---

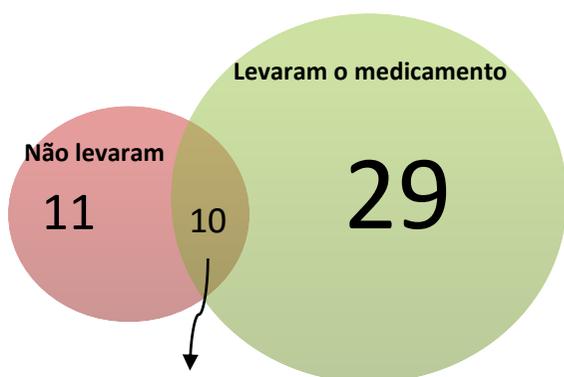
***Atendimento respeitoso (o atendente cumprimenta o usuário, demonstra interesse por suas perguntas); indiferente (não acolhe o usuário, apenas efetuando o serviço sem mesmo olhar para ele); impaciente (demonstra impaciência, desejo de terminar rápido o serviço e sem dar qualquer explicação ao usuário); hostil (usa de expressões inadequadas e gestos que podem demonstrar certa agressividade).**Considerou-se: Usuário retira todos os itens prescritos: usuário com demanda atendida.**

Usuário retira em partes os itens prescritos: usuário com demanda parcialmente atendida (anotou-se o motivo na não entrega).

Usuário não retira nenhum dos itens prescritos: usuário com demanda não atendida (anotou-se o motivo na não entrega).

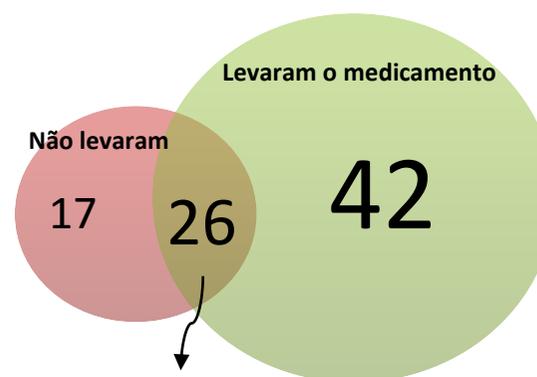
Disponibilidade do item

C.S.1



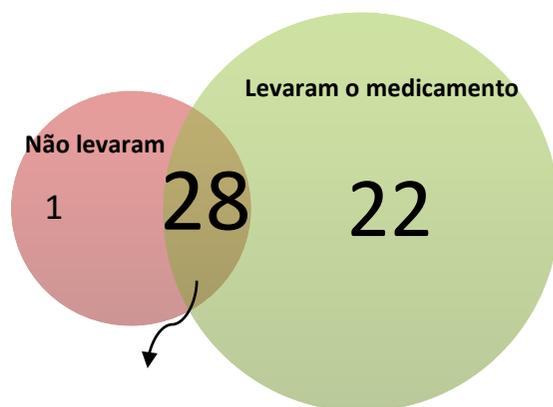
Levaram parcialmente o medicamento

C.S. 3



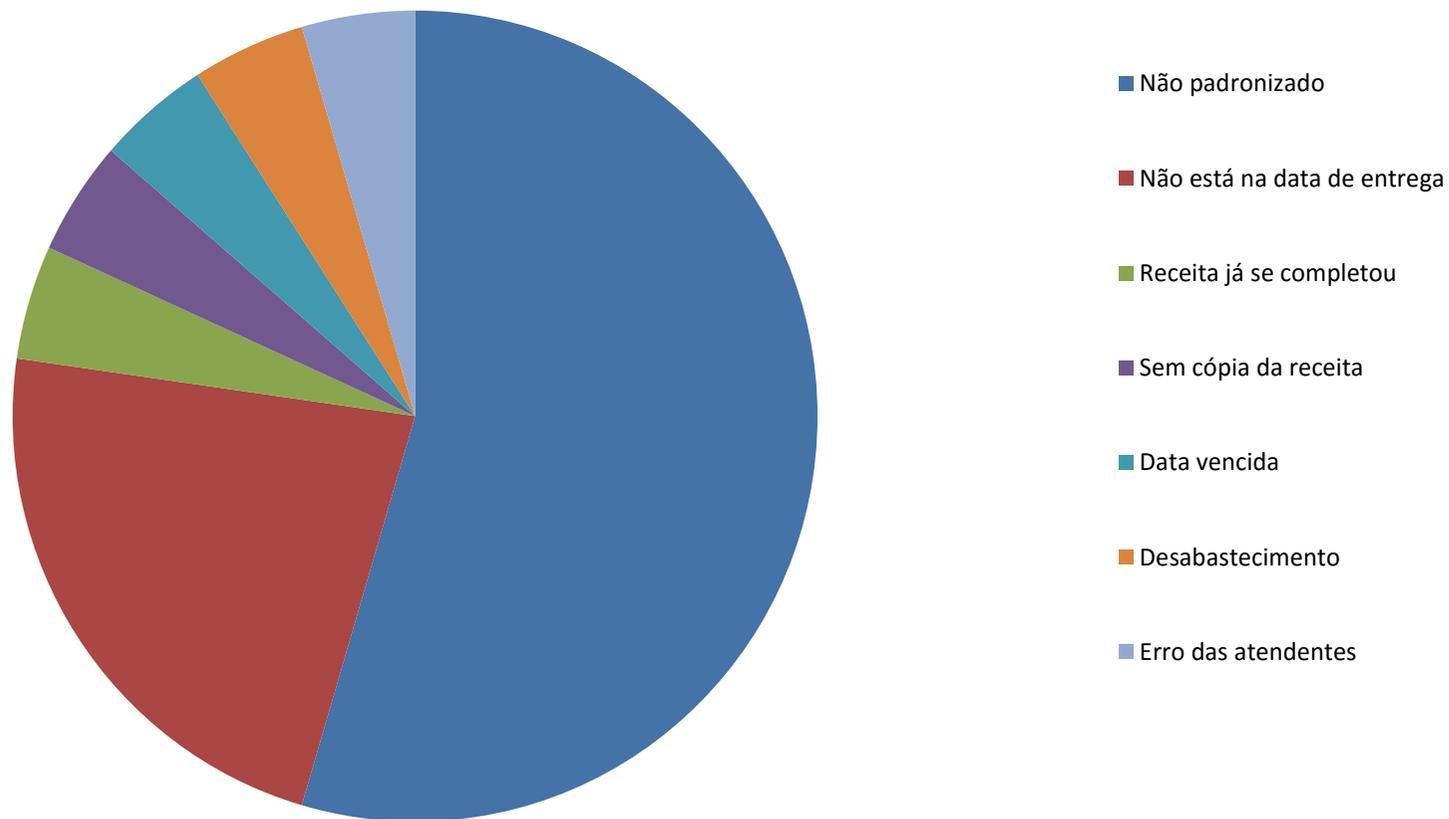
Levaram parcialmente o medicamento

C.S.2

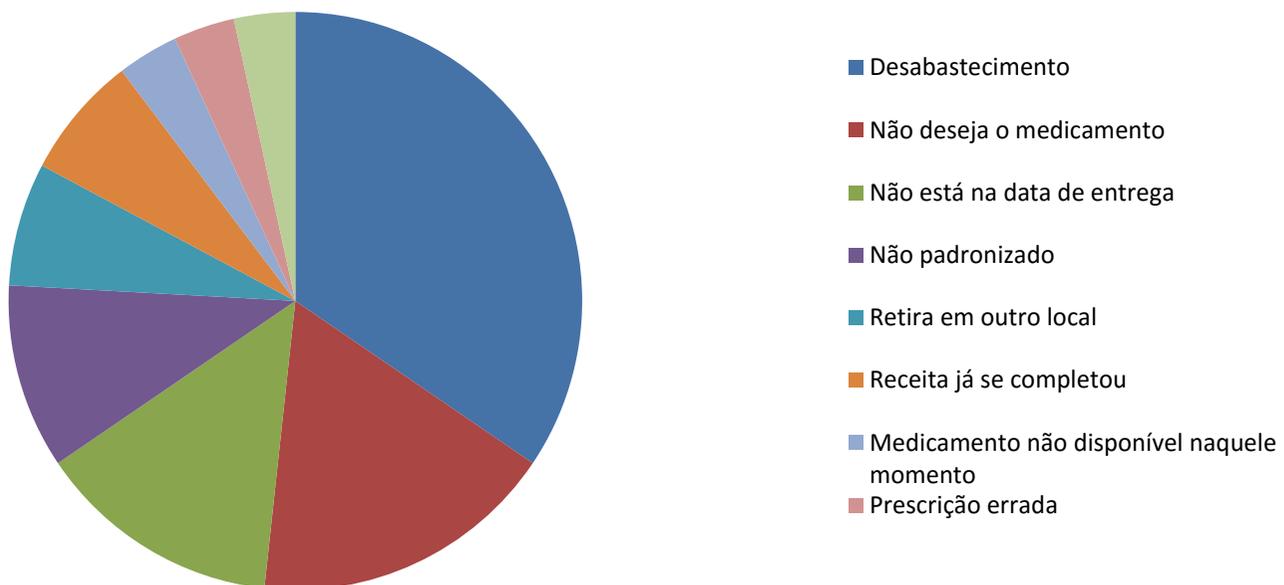


Levaram parcialmente o medicamento

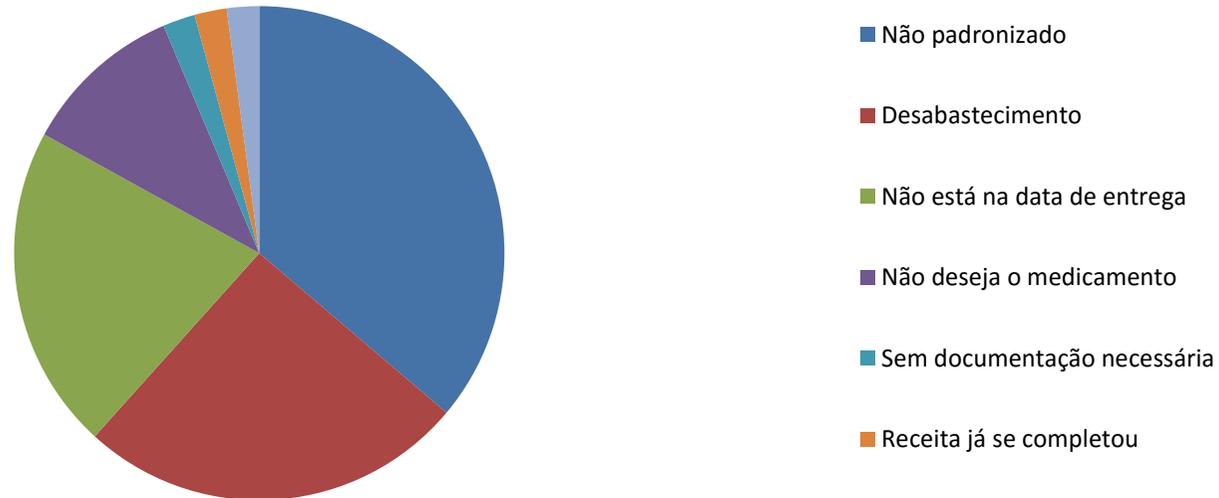
Motivos de não entrega do medicamento - C.S. 1



Motivos da não entrega do medicamento - C.S. 2



Motivos da não entrega do medicamento - C.S.3



O estudo desenvolvido por D'Ávila (2009), registrou as razões da dispensação parcial ou não dispensação dos medicamentos aos usuários. Entre elas, a falta de medicamento no estoque ficou em primeiro lugar, seguida de sua não inclusão na REMUME.

ANEXOS

ANEXO A – Cópia da aprovação do COEP da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

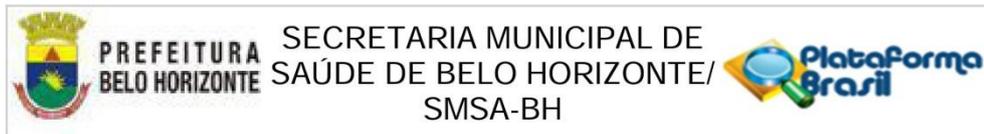
DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Cópia da aprovação do COEP da SMSA/BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

Pesquisador: Elza Machado de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01140812.1.3001.5140

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 861.240

Data da Relatoria: 03/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo quali-quantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas abertas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

Objetivo Secundário: Investigar as principais formas de expressão da violência na população coberta pela atenção primária de saúde dos Municípios estudados; Investigar a distribuição da

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

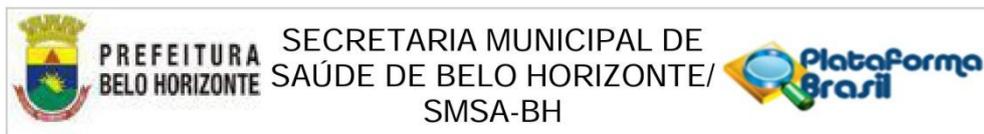
CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 861.240

violência entre os diferentes grupos populacionais - homens, mulheres, trabalhadores, crianças e adolescentes, idosos - cobertos pela atenção básica; Investigar o impacto da violência na atuação da atenção básica de saúde; Investigar a violência institucional na atenção básica; Investigar os principais mecanismos de abordagem da violência na atenção básica de saúde; Investigar os efeitos dos processos de capacitação na atuação do profissional, em especial, aquelas direcionadas para o desenvolvimento da promoção da saúde e para a prevenção da violência; Mapear e descrever a atuação das redes sociais do território adscrito à atenção primária de saúde, sua forma de proteção e seu papel na proteção e enfrentamento da violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que estes irão participar da pesquisa apenas respondendo a questionários, após serem esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa, de forma voluntária. Portanto, o projeto não apresenta riscos à integridade física dos pacientes envolvidos, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que traga danos aos sujeitos. Todos os dados dos participantes serão mantidos em sigilo. Os resultados do presente estudo contribuirão como fonte de pesquisa para dados epidemiológicos da violência no Brasil e qualidade dos serviços ofertados.

Benefícios: Conhecer o perfil de violência nos territórios de abrangência da AP assim como as formas utilizadas pela população desses territórios e pelos profissionais na lida com a violência poderá trazer importante contribuição para o desenvolvimento de estratégias de atuação neste espaço, considerado privilegiado, neste sentido.

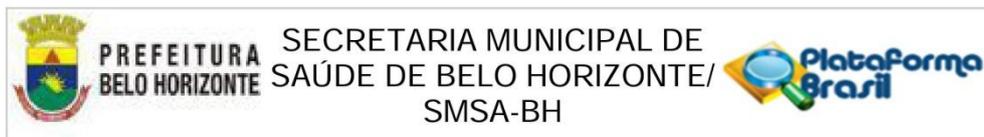
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a Atenção Primária de Saúde no Brasil, com enfoque na prevenção à violência. Justificativa da Emenda: Trata-se de emenda já aprovada anteriormente, mas agora propõe-se a inclusão de Belo Horizonte e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como coparceira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes: Projeto de Pesquisa Plataforma Brasil, projeto de pesquisa original, folha de rosto (devidamente preenchida e assinada pela coordenadora da pesquisa e pelo Diretor da Faculdade de Medicina da UFMG), TALE para usuários de 10 a 17 anos, TCLE para usuários participantes acima

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 861.240

de 17 anos, TCLE para profissionais e gerentes, TCLE Gestores, gerentes e informantes chave, parecer consubstanciado, ofício da Chefia do Departamento de Medicina Preventiva e Social informando a renovação e aprovação do Projeto em reunião da Câmara em 22/08/2014, termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde - PBH, carta de anuência da Prefeitura Municipal de Santa Luzia, questionário Usuário, questionário usuário-identificação.

Recomendações:

Adotar modelos de TCLE e TALE que incluam: - dados do CEP-SMSA; - informação quanto ao que consta na nas alíneas 'g' e 'h' do item IV.3 da Resolução CNS 466/12; - informações relativas ao risco de desconforto ou constrangimento do participante em responder aos questionários e a informação: "você assinará duas vias iguais deste termo de consentimento: uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

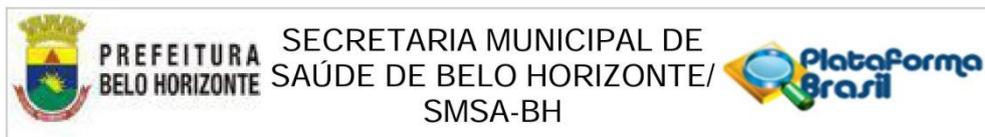
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 861.240

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 06 de Novembro de 2014

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuários participantes acima de 17 anos

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade, e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação do problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder a um formulário elaborado pelos pesquisadores aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Caso você tenha algum gasto gerado exclusivamente pela participação na pesquisa, os pesquisadores responsáveis arcarão com tais despesas. Do mesmo modo, caso a participação na pesquisa cause algum dano eventual, os pesquisadores responsáveis arcarão com a responsabilidade por sua indenização. Durante a entrevista, poderá haver algum constrangimento

referente a alguma pergunta. Neste caso, você poderá se recusar a respondê-la. Por outro lado, os nossos pesquisadores são treinados e saberão abordar a situação causadora do constrangimento no sentido de resolvê-la ou minimizá-la.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Caso aceite participar, você deverá assinar duas vias iguais deste termo de consentimento: uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2014.

Pesquisadores:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel.: 3409-9945/ 9184-3408.

Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel. 3463-1853.

Prof. Dra. Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG.

Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Prof. Dr. Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina/UFMG.

Bernardo Monteiro de Castro – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Prof. Dra. Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Profa. Dra. Alzira Oliveira Jorge – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Ledsônia Gomes Santana Souza – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Doriana Ozolio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar
Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.

CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ºandar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 - Telefone:3277-5309

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissionais e gerentes participantes

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade, e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder a um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Caso você tenha algum gasto gerado exclusivamente pela participação na pesquisa, os pesquisadores responsáveis arcarão com tais despesas. Do mesmo modo, caso a participação da pesquisa cause algum dano eventual, os pesquisadores responsáveis arcarão com a responsabilidade por sua indenização. Durante a entrevista, poderá haver algum constrangimento referente a alguma pergunta. Neste caso, você poderá se recusar a respondê-

la. Por outro lado, os nossos pesquisadores são treinados e saberão abordar a situação causadora do constrangimento, no sentido de resolvê-la ou minimizá-la.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa da qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Caso aceite participar, você deverá assinar duas vias iguais deste termo de consentimento: uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2014.

Pesquisadores:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel.: 3409-9945 / 9184-3408.

Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel.: 3463-1853.

Profa. Dra. Stela Maris Aguiar Lemos -- Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG,

Prof. Dr. Antônio Leite Alves Radicchi – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Prof. Dr. Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina//UFMG.

Bernardo Monteiro de Castro – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Profa. Dra. Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Profa. Dra. Alzira Oliveira Jorge – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Ledsônia Gomes Santana Souza – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Doriana Ozolio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II – 2º andar
Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.

CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ºandar - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 - Telefone:3277-5309

ANEXO E – CÓPIA DA ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP	
---	--	---

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA FERNANDA DE CASTRO AQUINO

Realizou-se, no dia 29 de setembro de 2015, às 09:00 horas, Faculdade de Medicina, sala 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O Acesso aos Medicamentos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte*, apresentada por FERNANDA DE CASTRO AQUINO, número de registro 2013712620, graduada no curso de FARMÁCIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Soraya Almeida Belisário - Orientador (UFMG), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (UFMG), Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (UFMG), Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

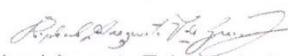
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.


Prof(a). Soraya Almeida Belisário (Doutora)

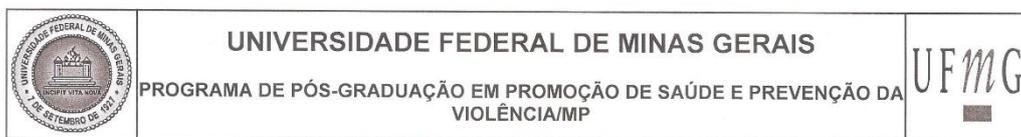

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (Doutora)


Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (Doutor)


Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi (Doutor)


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

ANEXO F – FOLHA DE APROVAÇÃO



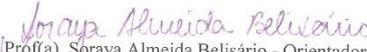
FOLHA DE APROVAÇÃO

O Acesso aos Medicamentos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte

FERNANDA DE CASTRO AQUINO

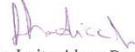
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA

Aprovada em 29 de setembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Soraya Almeida Belisário - Orientador
UFMG


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge
UFMG


Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
UFMG


Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi
UFMG

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2015.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco A. *et al.* Avaliação de prescrições médicas aviadas em centros de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):72-79, jan-fev, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/21.pdf>. Acesso em 28 de maio de 2014.

ALVES, Terezinha Noemides Pires. *Dispensação de medicamentos: aspectos da realidade em unidades básicas de saúde de Juiz de Fora – MG*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Juiz de Fora. 2003.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, Araraquara, v. 26, n. 2, p. 87- 92, 2005.

BARCELOS, R.A. *O acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do Sistema Único e Saúde*. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal. Edições 70, 2008.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. F.; BASTOS, J.L.; PERES, K.G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(4):691-701, abr, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medicamentos genéricos*. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos/Assunto+de+Interesse/Medicamentos+genéricos>. Acesso em 30 de junho de 2015.

BRASIL. *Assistência Farmacêutica no SUS*. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Volume 7. 1º Edição. Brasília: CONASS, 2011. (p.10-34).

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF, 2009. p. 84-96. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em 15 de maio de 2015.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *CPI dos Medicamentos*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 20 de março de 2014.

BRASIL. *Decreto N° 68.806*. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Casa Civil-Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 25 de junho de 1971. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 23 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Série medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (p.45 - 46).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanizausus: Política Nacional de Humanização*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus.pdf>. Acessado em 15 de agosto de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicamentos 2001*. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em 11 de fevereiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução N° 338*. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, maio, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em 02 de março de 2014.

BRASIL. *Portaria no 491, de 9 de março de 2006*. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”, 2006.

COSTA VAL, V. M. A estruturação do projeto de assistência farmacêutica no município. In: CAMPOS, C.R. *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 307–323.

D’ÁVILA, Luciana Souza. O trabalho de dispensação de medicamentos em uma unidade básica de saúde de belo horizonte: *um estudo da gestão e da atividade de trabalho*. Luciana Souza d’Ávila – Belo Horizonte: UFMG, 2009.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. *Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for Health Care*. MA, Harvard University Press, 1973.

GUERRA JÚNIOR, A.; ACÚRCIO, F. A.; GOMES, C. A. P. *et al.* Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 15, n. 3, p. 168-175, mar. 2004.

HORGEZEIL, Hans. Essential Medicines and Human Rights. *WHO Bulletin*. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/371.pdf>
Acesso 11 de maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico, 2010*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/censo2010/default_resultados_amostra.shtm. Acesso em 25 de maio de 2015.

KAUFFMANN, Carla *et al.* Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. Vol. 45, n. 4, oct./dec., 2009. PAG 777 A 785. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000400023. Acesso em 30 de junho de 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça *et al.* *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre as organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAS GERAIS. *Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte/ Oficina I – Análise da Atenção Primária à Saúde*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MSH - MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. *Managing Drug Supply*. Connecticut: Kumarian Press, 1997.

OENNING, Diony; OLIVEIRA, Bruna Volpato; BLATT, Carine Raquel. *Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação*. *Ciênc. Saúde coletiva*. Vol 16. Nº 7. Rio de Janeiro. Julho de 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800027&script=sci_arttext. Acesso em 10 de agosto de 2015.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/WHO – World Health Organization. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Nelly Marin *et al.* Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.

PANIZ, Vera Maria Vieira *et al.* Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2):267-280, fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2008000200005&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em 05 de abril de 2014.

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz *et al.* O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol 16. Nº 5. Rio de Janeiro. Maio de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000500032&script=sci_arttext. Acesso em 18 de junho de 2015.

PINTO, Cláudia Du Bocage Santos; COSTA, Nilson do Rosário; CASTRO, Cláudia Garcia Serpa Osório. Quem acessa ao Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16 nº 6. Rio de Janeiro. Junho de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000600034&script=sci_arttext. Acesso em 19 de julho de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (a). *Planejamento de saúde de Belo Horizonte 2010 – 2013*. Sistema Único de Saúde-Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (b). *Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte Caracterização do Sistema Atual – Documento Complementar 01*. Sistema Único de Saúde-Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte, outubro 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde*. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br>. Acesso em 14 de maio de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Índice de vulnerabilidade Social. Disponível em: [Intranet.smsa.pbh/CGI/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def](http://intranet.smsa.pbh.gov.br/CGI/tabcgi.exe?pop2010/pop2010.def). Acesso em 14 de maio de 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *Procedimentos Operacionais Padrão para as Farmácias Locais*. Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Proposta de uma política de medicamentos para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte*. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 1992.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Reestruturação da assistência farmacêutica*. Belo Horizonte: Rede Pública de Saúde, 2006. Projeto.

REIS, A. M. M.; PERINI, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, Sup, p. 603-610, 2008.

REZENDE, Verônica Amorim. *(Im) Possibilidades de acesso à atenção à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família*. Belo Horizonte, UFMG, 2013.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S100-S110, 2008.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

WHO – World Health Organization. *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva*. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos Ginebra: OMS; 2004.

WHO – World Health Organization. Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Serie sobre investigaciones, N° 07. OMS; 1993. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2975s/3.1.html>. Acesso em 17 de maio de 2014.

WHO – World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata;1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Acesso em 05 de junho de 2014.

WHO – World Health Organization. *Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003*. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra: OMS, 2000.

WHO – World Health Organization. *Health care systems*. 2010. Disponível em: http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_pt.pdf, Acesso em 18 de abril de 2014.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report on the 12th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines*. Geneva, 2002. (Technical Report Series, n. 914)

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.