

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA
BÁSICA: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO EM CINCO ESTADOS
DO BRASIL**

Marly Aparecida Elias Cosendey

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Curso de Doutorado em Saúde Pública

ORIENTADORES: Zulmira Maria de Araújo Hartz
Jorge Antônio Zepeda Bermudez

Rio de Janeiro

12 de abril de 2000

Cosendey, Marly Aparecida Elias

Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil/ Marly Aparecida Elias Cosendey. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2000.

358p

Tese – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, 2000

Dedico este trabalho.

Ao meu pai, Helcy Bon Cosendey, amigo e colega de profissão, com quem aprendi a beleza e a responsabilidade da profissão farmacêutica.

À minha mãe, Therezinha, presente em todos os momentos me estimulando a seguir em frente.

A Aquiles, companheiro de caminhada, por sua amizade, carinho e presença constante, sempre incentivando o meu crescimento profissional.

Ninguém está pedindo para sermos sublimes: somente sérios, com credibilidade e persistência.

Chelimsky

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Zulmira Hartz pela generosidade, competência e seriedade com que me transmitiu seus conhecimentos. Pela dedicação, zelo e paciência com que conduziu a orientação deste trabalho, atendendo sempre às minhas incessantes solicitações; e pelos longos momentos de discussão que, para mim, sempre foram muito proveitosos e prazerosos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Jorge Bermudez, pela acolhida carinhosa no Núcleo de Assistência Farmacêutica/ENSP (NAF) que, além de estar sempre pronto a me orientar na área de políticas farmacêuticas com suas importantes contribuições, me permitiu participar do convívio com a equipe do Núcleo e de outros projetos por ele coordenados que, em muito enriqueceram a minha experiência pessoal e profissional.

Ao Ministério da Saúde, órgão financiador desta avaliação.

À Vera Lúcia Luiza amiga e companheira de jornada por ter aceito ser ledora desta tese e por atender às minhas inúmeras solicitações para discutirmos pontos específicos deste trabalho, apresentando sempre sugestões cuja competência e bom senso, contribuíram para a sua construção.

À Cláudia Osório de Castro por ter prontamente aceito o convite para ser ledora deste trabalho, contribuindo com sugestões e comentários muito valiosos.

À toda a equipe do Núcleo de Assistência Farmacêutica, em especial, André Reis, Gabriela Mosegui, Gláucia Amorim, Hayne da Silva, Maria Auxiliadora Oliveira e Vera Lúcia Luiza, por terem ajudado a construir este trabalho com discussões e sugestões, além do companheirismo na realização das viagens, que trouxeram momentos que serão sempre lembrados.

À Jussara Amaro da Silva por estar sempre pronta a ajudar e por ter organizado toda a infraestrutura necessária à realização desta avaliação.

Ao amigo Saul Franco de Menezes pelas sugestões que contribuíram para enriquecer esta tese.

À Dra. Irene de Souza e Silva, Chefe do serviço de Farmácia do HUPE/UERJ, pelo incentivo dado à realização deste trabalho.

Aos colegas e amigos do Serviço de Farmácia do HUCFF/UFRRJ e do HUPE/UERJ pelo apoio e amizade.

Aos professores Gildo Lima, Lia Hasenclever e Suely Rozenfeld, por terem aceito participar da banca de minha qualificação, quando apresentaram importantes sugestões, que me incentivaram a prosseguir.

À banca examinadora pela contribuições apresentadas.

Aos professores Célia Landman, Luis Camacho e Maria do Carmo Leal, por terem me ajudado a superar dificuldades vivenciadas no decorrer do curso.

À minha família, que soube entender a minha ausência em momentos que já não podem mais ser revividos, para me dedicar à elaboração desta tese.

À Aquiles, meu companheiro de vida, por sua dedicação, estando sempre ao meu lado, procurando o melhor nas sucessivas revisões desta tese e, principalmente, pelo carinho e compreensão com a minha constante ansiedade e impaciência, em especial, no final deste trabalho.

RESUMO

Neste trabalho procuramos apresentar a problemática do acesso aos medicamentos essenciais no Brasil, através de uma breve discussão da política nacional de medicamentos, destacando a importância da existência de programa como o PFB (Programa Farmácia Básica) na garantia do acesso aos medicamentos essenciais.

Apresentamos ainda as estratégias proposta pela Organização Mundial da Saúde, além de outras utilizadas por países em desenvolvimento e subdesenvolvidos para ampliar e assegurar o acesso aos medicamentos essenciais para a maior parte de suas população.

Discutimos a avaliação da implantação do Programa Farmácia Básica (PFB), realizada em cinco estados brasileiros. Esta avaliação mostrou que a implantação do Programa deu-se de forma insatisfatória nos estados estudados, o mesmo ocorrendo com os seus efeitos. Analisamos ainda o grau de adequação da gestão nacional e regional do PFB e observamos que estes mostraram-se inadequados. Procuramos então a existência de relação entre o grau de implantação observado para o Programa e o seu contexto organizacional, representado pela gestão nacional e regional, e verificamos que a inadequação da gestão nacional e regional do PFB, contribuíram de forma importante para a sua implantação insatisfatória nos estados estudados.

Por fim, verificamos que o Programa Farmácia Básica conseguiu aumentar o aporte de medicamentos para a maioria dos municípios selecionados, melhorando o acesso da população aos mesmos e contribuindo para aumentar a resolubilidade das unidades de saúde participantes do Programa. Acreditamos que as falhas e pontos positivos destacados neste estudo em relação ao PFB possam contribuir para um aprendizado no planejamento de novos programas e/ou políticas de assistência farmacêutica básica, como está ocorrendo em todo o país.

Palavras chave: Avaliação de programas, análise de implantação, política de medicamentos, assistência farmacêutica, Programa Farmácia Básica.

ABSTRACT

This study strives to present the problem of access to essential drugs in Brazil, by briefly discussing national drug policy, and emphasizing the importance of programs such as the *PFB* (*Programa Farmácia Básica*) or “Basic Pharmacy Program”, in guaranteeing the access to essential drugs.

Also presented are strategies proposed by the World Health Organization, as well as others employed by underdeveloped and developing countries to broaden and assure the access of the major part of their population to essential drugs.

The *PFB*'s establishment in five Brazilian states was evaluated. This showed that implementation of the program was carried out in an unsatisfactory manner, the same being true of its effects. The degree of conformity of the national and regional management of *PFB* was also analyzed and proved inadequate. The existence of a relationship between the Program's observed degree of implementation and its organizational context, represented by federal and regional managements, was investigated and showed that faults in management considerably influenced the poor implementation outcomes observed in these states.

The Program, nonetheless, succeeded in enhancing the drug supply in the majority of sampled countries, donning these populations with increased access and favorably contributing to better medical care in participating health facilities.

The negative and positive aspects of the *PFB* focused in this study are expected to contribute to an overall learning experience in the planning of new programs and/or policies in basic pharmaceutical services presently under way in Brazil.

Key words: program implementation, implementation analysis, drug policy, pharmaceutical services, *Programa Farmácia Básica*.

LISTA DE ABREVIATURAS

BPE - Boas Práticas de Estocagem
CEME - Central de Medicamentos
CEMEPAR – Centro de Medicamentos do Paraná
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNA - Conselho Nacional de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CQ - Controle de Qualidade
CSE - Conseil Scientifique de l'Évaluation
DANIDA - Danish Aid Agency
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEPRO - Divisão de Acompanhamento da Execução de Programas
DIMB – Departamento de Insumos Básicos
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FAM - Fundo de Assistência de Medicamentos
FARMANGUINHOS – Instituto de Tecnologia em Fármacos
FB 87 - Farmácia Básica de 1987
FEPPS – Fundação Estadual de Pesquisa e Produção em Saúde
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNED - Fundação Ezequiel Dias
FURP - Fundação para o Remédio Popular
IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IQUEGO – Indústria Química do Estado de Goiás
IS – Índice de Salubridade
ISS - Instituto de Segurança Social
LAFEPE – Laboratório Farmacêutico de Pernambuco
LIFAL – Laboratório Farmacêutico de Alagoas
MSE - Multisite evaluation
NAF – Núcleo de Assistência Farmacêutica
NUPLAM – Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos
OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

P&D - Pesquisa e Desenvolvimento

PFB - Programa Farmácia Básica

PFB-PR - Programa Farmácia Básica do estado do Paraná

PME - Programa de Medicamentos Essenciais

PNM - Política Nacional de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS/MS - Secretaria de Vigilância sanitária do Ministério da Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIPAC - UNICEF Packing and Assembly Plant

LISTA DE TABELAS

Tabela		Página
Tabela 1:	Produção e consumo de preparações farmacêuticas (em bilhões de dólares) nos anos de 1976, 1985 e 1990.	2
Tabela 2:	Gastos per capita com medicamentos em dólares americanos em países em desenvolvimento e em países industrializados selecionados, 1990.	8
Tabela 3:	Preços de medicamentos no Brasil e no mercado internacional (US\$/Unidade).	21
Tabela 4:	Consolidado do PFB por região do Brasil, 1997.	34
Tabela 5:	Farmácias básicas por região do Brasil, 1997.	39
Tabela 6:	Gasto anual com o PFB, excluindo os estados de MG, SP e PR.	40
Tabela 7:	Modelos analisados quanto ao ponto de corte para classificar o grau de implantação do PFB.	86
Tabela 8:	Exemplo com os valores atribuídos aos indicadores no modelo 1.	87
Tabela 9:	Grau de implantação por estado – modelo 1- primeira versão.	88
Tabela 10:	Grau de implantação – modelo 1 – segunda versão.	88
Tabela 11:	Determinação do valor atribuído a cada indicador.	89
Tabela 12:	Exemplo com os valores atribuídos aos indicadores no modelo 2.	89
Tabela 13:	Grau de implantação – modelo 2.	90
Tabela 14:	Exemplo com os valores atribuídos aos indicadores no modelo 3.	91
Tabela 15:	Grau de implantação – modelo 3.	91
Tabela 16:	Sumário do grau de implantação.	100
Tabela 17:	Indicadores do grau de adequação da gestão nacional do PFB, 1998.	101
Tabela 18:	Indicadores de armazenamento dos pólos distribuidores.	106
Tabela 19:	Informações sócio-demográficas, sobre a situação de saúde e sobre o sistema de saúde nos estados do Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro, 1998.	109
Tabela 20:	Comparação entre o número de médicos por 1.000 habitantes no estado como um todo e apenas no interior, 1999.	110
Tabela 21:	Grau de implantação do PFB por dimensão analisada.	112
Tabela 22:	Indicadores do componente “distribuição” do PFB.	113
Tabela 23:	Indicadores do componente “armazenamento” do PFB.	120
Tabela 24:	Indicadores referentes ao componente “qualificação de recursos humanos” do Programa Farmácia Básica.	126
Tabela 25:	Indicadores de efeito do Programa Farmácia Básica.	129
Tabela 26:	Percepção de atores ligados à assistência farmacêutica sobre o PFB no nível local.	134
Tabela 27:	Percepção dos médicos sobre o PFB no nível local.	135
Tabela 28:	Principais pontos positivos atribuídos ao PFB pelos atores no nível local.	136
Tabela 29:	Principais pontos negativos atribuídos ao PFB pelos atores no nível local.	137
Tabela 30:	Número de unidades visitadas por município, 1999.	139

Tabela 31:	Atividades, referentes ao ciclo da assistência farmacêutica, realizadas em quatro municípios no estado do Rio de Janeiro.	140
Tabela 32:	Indicadores referentes ao armazenamento de medicamentos em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, 1999.	144
Tabela 33:	Número de profissionais por área de atuação, 1999.	145

LISTA DE QUADROS

Quadro		Página
Quadro 1:	Resumo esquemático dos principais componentes dos programas de medicamentos dos estados de Paraná, São Paulo e Minas Gerais.	33
Quadro 2:	Pólos Distribuidores por regiões do Brasil, 1998.	41
Quadro 3:	Teóricos em avaliação de programas.	53
Quadro 4:	Características do contexto que podem influenciar o grau de implantação e os efeitos observados, segundo os diferentes modelos de análise de mudanças.	57
Quadro 5:	Informações sócio-demográficas, sobre a situação de saúde e sobre o sistema de saúde.	75
Quadro 6:	Indicadores do grau de adequação da gestão nacional do PFB, 1998.	76
Quadro 7:	Indicadores do grau de adequação da gestão regional do PFB, 1998.	76
Quadro 8:	Indicadores utilizados para avaliação da implantação e dos efeitos do PFB, versão preliminar.	77
Quadro 9:	Indicadores utilizados na análise de implantação do PFB, segunda versão.	78
Quadro 10:	Atividades referentes ao ciclo da assistência farmacêutica realizadas no estado do Rio de Janeiro.	79
Quadro 11:	Métodos de compra utilizados por quatro municípios no estado do Rio de Janeiro, 1999.	142
Quadro 12:	Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca da gestão nacional do Programa.	151
Quadro 13:	Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca da gestão regional do Programa.	152
Quadro 14:	Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca das atividades do Programa no nível local.	152
Quadro 15:	Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca da assistência farmacêutica estadual.	154

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
Figura 1:	Fluxograma do Programa de Farmácia Básica	41
Figura 2 :	Representação gráfica do modelo de estudo de caso utilizado	66
Figura 3:	Modelo Lógico do Programa Farmácia Básica (PFB) para o estudo multicêntrico	70
Figura 4:	Esquema Sistêmico do Programa de Farmácia Básica	72
Figura 5:	Ciclo do processo administrativo do medicamento.	95
Figura 6:	Clusters para analisar a sustentabilidade.	97

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico		Página
Gráfico 1:	Tempo médio, em meses, entre a primeira e a segunda entrega do PFB em cinco estados brasileiros (indicador C5).	114
Gráfico 2:	Porcentagem média de tempo de desabastecimento para os medicamentos no sistema local de saúde.	114
Gráfico 3:	Disponibilidade de medicamentos do PFB em Depósitos Municipais e Unidades Básicas de Saúde	116
Gráfico 4:	Adequação do local de armazenagem nos Depósito Municipais e Medicamentos e nas UBS (indicadores B12 e B13, respectivamente).	121
Gráfico 5:	Adequação das boas práticas de estocagem nos Depósitos Municipais de Medicamentos e UBS (indicadores C18 e C19, respectivamente).	122
Gráfico 6:	Porcentagem de medicamentos a validade vencida e sem registro de validade em Unidades Básicas de Saúde.	124
Gráfico 7:	Porcentagem de medicamentos com a validade vencida e sem registro de validade em Depósitos Municipais de Medicamentos.	124
Gráfico 8:	Porcentagem de prescrições contendo injeção.	131
Gráfico 9:	Porcentagem de prescrições que contêm antimicrobianos.	131
Gráfico 10:	Comparação entre a porcentagem de medicamentos do PFB prescritos e atendidos.	133

LISTA DE ANEXOS

Anexo		Página
Anexo 1:	Elenco de medicamentos do PFB	176
Anexo 2:	Indicadores	180
Anexo 3:	Matriz de indicadores	210
Anexo 4:	Manual do entrevistador	220
Anexo 5:	Questionário PFB nível central	239
Anexo 6:	Questionário do pólo distribuidor	257
Anexo 7:	Questionário da SMS	279
Anexo 8:	Questionário da UBS	312
Anexo 9:	Questionário utilizado para avaliar a sustentabilidade do PFB	347
Anexo 10:	Questionário aplicado ao usuário	357

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	IX
LISTA DE TABELAS	XI
LISTA DE QUADROS.....	XIII
LISTA DE FIGURAS	XIV
LISTA DE GRÁFICOS	XV
LISTA DE ANEXOS	XVI
APRESENTAÇÃO	XIX
1. INTRODUÇÃO	1
2. ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS.....	4
2.1. Proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS)	4
2.2. Acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento	7
3. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL.....	19
3.1. Breve evolução histórica.....	20
3.1.1. Constituição Federal: uma nova fase	24
4. PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA 1997	30
4.1. Contra-partidas.....	33
4.2. Estratégia de implantação.....	35
4.3. Novas diretrizes.....	36
4.4. A descentralização da assistência farmacêutica básica	39
5. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS	42
5.1. Avaliação: conceitos, objetivos e tipologias.....	42
5.2. Determinantes teóricos da avaliação e da análise da implantação.....	48
6. OBJETIVOS DA PESQUISA:	55
6.1. Objetivo geral:	55

6.2. Objetivos Específicos:	55
7. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS (HIPÓTESES)	56
8. METODOLOGIA	57
8.1. Os estudos de caso	57
8.1.1. Estratégia da pesquisa	60
8.1.2. A seleção dos casos e unidades de análise.....	61
8.1.3. A pesquisa com usuários dos serviços de saúde.....	61
8.2. Modelo lógico	62
8.2.1. Indicadores.....	65
8.3. Validação e medida do grau de implantação	74
8.3.1. Construção de escores	77
8.4. A observação do contexto organizacional	87
8.4.1. A sustentabilidade do PFB.....	89
8.5. Coleta dos dados	91
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO	93
9.1. O grau de implantação observado nos estados	93
9.2. O grau de implantação e os determinantes contextuais	93
9.2.1. Gestão nacional	93
9.2.2. Nível Regional (Pólo Distribuidor).....	98
9.2.3. Os sistemas locais de saúde	100
9.3. A implantação e sua relação com os efeitos do programa	103
9.3.1. Distribuição	104
9.3.2. Armazenamento.....	109
9.3.3. Qualificação de recursos humanos	116
9.3.4. Indicadores de efeito do PFB.....	119
9.3.5. Percepção de atores.....	123
9.4. O caso do Rio de Janeiro	129
10. A QUALIDADE DA AVALIAÇÃO	135
10.1. A validade interna e externa da pesquisa	143
10.2. As limitações da pesquisa	144
11. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	145
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	151

APRESENTAÇÃO

A proposta para a realização deste trabalho, veio ao encontro de uma questão profissional, para nós, importante. As avaliações de assistência farmacêutica são, no Brasil, muito escassas e pontuais. Encontramos na revisão da literatura, poucos trabalhos abordando este tema, como Santich & Galli (1995), Pacheco et al. (1998), Adames (1997) e Rozenfeld et al. (1999). Assim, apesar de representar um desafio, por nunca termos trabalhado na área de avaliação, a proposta para realizar a avaliação do Programa Farmácia Básica (PFB) ofereceu-nos uma possibilidade singular para desenvolver e testar uma metodologia para a avaliação de programas de assistência farmacêutica, em nível nacional.

Como se trata de um programa de distribuição de medicamentos, procuramos contextualizar, na introdução, a problemática do acesso aos medicamentos essenciais, na perspectiva da produção e desenvolvimento de novos produtos pela indústria farmacêutica. Destacamos ainda, neste capítulo, a importância econômica deste segmento industrial e sua relação com a demanda e oferta, enquanto condicionantes do acesso aos medicamentos, de forma a subsidiar a reflexão sobre a importância de programas como o PFB.

Como o Programa Farmácia Básica possuía como objetivo principal, possibilitar o acesso da população carente ao medicamento essencial, achamos importante discutir um pouco a questão, destacando o conceito de medicamento essencial e as propostas da OMS para ampliar o acesso a este elenco de medicamentos (capítulo 2). Entendemos também que seria relevante destacar a experiência de outros países, em desenvolvimento e subdesenvolvidos, com programas de distribuição de medicamentos para a atenção primária, destacando suas dificuldades e os mecanismos propostos para solucioná-las, com o objetivo de enriquecer a experiência aqui apresentada e fornecer subsídios para a discussão de novos programas de assistência farmacêutica que sejam elaborados no futuro.

No capítulo 3, buscamos relatar, de forma breve, a evolução histórica da política de medicamentos no Brasil, destacando, a nosso ver, os pontos mais importantes para a discussão aqui proposta. Achamos de fundamental importância a inclusão deste capítulo para contextualizar a política de assistência farmacêutica, no âmbito da atenção à saúde, parte importante deste trabalho.

No capítulo 4, descrevemos o Programa Farmácia Básica, objeto desta avaliação, destacando seus objetivos e proposta de funcionamento.

No capítulo 5, introduzimos algumas questões relativas à avaliação de políticas/programas de saúde, de modo a fundamentar a discussão aqui proposta, ao mesmo tempo em que apresentamos uma breve revisão sobre os determinantes teóricos da avaliação e da análise de implantação.

Nos capítulos 6, 7, 8, 9 e anexos, apresentamos, respectivamente, os objetivos; pressupostos; metodologia; resultados e discussão; e instrumentos propostos para a realização desta pesquisa. No capítulo 9 procuramos detalhar a metodologia aqui proposta, por entendermos ser esta, uma das partes mais importantes deste trabalho, preocupando-nos, constantemente, em justificar as nossas escolhas e oferecendo, a outros avaliadores e/ou leitores, a possibilidade de realizarem seu próprio julgamento.

No capítulo 10 apresentamos um próxi de meta-avaliação (avaliação da avaliação), onde comparamos os resultados obtidos neste trabalho, com a avaliação realizada pela Divisão de Acompanhamento da Execução de Programas do Ministério da Saúde, com o objetivo de cumprir a última etapa do processo de avaliação, que consiste em avaliar sua qualidade. Este processo é equivalente a uma validação de modelo do tipo homotraço-heterométrico.

Finalmente, no capítulo 11, apresentamos as conclusões referentes à avaliação do Programa Farmácia Básica e as recomendações para programas futuros de natureza semelhante. Entendemos que a avaliação é importante não só para generalizar os resultados, mas também os processos. Esperamos, assim, ter contribuído para desenvolver uma metodologia que possa ser utilizada na avaliação de outros programas públicos, em especial os de assistência farmacêutica.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a OMS - Organização Mundial de Saúde – (WHO, 2000), o impacto econômico dos produtos farmacêuticos é considerável, especialmente nos países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos, o gasto com estes produtos representa menos de um quinto do gasto total com a saúde (público e privado), nas economias de transição ele encontra-se entre 15 e 30% e, nos países em desenvolvimento, entre 25 a 66%. Apesar de todo este gasto, a falta de acesso ao medicamento essencial, o uso irracional de medicamentos e sua baixa qualidade, continuam sendo sérios problemas para a saúde pública no mundo.

Os problemas de acesso aos medicamentos necessários à população de países em desenvolvimento são graves e apresentam vários dilemas, não somente para estes países, mas também para os países desenvolvidos e para as organizações internacionais como a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). E, naturalmente, as respostas políticas destes países e organizações afetam os grandes fabricantes de medicamentos, os quais estão localizados principalmente nos EUA, Europa e Japão (Schweitzer, 1997).

Enquanto o consumo e a produção de medicamentos estão muito equilibrados nas regiões ricas dos EUA, Europa e Japão, países na América Latina, África e Sudeste da Ásia importam uma parte importante dos seus medicamentos, como pode ser observado na tabela 1. Para Schweitzer (1997) há várias razões e conseqüências para este desequilíbrio. As duas principais razões são que os preços destes produtos são altos para a média de suas populações e os medicamentos necessários ao tratamento das principais doenças não se encontram disponíveis devido à falta de investimento de recursos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) que possibilitariam a produção de alguns desses medicamentos. A conseqüência mais importante é que o acesso aos medicamentos necessários torna-se, assim, limitado em países pobres. A discussão de acesso é, portanto, essencial para o entendimento de um dos principais debates políticos em relação à indústria farmacêutica: como podem os frutos de pesquisa e desenvolvimento beneficiar populações em países pobres em desenvolvimento?

A tabela 1 mostra que os países desenvolvidos produzem e consomem muito mais medicamentos que os países anteriormente socialistas e os países em desenvolvimento. Existe ainda um equilíbrio entre produção e consumo nos países desenvolvidos, conforme já referido acima. Os países em desenvolvimento, entretanto, importam aproximadamente 20% dos produtos farmacêuticos que utilizam, onde destacam-se os países da África que importam cerca de 60% do que consomem. De um modo geral, observa-se um aumento no consumo de medicamentos nos países estudados, com exceção da China que apresentou um decréscimo no consumo de medicamentos entre os anos de 1985 e 1990.

Tabela 1: Produção e consumo de preparações farmacêuticas (em bilhões de dólares) nos anos de 1976, 1985 e 1990.

	Produção	Consumo			RPC ^c (%)	RIC ^d (%)
		1976 ^b	1985 ^b	1990 ^a		
	1990 ^a	1976 ^b	1985 ^b	1990 ^a	1989 ^a	1989 ^a
Mercado nos países desenvolvidos	US\$109,7	—	—	US\$107,8	102,1	8,2
América do Norte	34,1	8,7	28,1	34,6	99,5	2,7
Europa Ocidental	40,4	13,1	22,0	36,5	111,1	20,3
Japão	33,5	4,0	14,0	34,6	98,1	2,1
Países anteriormente socialistas	13,0	—	—	14,0	NA	NA
Países em desenvolvimento	27,7	—	—	28,4	85,9	19,8
América Latina	11,9	3,6	5,6	9,0	92,0	10,6
África do Norte	0,6	—	—	1,4	44,5	58,5
Outros países da África	0,6	—	—	1,5	40,0	61,2
África	—	1,2	2,7	—	—	—
Sul e Leste da Ásia	7,4	2,9	6,6	8,4	89,8	15,1
China	5,3	2,9	6,6	5,4	100,5	3,7
Total	\$150,3	—	—	\$150,3	—	—

Adaptada de: ^aSchweitzer (1997); ^bMédici (1990)

^cRPC: razão de produção por consumo (inclui comércio intra-regional).

^dRIC: razão de importação por consumo (inclui comércio intra-regional).

A atenção dada aos medicamentos essenciais¹ pelas grandes indústrias farmacêuticas não atende às necessidades dos países em desenvolvimento. Um estudo realizado por Hartog (1993) nos anos de 1988 e 1989 com as 20 maiores indústrias farmacêuticas européias, mostrou que dos 3021 produtos oferecidos por estas indústrias, apenas 482 (16%) pertenciam à lista de medicamentos essenciais da OMS de 1988.

¹ São considerados medicamentos essenciais aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde da maioria da população e, por isso, devem estar sempre disponíveis em quantidade e em apresentações adequadas (WHO, 1997a).

Cerca de 70% dos medicamentos existentes no mercado mundial são duplicatas ou medicamentos não essenciais. Muitos não oferecem vantagem terapêutica sobre os medicamentos já disponíveis. Outros, demonstram alta toxicidade, relativa ao seu benefício terapêutico. Em alguns casos, os medicamentos são liberados para uso com informações insuficientes sobre sua segurança e eficácia. E ainda, muitos produtos novos destinam-se a indicações terapêuticas que não são relevantes às necessidades básicas da população. Eles quase sempre são mais caros que os medicamentos já existentes no mercado (MSH/WHO, 1997).

Segundo dados da OMS (WHO, 2000), no ano de 1999, ocorreram 40 milhões de mortes nos países em desenvolvimento, das quais 1/3 deram-se entre crianças com menos de 5 anos. Destas, 10 milhões foram devido a infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, tuberculose e malária, sendo que para a maioria destas doenças existem medicamentos essenciais seguros e baratos que poderiam ter salvado vidas.

2. ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

O acesso aos medicamentos essenciais pode ser definido como uma relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o seu uso adequado (Bermudez et al., 1999). Perchansky & Thomas, (1981) o considera como um conjunto de dimensões mais específicas de compatibilidade entre o paciente e o sistema de atenção sanitária, são elas:

- A *disponibilidade (availability)*, relaciona-se com o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos e com as necessidades dos clientes.
- A *oportunidade (accessibility)*, refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que é requerido pelos clientes.
- A *adequação (acomodation)* é a maneira como os recursos são organizados para seu fornecimento e a habilidade dos clientes para se adaptar.
- O *poder aquisitivo (affordability)*, relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos clientes.
- A *aceitabilidade (acceptability)*, refere-se às atitudes tanto de provedores quanto dos clientes a respeito de suas características e práticas.

2.1. Proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A enorme proliferação de medicamentos e seu freqüente uso inadequado, especialmente nos países em desenvolvimento, estimularam a OMS a examinar o problema e buscar uma solução. Considerando que as populações deveriam contar com um número básico de medicamentos realmente úteis e conhecer seu uso racional, a OMS preparou em 1977 uma lista modelo de 220 medicamentos essenciais que serviriam para tratar a maior parte dos problemas de saúde conhecidos, existentes, principalmente, nos países em desenvolvimento (WHO, 1977). O número limitado de medicamentos permitiria garantir a manutenção dos níveis de estoque e, através de um sistema de distribuição eficiente, tornaria o medicamento acessível às populações cujas necessidades básicas de saúde não são atendidas pelo sistema de fornecimento existente, além de estimular o seu uso racional. Vinte anos após sua primeira edição, a

lista de medicamentos essenciais contém atualmente 306 medicamentos, que corresponde a inclusão de 166 novos medicamentos e exclusão de 68 (WHO, 2000).

Assim, desde 1977, o número total de pessoas com acesso ao medicamento essencial têm crescido de 2,1 bilhões para um número estimado de 3,8 bilhões. Entretanto, pelo menos um terço da população mundial não tem acesso regular aos medicamentos essenciais. Nas partes mais pobres da África e da Ásia, esta falta de acesso chega a atingir 50% da população. Barreiras financeiras, políticas, sociais, geográficas e éticas às dimensões do acesso apresentadas anteriormente contribuem de forma importante para a realidade observada (WHO, 2000).

O uso da lista de medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento apresenta muitas vantagens em termos de economia e efetividade. O conceito de “lista de medicamentos essenciais”, entretanto, deve ser adaptado a uma variedade de situações locais, para que possam sempre representar as reais necessidades de saúde da maioria da população. A OMS propõe então um conjunto de critérios para a seleção destes medicamentos (OMS, 1985; WHO, 1997a):

- A escolha dos medicamentos deve considerar fatores, como padrões de prevalência de doenças; as facilidades de tratamento; a formação e experiência dos profissionais disponíveis; recursos financeiros; fatores genéticos, demográficos e ambientais.
- Só devem ser selecionados medicamentos que apresentem dados adequados sobre eficácia e segurança obtidos através de estudos clínicos.
- Cada medicamento selecionado deve estar disponível em uma forma na qual sua qualidade possa ser assegurada, incluindo a biodisponibilidade: deve ser previamente estabelecida a sua estabilidade sob condições de armazenamento definidas.
- Quando dois ou mais medicamentos são similares em relação aos critérios anteriores, a escolha entre eles deve ser feita baseada em uma avaliação cuidadosa de sua eficácia relativa, qualidade, preço e disponibilidade.
- Na comparação de custos entre medicamentos deve-se considerar o custo do tratamento total e não de uma unidade do produto. À razão custo/benefício deve-se dar especial importância quando da seleção de alguns medicamentos para a lista.

- Em alguns casos a escolha pode ser influenciada por outros fatores, como propriedades farmacocinéticas comparativas, ou por considerações locais como a disponibilidade de equipamentos para fabricação ou armazenamento.
- A maioria dos medicamentos essenciais deve ser formulado com um único princípio ativo.

A seleção de medicamentos essenciais é um processo contínuo que deve considerar mudanças nas prioridades de ação para a saúde pública e condições epidemiológicas, assim como o progresso da farmacologia e dos conhecimentos farmacêuticos. Ela deve ser acompanhada por um esforço para fornecer informações além de educar e treinar os profissionais de saúde no uso correto dos medicamentos (WHO, 1997a).

O processo de seleção de medicamentos essenciais começa com a definição de uma lista de doenças comuns para cada nível do sistema de saúde. O tratamento de primeira escolha para cada uma delas é a base para a lista de medicamentos essenciais, para o formulário nacional e as normas de tratamento (MSH/WHO, 1997).

A lógica de selecionar um número limitado de medicamentos essenciais está no fato de conduzir a um melhor suprimento e promover a prescrição mais racional, pois facilita a divulgação de informações sobre os medicamentos; facilita os esforços para promover a educação do paciente e o uso correto; e diminui o custo no gasto com os mesmos. A seleção de medicamentos tem um impacto considerável sobre a qualidade da atenção à saúde e o custo do tratamento, sendo por isso, uma das áreas onde a intervenção é mais custo-efetiva (MSH/WHO, 1997).

Desde que a primeira lista de medicamentos essenciais foi publicada em 1977 (WHO, 1977), o conceito de medicamentos essenciais tem sido amplamente difundido. Ele tem fornecido as bases racionais não só para a obtenção do medicamento em nível nacional, mas também para estabelecer as suas necessidades nos vários níveis dentro de um sistema de saúde.

Atualmente, cerca de 141 países possuem listas de medicamentos essenciais (Bermudez, 2000). Estas listas são usadas, para atender as necessidades de medicamentos, para treinamento de profissionais de saúde, para desenvolver protocolos de tratamentos, para estimular a produção farmacêutica de medicamentos de qualidade adequada e para o reembolso de custos por parte dos seguro de saúde (WHO, 1997a).

Os Governos reconhecem que tanto a lista como o programa de ação sobre medicamentos essenciais, estabelecido pela OMS em 1981, têm permitido aos países orientar suas políticas de medicamentos no sentido de limitar o número de fármacos oferecidos à população (Acevedo et al., 1995). O conceito de medicamentos essenciais está sendo aceito como uma ferramenta universal para promover a qualidade da atenção à saúde e o controle de custos (MSH/WHO, 1997). Estima-se que no momento, 88 países possuem políticas nacionais de medicamentos e 62 países elaboraram e utilizam um Formulário Terapêutico Nacional, entre eles, o Brasil (Bermudez, 2000).

Atualmente a missão da OMS no que se refere aos medicamentos inclui quatro objetivos principais (WHO, 2000):

- *Política* – garantir um compromisso dos governos para a implementação coordenada de políticas nacionais de medicamentos e o monitoramento do seu impacto.
- *Acesso* – assegurar a disponibilidade (*availability*) e o acesso financeiro (*affordability*) aos medicamentos essenciais, tendo como foco os problemas de saúde prioritários e as populações pobres e vulneráveis.
- *Qualidade e segurança* – garantir a qualidade, segurança e eficácia de todos os medicamentos através do fortalecimento de práticas reguladoras e da garantia dos padrões de qualidade.
- *Uso racional* – assegurar o uso de medicamentos terapêuticamente corretos e custo-efetivos por profissionais de saúde e consumidores.

2.2. Acesso a medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento

O acesso aos medicamentos essenciais é problemático para a população do Terceiro Mundo, dada à escassez de recursos, de pessoal capacitado e de suprimento nas instituições de saúde do setor público. Esta situação contrasta-se com a grande disponibilidade de medicamentos pouco úteis cuja venda tem sido amplamente promovida pela indústria farmacêutica, mediante campanhas de publicidade pouco éticas (Acevedo et al., 1995).

Uma pesquisa realizada pela OMS (WHO, 1988) em 104 países em desenvolvimento mostra que em 24 destes, menos de 30 % da população tem acesso regular aos medicamentos essenciais; em 33 países, entre 30 % e 60 % da população; e nos 47 países restantes, entre 60

% a 90 %. Observa-se, portanto, que a necessidade da maioria da população em relação ao medicamento, não é satisfeita. As diferenças na disponibilidade deste produto entre os países estão relacionadas à situação financeira e a questões políticas referentes aos medicamentos essenciais.

Conforme apresentado na tabela 2, a maioria dos países em desenvolvimento selecionados gastaram menos de US\$20 per capita com medicamentos em 1990; em contrapartida o gasto médio de países industrializados foi de US\$205, no mesmo ano.

Tabela 2: Gastos per capita com medicamentos em dólares americanos em países em desenvolvimento e em países industrializados selecionados, 1990.

PAÍSES ESTUDADOS	GASTO PER CAPITA COM MEDICAMENTO (US\$)	PAÍSES ESTUDADOS	GASTO PER CAPITA COM MEDICAMENTO (US\$)
JAPÃO	412	FILIPINAS	11
ALEMANHA	222	GANÁ	10
REINO UNIDO	97	CHINA	7
NORUEGA	89	PAQUISTÃO	7
COSTA RICA	37	INDONÉSIA	5
CHILE	30	KÊNIA	4
MÉXICO	28	BANGLADESH	2
TURQUIA	21	ÍNDIA	2
MARROCOS	17	MOÇAMBIQUE	2
BRASIL	16		

Fonte: Adaptada de MSH/WHO,1997.

Muitos países em desenvolvimento, particularmente na África, têm introduzido esquemas de pagamento baseados na venda de medicamentos essenciais (Hadad & Fournier, 1995). Isto é um dos principais elementos da Iniciativa de Bamako, que foi uma resposta à rápida deterioração dos sistemas de saúde desses países durante os anos de 1970 e 1980. Ela iniciou-se em 1987 em uma reunião entre os países da África Oriental em Bamako, República de Mali, promovida pela OMS e UNICEF (Barbosa, 1996; MSH/WHO, 1997). Desde então a iniciativa tem sido adotada por mais de 30 países da África, Ásia e América Latina.

Assim, organismos internacionais, em especial a OMS e o UNICEF, apoiaram a implantação de uma reforma do sistema de financiamento do setor de saúde que estaria voltado aos programas de cuidados básicos, através do pagamento das consultas e do tratamento terapêutico. Esperava-se que a recuperação dos custos reforçasse o orçamento do Estado destinado à saúde, de modo a renovar o estoque dos medicamentos e aumentar o volume de recursos públicos para as atividades preventivas de interesse da saúde pública.

Os objetivos da Iniciativa de Bamako são (Barbosa, 1996; MSH/WHO, 1997):

1. Tornar universal o acesso aos serviços essenciais de saúde através de uma política de descentralização e da restauração e expansão das redes existentes de cuidados primários;
2. Promover o envolvimento ativo da comunidade na administração dos serviços básicos de saúde, com especial atenção às necessidades das mulheres e crianças, através de sistemas de financiamento baseados no pagamento de consultas e tratamento terapêutico de usuários;
3. Promover a auto-suficiência e a melhoria no sistema de fornecimento de medicamentos essenciais através da participação das comunidades;
4. Garantir o financiamento dos custos recorrentes.

A Iniciativa de Bamako prevê um compromisso dos organismos internacionais para o fornecimento de medicamentos durante um período de três anos, nos lugares onde ela está sendo implantada, criando um sistema de recuperação de custos e estabelecendo um fundo rotativo que, juntamente com o apoio dos distritos e de níveis mais elevados, garanta cuidados primários de saúde mais adequados (Barbosa, 1996).

O programa da Iniciativa de Bamako tem sido implantado de forma diferente em vários países. A experiência entre os países varia consideravelmente no que diz respeito aos níveis de geração de recursos, efeitos sobre a utilização de cuidados de saúde, custo total de implantação do programa, impacto sobre a população pobre e disponibilidade de medicamentos.

Um estudo longitudinal feito por Haddad & Fournier (1995) no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1991 para avaliar a Iniciativa de Bamako no Zaire, demonstrou uma considerável diminuição nas atividades dos serviços de saúde, observada nos cinco anos do estudo. Em média, a utilização dos serviços de saúde na população estudada diminuiu em 40%. Uma das principais razões para o insucesso deste programa foi a alta inflação, com o preço dos medicamentos aumentando 100 vezes no período do estudo. Este estudo confirma que, a longo prazo, o aumento no custo (acima da inflação) tem um impacto negativo sobre a utilização dos serviços de saúde.

A Nigéria é o país mais populoso da África e apresenta como principal problema de saúde as doenças tropicais, que podem ser prevenidas por simples medidas como educação em saúde, imunização, melhora no abastecimento de água, nutrição e saneamento. Com esta

percepção, o Governo da Nigéria tem mudado sua estratégia com a adoção de uma nova Política Nacional de Saúde baseada nos cuidados primários o qual enfatiza a promoção da saúde; a prevenção e o controle das doenças; e o uso de tecnologias apropriadas, cientificamente válidas e simples, que possam ser aplicadas em todo o sistema de cuidados de saúde (Salako, 1991).

Um dos principais elementos dos cuidados primários de saúde é o fornecimento de medicamentos essenciais. A situação dos medicamentos na Nigéria tem sido caracterizada, até recentemente, por uma abundância de medicamentos que não têm relação com as necessidades de saúde da população e a falta daqueles que são mais necessários. As instituições públicas de saúde são as mais afetadas pela escassez de medicamentos. Raramente os medicamentos prescritos estão disponíveis nos hospitais, centros de saúde ou dispensários do Governo, forçando os pacientes a comprá-los no setor privado a preços mais altos do que eles podem pagar.

A Nigéria gasta apenas 1,5% de seu orçamento com a área da saúde e quase 90% deste destina-se aos salários dos profissionais e à manutenção da estrutura existente. Na tentativa de solucionar esta questão adotou-se uma Política Nacional de Medicamentos que propõe um sistema de fornecimento de medicamentos com recuperação total dos custos a partir dos consumidores. Os medicamentos são fornecidos aos pacientes a preços mais baixos que o comércio privado, pois o Governo os compra mais baratos, de forma centralizada, e os torna disponíveis para distribuição a um custo nominal através dos hospitais públicos e dispensários (Iniciativa de Bamako). O sistema opera com supervisão da administração do suprimento de medicamentos desde o nível local até o mais elevado nível nacional. A Iniciativa de Bamako está sendo operacionalizada apenas em um número limitado de áreas públicas mas, sua estrutura administrativa, é desenvolvida para tornar-se um modelo para o sistema de distribuição de medicamentos do Governo. Uma avaliação preliminar demonstra que este sistema tem sido bem aceito pelas pessoas e tem possibilitado melhoras consideráveis na situação de suprimento de medicamentos e maior utilização dos recursos de cuidados de saúde (Salako 1991).

Na Tanzânia, o programa de medicamentos essenciais (PME) foi criado especificamente para resolver o problema da escassez de medicamentos no país. O seu objetivo inicial foi criar fontes confiáveis de obtenção, um eficiente e efetivo sistema de distribuição e diminuir a dependência externa para o fornecimento de medicamentos.

O princípio operacional do sistema de fornecimento do PME na Tanzânia foi a criação de dois tipos de *kits*. O primeiro, foi o *kit* dispensário que continha medicamentos para tratar

1.000 pessoas por um período de aproximadamente 30 dias. O segundo *kit* era maior e foi destinado a centros de saúde. Estimou-se que um centro de saúde atendia 2.000 pessoas por mês e o conteúdo de medicamentos do *kit* esperava-se que atendesse a esta população por um período de 30 dias. Este programa iniciou-se em 1983 com a doação de 100% dos medicamentos feita pela DANIDA (*Danish Aid Agency*) (Munishi,1991).

O principal componente do PME foi a criação e adesão a uma lista de medicamentos essenciais. Entretanto, esta lista, que foi implementada pelas unidades diretamente ligadas ao Ministério da Saúde, não teve apoio legal para obrigar os fabricantes, importadores e distribuidores a aderir ao seu elenco. Assim, o desenvolvimento da Política Nacional de Medicamentos é vista como um assunto solitário do Ministério da Saúde, tornando sua implantação completamente impossível. Um dos fatores que contribuíram para o fracasso do PME, foi a existência de outras vias para obtenção e distribuição de medicamentos. Muitos hospitais e dispensários receberam seus medicamentos de Depósitos Centrais de Medicamentos/Ministério da Saúde. Algumas agências voluntárias também recebiam medicamentos dos Depósitos Centrais de Medicamentos, enquanto outras recebiam de benfeitores no exterior. Finalmente, a DANIDA, que é a maior doadora para a Tanzânia, também continuou a fornecer medicamentos que não faziam parte da lista do PME, para o setor governamental.

Os *kits* dispensário e centro de saúde são embalados pelo UNIPAC (*UNICEF Packing and Assembly Plant*) e exportados diretamente para os depósitos médicos reunidos em seis zonas de destinação na Tanzânia, sem passar pelo Ministério da Saúde ou pelos Depósitos Centrais de Medicamentos, sendo distribuídos para os dispensários com pouco ou nenhum problema. Não está claro, entretanto, como um sistema de obtenção e distribuição de medicamentos verticalizado e centralizado pode, no futuro, ser mantido pela Tanzânia com a mesma eficiência com que é mantido pelo UNICEF (Munishi, 1991).

No Nepal, o contingente anual de medicamentos essenciais fornecidos pelo Estado a qualquer dos estabelecimentos de saúde é suficiente apenas para seis meses, resultando em tratamentos incompletos. Por isso, muitas pessoas não têm acesso regular aos medicamentos essenciais, enquanto grandes quantidades de medicamentos não essenciais são vendidos. Nos anos de 1991 e 1992, as vitaminas e os tônicos estavam entre os itens mais vendidos, correspondendo a 10,3% dos medicamento vendidos no varejo. Dos cerca de 10.000 produtos farmacêuticos disponíveis no Nepal, apenas 20% são produzidos no país, apesar dos incentivos oferecidos pelo Governo para estimular o crescimento da indústria farmacêutica doméstica (Joshi & Khakurel, 1997).

Em 1984, os responsáveis de 14 postos de saúde do distrito de Kaski (Nepal) decidiram que cada posto estabeleceria uma comissão encarregada de estudar o problema da escassez de medicamentos e de examinar maneiras de resolvê-lo. A solução preferida pelas 14 comissões foi a de cobrar um valor preestabelecido por receita a partir de 1985. Após sete anos de implantação foi feita uma avaliação deste plano em dois postos de saúde selecionados no distrito de Kaski, da qual destacamos os seguintes pontos (Chaulagai, 1995):

- O plano contribuiu significativamente para o suprimento total de medicamentos nos postos de saúde. Desde 1988, quando o plano foi implantado, a verba arrecadada com os usuários corresponde à verba cedida pelo Estado. Cada projeto tem conseguido um saldo de mais de US\$3.000, porém apenas uma parte muito pequena dessa verba é utilizada para solucionar o problema da escassez de medicamentos, devido à falta de diretrizes claras e de apoio administrativo.
- A lista nacional de medicamentos essenciais contém 250 itens, dos quais somente 75 estão destinados aos postos de saúde. Estes postos compram medicamentos não classificados como essenciais - isto deve-se ao fato de o Governo não ter conseguido fazer respeitar a lista, pois ele mesmo fornece medicamentos que não constam da lista ou até medicamentos que estão oficialmente proibidos.
- O Governo fixou protocolos de tratamento para serem aplicados nos postos de saúde que dispõem dos medicamentos designados como primários e secundários para enfermidades específicas, porém em geral estas diretrizes não são seguidas. Isto conduz a amplas variações nas modalidades de tratamento assim como na utilização de antibióticos.
- As comissões dos postos de saúde conduzem suas atividades de forma bastante irregular, estando as suas funções de apoio e gestão mal definidas. Com frequência desconhecem o funcionamento do protocolo de medicamentos ou suas atribuições.
- Os medicamentos adquiridos de fornecedores locais chegam a custar o triplo do seu preço original, não havendo garantia da qualidade do produto, podendo, inclusive, estarem próximos à data de vencimento da validade.
- Prescrevem-se em quantidades arbitrárias múltiplos medicamentos que possuem, às vezes, as mesmas propriedades, o que ocasiona graves problemas de desperdício e farmacoresistência.

- A Oficina de Saúde Pública do Distrito não supervisiona o funcionamento do plano ou mantém um sistema de retro-informação. Os dois postos de saúde estudados não possuíam instruções sobre questões importantes relacionadas ao uso de medicamentos essenciais.

Verifica-se, portanto, que, embora este tipo de programa seja viável, é necessário a formulação de diretrizes aprovadas pelo Governo, para que se possa eliminar ou reduzir os erros decorrentes da má administração, como estava ocorrendo (Chaulagai, 1995).

No Peru, embora o Governo subsidie 78% do sistema público de saúde, este não possui características de universalidade. A população paga pela atenção e pelos insumos básicos que recebe, entre eles os medicamentos, financiando diretamente, cerca de 22% do gasto total do sistema público de saúde (Romero, 1998).

Nos últimos anos, o fornecimento de medicamentos através do setor público no Perú, caracterizou-se pela ineficiência, restringindo o acesso da população aos medicamentos essenciais, convertendo-se em um sério problema em nível de atenção primária. Neste contexto, em 1994, o Ministério da Saúde iniciou o “Programa de Administração Compartilhada de Farmácias” (PACFARM), dirigido à atenção primária de saúde. Este programa têm como finalidade garantir à população a disponibilidade e acessibilidade aos medicamentos essenciais, assim como sua correta utilização, estabelecendo um sistema descentralizado de fornecimento de medicamentos em nível nacional. Através de 32 Armazéns Subregionais pretende-se garantir o fornecimento de medicamentos essenciais a todos os Centros e Postos de Saúde do país, atendendo a uma população de aproximadamente 12 milhões de habitantes (Romero, 1998).

A Argentina estabeleceu uma lista de 300 medicamentos simples (que contém apenas 1 princípio ativo) que deveriam ser utilizados nos serviços públicos de saúde. Isto criou problemas com a indústria farmacêutica nacional, que abastece 45 a 50% do mercado interno produzindo principalmente combinações de medicamentos, que ficou receosa de ser excluída do mercado no setor público. Para cobrir as necessidades de medicamentos da parte mais pobre da população, o Governo criou um programa de medicamentos essenciais, o Fundo de Assistência de Medicamentos (FAM), cujos recursos provinham de taxas cobradas sobre cigarros e especialidades farmacêuticas. Entretanto, este programa, que tinha como objetivo tornar disponível 43 medicamentos essenciais para as famílias pobres, encontrou vários problemas sérios entre entraves administrativos e desafios legais (WHO, 1988).

Na Indonésia, há 285 fabricantes de medicamentos que atendem 95% das necessidades do país. Entretanto, são fabricadas no país matérias-primas para cerca de uma dúzia de medicamentos. A Indonésia tem mais de 13.500 fórmulas de medicamentos disponíveis no mercado. Isto talvez seja um excesso para a sua necessidade real em termos de diversidade de preparações. Apesar disto, um subconsumo de medicamentos prevalece no país. O consumo per capita anual de medicamentos estava estimado, em 1991, em US\$2,50. Este baixo consumo resulta, provavelmente, da ausência de um sistema social de saúde combinado com a baixa renda per capita. Três milhões de empregados do Governo e suas famílias, totalizando cerca de 12 milhões de pessoas, têm acesso a cuidados médicos e hospitalização, incluindo procedimentos cirúrgicos e óculos através da dedução de 2% dos seus salários. Outra parte da população pode ter sua conta de medicamentos reembolsada por seus empregadores em diferentes taxas (Darmansjah & Wardhini 1991).

Enquanto muitos não são capazes de comprar medicamentos, as classes média e alta apresentam um alto consumo destes produtos, exatamente como no resto do mundo (Darmansjah & Wardhini 1991).

O Governo das Filipinas criou a Política Nacional de Medicamentos para assegurar que medicamentos seguros e efetivos estejam disponíveis para todos os filipinos. Um importante componente desta política é o uso racional dos medicamentos pelos profissionais de saúde, o que foi assegurado pelo Governo através do Ato dos Genéricos em 1988. Este Ato promove, requer e assegura a produção e um adequado fornecimento, distribuição e uso de medicamentos identificados por seus nomes genéricos (Republic of the Philippines, 1991). O Ato dos Genéricos deve ser visto primeiramente como uma declaração do Governo das Filipinas às companhias de medicamentos multinacionais que, na sua procura de pesquisa e desenvolvimento de novos medicamentos, seja dada prioridade aos interesses da nação Filipina e às necessidades do seu povo (Dantes, 1991).

O México está classificado pela OMS no grupo de países com amplo acesso aos medicamentos essenciais e tem formulado alguns elementos de política nacional a este respeito. Já em 1958 encontrava-se estabelecida no país a primeira lista de medicamentos essenciais, que em 1960 deu origem ao primeiro Formulário Nacional de Medicamentos; finalmente, em 1977, foi elaborada a lista que compreendia o Quadro Básico de Medicamentos para as instituições de saúde. Este Quadro foi atualizado seis vezes, a última em 1989, contendo 322 medicamentos

genéricos em 443 apresentações farmacêuticas. Além disso, o Quadro proporciona informação clara, concisa e precisa para orientar o médico na prescrição (Acevedo et al., 1995).

Cabe destacar também que em 1984 circulavam ao redor de 20.000 produtos farmacêuticos no mercado nacional mexicano e que graças ao Programa de Regulação e Desenvolvimento da Indústria Farmacêutica, este número reduziu-se para 7.500 produtos. Por meio deste programa conseguiu-se também incluir o nome genérico do medicamento abaixo do nome comercial e a exigir que a apresentação farmacêutica seja acompanhada de instruções com indicações, contra-indicações, riscos e efeitos adversos. Entretanto, em um estudo transversal sobre uso de medicamentos e automedicação, que se realizou na cidade de Morelia, capital do estado de Michoacán, México, no ano de 1993, observou-se que apenas 28,4% dos medicamentos adquiridos em farmácias privadas pertenciam à lista de medicamentos essenciais, 51,4% dos medicamentos foram adquiridos por automedicação, 35,7% por prescrição médica e 13% por recomendação do vendedor da farmácia (Acevedo et al., 1995), sugerindo a necessidade de educação para o uso racional de medicamentos.

No setor público do Panamá, o Ministério da Saúde e o Instituto de Segurança Social (ISS), são provedores dos serviços de saúde, sendo o último responsável por mais de 62,5% dos cuidados oferecidos à população. Os medicamentos são fornecidos gratuitamente através das farmácias da Segurança Social para seus beneficiários chegando a cobrir cerca de 85% da população. Em 1988, seu mercado farmacêutico total foi de aproximadamente US\$60 milhões e foi igualmente dividido entre os setores público e privado. A importação constitui cerca de 80% do mercado. Há em torno de 3.800 medicamentos registrados no Panamá dos quais metade são combinações de princípios ativos, sendo ainda muitos medicamentos de eficácia não comprovada e combinações irracionais de princípios ativos. Apesar dos esforços para aumentar a prescrição de genéricos, 83% das prescrições contém nomes comerciais. Cerca de 20% de cada 20 medicamentos prescritos são de valor duvidoso. Segundo Lee (1991), muitas autoridades relatam que os preços dos medicamentos no Panamá podem chegar a ser três vezes maiores que em países vizinhos.

Muitos medicamentos são vendidos para indicações não comprovadas e a maioria dos produtos novos introduzidos no mercado farmacêutico não oferecem um benefício terapêutico significativo comparado com os que já existem no mercado. Além disso, muitos medicamentos vendidos por firmas americanas e inglesas não são comercializados nos seus respectivos países (Lee, 1991).

Em 1981, foi elaborado no Panamá, com a colaboração da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), um formulário de medicamentos comum ao Ministério da Saúde e ao ISS, porém, este formulário nunca foi oficialmente adotado e implantado. A seleção de medicamentos para serem estocados e distribuídos nas farmácias do ISS, é feita a partir dos medicamentos registrados. O formulário de medicamentos do ISS passou por várias revisões, havendo na última uma redução de aproximadamente 28% no número de medicamentos, resultando em uma lista com 390 medicamentos em 522 apresentações, muitos dos quais sem evidência de eficácia e segurança, combinações irracionais de princípios ativos e duplicações desnecessárias. Em 1989, os medicamentos do formulário foram classificados em níveis de prioridade para sua obtenção, constituindo um passo na direção de um verdadeiro formulário de medicamentos essenciais. A falta de qualidade e segurança do programa em nível nacional e institucional é um importante obstáculo para que se efetive o uso racional de medicamentos no país (Lee, 1991).

Na Índia os problemas de suprimentos de medicamentos refletem a falta de uma política nacional eficaz e de meios para assegurar a execução do programa de medicamentos. Entre os problemas mais comuns estão a escassez de medicamentos essenciais, a alta exagerada dos preços, o excesso de formulações, a deficiente garantia da qualidade, sistemas de distribuição inadequados, a facilidade com que se pode obter medicamentos sem receita, os casos de prescrição irracional, especialmente de antibióticos e a falta de diretrizes para o tratamento. O número de medicamentos por prescrição é considerado excessivo. Há poucas análises de custos/benefício e, freqüentemente, não são consideradas a inocuidade, as interações ou as reações provocadas pelos medicamentos. Com o objetivo de racionalizar sua aquisição e introduzir a noção de medicamentos essenciais, a Associação Médica Cristã e a Associação de Hospitais Católicos da Índia colaboraram na formulação de uma relação de medicamentos, cuja primeira impressão ocorreu em 1992. Visando a racionalização da prescrição e do uso de medicamentos foram organizadas uma série de seminários para os médicos, onde foram discutidos temas que compreendiam a análise crítica do material promocional, diretrizes para a seleção de medicamentos e gestão eficaz de uma farmácia hospitalar no que se refere a custos (Thomas et al., 1995).

Em 1994, o Governo na Índia elaborou uma lista de medicamentos essenciais contendo 275 itens. Separadamente, foi elaborada uma lista de 75 medicamentos para atendimento nos centros de saúde. As listas foram publicadas e distribuídas para os médicos que trabalhavam em hospitais e centros de saúde sendo autorizado pelo Ministério da Saúde o uso de apenas 10% do orçamento destinado aos medicamentos, para a compra de produtos que não constavam destas

listas (Chaudhury & Bapna, 1997), mostrando coerência interna no Governo no que diz respeito à implantação de suas políticas.

Países que possuem algum componente de uma política nacional de medicamentos, como laboratórios de controle de qualidade e uma lista de medicamentos essenciais para o setor público (Brasil, Argentina, Siri Lanca, Argélia, entre outros) têm, a despeito disto, um mercado privado importante com um grande número de marcas comerciais, algumas das quais de eficácia duvidosa encontrando-se longe de atender as necessidades de saúde da população. Há um grande consumo de medicamentos para tosse, vitaminas e laxativos nestes países. Entretanto, observadores independentes têm declarado que as indústrias têm melhorado sua prática. Os Governos destes países têm iniciado medidas mais rigorosas para a regulamentação de medicamentos como maior controle sobre o registro de produtos novos e revisão sistemática dos já existentes. Na América Latina, o Chile é a única exceção a esta tendência (WHO, 1988).

A situação dos medicamentos nos países em desenvolvimento, revela que os sistemas de aquisição e distribuição de medicamentos essenciais são deficientes e que a dependência da importação é alta. Nos anos 80, o mercado das indústrias multinacionais de medicamentos aumentou em 30% no Egito, 78% no Brasil e quase 100% nos países da África (Hartog, 1993). Além disso, falta infra-estrutura para um adequado registro de medicamentos em nível nacional, de modo a garantir que os medicamentos importados sejam seguros, efetivos e comercializados nos países que os exportam. Há ainda uma estrutura deficiente de controle de qualidade que possibilite verificar se os medicamentos importados pelos países em desenvolvimento possuem a mesma qualidade dos produtos consumidos nos países que os exportam. Finalmente, as práticas de prescrição, muito influenciadas pelas indústrias de medicamentos multinacionais, tendem a favorecer a prescrição de produtos que não são custo-efetivos.

Em contra-partida, a pesquisa de medicamentos, vacinas e equipamentos médicos está tornando-se cada vez mais cara e inviável para os países em desenvolvimento. Segundo a OMS (1996, p:28):

“Apenas 5% da quantia total dedicada às pesquisas de saúde diz respeito às necessidades dos países em desenvolvimento, que detém 93% da mortalidade infantil mundial (...). A aplicação racional do saber existente é essencial para o melhoramento de qualquer estratégia nacional ou internacional. Deverão ser

exploradas corretamente aquelas tecnologias que se adaptem a diferentes níveis sociais e econômicos.”

Wang'ombe & Mwambu (1987), propõem algumas práticas políticas que podem ser utilizadas para melhorar o acesso e o uso seguro e racional de medicamentos nos países em desenvolvimento:

1. Melhorar os procedimentos de seleção de medicamentos;
2. Treinar pessoal para a seleção dos medicamentos mais úteis para o formulário nacional;
3. Usar nomes genéricos em lugar do nome comercial na lista de medicamentos;
4. Estabelecer uma agência especializada para importar medicamentos;
5. Estabelecer um sistema nacional de distribuição de medicamentos essenciais;
6. Formular normas que estimulem a compra de medicamentos em grande volume para realizar economia de escala;
7. Promover mudanças no comportamento de médicos e pacientes em relação à prescrição e ao consumo de medicamentos através de processo educativo;
8. Estabelecer legislação sobre medicamentos e patentes que contemple a redução do tempo da patente, caso este seja demasiado grande e o fim da patente de alguns itens e processos;
9. Estimular a produção doméstica de medicamentos.

Embora estas soluções pareçam óbvias, a experiência de muitos países em desenvolvimento mostra que, apesar da adoção de muitas destas metas, as dificuldades na sua implantação e execução continuam sendo um problema para os setores farmacêuticos destes países.

3. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO BRASIL

O Brasil está entre os cinco maiores mercados de medicamentos do mundo com vendas anuais em torno de US\$ 9,6 bilhões. Entretanto, cerca de 48% da produção de medicamentos do país, beneficia apenas 15% da população (Brasil,1998). A análise do mercado brasileiro mostra que os produtos registrados e comercializados deixam muito a desejar no que se refere à qualidade, com 20% dos produtos não correspondendo às especificações da própria indústria farmacêutica (Bermudez & Possas, 1995). Ainda assim, os preços dos medicamentos no Brasil chegam a ser 20 vezes maiores que os preços internacionais (Bermudez, 1994). Exemplos destas diferenças são apresentados na tabela 3.

Tabela 3: Preços de medicamentos no Brasil e no mercado internacional (US\$/Unidade).

MEDICAMENTO	BRASIL	UNICEF
Acetaminofen	0,17	0,01
Sulfametoxazol + Trimetoprima	0,21	0,01
Amoxicilina 500 mg	0,54	0,08
Furosemida	0,09	0,005
Ácido Acetilsalicílico	0,02	0,008
Metildopa 250 mg	0,14	0,03
Hidróxido de Alumínio	0,04	0,007
Fenobarbital 100 mg	0,02	0,01

Fonte: Bermudez, 1994.

No período compreendido entre dezembro de 1989 e outubro de 1999, os preços dos medicamentos no Brasil cresceram, em termos reais, cerca de 54% (Serra, 2000). Entretanto, no final do ano de 1992 a crise de medicamentos agravou-se devido ao aumento brusco dos preços de venda de medicamentos, decorrentes do fim do controle de preços por parte do Governo. Estudos realizados durante o período de abril de 1992 e abril de 1993 mostram que, frente a uma inflação estimada em 1608%, os preços de alguns medicamentos aumentaram em 2600% (Bermudez & Possas, 1995), na tentativa de recuperar a margem de lucro perdida durante o período com controle governamental. Isto dificultou ainda mais o acesso da população aos medicamentos. Há, portanto, necessidade de se implementar no Brasil, políticas que priorizem o acesso da população com menor poder aquisitivo aos medicamentos essenciais.

3.1. Breve evolução histórica

Em 25 de junho de 1971, foi criada pelo Decreto nº68.806, a Central de Medicamentos (CEME), tendo como objetivos principais, a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica² aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos (Pereira, 1995). Entre os seus objetivos específicos ressalta-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (Bermudez, 1995).

A CEME passou por várias fases desde sua criação. Por ser um órgão que estava ligado diretamente à Presidência da República, estaria sujeito às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época. Por isso, desviava-se dos seus objetivos iniciais na medida em que o contexto político se alterava.

Em 30 de julho de 1973 foi aprovado e consolidado o Decreto nº2.552 que instituía o Plano Diretor de Medicamentos, sendo definido no art 2º como “o conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento necessário ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, como fonte complementar de saúde e bem-estar social” (Pereira, 1995, p:88).

² Assistência Farmacêutica é o “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.” (MS 1998d)

Para Bermudez (1992, p:31) “o Plano Diretor de Medicamentos, foi um marco referencial que definia e norteava os rumos da atuação da CEME ao longo dos seus mais de vinte anos de existência.”

Em 1975 foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) através da Portaria nº233 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a proposta de ser periodicamente revisada (Pereira, 1995).

A RENAME, era um instrumento estratégico da Política Nacional de Medicamentos. Técnicos da CEME, após estudos, chegaram a listar 305 substâncias farmacêuticas (fármacos básicos) que possibilitariam atender a 99% das necessidades médicas da população, sendo, portanto, um instrumento racionalizador dos critérios e procedimentos de compra (Pereira, 1995).

Dentre os principais problemas relacionados à RENAME, podem-se destacar (Medici et al., 1991, p:60):

- Escassa influência no consumo e na produção de medicamentos. Pesquisa realizada pela CEME em 1986, demonstrou que apenas 63% da classe médica sabia da sua existência. Destes, a maior parte desconhecia os itens que a compunham.
- Desarticulação entre os diversos componentes do Sistema Único de Saúde (SUS), que não se integravam no sentido de aperfeiçoar e adequar a RENAME ao uso no cotidiano.
- Precária infra-estrutura de armazenamento e dispensação de medicamentos, agravada pela escassez de recursos humanos qualificados nas unidades de saúde. Isto conduzia a perdas de medicamentos devido ao controle inadequado dos prazos de validade e das condições de acondicionamento dos produtos.
- Inadequação da programação das necessidades de medicamentos, pois não eram observados parâmetros de morbidade da região.
- Ausência de preocupação governamental em atualizar a RENAME, o que dificultou ainda mais sua credibilidade junto aos órgãos produtores e distribuidores de medicamentos.

Embora a RENAME seja uma lista de medicamentos prioritários, o seu fornecimento por parte do Governo para as unidades de saúde foi deficiente durante um grande período da

existência da CEME. “Ainda assim, a RENAME simboliza um esforço na direção de uma assistência farmacêutica mais eficaz e de melhor qualidade” (Pepe & Veras, 1995, p:19).

Em 1987, entrou em operacionalização a *Farmácia Básica*, que foi uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde (Bermudez, 1992). Foi idealizada como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial. A Farmácia Básica foi elaborada utilizando-se dados de morbidade e esquemas de tratamento padronizados para as distintas regiões do país. Os módulos-padrão foram planejados para atender as necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses, constando de 48 medicamentos. Posteriormente foram acrescentados à Farmácia Básica, medicamentos de uso contínuo, totalizando 60 medicamentos considerados de maior demanda na rede pública de saúde (Bermudez, 1995; Medici et al., 1991).

Em 1987, ano em que o programa foi implantado, apenas 3.370 dos 4.600 municípios brasileiros foram beneficiados com a Farmácia Básica. As discontinuidades nos anos posteriores impediram que este programa tivesse um desempenho mais satisfatório. Em 1989 o programa contemplou 50 milhões de pessoas (Medici et al., 1991), através de mais de 19.200 farmácias básicas implantadas (Castelo et al., 1991).

Para Bermudez (1995, p:137):

“O módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político que contribuiu para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional.”

Embora na implantação da Farmácia Básica tenham sido consideradas as diversidades regionais, a existência de um módulo-padrão em nível nacional, não contemplou estas diversidades. O mesmo módulo-padrão era fornecido para todas as regiões do Brasil que apresentavam perfil epidemiológico totalmente diferenciados. Este fato teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdício. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa, fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a data de validade próxima ao vencimento o que promovia grandes perdas de medicamentos, pois todas as unidades

encontravam-se simultaneamente abarrotadas dos mesmos lotes dos produtos, impossibilitando inclusive seu remanejamento .

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a assistência farmacêutica (Brasil, 1988). Apesar disto, no período compreendido entre 1991 e 1992, a CEME reduziu a 20% seus níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o SUS (Bermudez, 1995).

A partir de 1990, com o advento do Governo Collor, os problemas de indefinição dos objetivos da CEME se agravaram. A CEME passou por uma fase de agitação e mudanças caóticas. Sua estrutura administrativa foi desmontada usando-se como pretexto a modernização, denotando uma típica ação de sabotagem, que por sorte, veio à tona com os escândalos do Governo Collor (Pereira, 1995).

Em 1993 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Assistência Farmacêutica que integrou todas as ações destinadas a estabilizar o mercado de medicamentos mediante intervenções nas estruturas de programação, produção, distribuição, infra-estrutura, vigilância sanitária, investigação e ações educativas. Com esta finalidade foram tomadas as seguintes medidas: efetuaram-se acordos de produção com todos os laboratórios públicos; medicamentos hepatoprotetores, antidiarreicos e que apresentavam associações de princípios ativos em doses fixas foram retirados do mercado; foi nomeada uma comissão assessora do Ministério da Saúde e se iniciaram campanhas para divulgar as ações do Governo (Bermudez & Possas, 1995).

Um dos pilares deste Programa foi a promulgação do Decreto nº793 em abril de 1993, que determinava a obrigatoriedade da denominação genérica em destaque na embalagem de todos os medicamentos; a obrigatoriedade da presença do profissional farmacêutico em todas as farmácias; e a autorização de fracionamento de medicamentos, desde que fossem garantidas a qualidade e a eficácia terapêutica originais dos produtos (Bermudez & Possas, 1995). Este Decreto porém, nunca foi implementado, propiciando o fracasso de boa parte do Programa.

Em agosto de 1997, a série de escândalos ocorridos, culminou com a desativação da CEME e o realinhamento estratégico das competências, planos, programas e projetos a cargo da mesma (Bermudez et al., 1997). Desta forma, as suas atividades foram pulverizadas em diferentes órgãos do Ministério da Saúde, como Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de

Políticas de Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, esta última posteriormente extinta.

3.1.1. Constituição Federal: uma nova fase

Na Constituição Federal (Brasil, 1988) a saúde é definida como um direito social. Este princípio constitucional, consolidado nas leis 8.080/90 e 8.142/90, estabelece as diretrizes básicas de acordo com as quais o Estado deve prover as condições necessárias ao efetivo funcionamento do modelo de saúde proposto para a sociedade brasileira.

Esses princípios fundamentais concretizaram-se no Sistema Único de Saúde (SUS), tornando o Estado responsável por instituir um sistema de saúde descentralizado, universal e equitativo. No que concerne à assistência farmacêutica a função de cada esfera de governo no SUS está assim definida:

1 – Nível federal – torna-se responsável por “assegurar a disponibilidade e a equidade no acesso de toda à população a medicamentos eficazes, de qualidade, ao menor custo, com uso correto mediante a implementação de uma política nacional de medicamentos que contemple os aspectos de formulação, implementação, monitoria e avaliação; que legisle e regulamente a prescrição e distribuição de medicamentos nos distintos níveis de atenção mediante a autorização de registro e a padronização de uso; que promova o acesso aos medicamentos essenciais; que fomente o uso racional dos medicamentos, adequando ao máximo tanto a prescrição como a dispensação por meio de informações que deverão ser providas por organismos isentos de interesses econômicos” (CONASS, 1998a, p:37).

Cabe, então, à esfera federal, coordenar, no âmbito do SUS, a política nacional de assistência farmacêutica e, em particular, definir os programas estratégicos ou prioritários para o Ministério da Saúde, bem como os medicamentos essenciais à sua execução e estabelecer critérios e cronogramas para a efetiva descentralização das atividades de assistência farmacêutica e do seu financiamento, entre outras.

2 – Nível estadual - é responsabilidade desta esfera de governo, conforme a lei 8.080/90, em caráter suplementar “formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, mediante a implementação de uma política de assistência farmacêutica estadual que contemple as necessidades de: definir um elenco de medicamentos de sua responsabilidade e, portanto, o orçamento destinado à aquisição deste elenco prioritariamente por

meio de laboratórios oficiais; receber, armazenar, distribuir e dispensar adequadamente os medicamentos fornecidos pelo Governo federal e os adquiridos pelo estado e, especialmente, investir na infra-estrutura do almoxarifado e das farmácias das suas unidades de saúde; assessorar e avaliar as atividades e ações dos serviços de assistência farmacêutica nos municípios; definir a relação estadual de medicamentos, baseada na RENAME, adequada à realidade do estado, bem como o anuário terapêutico nacional; investir no desenvolvimento de recursos humanos especializados em política e gestão da assistência farmacêutica e implementar as ações de vigilância sanitária de sua competência” (CONASS, 1998a, p:37).

3 – *Nível municipal* - as responsabilidades desta esfera são basicamente as mesmas da esfera estadual, porém adaptadas ao seu nível de ação.

O contexto onde se inseria esta discussão política era caracterizado, como ainda hoje o é, por um mercado farmacêutico onde existiam lançamento de produtos supérfluos e propaganda enganosa sem qualquer padrão ético, promovida pela indústria farmacêutica. Isto ocorreu devido à falta de regulação, permitindo que o medicamento seja ainda tratado como um bem de consumo e não como um insumo essencial às ações de saúde. De outro lado, a dependência tecnológica e econômica fazem do Brasil ao mesmo tempo, um dos maiores mercados mundiais, dos mais dependentes e claramente concentrador, com uma grande parcela de excluídos. Iniciava-se então na II Oficina de Trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (1998a) um debate mais global, onde situava-se a necessidade de promover políticas farmacêuticas como forma de garantir um acesso mais equitativo e socialmente justo aos medicamentos essenciais e, ao mesmo tempo, promover o seu uso racional. Surgem neste período, ações isoladas de estruturação da assistência farmacêutica em nível estadual já com vistas a implementar o processo de descentralização. Este movimento inicia-se pelo estado do Ceará, seguido pelos estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais.

Na III Oficina de Trabalho do CONASS, realizada em Mato Grosso do Sul em agosto de 1997, é criada a Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica e já na sua primeira reunião discute-se o desabastecimento e a dificuldade na aquisição de medicamentos de alto custo; a necessidade de continuidade do processo de revisão da RENAME; a elaboração e ampla divulgação do formulário terapêutico nacional; a necessidade de que a assistência farmacêutica seja articulada entre as três esferas de governo, envolvendo os laboratórios oficiais e promovendo a discussão e

implementação do processo de descentralização; e exige-se do Ministério da Saúde a convocação imediata da Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CONASS, 1998b).

No ano de 1998, após 15 anos da última revisão publicada no país, a RENAME foi finalmente atualizada, seguindo as diretrizes recomendadas pela OMS, tendo por base, a revisão feita em 1993 pela CEME, mas não divulgada, além de revisão da literatura mundial recente. Nesta nova edição, conferiu-se ênfase à avaliação de segurança e eficácia, além de considerar a disponibilidade dos produtos no mercado interno. A nova RENAME contém 323 princípios ativos em 484 apresentações destinadas a atender as principais nosologias prevalentes no Brasil (MS, 1999a). A RENAME/99 é mais do que uma lista de medicamentos padronizados, pois seu texto original contém justificativas para inclusão de cada medicamento, que, por sua vez, estão organizados por grupo farmacológico com orientação terapêutica, com finalidade de facilitar seu uso tanto pelos prescritores quanto em ambientes didáticos. Espera-se que seu potencial seja explorado pelos profissionais de saúde no novo contexto da descentralização da gestão em saúde.

Neste mesmo ano, o processo de elaboração da Política Nacional de Medicamentos (PNM) encontrava-se em curso, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Então, após ampla discussão e aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Ministério da Saúde definiu, através de portaria nº3916/GM (Brasil, 1998a), a Política Nacional de Medicamentos que tem como propósito fundamental “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

Para garantir o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade ao menor custo possível, a PNM contempla um conjunto de diretrizes para orientar as ações, de modo a atingir o objetivo proposto:

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais
- Regulamentação sanitária de medicamentos
- Reorientação da assistência farmacêutica
- Promoção do uso racional de medicamentos

- Desenvolvimento científico e tecnológico
- Promoção da produção de medicamentos
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

Esta Portaria prevê a reorientação do modelo de assistência farmacêutica com a incorporação de ações relacionados à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. Para tanto, ela deverá estar fundamentada:

- Na descentralização da gestão;
- Na promoção do uso racional dos medicamentos;
- Na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público;
- No desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

Outra iniciativa do Governo federal com o objetivo de expandir o acesso da população aos medicamentos, foi a regulamentação da lei nº9787/99 (Brasil, 1999e) , mais conhecida como a “lei dos genéricos”, através da Resolução nº391/99 (Brasil, 1999f). Esta Resolução dá prioridade à implantação do medicamento genérico³ no Brasil, dentro da política de medicamentos do Ministério da Saúde. Com a lei dos genéricos o Governo pretende assegurar a qualidade, segurança e eficácia do medicamento genérico e garantir a sua intercambialidade com o respectivo produto de referência⁴ através da realização de testes de bioequivalência (Brasil, 1999e), oferecendo medicamentos seguros e a um custo mais baixo para a população.

Segundo Bermudez (2000, p:2) a lei dos genéricos é

“motivo de polêmica nacional e objeto de manipulação na mídia, sua implementação é aplaudida pelos movimentos sociais e as corporações

³ Medicamento genérico é o “medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência Pela DCI”. (Brasil, 1999e)

⁴ Medicamento de referência é o “produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro” (Brasil, 1999e).

dos profissionais de saúde no Brasil, que sempre pleitearam políticas capazes de expandir o acesso da população aos medicamentos essenciais e combatida, ferozmente, por setores da indústria que objetivam consolidar cada vez mais a hegemonia e os monopólios conferidos pelas marcas comerciais, pagando cachês milionários aos apresentadores de programas populares de TV com a finalidade de confundir a população, numa tentativa clara de inviabilizar, obstaculizar ou adiar a implementação das medidas apontadas na referida lei”.

Apesar de iniciativas como a lei dos genéricos, a revisão da RENAME e a implementação da PNM, os freqüentes cortes promovidos nos gastos com a saúde e o aumento nos preços dos medicamentos, comprometem os programas de assistência farmacêutica e contribuem para o desabastecimento de medicamentos essenciais à assistência à saúde, onerando ainda mais o sistema através de internações devido ao agravamento de quadros clínicos que poderiam ser evitados caso não houvessem interrupções em tratamentos crônicos (Bermubez & Bonfim, 1999).

Observa-se assim, um modelo distorcido de atendimento, onde pacientes são tratados como números e estatísticas e o hospital é porta de entrada para o sistema, devido à inexistência de hierarquização da rede assistencial. Faltam insumos necessários às ações de saúde, em especial, produtos farmacêuticos para a atenção básica, assistência especializada, programas prioritários, doenças endêmicas emergentes e reemergentes (Bermubez & Bonfim, 1999).

Uma questão de fundo que permeia todo este processo são as reformas por que passam diversos países no mundo, entre eles o Brasil, que são pautadas na perspectiva neoliberal. Desta forma, a necessidade de criar condições macroeconômicas mais sustentáveis têm-se centrado nos esforços para reduzir o tamanho do setor público, restringindo a atuação do Estado àquelas ações que lhe são “próprias”, alegando-se que, por esta via, tornar-se-ia mais eficiente (Almeida, 1999). Segundo esta autora, o movimento de reforma do estado, tem provocado uma mudança substancial na arena política setorial com questionamentos acerca da organização e do desempenho dos sistemas de serviços de saúde. Para Almeida (op. cit.) as perspectivas reformistas setoriais estão pautadas em dois eixos centrais: a contenção de custos de assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação da combinação público/privado, a partir da descentralização de

atividades e responsabilidades, permitindo uma maior participação dos níveis regionais e locais na solução de problemas e do aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados). Para Isaza (1999) o contexto no qual ocorrem estas reformas no setor saúde pode ser caracterizado pelos seguintes elementos: reorganização econômica e seu impacto nas políticas de gasto público; modernização do estado; revalorização da esfera local; busca da eficiência, efetividade e sustentabilidade; e respostas às mudanças demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e culturais.

4. PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA 1997

O Programa Farmácia Básica (PFB) foi criado em 1997 com o objetivo de proporcionar, inicialmente, o acesso das populações menos assistidas dos municípios mais carentes do Brasil, a um elenco de 40 medicamentos essenciais, cumprindo-se desta forma, o dispositivo constitucional que assegura o direito à saúde (MS, 1997c).

O programa baseou-se no diagnóstico de um dos graves problemas de saúde pública, o abandono e a descontinuidade dos tratamentos, pela impossibilidade financeira dos pacientes de comprar os medicamentos prescritos, conduzindo à reincidência e ao agravamento de doenças que podem ser curadas ou controladas por cuidados profiláticos (Folha de Manguinhos, 1997).

O PFB era um módulo padrão de suprimento distribuído uniformemente entre os municípios selecionados, composto por itens de uso mais generalizado, em quantidades calculadas para a cobertura das necessidades de 3.000 pessoas, no período médio de 3 meses. Foram então selecionados medicamentos que permitissem o tratamento eficaz e a menor custo das doenças mais comuns que afetavam a população brasileira, fundamentando-se, principalmente, na experiência anterior da CEME e nos programas de assistência farmacêutica dos estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais (este último encontrava-se em fase final de planejamento). Estes 3 estados, desenvolveram programas de distribuição de medicamentos para a atenção básica que, junto com a Farmácia Básica distribuída pelo Governo federal em 1987, foram fonte de inspiração para a estruturação do Programa Farmácia Básica. As principais características dos programas que subsidiaram a estruturação do PFB estão descritas no quadro 1.

Na definição do elenco de medicamentos para compor o PFB, deu-se prioridade àqueles produzidos pelos laboratórios oficiais, uma vez que a maioria dos medicamentos básicos constam das suas linhas de produção. Essa prioridade garantiu preços consideravelmente menores, qualidade dos produtos e facilidade nos procedimentos de aquisição (CONASS, 1998a).

Quadro 1: Resumo esquemático dos principais componentes dos programas de medicamentos dos estados de Paraná, São Paulo e Minas Gerais.

COMPONENTE DO PROGRAMA	PARANÁ	SÃO PAULO	MINAS GERAIS
SELEÇÃO DOS MEDICAMENTOS	<u>Critérios de inclusão:</u> constar da RENAME; serem eficazes, seguros e disponíveis para aquisição ao menor custo possível. <u>Número de itens:</u> 32 princípios ativos em 40 apresentações	<u>Critérios de inclusão:</u> demanda histórica de consumo de medicamentos, fornecida pelos municípios; Sétima Lista de Medicamentos Essenciais da OMS; capacidade de produção do medicamento pela FURP (Fundação para o Remédio Popular). <u>Número de itens:</u> 32 princípios ativos em 40 apresentações.	<u>Critérios de inclusão:</u> estudo de demanda feito pelas Diretorias Regionais de Saúde (DRSs), lista de medicamentos da Farmácia Básica CEME de 1987, Oitava Lista de Medicamentos Essenciais da OMS, Lista de Medicamentos dos programas de São Paulo e Paraná, linha de produção da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), patologias mais frequentes atendidas pelas UBSs. <u>Número de itens:</u> 29 princípios ativos em 36 apresentações.
SELEÇÃO DOS MUNICÍPIOS	Índice de Salubridade	Populacional	Populacional e Índice de Desenvolvimento Humano.
AQUISIÇÃO	CEME, produção no CEMEPAR (Centro de Medicamentos do Paraná), em laboratórios públicos estaduais conveniados, laboratórios oficiais de outros estados ou de laboratórios privados.	FURP	FUNED e laboratórios oficiais conveniados
DISTRIBUIÇÃO	<u>Centralizado:</u> CEMEPAR → Regionais de Saúde → Secretarias Municipais de Saúde → UBS.	<u>Descentralizada:</u> FURP → UBS	<u>Descentralizada:</u> FUNED → UBS
REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS	Módulo-padrão completo, trimestralmente	De acordo com o consumo, trimestralmente	De acordo com o consumo, trimestralmente
CONTROLE DE QUALIDADE	Laboratórios credenciados	FURP	FUNED
CONTROLE DE ESTOQUE INFORMATIZADO	Nível central	Nível central, regional e local (alguns municípios)	Nível central, regional e local
SEMINÁRIO DE IMPLANTAÇÃO	Não	Sim	Sim
CUSTO MENSAL COM MEDICAMENTOS	R\$912.000 (R\$0,23/hab/mês)	R\$2.500.000 (R\$0,19/hab/mês)	R\$517.000 (R\$0,17/hab/mês)
PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO ATENDIDA ¹	43% do estado	45% do estado (74% da CSI)	18% do estado

Fonte: Cosendey et al., 2000. ¹Porcentagem da população atendida até o momento em que foi realizado este estudo (maio de 1998)

A quantificação dos medicamentos foi feita utilizando o critério de consumo médio por tratamento, obtido a partir dos esquemas padronizados de terapia ambulatorial, preconizados habitualmente nas eventualidades clínicas mais comuns (MS, 1997c).

O critério utilizado para a seleção dos municípios foi o de disponibilidade financeira. Desta forma, procurou-se estabelecer um ponto de corte que permitisse atender a um maior número de municípios. Foram então selecionados todos os municípios com população até 21.000 habitantes, com a expectativa de atender 4.199 municípios, cobrindo uma população de 35.511.679 pessoas, com um custo anual de R\$111.288.592,00 (R\$3,1339/pessoa/ano) com a aquisição e a distribuição de medicamentos (tabela 4).

Tabela 4: Consolidado do PFB por região do Brasil, 1997.

REGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	% POPULAÇÃO COBERTA	FARMÁCIAS BÁSICAS	CUSTO (R\$) ¹
NORTE	331	2.793.112	24,7	950	2.231.597,50
NORDESTE	1.312	13.137.464	29,4	4.340	10.194.877
CENTRO-OESTE	368	2.819.524	26,9	945	2.219.852,25
SUDESTE	1.227	9.654.989	14,4	3.233	7.594.478,65
SUL	961	7.106.590	30,2	2.376	5.581.342,80
TOTAL	4.199	35.511.679	22,6	11.844	27.822.148,20
CUSTO/HAB/ANO	---	---	---	---	3,13

Fonte: MS (1997c)

¹Refere-se aos custos de aquisição e distribuição por trimestre

Além dos objetivos já citados, o PFB possuía ainda os seguintes (MS, 1997c):

- Incentivar os estados a implantar programas próprios de assistência farmacêutica;
- Reduzir expressivamente o número de internações hospitalares, reduzindo de forma significativa as despesas do Ministério da Saúde em outros segmentos;
- Incrementar as atividades dos Laboratórios Oficiais, fortalecendo suas posições dentro do contexto da indústria farmacêutica, com a produção de medicamentos de baixo custo e com qualidade para consumo pela população alvo;
- Melhorar a qualidade de vida das populações locais, através da assistência imediata à saúde básica;

- Promover social e politicamente o Ministério da Saúde e o Governo Federal.

O Governo esperava que a integração deste programa com outros no campo da alimentação e nutrição, do saneamento básico e da educação, completasse o leque de ações que promoveriam a melhoria da qualidade de vida e a busca do exercício pleno da cidadania (MS, 1997c)

4.1. Contra-partidas

Desta forma, o PFB, foi criado ainda na gestão da CEME, buscando uma parceria e definindo as responsabilidades das três esferas de governo desde o ingresso dos recursos, até a dispensação do medicamento no ambulatório municipal. Como os programas de assistência farmacêutica dos estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais, também previa contra-partidas das esferas de governo envolvidas, estas seriam (MS, 1997c):

Ministério da Saúde:

- Coordenar, controlar, acompanhar e avaliar todas as fases do PFB;
- Executar a aquisição e distribuição das Farmácias Básicas na primeira fase do PFB;
- Repassar aos Laboratórios Oficiais dos Estados que possuísem programas próprios de distribuição de medicamentos, recursos correspondentes ao número de Farmácias Básicas que lhes caberia;
- Adequar, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), o elenco básico de medicamentos à necessidade específica da nosologia regional prevalente;
- Garantir o controle de qualidade dos medicamentos, através dos sistema de referência do Ministério da Saúde;
- Definir o cronograma geral de distribuição;
- Controlar, em conjunto com a SES, os níveis de estoque de medicamentos em todas as fases da execução do programa;
- Apoiar e orientar tecnicamente, em conjunto com a SES, os municípios na implantação de seus almoxarifados e no armazenamento de medicamentos;
- Estimular os estados a instituir programas próprios de distribuição de medicamentos básicos, articulados com os Laboratórios Oficiais, em conformidade com o PFB.

Laboratórios Oficiais e/ou Centros Regionais Distribuidores (Pólos Distribuidores):

- Produzir os medicamentos integrantes da Farmácia Básica;
- Garantir a execução do cronograma físico de produção dos medicamentos sob sua responsabilidade;
- Embalar os medicamentos obedecendo aos padrões do Ministério da Saúde;
- Enviar amostras de cada lote de medicamentos produzidos para o PFB, ao Sistema de Referência do Ministério da Saúde;
- Receber, conferir as especificações técnicas dos medicamentos e distribuir as Farmácias Básicas, conforme área de abrangência.

Secretarias Estaduais de Saúde

- Coordenar, controlar, acompanhar e avaliar todas as fases do PFB em nível estadual;
- Habilitar os municípios pré-selecionados pelo Ministério da Saúde, que integrarão o PFB no âmbito do estado, com referendo da Comissão Intergestora Bipartite (CIB);
- Organizar e orientar, quando necessário, a consorciação de municípios, objetivando o melhor atendimento aos usuários do PFB;
- Manter o controle sobre o nível dos estoques municipais;
- Apoiar e orientar tecnicamente os municípios na implantação de seus almoxarifados e no armazenamento de medicamentos;
- Aumentar o número de municípios com cobertura pelo Programa Estadual de Farmácias Básicas, na razão dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde dentro do PFB.

Municípios:

- Estruturar área física com condições adequadas, segundo normas sanitárias vigentes, para o armazenamento de medicamentos;
- Racionalizar a prescrição médica e a dispensação farmacêutica, em compatibilidade com as necessidades e a realidade do município;
- Buscar o estabelecimento de condutas terapêuticas para tratamento das patologias predominantes;

- Estimular a padronização de medicamentos utilizados em consonância com as condutas terapêuticas estabelecidas;
- Implementar mecanismos de controle sobre a utilização dos medicamentos de programas específicos e de uso contínuo;
- Disponibilizar e capacitar os recursos humanos em saúde necessários para garantir uma assistência farmacêutica de qualidade;
- Criar instrumentos que colaborem no processo de conscientização e esclarecimento da população sobre o uso correto dos medicamentos;
- Responsabilizar-se frente à SES pela distribuição exclusiva à rede SUS dos medicamentos enviados através da Farmácia Básica, garantindo prescrição e dispensação adequadas.

4.2. Estratégia de implantação

A implantação do PFB estava prevista ocorrer em duas fases. A primeira, prevista para iniciar no terceiro trimestre de 1997, constava das seguintes etapas:

- Adquirir e distribuir, inicialmente 11.844 Farmácias Básicas, por trimestre, aos municípios com população até 21.000 habitantes;
- Elaborar o cronograma de implantação;
- Iniciar o programa pelas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e, progressivamente, estendê-lo às regiões Sul e Sudeste. As Farmácias Básicas seriam adquiridas dos Laboratórios Oficiais e distribuídas, diretamente aos municípios integrantes do PFB, exceto aqueles situados nos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais, pelos Pólos Distribuidores;
- Nos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais, seriam repassados aos seus Laboratórios Oficiais - FURP, CEMEPAR e FUNED - os recursos correspondentes às Farmácias Básicas que caberiam aos seus municípios cadastrados no PFB, como estímulo aos seus programas estaduais de assistência farmacêutica, atendendo a um total de 1467 municípios.

A segunda fase da implantação, prevista para o ano de 1998, pretendia descentralizar mais fortemente o programa, mediante estímulo para que as unidades da federação, progressivamente, criassem seus programas estaduais de assistência farmacêutica (MS, 1997c). Pretendia-se, nesta segunda fase, que os estados já tivessem determinado seus perfis de consumo,

de modo que o suprimento dos medicamentos passasse a ser feito em função deste e não mais através de *kits* com quantidades preestabelecidas.

4.3. Novas diretrizes

Com a extinção da CEME, a coordenação do PFB passou a ser feita pela Diretoria de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde. O programa foi reformulado, reestruturando alguns de seus objetivos específicos, conforme relatado a seguir (MS, 1998b):

- Distribuir aos municípios com população até 20.999 habitantes medicamentos selecionados e essenciais para o tratamento das doenças mais frequentes;
- Racionalizar a distribuição com a entrega dos medicamentos diretamente aos municípios por intermédio dos Pólos Distribuidores;
- Avaliar o impacto do programa através de indicadores epidemiológicos;
- Acompanhar e compatibilizar os quantitativos de medicamentos com os indicadores de consumo;
- Racionalizar a prescrição através da elaboração do memento terapêutico e protocolos farmacoterapêuticos.

A população atendida pelo programa foi recalculada, passando a ser de 35.159.347 pessoas distribuídas em 4.177 municípios (tabela 5) (MS, 1998a).

Tabela 5: Farmácias básicas por região do Brasil, 1997.

REGIÃO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	FARMÁCIAS BÁSICAS ¹
NORTE	326	2.747.078	930
NORDESTE	1.306	12.950.847	4.331
CENTRO-OESTE	366	2.807.834	942
SUDESTE	1.223	9.625.713	3.214
SUL	956	7.027.875	2.351
TOTAL	4.177	35.159.347	11.768

Fonte: MS, 1997a.

¹Refere-se ao número de Farmácia Básicas fornecidas por trimestre

Como a Farmácia Básica de 1987, o PFB foi um módulo-padrão inicialmente composto por 40 medicamentos que foram reduzidos em março de 1998, para um elenco de 32 (Anexo 1) tendo suas quantidades ajustadas para atender cerca de 3.000

peças no período médio de três meses. Ela destinava-se exclusivamente à atenção primária do SUS, sendo distribuída para os serviços ambulatoriais que dispunham de médicos para sua correta prescrição.

O novo PFB passou por um longo processo de negociação e redefinição de gastos com os órgãos conveniados apresentando, então a estrutura descrita na tabela 6.

Tabela 6: Gasto anual com o PFB, excluindo os estados de MG, SP e PR.

CONVENIADOS	GASTO DIRETO ANUAL (R\$)
LABORATÓRIO PRODUTOR	78.035.885,67
PÓLO DISTRIBUIDOR	275.911,00
CORREIOS (KIT 320kg)	3.572.875,32
CORREIOS (KIT 82kg) ⁵	2.805.025,03
GASTO ANUAL	84.689.697,02
GASTO MÉDIO COM 1 FB	2.653,52
POPULAÇÃO ATENDIDA	23.821.075
GASTO/HABITANTE/ANO	3,56

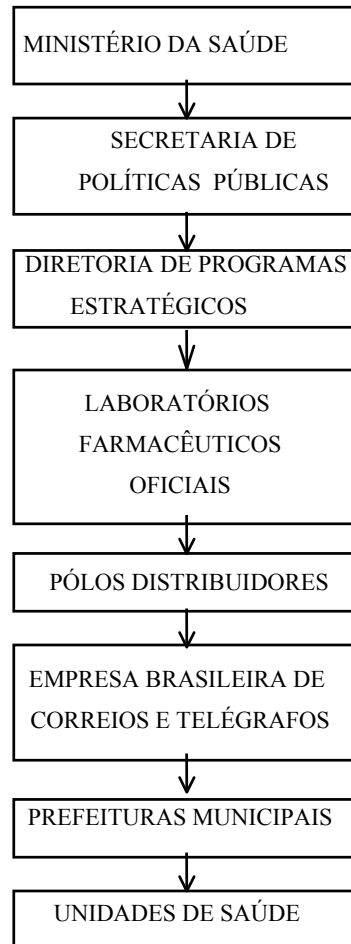
Fonte: DICONT – Divisão de Contratos/MS (Novembro de 1998).

A implantação do PFB iniciou-se então pela região norte, sendo posteriormente estendido para as regiões nordeste, sudeste, centro-oeste e sul. A distribuição dos medicamentos não ocorria através das secretarias estaduais de saúde, era feita diretamente aos municípios, pelos correios, partindo de pólos distribuidores regionais (figura 1). Havia inicialmente quatro pólos regionais (FARMANGUINHOS, LAFEPE, IQUEGO e CEMEPAR), passando, posteriormente, a oito (acrescidos NUPLAM, LIFAL, FEPPS e DIMB e excluído CEMEPAR) por motivo de sobrecarga de alguns pólos acarretando o não cumprimento do cronograma de entrega (quadro 2). Esta alteração cumpriu o objetivo de conferir mais agilidade às entregas. O controle da distribuição era descentralizado e os pólos eram coordenados por laboratórios produtores oficiais que enviavam as farmácias básicas para os municípios através da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. A distribuição seguia em rota preestabelecida, desde os Pólos Distribuidores até as Prefeituras. Este sistema pretendia permitir aos coordenadores regionais total controle sobre os lotes de medicamentos que estavam sendo

⁵ Os Correios cobravam R\$1,37/kg para a entrega dos kits do PFB, acrescidos de 0,5% referente ao seguro do valor declarado do kit. Com a redução do tamanho do kit, houve também redução do gasto com a distribuição dos medicamentos feita pelos Correios.

distribuídos para cada município, permitindo a imediata localização e recolhimento do medicamento, caso fosse detectado algum problema de qualidade.

Figura 1: Fluxograma do Programa de Farmácia Básica



Quadro 2: Pólos Distribuidores por regiões do Brasil, 1998.

CENTRO DISTRIBUIDOR	ESTADOS
FIOCRUZ NORTE	AC, AP, AM, PA, RO, RR
FIOCRUZ SUDESTE	ES, RJ, MS
LAFEPE	BA, PB, PE
IUEGO	GO, MA, MT, TO
LIFAL	AL, SE
NUPLAM	RN, CE, PI
FEPPS	RS
DIMB	SC

Fonte: MS, 1998a.

Com a reformulação do Programa, não é mais prevista a participação formal da esfera estadual. Este fato levantou uma polêmica quanto à necessidade de interação e

adequação do Programa Farmácia Básica com o sistema e programas estaduais de assistência farmacêutica em andamento. Assim, na III Oficina de trabalho do CONASS do ano de 1997, exige-se do Ministério da Saúde que considere o Programa Farmácia Básica como um programa englobado no âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, discutida nas três esferas de governo com os ajustes, e adequações ou mecanismos alternativos e compensatórios necessários, especialmente em secretarias com programas já estruturados e que esse programa seja instrumento para a organização dos serviços (CONASS, 1998b).

Na I Oficina de Trabalho do CONASS no ano de 1998 (CONASS, 1998c), o Programa Farmácia Básica é novamente criticado em relação ao não envolvimento da esfera estadual, haja vista a meta de descentralização e repasse automático de recursos, proposta pelo Ministério da Saúde. Ainda nesta Oficina destaca-se a preocupação com a capacidade dos municípios menores em operacionalizar a aquisição de medicamentos de qualidade e a preços compatíveis.

4.4. A descentralização da assistência farmacêutica básica

A interrupção do PFB e os diversos debates ocorridos nas Oficinas do CONASS sobre este Programa, já referidos anteriormente, conduziram o Governo federal à elaboração de um novo plano para a assistência farmacêutica básica que consolidou-se com a publicação da Portaria GM nº176 em março de 1999 (Brasil, 1999b). Esta Portaria estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, definindo os valores a serem transferidos. Ela tem como propósito viabilizar, na prática, a implementação das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, no que se refere à reorientação da assistência farmacêutica, à adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, à promoção da produção de medicamentos e ao desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (MS, 1999b).

Diferente do PFB, este incentivo destina-se a todos os municípios, independente do tamanho de sua população e prevê a participação formal do estado na gestão e avaliação dos recursos. Estava previsto para o ano de 1999 a liberação de, no mínimo, R\$327.895.108,00, dos quais R\$163.947.554,00 seriam aportados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999c). Para o cálculo deste recurso foi considerada a população brasileira estimada para o ano de 1999 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e definido que a esfera federal contribuiria com R\$1,00/habitante/ano e os estados e municípios com R\$0,50 cada, no mínimo. Assim, a população potencialmente atendida, passa de 23.821.075 (população atendida pelo PFB

– tabela 6)), para 163.947.554, representando um aumento de cerca de 7 vezes. Entretanto, o aporte de recursos per capita feito pelo Governo federal, foi 3,5 vezes menor, quando comparado com àquele alocado para o PFB (R\$3,56/habitante/ano). Permanece então a dúvida se estes recursos serão suficientes para suprir as necessidades de medicamentos para a atenção primária, como proposto por esta política.

A liberação do recurso federal é condicionada à elaboração pelos estados e/ou municípios de Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite. Neste Plano, define-se a parcela do estado e municípios no financiamento do Programa, assim como na gestão, mecanismos de adesão e responsabilidades dos municípios, mecanismos de implantação do plano, elenco de medicamentos para a assistência básica e operacionalização da aquisição e distribuição, proposta de qualificação e aperfeiçoamento de recursos humanos relacionados ao plano e o acompanhamento e avaliação da sua implementação (SESRJ, 1999).

Um desdobramento da Portaria nº176/GM foi a publicação da Portaria nº1077/GM que implanta o Programa para a aquisição dos medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental. Esta portaria foi uma deliberação da CIT e considerou a necessidade de se “estabelecer um programa contínuo, seguro e dinâmico como parte integrante e complementar ao tratamento daqueles pacientes que necessitam de medicamentos para o controle dos transtornos mentais”, tendo em vista o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no país (Brasil, 1999d).

Segundo esta portaria, o financiamento do programa deverá ser efetivado apenas pelos gestores federal e estaduais do SUS, cabendo ao Ministério da Saúde o repasse de 80% da verba total destinada ao programa.

De forma coerente, o Ministério da Saúde adota como elenco de medicamentos do programa, aqueles recomendados pela RENAME para o tratamento dos transtornos mentais, deixando os estados e municípios livres para complementar esta lista com recursos próprios.

Como na Portaria nº176/GM (Brasil, 1999b), os pactos para a aquisição e distribuição de medicamentos e/ou a transferência de recursos financeiros, deverão ser definidos pela CIB, sendo o gestor estadual responsável pelo gerenciamento do programa e dos recursos financeiros. Deverá ser também apresentado pelo gestor estadual ao Ministério da Saúde, um consolidado

atualizado da rede pública de serviços ambulatoriais de saúde mental implantados nos seus municípios.

As Portarias/GM nºs 176 e 1077 (Brasil, 1999b; 1999d), representam um avanço da assistência farmacêutica em direção ao uso racional de medicamentos.

5. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS

Segundo o *Conseil Scientifique de l'Évaluation* (CSE, 1996), para alguns autores, a avaliação de políticas públicas e a avaliação de programas possuem diferenças que não são apenas de ordem semântica. Ela revela concepções diferentes da ação pública. O termo *programa* designa, em princípio, uma seqüência de ações limitadas no tempo e, sobretudo, define precisamente seus meios e objetivos operacionais. A noção de *política*, remete a um conjunto complexo de programas, de procedimentos e de regulações referentes ao mesmo objetivo geral. Normalmente, a avaliação parece mais simples de conceber no caso de ações individualizadas, de natureza programática ou reguladora, na medida em que os resultados e mecanismos de ação são imediatamente visíveis no dispositivo. Hartz (1999b) discute a pertinência da distinção entre políticas e programas para a pesquisa avaliativa, uma vez que, em diversos países europeus o termo “avaliação de políticas públicas”, refere-se simultaneamente à políticas e programas. Optamos, neste trabalho, em adotar o termo avaliação de políticas e programas de forma indistinta. Caracterizamos enquanto intervenções, conforme definido por Contandriopoulos et al. (1997: 31) como o “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

5.1. Avaliação: conceitos, objetivos e tipologias

As avaliações sistemáticas são relativamente modernas e coincidem com o crescimento e o refinamento de métodos de pesquisa social e com as mudanças ideológicas, políticas e demográficas ocorridas neste século (Rossi & Freeman, 1982).

Já em 1930, existiam cientistas sociais que defendiam a aplicação de métodos rigorosos de pesquisa social para avaliar programas (Rossi & Freeman, 1982) mas, no decorrer dos anos, sua definição continua variando de autor para autor.

“Avaliação é um pronunciamento sobre a efetividade de algum tratamento ou plano.” (Deming, 1975: 53)

“Avaliação é uma aplicação dos procedimentos de pesquisa social na determinação da conceitualização, desenho, implantação e utilidade de programas de intervenção social.” (Rossi & Freeman, 1982: 20)

“Avaliação de programa é a coleta sistemática de informação sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de pessoas específicas, para

reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo e resultando.” (Paton, 1986: 14)

“Avaliação é um processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos. Consiste em um exame crítico dos valores explícitos de uma política, para saber se continuam congruentes com os objetivos previstos.” (Motta, 1989:1)

“Avaliação é um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos. É uma ferramenta orientada para a ação e aprendizagem. É um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.” (Silver, 1992: 198)

Para Motta (1989), as prioridades na avaliação referem-se a ênfase sobre o objeto da política que se deseja julgar. Assim, quando se observa prioritariamente os fatos e processos, infere-se medidas de eficiência; quando se analisa as ações e os resultados, procura-se medir a eficácia; e quando se concentra a atenção nos valores e no impacto, procura-se avaliar a efetividade.

Como se observa, não se pode ter a pretensão de consenso nas definições de avaliação. Entretanto, neste trabalho, será adotada a definição de Contandriopoulos et al., (1997, p:31) onde “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Fundamentalmente, a avaliação consiste em tentar responder a um conjunto de questões relativas a uma intervenção, suas atividades e seus efeitos. O questionamento pode orientar-se de diferentes maneiras em função do contexto, dos objetivos e do comanditário⁶. Para ajudar a

⁶ Comanditário é quem encomenda a avaliação (Hartz, 1999b). Do francês "commanditaire", utilizado pelo Conselho Científico de Avaliação da França (CSE, 1996) para designar o Governo ou poder público que demanda/encomenda avaliações externas (comanditadas -"commanditées") de políticas/programas, caracterizando o sentido do contrato de avaliação externa como sociedade em comandita ("en commandite"): o financiador não tem a gestão/controle desse processo que é delegado ao(s) avaliador(es) favorecendo a independência do investigador. Tem assim o mesmo sentido em português: "sócio capitalista, numa sociedade em comandita (sociedade em que há um ou mais sócios capitalistas que não têm funções nem responsabilidades)" (Fernandes et al., 1996, p:165).

formar um julgamento, a avaliação procura apreciar nas medidas políticas, as principais “qualidades” que caracterizam idealmente uma “boa” política (CSE, 1996):

- *Coerência*: Os objetivos são coerentes entre si? Os meios jurídicos, humanos e financeiros atendem aos objetivos?
- *Alcance dos objetivos*: Os objetivos da política estão em conformidade com a realidade social?
- *Eficácia*: Os efeitos próprios da política estão em acordo com os seus objetivos?
- *Eficiência*: Os recursos financeiros destinados à política são bem utilizados?
- *Impacto* (efetividade): Quais as conseqüências globais da política para a sociedade? Elas são benéficas?
- *Pertinência*: Uma política é dita pertinente quando seus objetivos explícitos são adequados à natureza dos problemas que se deseja resolver. A pertinência de uma política é a questão mais delicada e mais “política” a examinar.

A eficiência é mais raramente abordada na prática da avaliação que a eficácia. Em um sentido estrito, a eficiência supõe a realização de um balanço custo-benefício, em termos monetários. Entretanto, a informação de base necessária para calcular o custo real de uma política é falha, ou seja, a tradução, em termos monetários, das mudanças trazidas no âmbito da sociedade é uma operação de grande dificuldade prática e depende às vezes de problemas teóricos praticamente insolúveis (por exemplo: qual o preço da vida humana?). Desta forma, em um sentido limitado, a avaliação da eficiência pode limitar-se a uma abordagem de custo-eficácia, que consiste em comparar os custos necessários à realização de um certo nível de resultados por diferentes políticas (CSE, 1996).

Os efeitos⁷ de uma política sobre a sociedade não limitam-se aos efeitos desejados, conforme seus objetivos (os efeitos que correspondem à noção de eficácia). A avaliação deve preocupar-se também com os efeitos colaterais e perversos da política (CSE, 1996).

⁷ Às vezes emprega-se os termos impacto ou efetividade para designar o conjunto dos efeitos alcançados por uma política (CSE, 1996).

A avaliação então é feita para esclarecer opções, reduzir incertezas, além de informar e prover retroalimentação para os comanditários acerca do programa em questão. Desta forma, a avaliação de programa pode ser vista como uma decisão orientada (Schalock, 1995). Ela é muitas vezes definida como um “campo orientado para a prática” (*practice-driven field*) que emerge como uma resposta à necessidade de *accountability* do setor público (Ballart, 1998).

A avaliação pode resultar da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um conhecimento científico (pesquisa avaliativa). Na avaliação normativa procura-se estudar os componentes da intervenção em relação a normas e critérios e apoia-se no fato de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. Já na pesquisa avaliativa, preocupa-se em examinar *ex-post*, através de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção com o fim de orientar a tomada de decisão (Contandriopoulos et al., 1997); avaliar a efetividade do programa, seus resultados; medir e demonstrar seu impacto e recomendar ações futuras (Hartz, 1995; MSH/WHO 1997). É importante entender que a avaliação apóia-se na pesquisa avaliativa, porém não se limita a ela (CSE, 1996).

Dependendo do propósito, a pesquisa avaliativa pode responder a diversas questões (Hartz, 1995; MSH/WHO, 1997; Contandriopoulos et al., 1997):

- O programa é necessário? As suas metas e objetivos são apropriados para as circunstâncias atuais do país e do sistema de saúde? É pertinente intervir para este problema considerando todos os problemas existentes? É pertinente, considerando a estratégia de intervenção adotada, intervir como está sendo feito?
- O programa é efetivo? Realiza progresso satisfatório em relação às metas e objetivos propostos? De que forma as variações nos conteúdos do programa afetam sua efetividade? Quais as razões para seu sucesso ou fracasso?
- O programa é eficiente? Os efeitos do programa estão sendo realizados a um custo aceitável, comparado com outras alternativas para fornecer os mesmos serviços (estudo de custo-eficácia)? Qual a relação existente entre aumentar a eficácia do programa e sua efetividade? Poderíamos produzir mais serviços com os mesmos recursos? Poderíamos produzir a mesma quantidade de serviços com menos recursos?

- O programa é sustentável? O programa pode continuar financeira e institucionalmente com os níveis atuais de insumos? Se estão envolvidos financiamento e assistência externa, o programa pode continuar mesmo após cessar este apoio externo?
- O programa está tendo o impacto esperado?
- Que mudanças devem ser feitas no futuro? Que recomendações podem ser feitas para o desenvolvimento do programa, novos planos ou projetos de assistência? São necessários novos objetivos ou metas?

Quanto à tipologia, a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis diferentes análises (Contandriopoulos et al., 1997):

1. *Análise estratégica* – analisa a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que lhe deu origem.
2. *Análise da intervenção* – estuda a relação existente entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. Questiona sobre a capacidade dos recursos mobilizados e dos serviços produzidos para atingir os objetivos definidos.
3. *Análise da produtividade* – estuda o modo como os recursos são utilizados para produzir serviços.
4. *Análise dos efeitos* – avalia a influência dos serviços sobre os estados de saúde, determinando sua eficácia para modificá-los.
5. *Análise de rendimento* – relaciona a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos. É uma combinação da análise de produtividade econômica e da análise dos efeitos.
6. *Análise da implantação* – mede a influência do contexto e da variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos.

A análise de implantação de um programa visa principalmente identificar os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção. Ela consiste em especificar o conjunto dos fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção, relacionando a dinâmica interna do programa (relações entre objetivos, serviços, recursos e efeitos) com o contexto onde é implantado.

Para Hartz et al. (1997, p:96):

“A importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação em relação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua “natureza” (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados.”

A análise de implantação pode ser organizada em torno das seguintes questões (Rundall, 1992):

- Os funcionários, equipamentos e recursos financeiros estão disponíveis nos locais e tempos necessários para satisfazer as necessidades do programa?
- As atividades do programa são realizadas de acordo com o plano original?
- Há fatores não previstos influenciando a implantação do programa?
- As diversas atividades ou componentes do programa estão sendo realizadas com uniformidade qualitativa e quantitativa em todas as metas do programa?

A função da análise de implantação é verificar se a combinação de materiais, atividades e organização administrativa que constituem um programa, conduzem à realização dos seus objetivos (King et al., 1987). Ela é um pré-requisito indispensável à apreciação de seus resultados, uma vez que estima a adequação da quantidade e da qualidade das ações oferecidas (grau de implantação) em relação às normas estabelecidas (Hartz et al., 1995).

A análise de implantação aumenta a validade externa das pesquisas avaliativas, pois ela discrimina a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados do programa (grau de implantação) na produção dos efeitos; ela melhora a compreensão dos elementos que favorecem ou inibem a eficiência dos programas (Hartz et al., 1997). Do ponto de vista metodológico, busca compreender primeiro os efeitos da interação, ou seja, o papel ativo desempenhado por um conjunto de variáveis, que não a intervenção, na determinação dos efeitos observados (Denis & Champagne, 1997). Desta forma, a análise de implantação relaciona-se diretamente à capacidade de utilizar os resultados das pesquisas avaliativas para tomar decisões sobre a generalização de uma intervenção em outros meios.

5.2. Determinantes teóricos da avaliação e da análise da implantação

Observa-se a existência de vários modelos na prática da avaliação. Estes podem diferir no modo de abordar a avaliação, nas atividades conduzidas sob a designação de avaliação por diferentes tipos de avaliadores (firmas privadas, professores de universidades, burocratas) e nas ferramentas analíticas que podem ser utilizadas, tornando difícil a categorização dos modelos teóricos. Entretanto, Ballart (1998) os sintetiza em uma tipologia para avaliação, baseada em sete autores de modo a tornar clara as diversas teorias aplicadas à avaliação de programas existentes na literatura (quadro 3). Os sete autores citados foram selecionados por serem considerados referências e por refletirem as diversas posições que servem de ponto de partida para outros autores contemporâneos, sugerindo tendências no desenvolvimento da avaliação.

Quadro 3: Teóricos em avaliação de programas.

	SCRIVEN	CAMPBELL	WEISS	WHOLEY	STAKE	CRONBACH	CHEN
Novos termos	<i>science of valuing</i>	quase-experimentos	<i>enlightening model</i>	gerência de desempenho	receptivo (“responsive”), naturalístico	análise de <i>UTOS (people, treatments, observations settings)</i>	avaliação orientada por teoria (“theory-driven”)
Autores relacionados		Boruch, Cook, Riecken, Rossi	Cronbach, Chelimsky, Palumbo, Wholey	Abramson, Bellavita, Horst, Nay, Scanlon	Guba, House, Lincoln, Patton		Berk, Rossi, Freeman, Wright
Conceito	juízo de valor	produzir informação para melhorar a tomada de decisão	esclarecer questões, esclarecer (“enlighten”) tomadores de decisão e financiadores	produz informação para a gerência por resultados	produz informação prática e útil para os membros do programa	esclarecer questões acerca de: problema, programa, contexto	produz informação para melhorar a tomada de decisão
Interesse prioritário	interesse público	agência e <i>funders</i>	legisladores, executivos	gerentes, legisladores, executivos	beneficiários e funcionários do programa	legisladores, executivos	agência, <i>funders</i>
Papel do avaliador	juizar	especialista em métodos	educador	agente de mudança	provedor de serviços	educador, difusão do conhecimento	especialista em métodos
Objeto	efeitos	efeitos, relações causais	efeitos, processos, contexto	efeitos, atividades, produtos	atividades	efeitos, processos e contexto	conceitos, <i>implement utility</i> (efeitos, custo-benefício)
Fonte de critério para estabelecer o valor	necessidades sociais	objetivos	objetivos, documentos, financiadores	financiadores	clientes, funcionários profissionais/técnicos	financiadores	financiadores, literatura científica
Métodos	dirigido às questões	experimentos randomizados, quase-experimentos	métodos quantitativos e qualitativos	determinação da avaliabilidade, indicadores de desempenho, avaliação de rápido <i>feedback</i>	métodos qualitativos estudo de casos	métodos quantitativos e qualitativos	experimentos randomizados, quase-experimentos, métodos qualitativos para análise não causal
Quando a avaliação deve ser feita?	<i>cost-free evaluation</i>	iniciativa de sérias reformas, após a implantação inicial. <i>Mistakes</i>	de acordo com os 3 Is: interesse, informação disponível, ideologia	custo-efetividade	útil para os membros do programa	de acordo com a relevância e a necessidade de informação sobre o problema	programas inovadores, estágio de teste piloto
Como organizar o processo de avaliação?	operação externa	operação externa	envolve o pessoal, sem ser importuno	integrado no sistema de gerência orientada por resultados	contato permanente com o programa	em cooperação fechada com o programa	dando atenção ao <i>timing</i> e caminhos do trabalho dos gerentes

Fonte: Traduzido e adaptado de Ballart, 1998: 152.

Observando-se o quadro 3 verifica-se a existência de múltiplos caminhos para abordar uma avaliação. Porém, podem ser extraídas deste quadro, questões que são freqüentes na elaboração de qualquer avaliação e que estão descritas a seguir (Ballart, 1998):

- Se a questão é **o que** avaliar, as teorias oferecem várias possibilidades, como por exemplo o impacto das necessidades sociais, incluindo processos intermediários ou custo-efetividade. Mas elas também podem relacionar o objeto de uma avaliação à natureza do programa, seu estágio de desenvolvimento ou à disponibilidade de dados ou recursos.
- As teorias também oferecem várias respostas para questões como **quem** deve decidir o que avaliar. Geralmente é a liderança política ou o gerente executivo de um programa que decide acerca de sua avaliação. Entretanto, alguns modelos teóricos discutem que o comanditário deve, no mínimo, considerar a opinião de outros atores como, legisladores, clientes ou a equipe profissional. Além disso, independente de quem é o cliente do estudo, os financiadores devem concordar com a necessidade do trabalho.
- Se a questão é **como** avaliar, a resposta refletiria a preferência dos autores e seus objetos de estudo, mas também as diferentes tipologias, classificando-se pela técnica de análise (quantitativo x qualitativo) ou do estudo (experimental, quase-experimental, etc).
- Diretamente ligada ao método é a questão de **quando** avaliar. Muitas vezes a resposta é determinada pela considerações técnicas. Entretanto, costuma-se dar maior peso às considerações de natureza política (interesses, ideologias, propósitos ocultos) ou administrativa (urgência, percepção da avaliação pelos profissionais que trabalham no programa).
- Uma questão final é **o que deve ser esperado da avaliação**. Para alguns autores, uma avaliação seria realmente útil se contribuísse para a compreensão de algum problema social ou sugerisse caminhos para melhorar a intervenção pública, sendo mais fechados na idéia de serviços ou programas. Para outros, a avaliação é mais uma oportunidade para gerar uma discussão de um nível teórico mais elevado.

Numa perspectiva cronológica, as teorias nem sempre tiveram a mesma importância na avaliação. A partir de 1950 até meados de 1970, houve um

reconhecimento pelos teóricos da avaliação da essencialidade da descrição completa dos programas. Nesta época, segundo Shadish (1987), existia um otimismo no sentido de que os problemas sociais seriam melhorados através de programas sociais. Os avaliadores participaram deste otimismo, admitindo que a teoria social poderia indicar as causas dos problemas, assim como suas soluções, que os formuladores de políticas adotariam prontamente tais soluções e que estas seriam implantadas com a conseqüente redução do problema. Entretanto, no decorrer dos anos, não foi este o resultado observado. Para Shadish (op. cit.), após estes anos, poucos teóricos acreditavam que melhoras radicais de problemas sociais ocorreriam prontamente, de forma fácil e ampla. Isto estimulou o desenvolvimento de estudos desenhados para testar a ligação existente entre *inputs* e *outputs* (Conrad & Miller, 1987).

No final dos anos 70 e início dos anos 80, renovou-se o interesse em avaliar as características dos programas (*inputs-outputs*) utilizando métodos experimentais e quase-experimentais, sem que fossem medidas suas estruturas, processos ou filosofias⁸, incorrendo em uma série de limitações. Segundo Conrad & Miller (1987), as avaliações experimentais interessavam-se pelos efeitos dos programas (*black-box experiment*), sendo muitas vezes impraticável, de generalização limitada e quando apresentava alguma informação sobre *porque* os programas produziam os efeitos estudados, esta era limitada. Para Cook & Campbell (1979), os estudos quase-experimentais apresentavam ainda mais limitações sobre inferências causais acerca da efetividade dos programas.

Assim, a avaliação de efeitos do programa mostrou-se incapaz de melhorar a política pública. Com isto, alguns avaliadores passaram a interessar-se menos pela simples questão de se o programa produz ou não efeitos, para interessarem-se mais em descobrir *como* e *porque* o programa funciona examinando as relações entre a filosofia, a implantação e os efeitos (*theory-driven*) (Chen, 1990). Começava-se então a discutir a avaliação da implantação como algo mais que a medida da estrutura e do

processo. Despertava-se para a necessidade que esta análise fosse feita utilizando um conjunto de padrões (valores) e a determinação da qualidade, que deveria contemplar os valores e metas presentes na filosofia do programa (Conrad & Miller, 1987). Iniciava-se também o

⁸ Filosofia é aqui definida como “o sistema de teorias e valores que definem e orientam a estrutura, a população, o processo e os efeitos do programa” (Conrad & Miller, 1987, p:22). Os valores determinam as metas (ou efeitos) a serem realizadas e a teoria é empregada na sua realização (ela é o conjunto selecionado de afirmações acerca das causas e seus efeitos) (Conrad & Miller, 1987).

estudo sobre a teoria do programa com o objetivo de melhorar o seu entendimento e remediar os fracassos ocorridos (Shadish, 1987). Assim, com Cronbach e Weiss, o contexto onde o programa era inserido começava a fazer parte da análise de implantação (Ballart, 1998).

Observa-se então que a análise de implantação teve sua origem no modelo da avaliação orientada por teoria (*theory-driven*) proposto por Chen (1990). Neste contexto, a principal hipótese para explicar o grau da implantação é que ele é maior, quanto maior for a coerência existente entre a natureza do programa e as características do ambiente organizacional envolvido (Scheirer, 1987). Nos anos 80, a análise de implantação já era tida como um elemento a ser considerado na validade das avaliações (Palumbo & Oliverio, 1989).

Para Hartz (1999a), a análise de implantação vem se contrapor ao modelo da caixa preta (*black-box experiment*) cuja principal limitação é tratar a intervenção como uma variável dicotômica, impermeável ao meio em que é implantada e os efeitos, considerados isoladamente, sem questionar outros mecanismos a eles associados.

Alguns autores (Trochim, 1986; Mark, 1986; Cronbach, 1983; Denis & Champagne, 1997) reforçam a importância da análise de implantação para o entendimento dos mecanismos que levam à produção e inibição dos efeitos de um programa, aumentando assim, a validade externa das pesquisas avaliativas. Trochim (op. cit.) coloca ainda que a abordagem da avaliação orientada por teoria seria inútil se não demonstrasse que o programa foi implantado como pretendido pela teoria.

Desta forma, a avaliação orientada por teoria é proposta como um caminho para refletir sobre a implantação dos programas, rompendo, como já referido, com o modelo da caixa preta no momento em que explicita a operacionalização dos programas (Palumbo & Oliverio, 1989).

Em 1986, Patton identifica cinco procedimentos para a avaliação da implantação:

- a avaliação do esforço,
- o monitoramento dos programas,
- a avaliação do processo,
- a avaliação dos componentes,
- a especificação dos tratamentos.

Estes procedimentos são extensamente discutidos por Denis & Champagne (1997) que propõem a base conceitual para a análise da influência da variação na implantação, sobre efeitos observados pela introdução de uma intervenção. Esta base consiste na análise dos determinantes

contextuais no grau de implantação das intervenções; das variações da implantação na sua eficácia; e da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Partindo-se do pressuposto que a nossa sociedade pode ser vista como uma organização, a implantação de uma intervenção, supõe mudanças organizacionais necessárias à adaptação dos programas nos diferentes meios (Denis & Champagne, 1997). Estes autores sugerem então, que a análise do contexto seja feita partindo-se da teoria das organizações e propõem diversas perspectivas para sua análise que resumizamos no quadro 4. Os modelos propostos podem ser utilizados isoladamente ou em conjunto dependendo da abordagem dada à avaliação.

Quadro 4: Características do contexto que podem influenciar o grau de implantação e os efeitos observados, segundo os diferentes modelos de análise de mudanças.

MODELO	INFLUÊNCIA NO GRAU DE IMPLANTAÇÃO	INFLUÊNCIA NOS EFEITOS OBSERVADOS
RACIONAL (controle, hierarquia)	Os comportamentos dos dirigentes facilitam a implantação da intervenção? o conteúdo da intervenção é transmitido corretamente aos agentes de implantação? Existem mecanismos que permitem acompanhar a implantação da intervenção?	Os comportamentos dos dirigentes facilitam o alcance dos objetivos buscados para a intervenção? Os agentes de implantação adotam comportamentos necessários para o alcance dos objetivos perseguidos pela intervenção? Existem mecanismos que permitem ajustar os comportamentos dos agentes de implantação para alcançar os objetivos visados pela intervenção?
DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL (participação, consenso, adaptação)	Os agentes de implantação possuem habilidades necessárias à implantação da intervenção? Os agentes de implantação evoluem em um contexto de trabalho favorável à implantação da intervenção? Os agentes de implantação entenderam a informação necessária à implantação? Há consenso entre os agentes de implantação sobre os diferentes componentes da intervenção?	Os agentes de implantação têm habilidades suscetíveis de favorecer o alcance dos objetivos da intervenção? Os agentes evoluem em um contexto de trabalho favorável ao alcance dos objetivos da intervenção? Há consenso entre os agentes de implantação sobre os objetivos visados pela intervenção?
PSICOLÓGICO (atitudes, crenças, comportamentos, resistência)	Há resistência por parte dos indivíduos ou dos grupos à implantação das intervenções? Os postulados que regem o comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização são favoráveis a uma implantação da intervenção? Por que as experiências acumuladas na organização favorecem ou limitam a implantação da intervenção?	Os postulados que regem o comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização são favoráveis ao alcance dos objetivos da intervenção? Em que as experiências acumuladas na organização favorecem o alcance dos objetivos visados pela intervenção?
POLÍTICO E CONTINGENTE (atributos organizacionais, dos gestores, características do ambiente, atores, conflitos, poder, estratégia)	As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção? As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção? Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção? Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem o alcance dos objetivos visados pela intervenção? Em que as estratégias dos atores favorecem ou se opõem ao alcance dos objetivos visados pela intervenção? Em que as estratégias dos atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis ao alcance dos objetivos visados pela intervenção?

Fonte: Denis & Champagne, 1997, p: 67-69.

Para Motta (1989), os fatores políticos constituem a própria essência da gestão pública; sua influência permeia todo o processo de formulação, análise e avaliação da política pública.

No modelo político e contingente, a organização é vista como um conjunto de jogadores - indivíduos ou grupos - colocados em situações particulares no meio de uma estrutura mais ou menos precisa (linha hierárquica, processo orçamentário, divisão de trabalho). Os jogadores são dotados de interesses e objetivos próprios e controlam diferentes recursos (autoridade, dinheiro, tempo, informações) (Strategor, 1993).

Segundo este modelo, “a organização é uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes” (Denis & Champagne, 1997, p:67), ou seja, os atores conduzem estratégias particulares a partir de sua situação própria. A confrontação destas estratégias é, em parte, regulada pela estrutura da organização, e exprime-se através dos jogos de poder, nos quais os atores utilizam, com mais ou menos habilidade, os recursos de que dispõem (Strategor, 1993). Os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de atualização de suas estratégias fundamentais (Denis & Champagne, 1997), entendida como uma sinergia entre as características estruturais internas das organizações e os objetivos dos atores nela implicados (Hartz et al., 1997).

A mudança é possível, mas o seu controle difícil. A probabilidade da mudança depende da estrutura dos jogos de poder, das estratégias particulares dos atores e do contexto (Strategor, 1993).

O processo de implantação de uma intervenção deve não apenas ser tratado em sua base técnico-normativa (modelo lógico), mas ser abordado também dentro de uma perspectiva política. Contudo, ele sofre as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergismo ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores (Denis & Champagne, 1997).

6. OBJETIVOS DA PESQUISA:

6.1. Objetivo geral:

Realizar a análise da implantação do *Programa Farmácia Básica*, através de estudo de caso em cinco estados brasileiros: Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro.

6.2. Objetivos Específicos:

1. Construir um modelo lógico do *Programa Farmácia Básica* com os respectivos indicadores.
2. Estimar e validar o grau de implantação do *Programa Farmácia Básica*.
3. Avaliar os efeitos do *Programa Farmácia Básica*.
4. Analisar, para os diferentes níveis de implantação, os resultados obtidos incluindo a percepção do usuário e dos profissionais envolvidos.
5. Discutir a influência do contexto organizacional (nacional e regional) sobre o grau de implantação do *Programa Farmácia Básica* no nível local.
6. Apreciar a sustentabilidade do Programa em base local (estado do Rio de Janeiro)⁹

⁹ Objetivo agregado posteriormente, uma vez que o Programa nacional foi interrompido em maio de 1999.

7. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS (HIPÓTESES)

1. Os efeitos observados e a apreciação do PFB pelos usuários e profissionais estão vinculados ao grau de implantação.
2. O grau de implantação do PFB é condicionado pelo contexto organizacional no qual se insere.

8. METODOLOGIA

8.1. Os estudos de caso

O estudo de caso é a estratégia de pesquisa preferida quando as questões que estão sendo colocadas são *como* ou *por que*, quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco é um fenômeno contemporâneo, inserido em um contexto da vida real. Ele é ainda indicado quando o número de variáveis de interesse excede o de unidades de observação (Yin, 1994).

Uma avaliação com estudo de caso não é a visita a 1 local. Não é uma avaliação com uma pequena amostra, baseada em 1 ou em poucos casos (Datta, 1997). É um método para estudar casos complexos e se baseia no seu entendimento amplo, obtido através de extensa descrição e análise do caso como um todo e do seu contexto (U.S.GAO, 1990). O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto (Yin, 1993; Hartz et al., 1997). Esta estratégia é utilizada quando torna-se difícil diferenciar os efeitos produzidos por uma intervenção dos que podem ser atribuídos às características do meio da implantação. Ela procura estudar as variações intra-sistema, isto é, as variações que se produzem naturalmente em um dado meio.

Existem quatro modelos para a estratégia de estudo de casos (Contandriopoulos et al., 1997b; Yin, 1994):

- Caso único com um só nível de análise (holístico)
- Caso único com níveis de análise imbricados
- Casos múltiplos com um só nível de análise
- Casos múltiplos com níveis de análise imbricados

Segundo Contandriopoulos et al. (1997b), estes modelos distinguem-se pelo número de casos e o número de níveis de análise considerados. Nos estudos de caso com um só nível de análise, estuda-se em profundidade uma situação ou um fenômeno, sem definir diferentes níveis de explicação para os processos observados. Este modelo se propõe a descrever e explicar, de maneira global, a dinâmica de uma organização ou o funcionamento de um programa, sem prestar atenção aos componentes específicos que estruturam o objeto de estudo. Para Yin (1994), o desenho holístico é vantajoso quando nenhum nível de análise pode ser identificado, ou quando a teoria subjacente ao estudo de caso é de natureza holística.

Os estudos de caso com níveis de análise imbricados interessam-se por diferentes níveis de explicação de um fenômeno. Ele ocorre quando, dentro de um caso, analisa-se uma ou várias subunidades (Yin, 1994). Segundo Contandriopoulos et al. (1997b), a definição dos níveis de análise deve ser feito à luz da teoria subjacente da pesquisa. Para eles, o recurso a vários níveis de análise permite conceber um caso que responda melhor à questão da pesquisa. Os vários níveis de análise podem, muitas vezes, acrescentar oportunidades significativas para ampliar a análise, aumentando o entendimento do caso (Yin, 1994).

Segundo Yin (1994), o estudo de caso múltiplo pode ser feito com apenas dois, ou com um grande número de casos.

A validade interna, ou seja, a segurança com que se estabelece uma relação de causalidade entre o programa e seus resultados em um estudo de caso, depende de dois fatores: a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e a adequação entre o modelo de análise escolhido e o modelo teórico. É o grau de conformidade entre o conjunto de pressupostos do modelo e a realidade empírica observada que permite fazer um julgamento sobre seu valor explicativo (Hartz, 1999a). A potência explicativa desta estratégia apoia-se na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e as variações destas relações no tempo-espaço. A potência explicativa decorre, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades estudadas (Denis & Champagne, 1997).

Quanto à validade externa, o estudo de caso múltiplo baseia-se no confronto da configuração empírica de vários casos a um quadro teórico particular, para verificar se há réplica dos resultados de um caso para o outro. Ele visa, portanto, a uma generalização analítica (Denis & Champagne, 1997; Yin, 1994) antes que estatística, ou seja, a generalização é feita pelo modelo teórico e não pelo processo amostral (Yin, 1993), como ocorre na generalização de um resultado experimental para a teoria (Yin, 1994). O recurso da réplica obriga a considerar cada um dos casos como uma entidade única submetida a uma análise particular e seqüencial. Na realização de um estudo de caso múltiplo, cada unidade é analisada sem agregar os dados obtidos dos diferentes "casos". O estudo de caso múltiplo fornece uma evidência mais completa do fenômeno estudado que o estudo de caso único, propiciando uma maior robustez para a avaliação (Garaway, 1996).

Quando o estudo de caso é realizado em diferentes localizações geográficas, é apropriado denominá-lo de estudo multicêntrico, pois ele permite a descrição e a explicação dos elementos de sucesso da implantação, capturando a aparentemente inevitável variabilidade encontrada entre

os centros estudados (Hartz, 1999a). Ele permite testar os efeitos contextuais oferecendo oportunidade para adaptações às circunstâncias locais (Mowbray & Herman, 1991) além de permitir agregar os dados populacionais, constituindo uma única unidade de análise (Hartz, 1999a), permitindo medir variáveis que são essenciais para a validade de conteúdo.

As avaliações multicêntricas (*multisite evaluations* – MSEs) oferecem um meio rápido de estudo acerca da universalidade ou replicabilidade de programas, por ser realizada em diferentes locais com contextos específicos, o que acelera, inclusive, o processo de aceitação de novas estratégias para o programa em estudo (Cottingham, 1991).

A MSE apresenta também desafios (Cottingham, op. cit.). O programa pode ser implantado de forma diferente nos diversos locais, ou com graus diferentes de qualidade, correndo-se o risco de chegar ao final da avaliação com questões não respondidas. Entretanto, este problema pode ser minimizado quando os efeitos do programa são correlacionados com o seu nível de operacionalização (análise de implantação), sendo, portanto, a MSE indicada quando este tipo de análise é realizada (U.S.GAO, 1990).

Para Mowbray & Herman (1991), o estudo multicêntrico reforça a validade interna da análise de implantação ao “tratar” vies de seleção e estender a implantação entre vários segmentos da população alvo, além de identificar o efeito de variáveis importantes da intervenção como características e processos organizacionais; e a formação e atividades dos atores envolvidos, que pode variar entre os diversos centros estudados.

Segundo Hartz (1999a), as principais vantagens de um estudo multicêntrico referem-se ao aumento do tamanho das amostras e ao seu poder de generalização. Pode-se ainda agregar os dados populacionais, constituindo uma única unidade de análise, ou fazer uma agregação de médias e sua análise de variância intra/inter localidades.

Para Mowbray & Herman (1991), o estudo multicêntrico permite que o modelo do programa possa ser generalizado para outros ambientes políticos, estruturas governamentais, tradições culturais e arranjos organizacionais. Esta generalização reforça a validade externa dos modelos e permite aos administradores do programa, projetar o processo de implantação em novos centros .

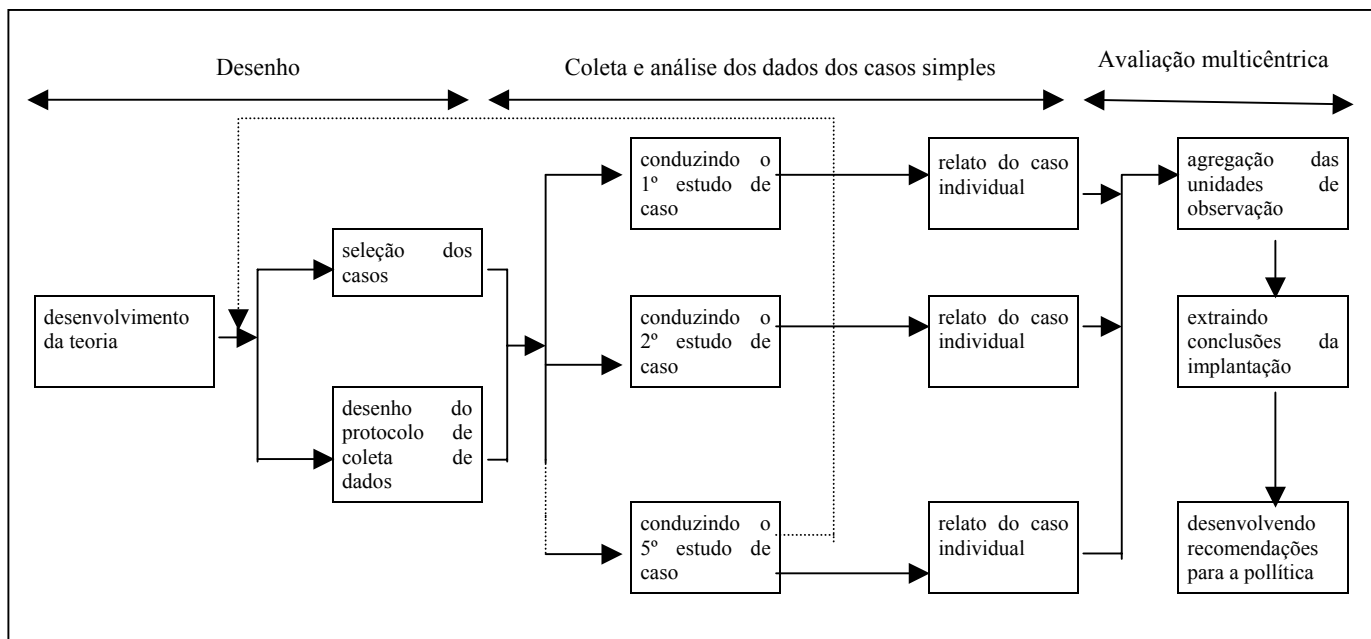
Guastello & Guastello (1991) recomendam a utilização de MSE para generalizar os efeitos (*outcomes*) de programas entre diferentes organizações, para generalizar conclusões sobre possíveis exemplos de programas hipotéticos, para avaliar a equivalência de grupos controle e

para detectar limites para generalização ou a interação entre as características organizacionais e as do programa.

8.1.1. Estratégia da pesquisa

A modelagem utilizada neste trabalho incorpora a *avaliação normativa* sobre os diversos aspectos referentes ao grau de implantação do programa, indispensáveis à *pesquisa avaliativa* privilegiada: *análise de implantação com estudos de casos múltiplos* de caráter multicêntrico. O modelo de estudo de caso utilizado está representado na figura 2.

Figura 2 : Representação gráfica do modelo de estudo de caso utilizado



Fonte: Adaptado de Yin (1994); Garaway (1996)

A abordagem utilizada para a análise do estudo de caso é o pareamento de um modelo teórico (modelo lógico), que supõe a comparação de uma configuração prévia, com uma configuração real observada. Neste caso, o modelo lógico construído serve para prever os impactos variáveis de uma intervenção introduzida em diferentes contextos (análise de interação) (Denis & Champagne, 1997).

O estudo de caso múltiplo foi feito com níveis de análise imbricados, ou seja, através da observação de comportamentos e processos organizacionais em vários níveis. Este tipo de estudo é recomendado quando o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando-se de informações sobre ambos (Hartz, 1999a). Os principais níveis de análise estudados no plano específico do PFB foram: o grau de implantação do programa, o grau de adequação da gestão nacional e a percepção dos atores envolvidos.

Em um estudo de caso onde as variáveis são interdependentes, é mais coerente elaborar pressupostos sobre a investigação do que enunciar hipóteses a serem demonstradas (Contandriopoulos et al., 1997b). Como neste trabalho as variáveis estudadas são interdependentes, optamos por trabalhar com pressupostos teóricos.

8.1.2. A seleção dos casos e unidades de análise

A proposta deste estudo foi analisar o grau de implantação do PFB em 5 estados brasileiros (casos). Nas regiões onde existiam pólos distribuidores (sudeste, nordeste e centro-oeste), os estados onde eles se localizavam foram selecionados por motivos de praticidade e redução de gastos. Foram ainda selecionados dois estados na região norte, por ser esta, considerada uma região de mais difícil acesso. Nesta região, a seleção dos estados foi aleatória, utilizando um programa informatizado especialmente desenvolvido para este fim. Desta forma, foram selecionados os seguintes estados:

Região Norte: Acre e Amazonas

Região Nordeste: Pernambuco (Pólo Lafepe)

Região Sudeste: Rio de Janeiro (Pólo Fiocruz)

Região Centro-Oeste: Goiás (Pólo Iquego)

Nos estados do Acre, Amazonas, Pernambuco e Goiás, foram selecionados de forma aleatória¹⁰, quatro municípios com população inferior a 21.000 habitantes. Posteriormente, em conjunto com as respectivas secretarias estaduais de saúde, foram selecionados dois, dos quatro municípios, utilizando como critério, a viabilidade de acesso. No estado do Rio de Janeiro, entretanto, foram selecionados quatro municípios com o objetivo de ampliar e aprofundar a análise posteriormente.

8.1.3. A pesquisa com usuários dos serviços de saúde

Procurou-se neste estudo avaliar a divulgação do PFB entre os usuários dos serviços de saúde. Para tanto foram entrevistados os usuários no momento em que chegavam à farmácia da unidade de saúde para pegar os medicamentos prescritos.

Não foi possível determinar um número específico de usuários a ser entrevistado em cada unidade de saúde, ou mesmo em cada município pois, em muitos casos, não havia paciente no momento da visita. Estabeleceu-se então que seriam entrevistados todos os pacientes que

¹⁰ Os municípios foram selecionados, inicialmente, utilizando o mesmo programa informatizado adotado para a seleção dos estados.

comparecessem à farmácia durante à visita realizada pelo pesquisador. Desta forma, foram entrevistados um total de 116 usuários.

8.2. Modelo lógico

Segundo Hartz (1999a), os modelos teóricos são “popularmente” conhecidos no Canadá como modelos lógicos e constituem uma exigência governamental para avaliação das intervenções federais, desde o início dos anos 80. Em um modelo lógico procura-se identificar os elos causais hipotéticos entre o que é feito pelo programa e os objetivos do mesmo. Este modelo fornece então, um método estruturado para definir o fundamento lógico do programa (Graham et al., 1994).

A construção de um modelo lógico deve incluir especificações como: o problema ou o comportamento visado pelo programa, a população alvo e as condições do contexto; o conteúdo do programa ou atributos necessários e suficientes para produzirem isolada e/ou integradamente os efeitos esperados (ingredientes ativos). O programa é então tratado em sua pluralidade e também na singularidade de seus sub-programas ou projetos, nunca se tendo apenas um efeito desejado para os participantes mas um conjunto de efeitos lógicos e hierarquicamente articulados em uma série de “se-então” associando recursos, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazo (Hartz, 1999a). Uma vez construído, o modelo lógico é passível de aperfeiçoamento ao longo do processo de avaliação, visando uma maior consistência dos resultados obtidos.

Um modelo lógico, descreve a seqüência de eventos, através de uma síntese dos principais componentes do programa inseridos em um quadro, para demonstrar como o programa teoricamente funciona. Uma das vantagens deste modelo é sua capacidade para resumir o mecanismo de funcionamento do programa ligando o processo aos resultados através de uma seqüência de passos, considerando ainda a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do programa (CDC, 1999).

O modelo lógico pode também expor a infra-estrutura necessária à operacionalização do programa. Os elementos que compõem um modelo lógico podem variar, entretanto, geralmente incluem os insumos (*inputs*), as atividades, os produtos (*outputs*) e os efeitos imediatos, de médio e longo prazo (*outcomes*) (CDC, 1999; Hartz et al., 1997). A criação do modelo lógico torna claro para os financiadores as estratégias adotadas pelo programa. Ele também revela os princípios que dizem

respeito às condições para a sua efetividade e fornecem uma estrutura de referência para avaliações (CDC, 1999), ajudando os avaliadores a estabelecer e testar a razão do programa bem como conceber instrumentos de avaliação adequados, tornando-se assim, uma etapa crucial na apreciação da “avaliabilidade” de qualquer programa (Hartz, 1999a).

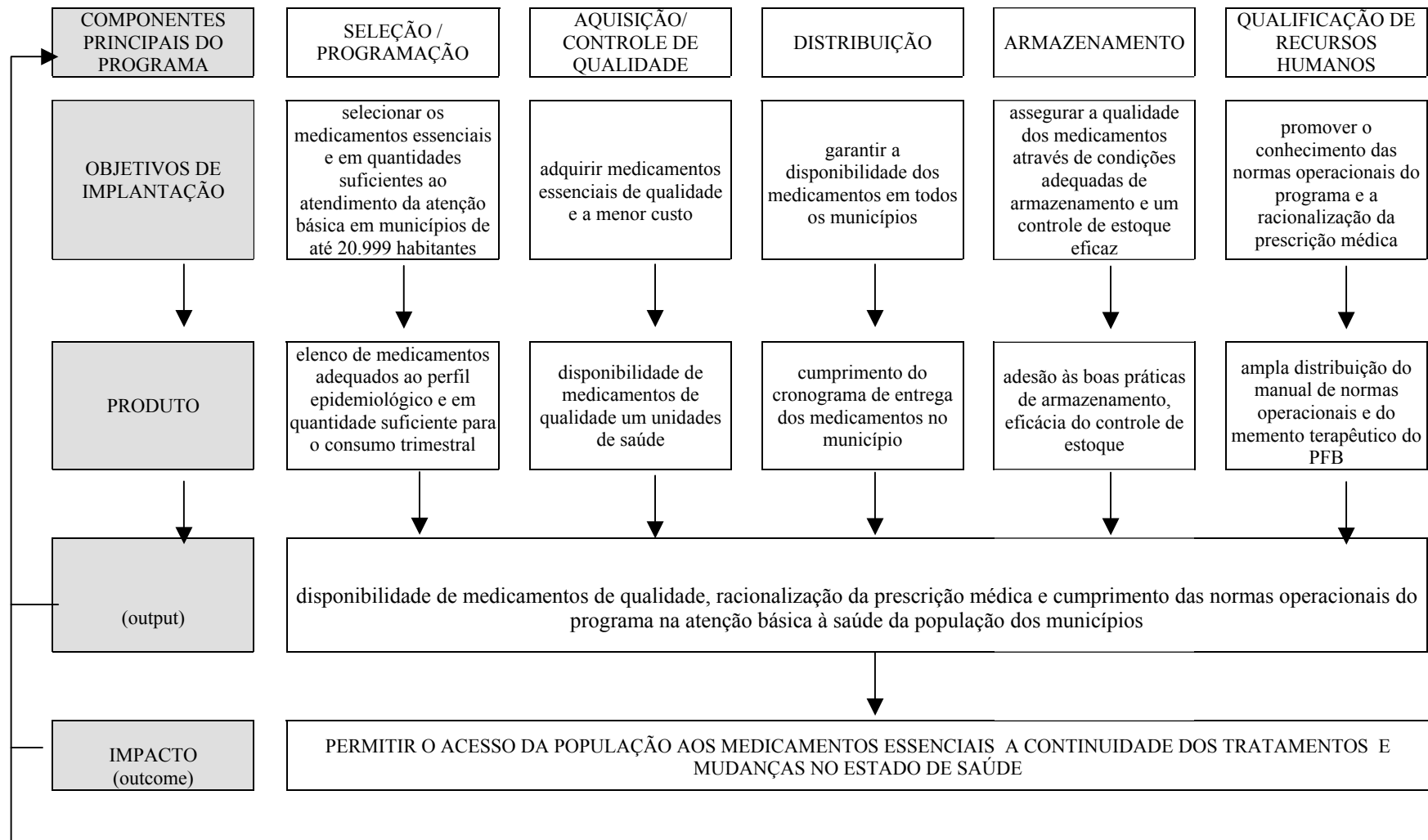
O modelo lógico pode ser usado como uma fonte para definir um conjunto de indicadores, que incluem as atividades do programa e seus efeitos esperados. Para cada passo no modelo podem ser desenvolvidos indicadores quali/quantitativos de modo a adequar o conceito em questão, a informação disponível e o uso planejado dos dados. Relacionar indicadores ao modelo lógico permite a detecção mais rápida de pequenas mudanças no desempenho do programa do que se fosse utilizada a medida de um único efeito (*outcome*). Além disso, esta abordagem resulta em um conjunto de medidas que revelam como os efeitos à saúde são conseqüências de efeitos intermediários. Durante uma avaliação alguns indicadores podem ser modificados, assim como novos indicadores podem ser adotados (CDC, 1999).

Um modelo lógico detalhado pode ainda fortalecer a asserção de causalidade e ser uma base para estimar os efeitos do programa sobre os *endpoints* que não são medidos diretamente mas são ligados na cadeia causal estabelecida por pesquisa anterior (CDC, 1999).

Após as diversas tentativas realizadas para validar a medida do grau de implantação que serão discutidas a seguir, questionou-se a validade de conteúdo do modelo lógico inicialmente proposto. Desta forma, o modelo lógico foi revisto e refeito. Foram então reavaliadas as dimensões propostas para a avaliação do programa, assim como os indicadores dentro de cada dimensão. Este novo modelo (figura 3), reorientou a escolha das variáveis para a operacionalização do grau de implantação.



Figura 3: Modelo Lógico do Programa Farmácia Básica (PFB) para o estudo multicêntrico



8.2.1. Indicadores

A garantia da credibilidade da informação (evidência) obtida em uma avaliação depende de vários aspectos, entre eles, os indicadores utilizados e as fontes de informação. Os indicadores definem atributos que dizem respeito às questões da avaliação, porque traduzem conceitos considerados no programa, seu contexto e seus efeitos esperados, dentro de uma medida específica que pode ser interpretada. Eles fornecem uma base para a coleta de evidências que são válidas e confiáveis para os usos propostos para a avaliação. Os indicadores consideram critérios que são utilizados para julgar o programa; por isso eles refletem aspectos que são significativos para o seu monitoramento (CDC, 1999).

A definição do número de indicadores também é uma questão que deve ser considerada. Com muitos indicadores corre-se o risco de perder o objetivo da avaliação. Entretanto, indicadores múltiplos são necessários para avaliar a implantação e os efeitos de um programa. Uma abordagem que é utilizada para o desenvolvimento de múltiplos indicadores é baseada no modelo lógico do programa (CDC, 1999). Desta forma, neste estudo, a construção do modelo lógico orientou a seleção dos indicadores. Assim, na revisão do modelo inicialmente proposto, os indicadores também foram reconstruídos, utilizando a mesma base de dados existente, de modo a aperfeiçoar a medida das diversas dimensões.

Assim, no processo empírico de seleção de variáveis, algumas que eram contínuas foram transformadas em categóricas e procedeu-se então aos testes para a validação da medida proposta para o grau de implantação do PFB. Obteve-se, então, uma matriz de indicadores (anexo 3) que apresentou a consistência e coerência, pretendidas inicialmente, para realizar a análise da implantação do Programa Farmácia Básica.

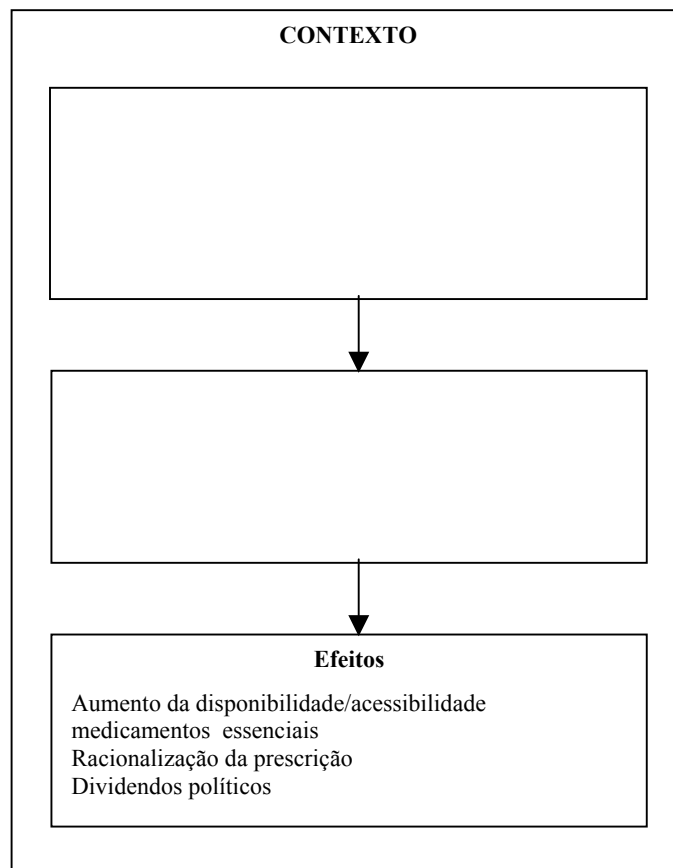
Desta forma, o grau de implantação foi determinado utilizando-se indicadores de estrutura e processo selecionados a partir de *World Health Organization* (WHO, 1993; 1994), *Rational Pharmaceutical Management Project* (RPM, 1995), *Management Sciences for Health* (MSH/WHO, 1997) e adaptados para avaliar o PFB, além de outros indicadores por nós desenvolvidos e que foram validados neste trabalho.

Os indicadores selecionados devem apresentar cinco requisitos básicos (MSH/WHO, 1997):

- *Clareza* - o indicador é facilmente entendido e calculado.
- *Utilidade* - o indicador reflete uma importante dimensão de desempenho.
- *Mensurabilidade* - o indicador pode ser definido em termos quantitativos ou qualitativos.
- *Confiabilidade* - o indicador permite a avaliação através do tempo e entre diferentes observadores.
- *Validade* - o indicador realiza uma medida verdadeira do que se quer medir.

O conjunto de indicadores do PFB pode ser representado em sua abordagem sistêmica dos resultados em nível nacional como descrito na figura 4.

Figura 4: Esquema Sistêmico do Programa de Farmácia Básica



A análise destes indicadores nos permitirá responder às seguintes questões:

Indicadores de estrutura:

- a) Orçamento: Existe orçamento adequado à aquisição de todos os medicamentos necessários, assim como para administrar o sistema farmacêutico eficientemente? Há disponibilidade de verba para programas de treinamento? O cronograma de repasse de verbas é cumprido?

- b) Administração do Programa: Existem recursos humanos treinados em número adequado à administração do programa nas unidades de saúde e nos pólos distribuidores?
- c) Seleção de Medicamentos: Como foram selecionados os medicamentos para o PFB? Existem critérios para a seleção dos medicamentos? Eles são consistentes? Os medicamentos são adequados aos parâmetros de morbidade? Em que medida o elenco selecionado cobre o que é prescrito nas unidades básicas de saúde?
- d) Garantia da Qualidade do Produto: Os produtos adquiridos e fornecidos à população são de boa qualidade?
- e) Administração da Informação: Existe um sistema efetivo de informação sobre o suprimento de medicamentos para os administradores do PFB?
- f) Ciclo da Assistência Farmacêutica: A logística farmacêutica é adequada? Existe um sistema de compras eficiente, que assegure o estoque dos medicamentos nas quantidades e tempos necessários? A área destinada à guarda de medicamentos é adequada?

Indicadores de processo:

- a) Ciclo da Assistência Farmacêutica: Os medicamentos são estocados em condições adequadas? Os medicamentos do PFB encontram-se em quantidade suficiente no nível local para o atendimento do período preestabelecido? O sistema de distribuição de medicamentos adotado é adequado ao PFB?

Indicadores de efeito:

- a) Utilização de medicamentos: A prescrição e o uso de medicamentos são racionais? Encontram-se disponíveis para os profissionais envolvidos protocolos farmacoterapêuticos, momento terapêutico dos medicamentos do PFB e manuais de normas e procedimentos do PFB?
- b) Dividendos políticos: A população e os profissionais estão satisfeitos com o PFB?

Esses indicadores podem ser de dois tipos: qualitativos ou quantitativos. Os indicadores qualitativos podem ser formulados através de perguntas que admitem respostas do tipo “sim ou não”, relacionadas à política, aos processos administrativos e à caracterização dos sistemas locais de saúde e da assistência farmacêutica. Geralmente refletem estruturas e procedimentos que são pré-requisitos para a política de implantação e para o desempenho administrativo do programa e fornecem informações sobre os sistemas de saúde de cada caso analisado. Os indicadores quantitativos permitem a colocação de “alvos” específicos para efeitos e desempenho; eles facilitam o monitoramento destes “alvos”. Os indicadores quantitativos podem ser descritos na forma de contagem, taxas, razões, proporções ou porcentagens (MSH/WHO, 1997).

Para decidir o formato do indicador quantitativo é importante considerar a disponibilidade de informação, ou seja, para trabalhar com proporções ou porcentagens é necessário ter o conhecimento confiável do número total dos eventos estudados (por exemplo: número de medicamentos que compõem a lista nacional de medicamentos essenciais) (MSH/WHO, 1997).

Alguns indicadores são medidos com base em uma lista padrão de medicamentos. Estes incluem indicadores relacionados à aquisição, controle de estoque e disponibilidade de medicamentos. Com o objetivo de reduzir custos e tempo da pesquisa, recomenda-se a utilização de um número limitado de medicamentos, que são denominados de *medicamentos indicadores*. Estes medicamentos devem pertencer à lista nacional de medicamentos essenciais, estar entre os mais importantes do ponto de vista terapêutico, estar entre os medicamentos mais usados e ser comumente disponível internacionalmente para fins de comparação. O número de medicamentos indicadores a ser selecionado varia entre 10 e 50 - OMS: 10; MSH/WHO: 10 a 20; RPM: 25 a 50 medicamentos (WHO, 1994; RPM, 1995; MSH/WHO, 1997). Como o elenco de medicamentos do PFB é pequeno (32 medicamentos), nas análises serão utilizados como medicamentos indicadores todos os medicamentos distribuídos por este programa.

Os indicadores para os sistemas locais de saúde estão descritos no quadro 5. Com estes indicadores pretende-se caracterizar os sistemas locais de saúde em relação a dados populacionais, sócio-econômicos, da situação e do sistema de saúde.

Quadro 5: Informações sócio-demográficas, sobre a situação de saúde e sobre o sistema de saúde.

DIMENSÃO	INDICADOR		FONTE
INFORMAÇÕES GERAIS			
DADOS POPULACIONAIS	A1	População total do estado (em milhares)	DATASUS,1999
	A2	Taxa média de crescimento da população no período de 1991-1996 (%)	
	A3	Expectativa de vida ao nascer (anos)	
DADOS SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE	A4	Taxa de mortalidade infantil (por 1.000)	DATASUS,1999
	A5	Taxa bruta de mortalidade	DATASUS,1999
	A6	População por unidade de saúde que dispensa medicamentos do PFB (em milhares)	IBGE, 1998
	A7	Taxa de mortalidade materna (por 100.000)	DATASUS,1998; 1999
ESTRUTURA			
ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	B1	Porcentagem de SMS que possuem organograma	NÍVEL LOCAL
	B2	Porcentagem de SMS que possuem assistência farmacêutica em sua estrutura	NÍVEL LOCAL
	B3	Número de médicos por 1.000 habitantes	IBGE 99 CFM ¹ /99
	B4	Porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que se reciclaram na área de medicamentos nos últimos 3 anos	NÍVEL LOCAL

¹CFM = Conselho Federal de Medicina (CFM, 1999)

O grau de adequação da gestão nacional e regional do PFB, componente do seu contexto organizacional, foi medido utilizando-se os indicadores descritos nos quadros 6 e 7.

Quadro 6: Indicadores do grau de adequação da gestão nacional do PFB, 1998.

COMPONENTE DO PROGRAMA	INDICADOR	
B – ESTRUTURA		
GESTÃO NACIONAL	B5	Porcentagem do orçamento público gasto com medicamentos, do total do orçamento destinado aos medicamentos
	B6	Porcentagem de Comunicados de Divergência atendidos
	B7	Porcentagem de Demonstrativos de Movimentação de medicamentos analisados
SELEÇÃO/ PROGRAMAÇÃO	B8	Porcentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME/83
	B9	Adequação dos procedimentos de quantificação do módulo-padrão do PFB
	B10	Porcentagem de municípios que receberam o número de <i>kits</i> do PFB compatível com a sua população
C – PROCESSO		
AQUISIÇÃO / CONTROLE DE QUALIDADE	C1	Porcentagem de medicamentos adquiridos, submetidos a controle de qualidade
	C2	Porcentagem de medicamentos adquiridos rejeitados no controle de qualidade

Quadro 7: Indicadores do grau de adequação da gestão regional do PFB, 1998.

COMPONENTE DO PROGRAMA	INDICADOR	
B. ESTRUTURA		
ARMAZENAMENTO	B11	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Pólos Distribuidores
	C – PROCESSO	
	C3	Adequação das práticas de armazenamento de medicamentos no polo distribuidor

Como parte do processo de ajuste na validação, inicialmente, o grau de implantação do PFB foi calculado utilizando 8 indicadores, e os efeitos observados foram avaliados através de 7 indicadores (MS, 1999a), como descrito no quadro 8. Foram ainda selecionados dois indicadores como eventos sentinela do PFB, como descrito a seguir:

-Eventos sentinela nível nacional: porcentagem de medicamentos adquiridos rejeitados no controle de qualidade

-Eventos sentinela nível estadual: porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no nível local

Quadro 8: Indicadores utilizados para avaliação da implantação e dos efeitos do PFB, versão preliminar.

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO
GRAU DE IMPLANTAÇÃO		
ESTOCAGEM	Adequação das práticas de estocagem de medicamentos no nível local e pólos distribuidores	porcentagem de critérios de boas práticas de estocagem (BPE) observados
	Porcentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas no nível local	porcentagem de medicamentos inspecionados em relação ao total de medicamentos estocados
	Porcentagem média ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados no nível local	porcentagem média ponderada de variação no inventário é a diferença da porcentagem média ponderada entre os níveis de estoque registrados e a contagem física real
	Porcentagem média do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos do PFB em estoque no nível local	porcentagem média dos medicamentos em estoque, cuja contagem física insere-se em uma faixa de variação de $\pm 5\%$ em relação aos registros no inventário
DISTRIBUIÇÃO	Porcentagem média de medicamentos disponíveis em estoque no nível local	um medicamento é considerado disponível se, ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque
	Porcentagem de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local	tempo sem estoque é o número de dias em que um produto não esteve presente no nível regional ou local, a contar do início do recebimento do PFB
	Adequação no transporte de medicamentos	disponibilidade de veículos adequados ao transporte de medicamentos, sendo exclusivos para este fim
	Disponibilidade de medicamentos em unidades de saúde distantes	porcentagem de medicamentos disponíveis, no dia da visita, em unidades de saúde distantes, em relação aos medicamentos do PFB
EFEITO		
UTILIZAÇÃO / ACESSIBILIDADE	Porcentagem de medicamentos do PFB prescritos	porcentagem de medicamentos do PFB prescritos, em relação ao total de medicamentos
	Disponibilidade de informação objetiva sobre medicamentos do PFB para os médicos	porcentagem de médicos que tem acesso direto ao momento terapêutico do PFB, em relação à amostra total de médicos
	Número médio de medicamentos por prescrição	considera o número de medicamentos contidos na prescrição. Medicamentos com mais de um princípio ativo devem ser contados uma única vez
	Porcentagem de prescrições que contém injeção	porcentagem de prescrições que contém, no mínimo uma injeção, do total de prescrições estudadas
	Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico	porcentagem de medicamentos do PFB prescritos pelo nome genérico, do total de medicamentos do PFB prescritos
	Porcentagem de prescrições que contém antibióticos	porcentagem de prescrições que contém no mínimo 1 antibiótico, do total de prescrições estudadas
	Porcentagem de medicamentos do PFB atendidos	porcentagem de medicamentos do PFB prescritos, que foram fornecidos aos pacientes

Nesta primeira versão, alguns indicadores eram compostos, como por exemplo “Adequação das práticas de estocagem de medicamentos *no nível local e pólos distribuidores*” e

“porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no nível local”, neste caso, considerava-se o total de medicamentos disponíveis em estoque no município, independente de ser no Depósito Municipal ou na unidade de saúde. Optamos então por decompor estes indicadores e acrescentar alguns outros. Desta forma, o grau de implantação passou a ser determinado por 24 indicadores e os efeitos analisados por 9 indicadores, como pode ser observado no quadro 9.

Quadro 9: Indicadores utilizados na análise de implantação do PFB, segunda versão.

COMPONENTE DO PROGRAMA	INDICADOR
B. ESTRUTURA	
ARMAZENAMENTO	B12 Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Depósitos de Medicamentos Municipais
	B13 Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nas UBS
QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	B14 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos do PFB
	B15 Porcentagem de UBS que divulgam a relação de medicamentos do PFB para os médicos
C – PROCESSO	
DISTRIBUIÇÃO	C4 Adequação no transporte de medicamentos
	C5 Tempo médio decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB (em meses)
	C6 Porcentagem de <i>kits</i> completos entregues
	C7 Porcentagem média de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local
	C8 Porcentagem e medicamentos disponíveis em estoque no Depósito de Medicamentos Municipal
	C9 Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque na UBS
	C10 Disponibilidade de medicamentos em municípios distantes
	C11 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que recebem medicamentos do PFB com a validade vencida
ARMAZENAMENTO	C12 Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no Depósito de Medicamentos Municipal
	C13 Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UBS
	C14 Porcentagem média ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados no nível local
	C15 Porcentagem média do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos do PFB em estoque no nível local
	C16 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque
	C17 Porcentagem de UBS que realizam controle de estoque
	C18 Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos no Depósito de Medicamentos Municipal
	C19 Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos nas UBS
	C20 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizaram inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas
	C21 Porcentagem de UBS que realizaram inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas
QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	C22 Porcentagem de UBS que dispensa medicamentos com a apresentação da prescrição médica
	C23 Porcentagem de municípios que preenchem o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos
D – EFEITO	
UTILIZAÇÃO	D1 Disponibilidade de informação objetiva sobre medicamentos do PFB para os médicos
	D2 Número médio de medicamentos por prescrição
	D3 Porcentagem de prescrições que contém injeção

COMPONENTE DO PROGRAMA	INDICADOR	
	D4	Porcentagem de prescrições que contêm antimicrobianos
	D5	Porcentagem de medicamentos do PFB prescritos
	D6	Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico
	D7	Porcentagem de medicamentos do PFB atendidos
DIVIDENDOS POLÍTICOS	D8	Porcentagem atores que conhece o PFB
	D9	Porcentagem de usuários que conhece o PFB

No estado do Rio de Janeiro, como se explicitou nos objetivos, realizou-se um estudo complementar sobre a sustentabilidade do PFB. Para tanto, foram analisadas a realização de atividades mínimas necessárias ao funcionamento do ciclo de assistência farmacêutica como: seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos. Os indicadores selecionados estão apresentados no quadro 10.

Quadro 10: Atividades referentes ao ciclo da assistência farmacêutica realizadas no estado do Rio de Janeiro.

ATIVIDADE	INDICADOR
SELEÇÃO	Número de municípios que possuem relação de medicamentos essenciais para a atenção básica
PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO	Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque no Depósito de Medicamentos Municipal Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque na UBS Disponibilidade de medicamentos em municípios distantes Disponibilidade de veículos para o transporte de medicamentos

Todos os indicadores selecionados constantes do anexo 2 são definidos como esquematizado abaixo e sumarizados em uma planilha utilizando a sistematização da RIPSА - Rede Integrada de Informações para a Saúde (anexo 3).

Denominação

Objetivo

Definição

Método de cálculo

Fontes

Padrão

Limitações

8.3. Validação e medida do grau de implantação

A validação é um processo de estimacão do grau de adesão de um modelo ou medida, à sua realidade (Palumbo & Oliverio, 1989). A validação específica do grau de implantação corresponde, assim, à validação de um instrumento de medida de avaliação da qualidade.

Há várias estratégias para estabelecer a validade de medidas: validade de construção, validade de conteúdo e validade de critério (Champagne et al., 1985; Contandriopoulos et al., 1997b; Polit & Hungler, 1995; Streiner & Norman, 1989); validade patente (inclui a validade de conteúdo e a validade consensual) e validade de critério (Abramson, 1990). Devido ao fato de existirem diferentes tipologias para os diversos tipos de validade mencionados anteriormente, optamos por adotar aquela proposta por Champagne et al. (1985); Polit & Hungler (1995); Contandriopoulos et al. (1997b), por serem mais utilizadas nos programas sociais.

A validade de *construção* (ou constructo) trata da relação entre os conceitos teóricos e sua operacionalização (Contandriopoulos et al., 1997b), isto é, refere-se ao grau em que um instrumento mede o constructo que está sendo pesquisado (Polit & Hungler, 1995). A principal forma de validação da construção utilizada neste trabalho foi a nomológica, onde examina-se a correlação entre vários conceitos com que se postula o avanço das interrelações (Champagne et al., 1985). Trata-se de levantar um certo número de hipóteses sobre os resultados que deveriam ser observados com a ajuda do instrumento. A confirmação destas hipóteses não demonstra a validade da construção, porém consolida a suposição de que o instrumento mede bem a construção em questão. Entretanto, a não confirmação da hipótese não invalida

necessariamente o instrumento, pois uma não confirmação pode também significar a ausência de precisão da teoria inicial (Contandriopulos et al., 1997b). As variáveis, como por exemplo a saúde e a acessibilidade, são tidas como “entidades” que têm origem na generalização de fenômenos. Estas entidades, não existem em si e não são diretamente observáveis (Champagne et al., 1985). Quando se tenta medir estas variáveis abstratas, deve-se perguntar até que ponto os instrumentos e as estratégias de medidas permitem determiná-las e quais as dimensões adequadas e suficientes para apreendê-las. Por exemplo, eles medem verdadeiramente a saúde e a acessibilidade? Pode-se assim, estimar a validade da medida examinando as correlações entre várias medidas diferentes do mesmo conceito (validação de traço) (Champagne et al., 1985; Contandriopulos et al., 1997b). Este tipo de validação é interessante de ser usado quando o modelo teórico não está bem desenvolvido (Contandriopoulos et al., 1997b). Uma variante é a validação multi-traço/multi-método onde se constrói uma rede de inter-correlações entre várias medidas de vários conceitos (Champagne et al., 1985; Contandriopulos et al., 1997b; Streiner & Norman, 1989). Segundo Contandriopoulos et al. (1997b), este tipo de validação baseia-se na lógica de que “a correlação entre a medição obtida pelo instrumento que se quer validar e a medição obtida por um instrumento que mede o mesmo traço deve ser superior àquela obtida com uma medição produzida por um instrumento medindo um outro traço” (p:90). Neste estudo utilizamos a validação homotraço-heterométrico (o mesmo traço medido por diferentes métodos), quando comparamos os resultados obtidos com esta avaliação com aqueles apresentados pela avaliação realizada pela Divisão de Acompanhamento da Execução de Programas do Ministério da Saúde, que será discutida no capítulo 10.

Existe ainda uma terceira maneira de validar a construção que é a validação fatorial. Esta validação baseia-se em uma análise fatorial, agrupando em um mesmo fator, os elementos que servem para medir uma mesma dimensão (Contandriopulos et al., 1997b). Entretanto, este método apresenta como limitação a necessidade de um grande número de unidades de análise, não sendo adequado aos estudos de caso.

A *validade de conteúdo* consiste na capacidade do instrumento em medir todas as dimensões dos conceitos que se quer medir (constructo). É a realização de um julgamento sobre a proporção em que os itens selecionados para medir uma construção teórica, representam bem todas as dimensões do conceito a ser medido (Champagne et al., 1985; Contandriopoulos et al., 1997b; Polit & Hungler, 1995). A

validade de conteúdo de uma variável pode ser otimizada decompondo-se o seu conceito em tantas dimensões quanto possível. Para isto, pode-se utilizar as técnicas de consenso de especialistas (Champagne et al., 1985).

A *validade de critério* refere-se ao grau em que os escores de um instrumento estão correlacionados a algum critério externo (similar a um “padrão ouro” na classificação diagnóstica), considerado adequado para ser usado como critério de validade. A validade de critério é dita *preditora* ou *preditiva*, quando um instrumento é capaz de prever (predizer ou estimar) algum critério observado em um momento futuro; e *concorrente*, *concomitante* ou *simultânea*, quando os escores de um instrumento estão correlacionados a algum critério externo, mensurado simultaneamente (Champagne et al., 1985; Contandriopoulos et al., 1997b; Streiner & Norman, 1989; Polit & Hungler, 1995; Abramson, 1990).

Vários modelos estatísticos podem ser propostos para avaliar a qualidade de uma medida. Um deles é a representação geométrica. Uma das vantagens deste tipo de análise é que o gráfico pode demonstrar não só as relações existentes entre as variáveis, que supostamente representam as diversas dimensões, mas também distribuições potencialmente heterogêneas. A presença de *clusters* ou agrupamentos, pode sugerir que a amostra analisada contém dois grupos diferentes de unidades de observação, por exemplo. Uma desvantagem deste método, entretanto, é que ele limita o número de dimensões a serem analisadas pois, para muitas dimensões, não se consegue plotar a frequência relativa do fenômeno estudado. Outra limitação deste método é que as dimensões devem utilizar a mesma escala. Dados estes limites, as dimensões são melhor representadas utilizando-se um vetor de índices (vetor observacional). Os índices podem ser somas, médias ou porcentagens. O vetor também pode ser usado para representar a evolução dos escores totais através do tempo. As dimensões das variáveis do vetor observacional podem ser medidas em diferentes escalas e ele pode conter um número grande de variáveis. Entretanto, o vetor pode ser melhor representado, se houver uma redução do número de variáveis, através da soma de escores dentro de cada dimensão (Miller & Knapp, 1979), sendo este o método que utilizamos para determinar o grau de implantação do PFB.

O processo de validação neste estudo foi realizado em três etapas, iniciando pela articulação nomológica (validade de construção). Nesta etapa, buscou-se as macro-dimensões que mais se aproximavam dos resultados que deveriam ser

observados e melhor apreendiam o conceito em estudo. A validação da construção está representada graficamente no modelo lógico.

Em uma segunda etapa, procedeu-se à validação do conteúdo que foi realizada em dois momentos. Em um primeiro momento procurou-se determinar as variáveis que seriam necessárias para representar o conceito a ser avaliado e seu peso relativo no conjunto do constructo, através do consenso de especialistas, apoiado na revisão da literatura nacional e internacional. Em um segundo momento, procedeu-se à redução no número de variáveis, permanecendo apenas, as que eram essenciais para representar as dimensões propostas no modelo lógico. Esta fase é, sem dúvida, a mais importante e determinante para a construção e o aperfeiçoamento dos instrumentos de medida.

A validação final da medida neste estudo, baseou-se na validade de critério, ou seja, no padrão de julgamento utilizado para o grau de implantação e a interpretação dos resultados do estudo. Assim, esta validação fundamentou-se na existência de coerência entre os indicadores de estrutura e processo com os indicadores de efeito e na consistência dos efeitos observados em diferentes contextos e não na equivalência entre os escores (vetores observacionais). Por isso, não houve a preocupação em determinar o mesmo número de variáveis para cada dimensão avaliada ou ponderação que pudesse atribuir maior importância a um item em função de outro. A inexistência de coerência e/ou consistência entre estes grupos de indicadores era indicativa de existência de problemas no instrumento utilizado para a avaliação (o que permitia rever e ajustar a validade e conteúdo do instrumento, nas suas variáveis e ponderações).

A medida do grau de implantação e dos efeitos do programa, foram inicialmente ponderados por um grupo de especialistas e submetidos, após a construção de um banco de dados, à revisão dos pesos e pontos de corte previamente sugeridos em simulações de modelos, buscando aumentar a validade concorrente dos escores obtidos. A observação empírica permitiu, portanto, rever e aumentar a validade de conteúdo e construção, ajustando as representações conceitual e operacional.

8.3.1. Construção de escores

A estimação numérica utilizada para resumir a qualidade de uma medida pode ser obtida utilizando-se índices simples ou combinados para dimensões específicas. Quando são utilizados, os indicadores, podem ser medidos em escala nominal, ordinal

ou intervalar. No caso de escalas nominais e ordinais pode-se trabalhar com o conceito de proporção ou porcentagem ou pode-se medir separadamente a proporção de respostas desejáveis no caso de escala nominal ou a proporção dentro de cada ordem, para a escala ordinal. No caso da escala intervalar o índice ou medida descritiva mais apropriada é a média simples ou a resposta média dentro de uma dimensão de interesse. Nos três casos, pode-se obter tanto um resultado para cada questão individual, como pode-se obter um índice (escore) único para a dimensão inteira (Miller & Knapp, 1979).

O escore, geralmente, se faz necessário quando se deseja expressar um resultado final para uma determinada característica ou dimensão que é avaliada por uma série de itens. Streiner & Norman (1989) descrevem artefatos que podem ser utilizados para obter um resultado significativo para uma característica quando os itens avaliados possuem importância diferente entre si com relação à dimensão analisada ou para comparar escores em diferentes escalas métricas.

O cálculo dos escores do grau de implantação foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa foram determinados os valores observados e esperados para cada dimensão e, em uma segunda etapa, realizou-se o cálculo do grau de implantação.

Como nem todos os indicadores utilizados para o cálculo do grau de implantação possuíam a mesma escala, sendo, ainda, alguns qualitativos, optamos por atribuir escores ao valor de cada indicador, de acordo com o resultado observado, para que pudessem ser somados e encontrado o valor de cada dimensão, como descrito na fórmula 1.

Fórmula 1:

$$Y_i = \sum x_{ij}$$

onde:

Y_i = dimensão (i), por exemplo, armazenamento, distribuição, etc.

X_{ij} = indicador (j), dentro da dimensão (i), por exemplo, “adequação das práticas de armazenamento de medicamentos”, dentro da dimensão armazenamento.

O escore atribuído ao resultado esperado correspondia sempre ao maior valor possível.

Obtendo-se assim o valor observado e esperado para cada dimensão, procedeu-se ao cálculo do grau de implantação propriamente dito, conforme descrito na fórmula 2.

Fórmula 2:

$$\sum_{i=1}^n \frac{Y_i(O)}{Y_i(E)} \times 100$$

onde:

$Y_i(O)$ = valor observado para a dimensão (i)

$Y_i(E)$ = valor esperado para a dimensão (i)

A operacionalização da medida do grau de implantação foi feita em três níveis. No primeiro nível atribuiu-se pontos de corte diferenciados para classificar o grau de implantação, em um segundo nível, escores diferenciados internamente à cada indicador e, em um terceiro nível, procedeu-se à validação concorrente da medida. Foram então realizadas simulações referentes aos escores e, para cada uma destas, foram estudados pontos de corte diferentes. Realizou-se ainda simulações destacando alguns indicadores como eventos sentinela do programa.

Foram então testados 3 modelos para a determinação do ponto de corte mais adequado para classificar o grau de implantação e 14 para a determinação do escore mais adequado aos indicadores selecionados, totalizando quarenta e duas simulações, para eleger a que apresentasse a maior coerência e consistência entre o grau de implantação do programa e os resultados observados nas diversas unidades de análise (estados brasileiros).

9.3.1.1. Modelos testados para determinação do *ponto de corte* mais adequado

Com relação aos pontos de corte a serem adotados para classificar o grau de implantação, assim como os efeitos observados do programa, foram testados os 3 modelos descritos na tabela 7.

Tabela 7: Modelos analisados quanto ao ponto de corte para classificar o grau de implantação do PFB.

CLASSIFICAÇÃO	MODELOS		
	A	B	C
ADEQUADO	-----	> 75%	-----
ACEITÁVEL	> 75%	50 – 75%	≥ 80%
INSATISFATÓRIO	25 – 75%	25 – 49%	40 – 79%
CRÍTICO	< 25%	< 25%	0 – 39%

Conforme referido na seção anterior, os 14 modelos propostos para determinar o escore mais adequado foram testados em 3 modelos descritos para o grau de implantação (tabela 7) totalizando as 42 simulações para encontrar a combinação entre escore e ponto de corte que apresentasse maior validade concorrente e consistência entre o grau de implantação do Programa e os efeitos encontrados, como descrito a seguir.

Obteve-se assim, uma combinação entre escores e pontos de corte que se mostrou válida para avaliar o grau de implantação do PFB e que pode ser útil à avaliação de outros programas de medicamentos.

9.3.1.2. Modelos testados para determinação do *escore* mais adequado

Modelo 1

Embora a maioria dos indicadores seja expresso em porcentagem, alguns deles possuem escalas métricas diferentes, tornando difícil a obtenção de um resultado final único (grau de implantação), assim como a comparação entre o grau de implantação obtido e os resultados alcançados pelo Programa. Sendo assim, determinou-se para cada indicador um padrão indicativo da faixa mínima ou máxima, para o qual o seu resultado seria considerado ideal. Os padrões foram então selecionados na literatura, na legislação em vigor e/ou através de um consenso de especialistas do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) / ENSP / FIOCRUZ. Para cada padrão atribuiu-se um valor mínimo, abaixo do qual o resultado obtido seria considerado crítico. Cada indicador possuía então 3 escores, a saber: *valor 2*, quando o resultado obtido para o indicador era igual ou superior àquele proposto para o padrão; *valor 1*, quando o resultado do indicador encontrava-se na faixa intermediária entre o valor proposto para o padrão e o valor mínimo aceitável e *valor zero*, quando o resultado era igual ou inferior ao mínimo proposto, como exemplificado na tabela 8.

Tabela 8: Exemplo com os valores atribuídos aos indicadores no modelo 1.

INDICADORES QUANTITATIVOS	RESULTADO OBSERVADO %	FAIXA DE VALORES %	VALOR OBTIDO	VALOR MÁXIMO
ESTOCAGEM				
Adequação das práticas de estocagem de medicamentos no nível local e pólos distribuidores	49,9	≥90 = 2 50 - 89 = 1 <50% = 0	0	2
Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no nível local e pólos distribuidores	0,6	0 = 2 >0 = 0	0	2
Porcentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas no nível local e nos pólos distribuidores	0	≥90 = 2 50 - 89 = 1 <50 = 0	0	2
SUBTOTAL	---	---	0	6

Os valores estabelecidos para os padrões podiam apresentar-se como máximo ou como mínimo aceitável. Quando o padrão proposto para o indicador possuía o valor zero como valor aceitável, o indicador era tratado como uma variável dicotômica, onde o valor zero recebia 2 pontos e qualquer valor obtido maior do que zero, recebia a pontuação zero.

Esta ponderação não se mostrou adequada devido ao fato de alguns estados apresentarem o grau de implantação zero (tabela 9), sugerindo que nenhuma dimensão do programa havia sido implantada, o que não era verdadeiro.

Tabela 9: Grau de implantação por estado – modelo 1- primeira versão.

CASO	GRAU DE IMPLANTAÇÃO %	EFEITO %
ACRE	0	14
AMAZONAS	0	29
GOIÁS	17	50
PERNAMBUCO	8	64
RIO DE JANEIRO	25	36

Optamos então por revisar os indicadores que estavam sendo utilizados na composição das dimensões, alterando-se a matriz inicialmente proposta. Obteve-se assim os resultados apresentados na tabela 10 que foram testados em relação aos pontos de corte.

Tabela 10: Grau de implantação – modelo 1 – segunda versão.

CASO	MODELO 1A		MODELO 1B		MODELO 1C	
	GRAU DE IMPLANTAÇÃO %	EFEITO %	GRAU DE IMPLANTAÇÃO %	EFEITO %	GRAU DE IMPLANTAÇÃO %	EFEITO %
ACRE	12 C	14 C	12 C	14 C	12 C	14 C
AMAZONAS	12 C	29 I	12 C	29 I	12 C	29 C
GOIÁS	25 I	50 I	25 I	50 A	25 C	50 I
PERNAMBUCO	19 C	64 I	19 C	64 A	19 C	64 I
RIO DE JANEIRO	33 I	36 I	33 I	36 I	33 C	36 C

C= CRÍTICO, I= INSATISFATÓRIO, A = ACEITÁVEL

Estes resultados não se mostraram ainda coerentes ou consistentes, sendo então elaborado um segundo modelo, como discutido a seguir.

Modelo 2

Neste modelo, os padrões estipulados para cada indicador foram substituídos por faixas de valores determinadas por quartis, exceção feita apenas para os indicadores que comportavam-se como variáveis dicotômicas que foram tratados da mesma forma que no modelo anterior recebendo, porém, escores diferentes. Assim, o valor atribuído a cada indicador foi feito como apresentado na tabela 11.

Tabela 11: Determinação do valor atribuído a cada indicador.

% DO VALOR MÁXIMO OBTIDO	VARIÁVEIS DICOTÔMICAS	ESCORE ATRIBUÍDO
< 25	Resultado encontrava-se fora da faixa estipulada	1
25 – 49	---	2
50 – 74	---	3
≥ 75	Resultado encontrava-se dentro da faixa estipulada	4

Neste modelo, para alguns indicadores invertia-se a escala de atribuição de escores. Por exemplo, para o indicador “porcentagem média ponderada de variação no inventário” quanto menor a variação, maior o escore atribuído. Um exemplo deste modelo pode ser observado na tabela 12.

Tabela 12: Exemplo com os valores atribuídos aos indicadores no modelo 2.

INDICADORES QUANTITATIVOS	RESULTADO OBSERVADO	FAIXA DE VALORES	VALOR OBTIDO	VALOR MÁXIMO
	%	%		
ESTOCAGEM				
Adequação das práticas de estocagem de medicamentos no nível local e pólos distribuidores	49,9	> 75 = 4 > 50 – 75 = 3 > 25 – 50 = 2 ≤ 25 = 1	2	4
Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no nível local e pólos distribuidores	0,6	0 = 4 > 0 = 1	1	4
Porcentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas no nível local e nos pólos distribuidores	0	> 75 = 4 > 50 – 75 = 3 > 25 – 50 = 2 ≤ 25 = 1	1	4
Porcentagem média ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados no nível local e nos pólos distribuidores	0*	> 75 = 1 > 50 – 75 = 2 > 25 – 50 = 3 ≤ 25 = 4	1	4
SUBTOTAL	---		5	16

* Não realiza controle de estoque, por isso recebeu o menor valor possível

O resultado obtido para o grau de implantação foi então testado com relação aos pontes de corte, obtendo-se os resultados apresentados na tabela 13.

Tabela 13: Grau de implantação – modelo 2.

CASO	MODELO 2A				MODELO 2B				MODELO 2C			
	GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITO %		GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITO %		GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITO %	
ACRE	41	I	50	I	41	I	50	A	41	I	50	I
AMAZONAS	47	I	54	I	47	I	54	A	47	I	54	I
GOIÁS	50	I	71	I	50	A	71	A	50	I	71	I
PERNAMBUCO	53	I	75	I	53	A	75	A	53	I	75	I
RIO DE JANEIRO	69	I	57	I	69	A	57	A	69	I	57	I

C= CRÍTICO, I = INSATISFATÓRIO, A = ACEITÁVEL

Estes resultados mostraram-se mais adequados que o modelo anterior, principalmente para a classificação do grau de implantação utilizando os modelos A e C. Mesmo assim, optamos por testar um terceiro modelo.

Modelo 3

Neste modelo não se classificou os resultados obtidos em faixas de valores, mas procurou-se utilizar uma escala decimal do valor obtido para o indicador para calcular o grau de implantação. Desta forma, os indicadores cujos resultados eram apresentados em porcentagem, receberam valores entre zero e 10, que correspondia à décima parte do resultado obtido. Por exemplo, um indicador que tivesse um resultado de 73%, receberia o valor de 7,3.

Aos indicadores que comportavam-se como variáveis dicotômicas, atribuiu-se o valor 10 quando o valor obtido encontrava-se dentro da faixa esperada e o valor zero para o caso contrário. Por exemplo o indicador “porcentagem de prescrições que contêm injetáveis”, se o valor obtido fosse menor ou igual a 1 (a décima parte de 10%) receberia o escore de 10, se fosse maior do que 1, receberia o escore de 0.

Como no modelo anterior, para alguns indicadores invertia-se a escala de atribuição de escores. Por exemplo, para o indicador “porcentagem média ponderada de variação no inventário” a escala encontrava-se na faixa entre (-)10 e 0, ou seja, quanto menor a variação, maior o escore atribuído.

Um exemplo deste modelo pode ser observado na tabela 14.

Tabela 14: Exemplo com os valores atribuídos aos indicadores no modelo 3.

INDICADORES QUANTITATIVOS	RESULTADO OBSERVADO %	VALOR OBTIDO	VALOR MÁXIMO
ESTOCAGEM			
Adequação das práticas de estocagem de medicamentos no nível local e pólos distribuidores	49,9	4,99	10
Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no nível local e pólos distribuidores	0,6	-0,06	0
Porcentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas no nível local e nos pólos distribuidores	0	0	10
SUBTOTAL	---	4,93	40
EFEITO			
Número médio de medicamentos por prescrição (OT7)	2,4	0	10
Porcentagem de prescrições que contêm injeção (OT8)	29,0	0	10
SUBTOTAL	---	0	20

O resultado obtido para o grau de implantação foi testado em relação aos pontos de corte descritos anteriormente, obtendo-se o resultado apresentado na tabela 15.

Tabela 15: Grau de implantação – modelo 3.

CASO	MODELO 3A				MODELO 3B				MODELO 3C			
	GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITO %		GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITO %		GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITO %	
ACRE	25	I	49	I	25	I	49	I	25	C	49	I
AMAZONAS	32	I	59	I	32	I	59	A	32	C	59	I
GOIÁS	36	I	75	I	36	I	75	A	36	C	75	I
PERNAMBUCO	32	I	72	I	32	I	72	A	32	C	72	I
RIO DE JANEIRO	51	I	65	I	51	A	65	A	51	I	65	I

C= CRÍTICO, I = INSATISFATÓRIO, A = ACEITÁVEL

Este modelo mostrou-se coerente apenas quando o grau de implantação foi calculado de acordo com o modelo A.

Modelos 4, 5, 6 e 7

Os modelos 4, 5 e 6 foram uma variação do modelo 3 no que se refere às variáveis dicotômicas, ou seja, no modelo 4 e 5 a única diferença era que os escores atribuídos às variáveis dicotômicas foram de 1 e 2 e 1 e 4, respectivamente, e não 0 e 10 como no modelo 3.

No modelo 6, o valor do indicador que excedia o valor máximo estipulado como padrão para a variável dicotômica receberia um valor negativo correspondente à quantidade de pontos excedidos. Caso o resultado obtido estivesse dentro da faixa de valores estipulada para o indicador, este valor era computado como ponto positivo. Por exemplo para o indicador “número médio de medicamentos por prescrição”, o padrão estipulado era 2, se o valor obtido fosse de 1,4 este valor seria considerado na íntegra por ser menor do que 2. Entretanto, se o valor obtido fosse 2,4, o escore para este indicador seria de (-)0,4.

O modelo 7 pode ser melhor entendido através de um exemplo. O indicador “número médio de medicamentos por prescrição” possui um padrão de 2 e obteve-se no estudo o valor de 2,3. Atribuiu-se assim o escore de 10 para o padrão e o escore para o valor encontrado de 2,3 era obtido através de regra de três inversa, sendo, para este exemplo de 8,29. Desta maneira procedeu-se para todos os indicadores que se comportavam como variáveis dicotômicas.

Estes modelos foram testados da mesma forma que os anteriores não apresentando coerência ou consistência entre o grau de implantação encontrado e o efeito observado.

Como a construção de um índice sintético envolve, em última instância, um juízo de valor (PNUD/IPEA/FJP/IBGE, 1998), **após os testes realizados com os diversos modelos apresentados, optamos por trabalhar com o modelo 2 para determinação dos escores.** Quanto à classificação do grau de implantação, os modelos A e C mostraram combinações adequadas. Porém, optamos por utilizar o modelo C que já foi utilizado para avaliação do programa materno infantil, como a classificação recomendada pela OPS/OMS (1987), também utilizada por Ojeda (1992) e Hartz et al. (1997) e devido ao fato de o modelo A apresentar uma faixa muito extensa para a classificação *insatisfatório* (25-75%).

Todo o procedimento para aumentar a validade do estudo em nada alterou as observações ou os dados coletados. Todo o esforço se orientou pela melhor

compreensão dos limites das medidas quantitativas e das escolhas (sempre imperfeitas) de suas ponderações e interpretações.

8.4. A observação do contexto organizacional

A análise do contexto organizacional foi realizada utilizando-se indicadores que permitissem determinar o grau de adequação da gestão nacional e regional do PFB e caracterizar os sistemas locais de saúde. Para tanto, foram coletados dados através de entrevistas com gestores nacionais e regionais do Programa, assim como análise documental.

Para esta análise utilizou-se um *mix* dos modelos já citados de eficácia organizacional, com ênfase nos modelos político e contingente, de racionalidade e desenvolvimento organizacional, fundamentados no “suporte administrativo” do ciclo da assistência farmacêutica, incluindo ainda, aspectos específicos do Programa contemplados no modelo lógico.

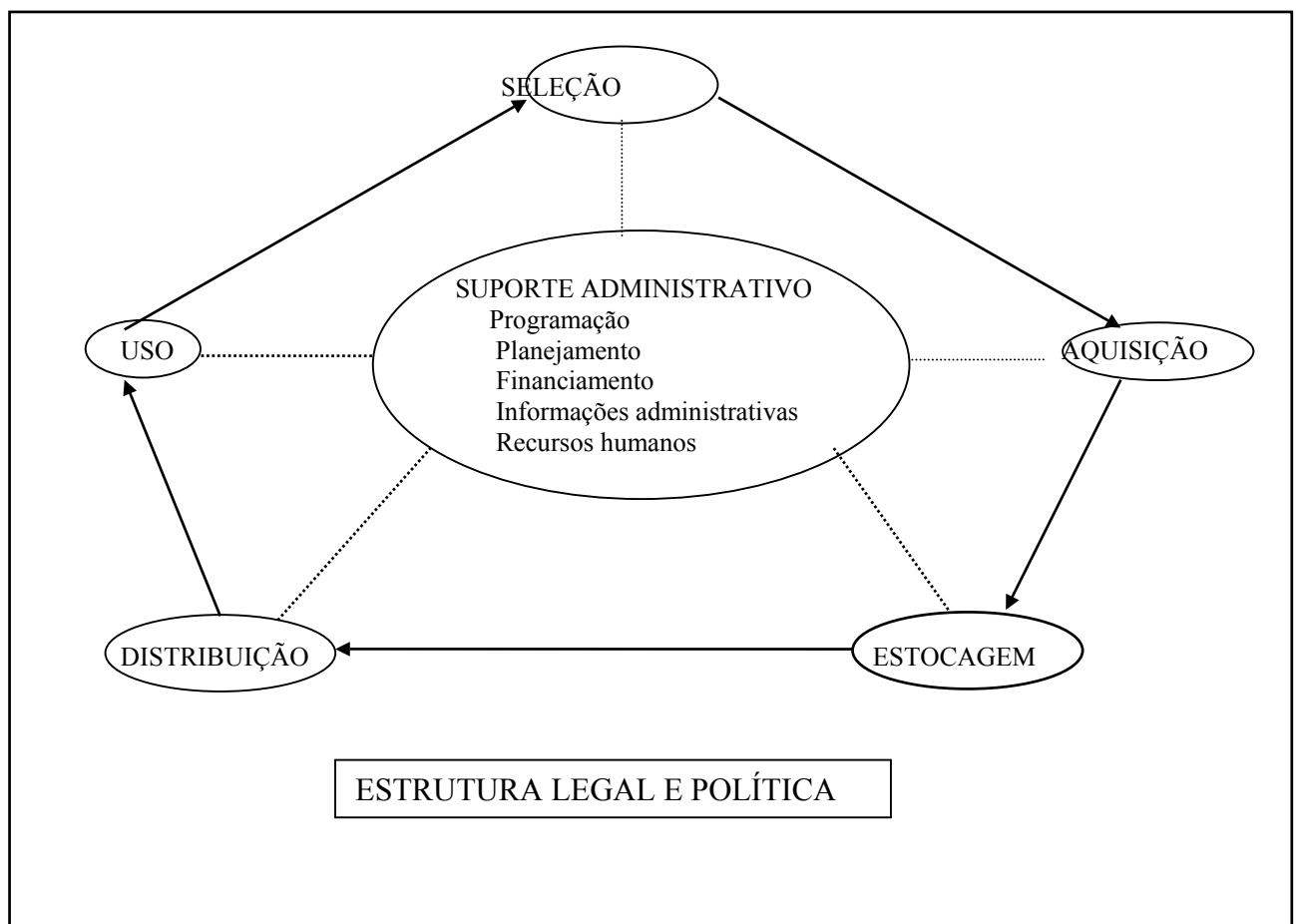
O ciclo da assistência farmacêutica envolve cinco funções básicas: seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e uso. A *seleção* é a fase que antecede ao planejamento da assistência farmacêutica e é definida como um processo contínuo, interativo, multidisciplinar e participativo, que determina e assegura os níveis de acesso aos medicamentos necessários ao sistema de saúde (MS/CEME, 1996). Envolve a revisão dos problemas de saúde prevalentes, identificando tratamentos de escolha, selecionando os medicamentos e suas apresentações e decidindo que medicamento deve estar disponível em cada nível de atenção (Wexman, 1989). A seleção é um elemento básico do sistema de abastecimento, é um passo importante na racionalização do uso e do manejo operativo, facilitando os trabalhos de planejamento, distribuição e armazenagem (MS/CEME, 1996). A *aquisição* inclui a programação, a escolha do método de aquisição, o estabelecimento dos termos de contrato, assegurando a qualidade e garantindo o cumprimento dos termos do contrato (Wexman, 1989). A programação deve ser entendida como um conjunto de atividades que têm por objetivo determinar as necessidades de medicamentos dentro dos recursos disponíveis e garantir o acesso da população em quantidade e qualidade (MS/CEME, 1996). O *armazenamento* inclui controle de estoque e administração dos depósitos. A *distribuição* inclui a distribuição dos medicamentos às unidades de saúde. O *uso* envolve o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e o consumo do medicamento pelo paciente.

Esta similaridade com o nosso modelo lógico é aqui explorada como elemento reforçador da validade externa do estudo para a assistência farmacêutica em geral.

Conforme demonstrado na figura 5, no ciclo do processo administrativo do medicamento, cada atividade é construída sobre a sua precedente e, logicamente, conduz à próxima atividade.

Desta forma, a seleção baseia-se na experiência de problemas de saúde e uso de medicamentos, as necessidades de aquisição seguem às decisões de seleção e assim por diante. No centro deste processo encontram-se os subsistemas de suporte administrativo: programação, planejamento, financiamento, coordenação, informação, recursos humanos, entre outros. Embora algumas das funções básicas possam funcionar independentes umas das outras por um curto espaço de tempo, o seu prolongamento levaria o sistema como um todo ao colapso, fazendo com que sua finalidade básica, que é “atender às necessidades do paciente”, sofresse principalmente pela falta de uma estrutura organizacional-funcional geradora de dados confiáveis e necessários para a retroalimentação do sistema, com informações eficazes e efetivas, e de profissionais motivados. O sistema por inteiro repousa sobre uma macroestrutura legal e política que estabelece e mantém o compromisso público de continuidade para o fornecimento de medicamentos essenciais.

Figura 5: Ciclo do processo administrativo do medicamento.



A análise desta estrutura permite-nos responder questões como: *Os comportamentos dos dirigentes facilitam a implantação e o alcance dos objetivos das intervenções? O conteúdo da intervenção é transmitido corretamente aos agentes de implantação? Existem mecanismos que permitem acompanhar a implantação e ajustar os comportamentos dos agentes de implantação*

para alcançar os objetivos visados pela intervenção? As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção? Os atores que controlam a base de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção? Em que as estratégias dos atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis ao alcance dos objetivos visados pela intervenção?

8.4.1. A sustentabilidade do PFB

Segundo o UNICEF sustentabilidade “*the ability of a system to produce benefits valued sufficiently by users and stakeholders to ensure enough resources to continue activities with long-term benefits*” (Olsen,1998).

Stefanini & Ruck (1991/92) consideram que sustentabilidade e desempenho interno (o processo de transformação de *inputs* em *outputs* e *outcomes* de acordo com os critérios de eficiência, efetividade e equidade) como os componentes necessários ao sucesso de um projeto. Estes autores relatam que é mais importante fortalecer a gerência dos sistemas existentes do que desenvolver sistemas paralelos. Para eles, a sustentabilidade não deve ser vista como uma condição estática, mas como um processo de obtenção de resultados através dos insumos disponíveis (*input-output*).

LaFond (1995) define sustentabilidade como a capacidade do sistema de saúde para funcionar efetivamente através do tempo com um mínimo de insumos externos (estes insumos externos referem-se à ajuda externa em países pobres). Esta definição enfatiza a importância do sistema nacional de saúde. Para este autor são características básicas para a sustentabilidade: a capacidade para assegurar recursos suficientes em nível local e para usá-los efetiva e eficientemente

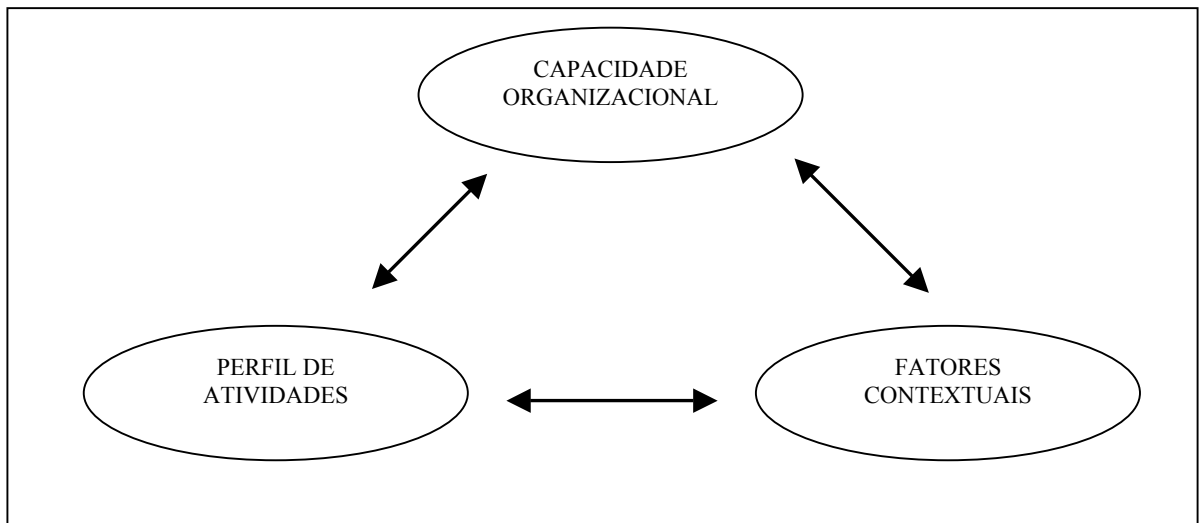
Para Chen (1995), a sustentabilidade de sistemas inclui aspectos como efetividade, continuidade e mobilização de recursos suficientes para um financiamento *self-reliance*.

Utilizaremos neste trabalho a definição proposta por Olsen (1998) que considera um serviço de saúde como sustentável quando operado por um sistema organizacional com uma capacidade de longa data para mobilizar e alocar recursos (humanos, tecnologia, informação e financeiro) suficientes e apropriados para as atividades demandadas pelos indivíduos ou pela saúde pública.

Olsen (op. cit.) sugere que a operacionalização do conceito de sustentabilidade seja feito através do agrupamento dos fatores determinantes em três *clusters* principais: contexto, perfil de

atividades e capacidade organizacional (figura 6). Estes fatores interagem entre si por diferentes caminhos.

Figura 6: *Clusters* para analisar a sustentabilidade.



Fonte: Traduzido de Olsen (1998)

Os **fatores contextuais** são aqueles que encontram-se no ambiente. Não podem ser normalmente manipulados pelas organizações de saúde, porém têm um impacto sobre as funções dos serviços de saúde. Segundo Olsen (1998), mudanças nos fatores contextuais podem ter um forte impacto sobre a sustentabilidade de um projeto e necessitam de monitoramento. Estes fatores podem estar relacionados à situações políticas e sócio-econômicas; à estrutura administrativa do país nos seus vários níveis; realidades epidemiológicas, etc.

O **perfil de atividades**, como descrito por Olsen (op. cit.), inclui o grupo de serviços oferecidos e/ou atividades realizadas, as escolhas feitas refletem a tecnologia e o nível de cuidados, o volume de trabalho, etc. As decisões tomadas em relação ao perfil de atividades têm grande influência sobre a organização dos cuidados de saúde e, portanto, requerem capacidade organizacional. As escolhas normalmente são baseadas na percepção de necessidades e nos recursos disponíveis e podem ser mais ou menos relevantes ou apropriadas. Na realidade, as escolhas são muitas vezes fortemente influenciadas pela habilidade e interesse dos financiadores, bem como pela disponibilidade de recursos.

A **capacidade organizacional** representa a competência para realizar o conjunto de tarefas propostas pela organização. Segundo Olsen (1998), os objetivos da organização, os requisitos tecnológicos e a demanda, determinam a natureza de suas responsabilidades. Ainda estão incluídos na capacidade organizacional: a estrutura (processos de tomada de decisão, divisão de trabalho, coordenação de trabalhos, etc); valores institucionais e comportamentos, ou seja, a cultura da organização; recursos humanos (desenvolvimento de pessoal através de

treinamento em serviço, delegação de responsabilidade e autoridade, aumento de salários, etc); chefia (conjunto de metas, planejamento, avaliação, etc); mobilização de recursos e administração financeira.

Para aplicar esta estrutura conceitual à atenção primária de saúde no setor público, é necessário realizar alguns ajustes. Ele pode ter como ponto focal por exemplo, uma unidade básica de saúde. A organização pode ser estudada como um *sistema organizacional*. Em um sistema de atenção primária, o sistema organizacional não consiste somente de unidades de saúde, mas também de um sistema de suporte específico estabelecido para assegurar recursos e supervisão, assim como a estrutura local e os mecanismos envolvidos (Olsen, 1998).

O sistema é sustentável quando ele tem a capacidade de iniciar as mudanças desejadas, ou adaptá-las em função da demanda ou das condições ambientais, enquanto assegura os recursos e os produtos (*output*) desejados (Olsen, 1998).

No nosso caso observamos que a estrutura dos *clusters* tem suficiente equivalência nas dimensões analisadas, utilizando-a apenas como um enfoque conceitual no estudo que atualiza a problemática, permitindo a proposição de recomendações ajustadas às novas diretrizes da Política Nacional de Medicamentos.

O estudo de sustentabilidade do PFB foi realizado devido ao fato de o Programa ter sido interrompido ainda durante o processo de avaliação, sendo aqui entendida como uma característica do contexto organizacional. Para tanto, foram revisitados os quatro município do estado do Rio de Janeiro no mês de novembro de 1999 para verificar a manutenção ou alteração dos resultados de implantação.

8.5. Coleta dos dados

Os dados para este estudo foram coletados através de múltiplas fontes - análise documental, entrevista estruturada com os usuários e atores envolvidos com o PFB no nível local e semi-estruturada com os gestores nacionais e regionais do programa (anexo 5, 6, 7, 8, 9 e 10) e observação direta.

A testagem do instrumento de coleta se realizou em duas etapas. Na primeira etapa foi realizado o pré-teste do instrumento utilizado para avaliar o PFB no nível local, feito no município de Mendes/RJ. Este pré-teste resultou em adequações de forma e de conteúdo no instrumento utilizado para a avaliação do Programa.

Na segunda etapa, as mudanças feitas no instrumento foram avaliadas no estudo piloto realizado no município de Búzios/RJ. Este estudo foi muito importante pois, além de validar as alterações efetuadas nos questionários, sugeriu alterações importantes na metodologia de coleta de dados para a obtenção dos indicadores de efeito.

Para a avaliação dos pólos distribuidores e do nível central de gestão, utilizou-se o modelo de entrevista semi-estruturada.

A logística para a realização da avaliação e a coleta dos dados nos diversos estados visitados foi realizada pela equipe de profissionais e pesquisadores do NAF/ENSP/FIOCRUZ, que participaram de todo o processo de discussão para o ajuste dos instrumentos, a definição dos indicadores e a análise dos dados utilizados neste estudo, garantindo a uniformidade necessária à validade dos dados obtidos.

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

9.1. O grau de implantação observado nos estados

Com os resultados obtidos para os indicadores propostos, calculou-se o grau de implantação conforme descrito anteriormente. Os resultados obtidos com a utilização da primeira e segunda versão de indicadores, estão sumarizados na tabela 16.

Tabela 16: Sumário do grau de implantação.

CASOS	Primeira versão				Segunda versão			
	GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITOS OBSERVADOS		GRAU DE IMPLANTAÇÃO %		EFEITOS OBSERVADOS	
ACRE	43	I ^a	50	I	56	I	44	I
AMAZONAS	50	I	54	I	65	I	56	I
GOIÁS	54	I	71	I	64	I	61	I
PERNAMBUCO	46	I	75	I	60	I	75	I
RIO DE JANEIRO	75	I	57	I	68	I	58	I
MULTICÊNTRICO					62	I	50	I

^aI = Insatisfatório

A análise da tabela 16, mostra que o acréscimo de 18 indicadores na segunda versão do cálculo do grau de implantação, não mudou sua classificação que permaneceu insatisfatória. Entretanto, mostrou que estava implantado em uma maior proporção do que o analisado inicialmente. Poderia então ser utilizado qualquer dos dois grupos de indicadores para analisar a implantação do PFB. Optamos por utilizar a segunda versão por permitir uma análise mais detalhada dos componentes de cada dimensão.

Pode-se observar na tabela 16 a existência de coerência e consistência entre o resultado obtido para o grau de implantação e para os efeitos do Programa nas duas versões apresentadas, como pretendido no processo de validação.

9.2. O grau de implantação e os determinantes contextuais

9.2.1. Gestão nacional

A Farmácia Básica – Programa 1997-1998, apresentava dentre seus objetivos, além de permitir acesso a medicamentos essenciais pelas populações dos municípios carentes, estimular a implementação de programas estaduais de mesma natureza.

Para tanto e, principalmente, pelas dimensões continentais de nosso país e por se tratar de um programa verticalizado, o papel do Ministério da Saúde centrar-se-ia fundamentalmente nas ações de coordenação, controle, acompanhamento e avaliação do Programa, buscando sempre parcerias para melhor eficiência e efetividade das ações a serem desenvolvidas.

A análise dos indicadores selecionados para avaliar o grau de adequação da gestão nacional do Programa (tabela 17), mostra que este foi insatisfatório (cerca de 56%), contribuindo para que o grau de implantação do Programa, observado nos estados visitados, também não alcançasse níveis aceitáveis.

Tabela 17: Indicadores do grau de adequação da gestão nacional do PFB, 1998.

INDICADOR		RESULTADO OBSERVADO	RESULTADO ESPERADO
B5	Porcentagem do orçamento público gasto com medicamentos, do total do orçamento destinado aos medicamentos	68,4 (até o dia 25/11/98)	100%
B6	Porcentagem de Comunicados de Divergência atendidos	0	100%
B7	Porcentagem de Demonstrativos de Movimentação de medicamentos analisados	0	100%
B8	Porcentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME/83	100	100%
B9	Adequação dos procedimentos de quantificação do módulo-padrão do PFB	inadequado	adequado
B10	Porcentagem de municípios que receberam o número de kits do PFB compatível com a sua população	50,0	100%
¹ C1	Porcentagem de medicamentos adquiridos, submetidos a controle de qualidade	----	100%
C2	Porcentagem de medicamentos adquiridos rejeitados no controle de qualidade	0	0

¹Não foi possível calcular este indicador por falta de dados

Como pode ser observado na tabela 17 o repasse de verbas (indicador B5) do Governo federal para os órgãos conveniados não foi feito de forma adequada. Apesar do programa estar previsto para terminar em dezembro de 1998 até o final de novembro, só havia sido repassado cerca de 68% do orçamento destinado aos laboratórios produtores e pólos distribuidores. Alguns dirigentes de laboratórios produtores reclamaram que o repasse da verba não foi feito com a antecedência necessária ao cumprimento do cronograma prejudicando, desta forma, a entrega dos medicamentos no nível local.

A distribuição de medicamentos dos pólos distribuidores aos municípios, foi feita pelos Correios, através de um contrato deste com o Ministério da Saúde. Este contrato

baseou-se em um outro realizado entre os Correios e o Ministério da Educação para a distribuição de livros didáticos. Sendo assim, não foi feita qualquer exigência quanto aos cuidados necessários ao transporte de medicamentos. Por isso, em alguns pólos foi utilizado transporte inadequado (caminhão aberto) para o recolhimento dos *kits*.

Partindo-se do princípio que a garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos tem um marco de referência nas diretrizes de Boas Práticas de Fabricação e controle adotados pela indústria farmacêutica, mas não se restringem a ela, verifica-se que o controle sanitário só é eficaz se abranger todo o processo que envolve o medicamento desde a sua fabricação, até a dispensação ao paciente. Neste processo, deve-se garantir que os produtos farmacêuticos sejam conservados, transportados e manuseados em condições adequadas à preservação da sua qualidade. Desta forma, os medicamentos que foram produzidos seguindo critérios de qualidade, devem chegar ao público sem sofrer quaisquer alterações de suas propriedades nas etapas da distribuição. Infelizmente, a distribuição de medicamentos realizada pelo PFB não ofereceu esta garantia.

Outro problema observado no contrato de distribuição feito com os Correios, foi o fato de não ter sido previsto o retorno ao município para a correção de erros nos *kits*, como a falta de medicamentos. Com isto, os Correios se recusaram a fazer as correções dos *kits*, tornando-as inviáveis, pois passaram a depender da ida do município do pólo distribuidor.

A gestão nacional do PFB estabeleceu que, após o recebimento pelo município dos *kits* de medicamentos, qualquer falta, avaria ou excesso, assim como problemas com prazos de validade dos medicamentos fossem encaminhadas através do instrumento “Comunicado de Divergência” (indicador B6) ao Ministério da Saúde. Entretanto, as divergências relatadas, geralmente falta de medicamentos ou recebimento em quantidade inferior à estipulada no *kit*, não foram analisadas ou corrigidas pela gestão do PFB. O principal problema encontrado para efetuar a correção das divergências foi a falta de transporte para a entrega dos medicamentos nos municípios, como discutido anteriormente. Embora tenha sido prevista pela gestão do programa a possibilidade de erros nos *kits* de medicamentos, não se previu a maneira de solucioná-los.

Além disso, quando o *kit* teve o número de medicamentos reduzidos de 40 para 32, houve também a redução no quantitativo de alguns destes medicamentos. Entretanto, os municípios não

foram informados sobre estas alterações. Como alguns pólos distribuidores não enviavam junto com o *kit* a nota fiscal discriminando a quantidade de cada medicamento que estava sendo fornecido, a conferência dos medicamentos era feita com base no primeiro modelo de *kit*, originando comunicados de divergência desnecessários.

O modelo de módulo-padrão, selecionado para a distribuição dos medicamentos do PFB foi questionada por todos os entrevistados, por não atender à demanda local. Segundo autoridades entrevistadas, esta opção foi selecionada pelo fato de ser a única forma de fazer chegar ao mesmo tempo a todos os municípios os medicamentos que, teoricamente, comporiam 70% das necessidades da atenção básica. Inicialmente, o Governo pretendia alterar este modelo, com a consolidação dos dados fornecidos através do “Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos” . Esperava-se assim, estabelecer um perfil estadual de consumo de medicamentos e, em uma segunda etapa, o suprimento seria feito em função do mesmo, que seria então, avaliado pelo estado. Isso não aconteceu porque os estados não foram envolvidos na gestão do programa, conforme já mencionado, perdendo-se a oportunidade de já se iniciar o processo de regionalização dos *kits*, utilizando-se o nível de consumo dos medicamentos. Além disso, a gestão nacional do Programa não analisou estes Demonstrativos como proposto (indicador B7), fato que propiciou ainda o desperdício, pois enviavam-se continuamente quantidades de medicamentos já suficientemente estocados, ou a diminuição da eficácia do programa, pelo fornecimento de quantidades insuficientes de medicamentos em relação às necessidades dos municípios.

Como foi relatado anteriormente, com o PFB, procurava-se estimular a estruturação de programas estaduais de medicamentos. Desta forma, os estados e/ou municípios que desenvolvessem seus programas próprios receberiam recursos do Ministério da Saúde proporcionais ao valor dos *kits* que lhes caberia. Entretanto, o que se observou na prática, não foi o pretendido inicialmente. O estabelecimento de parcerias com as Secretarias Estaduais de Saúde não ocorreu, uma vez que não foi instituído nenhum mecanismo que as viabilizassem. Isto impossibilitou não só as atividades de acompanhamento das ações no nível municipal, como também contribuiu para o não estabelecimento de programas próprios dos estados.

O indicador que se refere à seleção de medicamentos (B8) mostra que 100% do elenco do PFB pertence à RENAME/83, indicando uma coerência interna entre as diretrizes políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Como já foi apresentado anteriormente, a seleção destes medicamentos considerou ainda a sua produção pelos

laboratórios oficiais. Entretanto, em março de 1998, houve uma revisão qualitativa e quantitativa dos medicamentos que compunham o *kit* e, nesta época, a RENAME revisada já encontrava-se disponível na *internet*. Porém, como os convênios com os laboratórios produtores já haviam sido definidos, não foi possível a alteração do elenco selecionado. Desta forma, a porcentagem de medicamentos que pertenciam à nova RENAME passou a ser de cerca de 69%. Os medicamentos que tiveram sua quantidade reduzida ou que foram retirados do *kit*, passaram a compor o estoque de segurança do Ministério da Saúde. Após a interrupção do PFB quantidades variáveis destes medicamentos foram entregues aos municípios que recebiam este Programa.

Os procedimentos adotados para a quantificação do módulo-padrão mostraram-se inadequados (indicador B9). A quantificação foi feita tomando-se como base a Farmácia Básica de 1987 (FB 87) e também as listas dos estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais que estavam em vigor. A lista FB 87, segundo relato de entrevistados, era a mais atualizada e orientou também o quantitativo dos programas de São Paulo e Paraná. Esta quantificação não foi satisfatória, pois alguns medicamentos como nifedipina, sais para reidratação oral e as penicilinas, tiveram um tempo de duração em estoque no nível local entre 7 e 11 meses. A revisão, feita no início de 1998, considerou apenas a experiência do estado de São Paulo em demanda histórica, o que não representa a realidade do país, mas que contribuiu para reduzir o excesso de alguns medicamentos.

Segundo relato de gestores regionais, o cálculo do número de *kits* a ser enviado para o município seria feito da seguinte forma:

-1*kit* para cada 3.000 habitantes;

-caso o número de habitantes no município ultrapassasse um múltiplo de 3, seria fornecido mais um *kit*. Por exemplo, se a população de um município fosse de 11.000 habitantes, ele receberia 4 *kits*.

Conforme pode ser observado no indicador B10, a porcentagem de municípios que receberam o número de *kits* compatível com a sua população foi, neste estudo, de apenas 50%, indicando falha no planejamento e programação dos *kits*.

O indicador C1 (porcentagem de medicamentos adquiridos, submetidos a controle de qualidade) não foi possível de ser calculado, pois a gestão nacional do PFB não possuía informação sobre a quantidade de cada lote adquirido, mas apenas sobre a quantidade total de

cada medicamento. Segundo a OMS (WHO, 1994) o nível nacional deveria ter este tipo de controle.

Como mostra o indicador C2, nenhum medicamento, do total de 1.208 lotes analisados foi rejeitado pelo controle de qualidade, segundo informação da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS) a despeito de relatos contraditórios mas, infelizmente, não documentados. A gestão nacional do programa estabeleceu um sistema de referência para o controle de qualidade dos medicamentos do PFB. A dinâmica proposta foi a de analisar uma amostra dos lotes adquiridos, em laboratórios de controle de qualidade de Universidades Federais conveniadas (total de 10). As amostras eram coletadas pelos laboratórios produtores e enviadas às Universidades componentes do sistema, para que fossem submetidas às análises pertinentes. Os laboratórios de Controle de Qualidade (CQ) enviavam, então, os laudos de análise direto para a SVS/MS. Caso o produto fosse reprovado, a SVS/MS comunicaria à Coordenação de Distribuição e Armazenagem de Medicamentos, que promoveria as ações de recolhimento do produto. Porém, os atrasos nas entregas dos medicamentos pelos laboratórios produtores aos pólos distribuidores não permitiu que as ações de controle se efetivassem conforme o planejado. Assim, o medicamento era distribuído antes que tivesse sido emitido o laudo de controle de qualidade pelas Universidades. Segundo relato de gestores nacionais, este fluxo de informações impediria o recolhimento de medicamentos reprovados nas análises, antes que sua distribuição fosse realizada. Um exemplo disto foi o relato de entrevistas realizadas nos pólos distribuidores mostrando pelo menos dois medicamentos com problemas de qualidade que foram diagnosticados no nível local. Quando a gestão nacional do PFB foi comunicada do ocorrido para proceder à substituição dos lotes rejeitados, estes já haviam sido consumidos na maioria dos municípios.

9.2.2. Nível Regional (Pólo Distribuidor)

Os pólos distribuidores tinham como função receber os medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais, montar os *kits* e entrar em contato com os Correios para que estes pudessem pegar os *kits* prontos e entregá-los aos municípios, conforme rota preestabelecida. Para a realização desta atividade eles recebiam um valor de R\$ 8,00 por *kit*. Este valor incluía a aquisição das caixas de papelão para a montagem dos *kits* e custos de pessoal, caso necessário. Entretanto, segundo relato dos pólos, o PFB deu prejuízo pois a verba enviada não cobria o total de gastos com a função a ser desempenhada.

Os pólos não tinham a função de armazenar medicamentos por um longo período de tempo, mas apenas o necessário para a montagem dos *kits*. Por este motivo, não foi prevista a avaliação do controle de estoque, mas apenas a verificação de adequação da área de armazenamento e das boas práticas de estocagem (tabela 18).

Tabela 18: Indicadores de armazenamento dos pólos distribuidores.

INDICADOR		RESULTADO OBSERVADO ¹¹			ESPERADO
		PE	RJ	POOL ^a	
B11	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Pólos Distribuidores	67,93	72,09	69,94	90%
C3	Adequação das práticas de armazenamento de medicamentos no polo distribuidor	57,89	70,59	63,89	90%

^aMulticêntrico

Em relação à adequação da área de armazenamento (indicador B11) foram observados os resultado de 68% e 72% nos pólos visitados, indicando condições insatisfatórias para o armazenamento dos medicamentos do PFB.

Com a análise da tabela 18 observa-se que as boas práticas de estocagem não mostraram-se adequadas nos pólos visitados (indicador C3), obtendo-se valores de 58% e 71%, para um padrão de 90%. Alguns fatores externos à organização contribuíram para estes valores encontrados, como o não cumprimento do cronograma de entrega pelos laboratórios produtores resultando em acúmulos não previstos de alguns produtos e falta de outros levando a dificuldades no armazenamento. Alguns laboratórios entregaram os medicamentos referentes aos quatro trimestres de uma única vez. Outros aspectos, no entanto, referiam-se a questões gerais de estocagem, como a falta de manutenção adequada de equipamentos de segurança ambiental, existência de estoque de produtos vencidos ou acondicionados fora do empilhamento máximo recomendado (foram observadas pilhas de até 2,5 m) em um do pólos visitados.

Segundo relato de profissionais entrevistados nos pólos, o não cumprimento do cronograma de entrega dos medicamentos por parte do laboratórios produtores, fez com que alguns pólos montassem *kits* incompletos (estas faltas de medicamentos não eram supridas posteriormente) e, em outros, as entregas eram atrasadas, aguardando o recebimento do medicamento que estava faltando para enviar o *kit* completo.

¹¹ No estado de Goiás o pólo Iquego encontrava-se em obras, impossibilitando o cálculo de indicadores referentes à armazenagem dos medicamentos do PFB.

Uma dificuldade percebida pelos pólos distribuidores e apontada nas entrevistas foi o relacionamento com os Correios. Foi relatada demora na retirada dos medicamentos após a comunicação de sua disponibilidade para o embarque, o uso de veículos impróprios para o transporte de medicamentos e a não reposição dos *kits* incompletos.

Os entrevistados declararam a dificuldade de acompanhamento do destino final de cada *kit* específico, já que os Correios não possibilitaram a especificação do *kit* destinado a um dado município, o que facilitaria o rastreamento de medicamentos que por ventura apresentassem problemas de qualidade, bem como o mapeamento de ações corretivas de problemas identificados no decorrer do processo de distribuição. A informação do número do *kit* entregue em um município dependia de comunicação dos Correios, o que muitas vezes não ocorreu. Houve ainda relato de demora excessiva (15 dias) para a entrega de *kits* em municípios que se localizavam próximos a pólos distribuidores. Em alguns estados os *kits* eram armazenados nos depósitos dos Correios, para ser feita a distribuição posteriormente, não se sabendo, no entanto, as condições deste armazenamento. Alguns municípios relataram que os Correios não deixavam qualquer comprovante na entrega. Houve entrega de *kits* em municípios errados. Quando o *kit* era formado por 40 medicamentos, os Correios desmembravam os *kit* por motivo de transporte e misturavam os lotes de medicamentos, perdendo-se com isto o controle dos lotes enviados para os municípios, impedindo o recolhimento de medicamentos que apresentassem problema de qualidade. Porém, com a redução do número de medicamentos do *kit* de 40 para 32, este problema diminuiu.

9.2.3. Os sistemas locais de saúde

Com a análise dos sistemas locais de saúde pretendemos abordar as seguintes questões: *Os agentes de implantação possuem habilidades necessárias à implantação da intervenção e o alcance dos objetivos? Os agentes de implantação evoluem em um contexto de trabalho favorável à implantação e ao alcance dos objetivos da intervenção? Os agentes de implantação entenderam a informação necessária à implantação? Há consenso entre os agentes de implantação sobre os objetivos e os diferentes componentes da intervenção?*

As informações sócio-demográficas e sobre a situação e o sistema de saúde local estão apresentadas na tabela 19.

Tabela 19: Informações sócio-demográficas, sobre a situação de saúde e o sistema de saúde nos estados do Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro, 1998.

INDICADOR		AC	AM	GO	PE	RJ
A1	População total do estado (em milhares)	500	2.461	4.640	7.467	13.556
A2	Taxa média de crescimento da população no período de 1991-1996 (%)	3,02	2,63	2,40	0,76	0,93
A3	Expectativa de vida ao nascer (anos)	64,49	65,11	65,66	60,10	61,71
A4	Taxa de mortalidade infantil (por 1.000)	45,25	35,37	27,13	62,74	25,60
A5	Taxa bruta de mortalidade	6,36	5,41	5,80	9,26	8,62
A6	População por unidade de saúde que dispensa medicamentos do PFB (em milhares)	1,37	4,41	9,23	3,18	3,00
¹ A7	Taxa de mortalidade materna (por 100.000)	50,0	31,6	18,0	44,3	70,8
² A7	Taxa de mortalidade materna (por 100.000)	---	---	45,39	---	65,81
B1	Porcentagem de SMS que possuem organograma	100	50,0	0	50,0	75,0
B2	Porcentagem de SMS que possuem assistência farmacêutica em sua estrutura	0	0	0	0	33,3
B3	Número de médicos por 1.000 habitantes	0,48	0,65	0,98	1,16	3,20
B4	Porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que se reciclaram na área de medicamentos nos últimos 3 anos	0	28,57	33,3	0	0

¹Dados referentes ao ano de 1996 (DATASUS,1998). ²Dados referentes ao ano de 1997 (DATASUS, 1999).

Os dados apresentados na tabela 19 mostram um contexto bem diversificados nos estados estudados em relação aos indicadores sócio-demográficos e do sistema de saúde, mas com muitos problemas comuns. No que se refere à organização do setor saúde, estruturas mínimas como existência de organograma na Secretaria Municipal de Saúde, não existiam em todos os municípios visitados. Nos municípios que dispunham deste organograma, ele não contemplava a assistência farmacêutica em sua estrutura, sugerindo um baixo nível de importância dado a esta atividade nos municípios visitados.

Nas visitas realizadas aos municípios, não se observou qualquer estrutura de assistência farmacêutica, sendo que dos doze municípios visitados, somente sete possuíam farmacêutico na SMS que encontrava-se, em sua maioria, trabalhando no laboratório de análises clínicas. Exceção feita apenas em um município no estado de Pernambuco, que apresentava-se com a assistência farmacêutica organizada e mobilizada.

A formação e nível de escolaridade dos profissionais envolvidos com as atividades de assistência farmacêutica, basicamente armazenamento e dispensação de medicamentos, era variada e, em sua maioria inadequada. Foram encontradas as

seguintes categorias profissionais envolvidas com estas atividades: agentes de saúde, serventes, técnicos de laboratório, auxiliares de serviços diversos, agente administrativo, auxiliar de enfermagem, arquivista, atendente de enfermagem e atendente de serviços médicos. O nível de escolaridade variou de primeiro grau incompleto até o segundo grau completo.

Somente nos estados do Amazonas e Goiás 29% e 33%, respectivamente dos profissionais envolvidos com a assistência farmacêutica haviam realizado curso de reciclagem na área do medicamento nos últimos 3 anos. Isto sugere uma despreocupação das prefeituras visitadas com a qualificação de recursos humanos para o desempenho destas atividades.

Com relação ao indicador B3 (número de médicos por 1.000 habitantes), observa-se uma baixa proporção no número de médicos por habitantes, principalmente nos estados do Acre e Amazonas, com o estado do Rio de Janeiro apresentando o maior índice. Quando se calcula o número de médicos por habitantes, considerando-se apenas os médicos que atuam no interior do estado, esta proporção é ainda menor (tabela 20). Cabe lembrar que os municípios que recebiam o PFB incluíam-se entre aqueles do interior com população inferior a 21.000 habitantes.

Tabela 20: Comparação entre o número de médicos por 1.000 habitantes no estado como um todo e apenas no interior, 1999.

ESTADO	Nº DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES NO ESTADO	Nº DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES NO INTERIOR
ACRE	0,48	0,16
AMAZONAS	0,35	0,07
GOIÁS	0,98	0,38
PERNAMBUCO	1,16	0,34
RIO DE JANEIRO	3,20	1,4

Apesar de ser uma exigência para o recebimento dos medicamentos do PFB a existência de médicos para a correta prescrição dos medicamentos, em 1 dos municípios visitados não havia médicos, sendo a prescrição feita por uma agente de saúde, incluindo a prescrição de medicamentos injetáveis. Em outro município, apesar de haver médico, sua visita às UBS rurais não era diária, sendo a prescrição então, feita por um enfermeiro. As inclusões de medicamentos nas prescrições assim como o fornecimento de medicamentos sem a prescrição médica, mesmo nos locais onde este

profissional encontrava-se disponível eram freqüentes. Observou-se ainda, em um município visitado o uso político do medicamento.

Os municípios visitados não possuíam registro de principais causas de morbimortalidade. Quando os secretários de saúde foram inquiridos sobre estas questões, nenhum documento foi consultado para dar a resposta, sendo mais um indicador da falta de organização dos sistemas locais de saúde.

Os problemas encontrados nos municípios visitados já haviam sido constatados em reunião da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS (CONASS, 1998a), realizada em junho de 1997 em Aracaju/SE, que apresentou o seguinte quadro para a assistência farmacêutica nos municípios:

- Falta de pessoal capacitado para a sua gerência, em especial o farmacêutico;
- As estruturas para a execução do ciclo da assistência farmacêutica são inadequadas, particularmente quanto ao armazenamento, a distribuição, a informação e à prescrição;
- Indefinição local para o estabelecimento de uma relação de medicamentos;
- Prescrição desordenada e irracional, agravada pela falta de um Anuário Terapêutico de referência nacional;
- Dificuldades nos processos de aquisição e na formulação dos procedimentos licitatórios, incluindo-se aí a questão da qualidade dos produtos, pela deficiência no controle sanitário da produção;
- Falta de garantia no recebimento de recursos financeiros/orçamentários;
- Indefinição dos seus parceiros estadual e federal.

9.3. A implantação e sua relação com os efeitos do programa

A discussão da implantação do PFB será feita a partir de cada dimensão do programa analisada: armazenamento, qualificação de recursos humanos e distribuição, assim como os efeitos observados. Serão discutidos simultaneamente os resultados observados nos diversos estados e no multicêntrico. Porém, alguns indicadores, devido ao pequeno número de unidades de observação nos estados, serão discutidos apenas na perspectiva multicêntrica.

Quando decompomos o grau de implantação do Programa, nas dimensões analisadas, observamos os resultados apresentados na tabela 21.

Tabela 21: Grau de implantação do PFB por dimensão analisada.

DIMENSÃO	AC	AM	GO	PE	RJ	Multicêntrico
Armazenamento	38	60	46	44	54	47
Qualificação de Recursos Humanos	88	69	88	88	81	88
Distribuição	75	71	83	75	78	72
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	56	65	64	60	68	62
EFEITOS	44	55	61	75	58	50

A discussão de cada dimensão e sua contribuição para o grau de implantação observado será feita a seguir.

9.3.1. Distribuição

A distribuição dos medicamentos do PFB estava prevista ocorrer em duas etapas. Em uma primeira etapa, os Correios distribuíam para os municípios os *kits* montados pelos pólos distribuidores. O cumprimento do cronograma de entrega, neste caso, era condicionado pela entrega por parte dos laboratórios produtores como planejado e montagem dos *kits* pelos pólos em tempo hábil. A segunda etapa, compreendia a distribuição dos medicamentos feita dentro dos sistemas locais de saúde.

Alguns aspectos referentes à primeira etapa da distribuição já foram discutidos no contexto organizacional do PFB. Nos deteremos agora em discutir ainda alguns aspectos da primeira etapa, com ênfase nas implicações que esta teve no sistema local de saúde, e alguns componentes da segunda etapa deste processo.

Segundo documento da OPS/OMS (1990), a garantia da qualidade do medicamento deve ocorrer também durante o transporte deste aos diferentes locais, destacando-se o controle da exposição ao calor e à luz de produtos a eles sensíveis. O transporte dos medicamentos do PFB feito pelos Correios mostrou-se totalmente inadequado, com a temperatura dentro dos caminhões baú podendo chegar a 60°C nas regiões norte e nordeste (Brandão, 1998), comprometendo a qualidade dos medicamentos distribuídos.

Já nos sistemas locais de saúde, o transporte de medicamentos mostrou-se adequado em todos os estados visitados, como pode ser observado através do indicador C4 (tabela 22). Entretanto, deve-se considerar que, neste caso, as distâncias percorridas eram menores.

Tabela 22: Indicadores do componente “distribuição” do PFB.

INDICADOR	RESULTADO OBSERVADO						ESPERADO
	AC	AM	GO	PE	RJ	POOL	
C4 Adequação no transporte de medicamentos	ad ¹	ad	ad	ad	ad	ad	ad
C5 Tempo médio decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB (em meses)	5,82	5,53	4,80	7,0	7,0	6,01	3 meses
C6 Porcentagem de kits completos entregues	NSA ²	-----	-----	-----	-----	58,82	100%
C7 Porcentagem média de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local	NSA	37,54	NSA	NSA	23,56	34,71	5%
C8 Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque no Depósito de Medicamentos Municipal	64,06	46,88	100	79,69	65,63	71,25	90%
C9 Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque na UBS	64,84	49,38	78,13	50,63	51,56	52,81	90%
C10 Disponibilidade de medicamentos em municípios distantes	NSA	NSA	NSA	NSA	40,63	40,63	100%
C11 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que recebem medicamentos do PFB com a validade vencida	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero

¹ad = adequado, ²NSA = não se aplica

As irregularidades ocorridas nas entregas dos medicamentos, devido a fatores já discutidos no contexto organizacional do PFB, fizeram com que o tempo médio decorrente entre a primeira e a segunda entrega (indicador C5) fosse de 6 meses no estudo multicêntrico, representando uma variação nos estados entre 4,8 meses em Goiás e 7 meses nos estados do Rio de Janeiro e Pernambuco. Os resultados referentes a este indicador podem ser observados na tabela 22 e no gráfico 1.

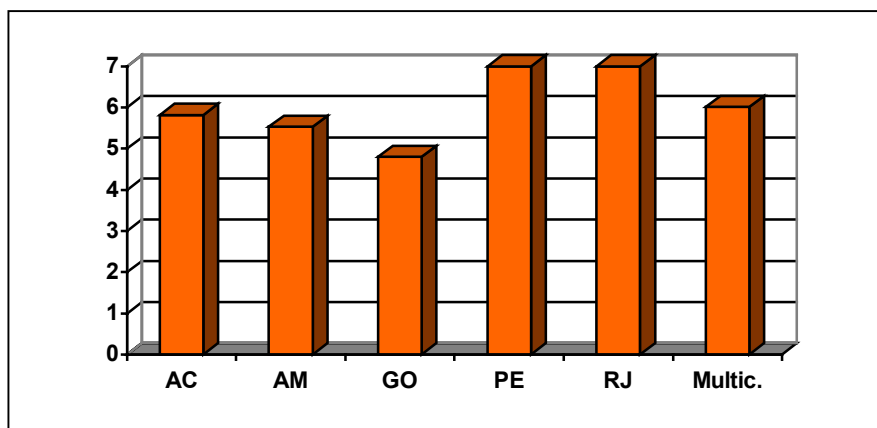


Gráfico 1: Tempo médio, em meses, entre a primeira e a segunda entrega do PFB em cinco estados brasileiros (indicador C5).

Os atrasos ocorridos nas entregas conduziram a que 34,71% (estudo multicêntrico) do tempo decorrente entre o primeiro recebimento de medicamentos do PFB e a data da visita ao município, ficasse desabastecido de medicamentos (indicador C7). Este indicador foi calculado com dados obtidos a partir do controle de estoque só podendo ser feito para os estados que o realizavam. Sendo assim, o resultado do estudo multicêntrico, baseia-se apenas nos estados do Amazonas e Rio de Janeiro e encontra-se apresentado na tabela 22 e no gráfico 2.

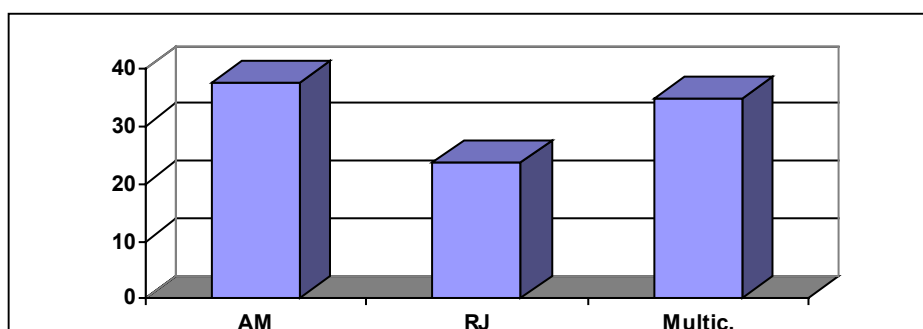


Gráfico 2: Porcentagem média de tempo de desabastecimento para os medicamentos no sistema local de saúde.

Infelizmente os dados obtidos referem-se apenas aos estados abastecidos pelo Pólo Fiocruz, não sendo possível a comparação de desempenho entre os pólos distribuidores.

Até a data da visita aos estados, cerca de 41% dos *kits* de medicamentos foram entregues incompletos, faltando itens e/ou quantitativo dos itens fornecidos (indicador C6). Embora somente um dos pólos distribuidores relatasse que montava *kits* incompletos para evitar atrasos excessivos nas entregas, em quatro, dos cinco estados visitados, verificou-se o recebimento de *kits* incompletos. O estado do Acre não possuía qualquer registro sobre os medicamentos recebidos do PFB impossibilitando o cálculo deste indicador para o estado. No estado do Amazonas somente um dos municípios visitados possuía esta informação. O resultado observado está descrito na tabela 22.

Os atrasos ocorridos nas entregas e o fornecimento de *kits* incompletos, fez com que a disponibilidade de medicamentos nos Depósitos Municipais e, principalmente, nas UBS, não atingisse o padrão esperado (indicadores C8 e C9). A OMS (WHO, 1994), considera um medicamento como disponível se ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque. Entretanto, neste estudo, ao se determinar a porcentagem de medicamentos disponíveis nos sistemas locais de saúde, os medicamentos sem registro de validade foram somados aos que possuíam validade vencida e considerados indisponíveis. Estes

indicadores possivelmente estão superestimados pois, como alguns pólos distribuidores não sabiam informar o número do lote que havia sido enviado para um município específico, devido aos problemas existentes na distribuição feita pelos Correios, não foi possível diferenciar, na hora da contagem, os medicamentos que pertenciam ao PFB daqueles que não pertenciam. Desta forma, todos os medicamentos que faziam parte da relação do PFB e encontravam-se em estoque, foram contados como disponíveis, independente de terem sido realmente fornecidos por este Programa. Os resultados encontrados estão apresentados na tabela 22 e no gráfico 3.

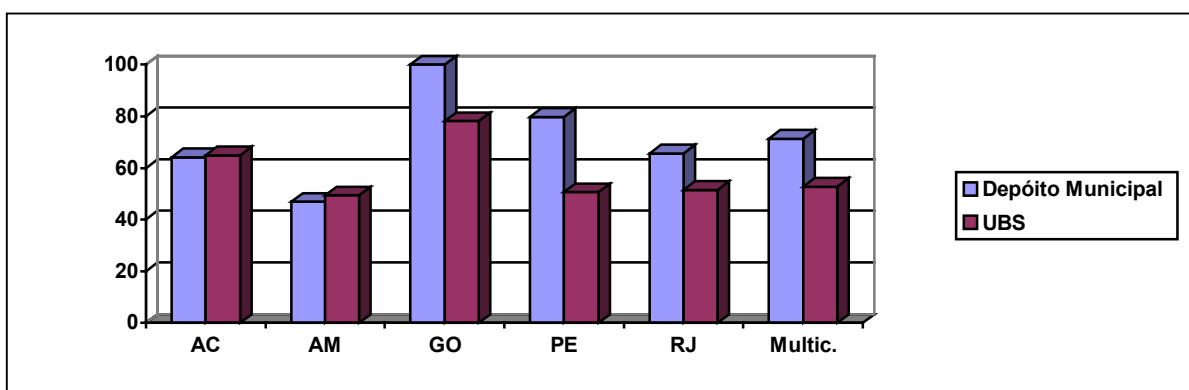


Gráfico 3: Disponibilidade de medicamentos do PFB em Depósitos Municipais e Unidades Básicas de Saúde.

Embora o primeiro *kit* do PFB fosse composto por 40 medicamentos, na época em que foram realizadas as visitas, estes número já havia sido reduzido para 32. Sendo assim, o cálculo deste e de todos os outros indicadores que envolvem contagem de medicamentos, foram feitos considerando o *kit* composto por 32 produtos.

Além da entrega irregular e dos fornecimento de *kits* incompletos, outro fator que contribuiu para a disponibilidade de medicamentos encontrada foi o modelo adotado de *kit* padrão. Este modelo fez com que alguns medicamentos fossem consumido em

menos de um mês e outros durassem mais de três meses, não atendendo, portanto, à realidade local.

Observa-se, analisando o gráfico 3 que, em alguns estados, a disponibilidade de medicamentos era maior no Depósito Municipal que na UBS. Isto se deveu ao fato de, em alguns estados, como por exemplo Goiás, o Depósito funcionar como um posto de medicamento, ou seja, recebe e armazena os medicamentos e também os dispensa para a população. Como estes postos localizavam-se na área urbana do município, era o que permitia o acesso a um maior número de habitantes. De um modo geral, as UBS localizadas em áreas rurais encontravam-se mais desabastecidas que as de área urbana, comprometendo, de certa forma, a dispensação de medicamentos para estas populações.

Deve-se ressaltar ainda que no estado de Pernambuco, foram realizadas entregas de *kits* do PFB nos meses de maio, outubro e novembro, podendo a disponibilidade encontrada, estar sendo influenciada pelo fato de terem sido feitas duas entregas em meses consecutivos e não com o intervalo de três meses, como previsto no planejamento do programa. Já no estado de Goiás a última entrega de *kits* do PFB havia sido feita 12 dias antes da visita, justificando assim, a alta disponibilidade de medicamentos encontrada.

No estado do Acre foram encontradas várias doações de medicamentos, sendo algumas alemãs e outras provenientes do UNICEF (MS, 1999a). Os medicamentos estavam armazenados a granel, o que dificultava a manipulação dos mesmos pelos auxiliares administrativos vinculados à farmácia, devido à inexistência de condições adequadas para a realização de tal atividade, podendo comprometer a qualidade do medicamento. Agregue-se a esta dificuldade o fato de não haver tradução do rótulo ou qualquer informação técnica acerca dos produtos.

O estado do Amazonas apresentou a mais baixa disponibilidade de medicamentos (47% nos Depósitos e 49% nas UBS), possivelmente pelo fato de ser o PFB o principal fornecedor de medicamentos para a atenção básica e sua implantação ter sido insatisfatória no Estado.

Com o indicador C10 (disponibilidade de medicamentos em municípios distantes - tabela 22) pretendeu-se avaliar a disponibilidade de medicamentos essenciais e determinar se o objetivo “tornar os medicamentos da farmácia básica disponíveis para toda a população que recebe o módulo-padrão”, foi atingido. O fato de que os pacientes podem encontrar alguns dos medicamentos mais essenciais mesmo em municípios distantes é um bom indicador do sucesso da política nacional de medicamentos. Por definição (WHO, 1994), um município distante é aquele que situa-se a uma distância de mais de 100 km de uma cidade de mais de 100.000

habitantes. Na amostra utilizada neste trabalho só foi encontrado um município dentro desta definição situado no estado do Rio de Janeiro. A disponibilidade de medicamentos do PFB neste município foi baixa nas UBS (aproximadamente 41%), estando abaixo do resultado observado no estudo multicêntrico, o mesmo ocorrendo com o Depósito Municipal (cerca de 66%). Porém foi maior que no estado do Amazonas, indicando que a disponibilidade encontrada não estava relacionada ao fato de ser um município distante, mas aos problemas contextuais já discutidos anteriormente.

O indicador C11 (porcentagem de Depósitos Municipais que recebem medicamentos com a validade vencida - tabela 22) foi utilizado com o objetivo de avaliar o resultado das estratégias de logística adotadas com o programa. A validade do medicamento é um dos requisitos avaliados no controle da qualidade. Se os medicamentos já são entregues com o prazo de validade vencido, mostra séria falha logística. Nos municípios visitados, não foi recebido nenhum medicamento com a validade vencida. Entretanto, segundo relato de um dos pólos distribuidores, o medicamento mebendazol suspensão foi entregue com a validade vencida em alguns municípios. Isto ocorreu, segundo relato do responsável pelo pólo, porque não se imaginou que um laboratório produtor pudesse entregar medicamentos com a validade vencida e, por isso, os técnicos que recebiam os medicamentos do PFB no pólo não foram instruídos para verificar a sua validade, o que foi corrigido posteriormente. Em nosso entendimento, isto foi decorrência de mais um fator contextual, pois, com a extinção da CEME, alguns laboratórios oficiais, ficaram com estoques antigos de medicamentos já produzidos para a CEME e que não foram utilizados por este órgão. Como o medicamento pertencia ao elenco do PFB, ele foi liberado apesar da data de validade já encontrar-se expirada. O mesmo ocorreu com outros medicamentos do PFB que possuíam validade para agosto e setembro de 1998 propiciando a perda por falta de prazo necessário para que fosse consumido, indicando ainda falha do pólo distribuidor em observar este aspecto da qualidade do medicamento.

9.3.2. Armazenamento

O armazenamento deve garantir a manutenção da estabilidade química, física, microbiológica, terapêutica e toxicológica dos medicamentos, tendo em vista que os fatores intrínsecos e extrínsecos são determinantes na qualidade dos fármacos (MS/CEME, 1996; OPS/OMS, 1990; MS, 1998e).

Uma boa armazenagem envolve atividade de seleção de um espaço adequado, ordenamento, conservação e técnicas de controle, onde devem ser observados aspectos como: segurança; ventilação adequada; limpeza (todas as instalações devem ser de fácil limpeza e conservação); condições ambientais para garantir a conservação dos medicamentos; circulação (o local deve estar disposto em um só plano, contando com divisões e portas que favoreçam a circulação) (MS/CEME, 1996).

Elaborou-se então uma lista de checagem para a verificação das condições de armazenagem, assim como das suas boas práticas. Para tanto, adaptou-se o roteiro utilizado pela Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para a inspeção de importadoras de medicamentos (Brasil, 1996), por ser o mais recente à época da pesquisa.

A análise da tabela 23, mostra que os estados não encontravam-se estruturados para realizar a atividade de armazenamento de medicamentos. Os resultados apresentados para o indicador B12 e B13, foram inferior a 50% na maioria dos estados e no multicêntrico, indicando inadequação do local de armazenamento dos medicamentos em relação às normas da vigilância sanitária existentes.

Tabela 23: Indicadores do componente “armazenamento” do PFB.

INDICADOR	RESULTADO OBSERVADO						ESPERADO
	AC	AM	GO	PE	RJ	POOL	
B12 Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Depósitos de Medicamentos Municipais	35,71	33,33	73,08	37,96	38,46	43,47	100%
B13 Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nas UBS	42,50	40,63	57,14	59,52	49,45	49,08	100%
C12 Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no Depósito de Medicamentos Municipal	zero	zero	zero	zero	zero	zero	zero
C13 Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UBS	2,33	4,30	2,60	1,94	3,33	3,50	zero
C14 Porcentagem média ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados no nível local	NSA ¹	2,17	NSA	NSA	75,32	60,66	5%
C15 Porcentagem média do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos do PFB em estoque no nível local	NSA	95,0	NSA	NSA	59,38	77,19	95%
C16 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque	-----	-----	-----	-----	-----	20	100%
C17 Porcentagem de UBS que realizam controle de estoque	-----	-----	-----	-----	-----	5	100%
C18 Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos no Depósito de Medicamentos Municipal	21,74	47,83	65,22	40,00	56,0	46,22	100%
C19 Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos nas UBS	48,39	38,00	28,57	55,32	47,95	46,63	100%
C20 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizaram inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas	-----	-----	-----	-----	-----	10	100%
C21 Porcentagem de UBS que realizaram inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas	-----	-----	-----	-----	-----	zero	100%

¹NSA = não se aplica

Uma comparação dos resultados observados nos estados e no multicêntrico pode ser verificada no gráfico 4.

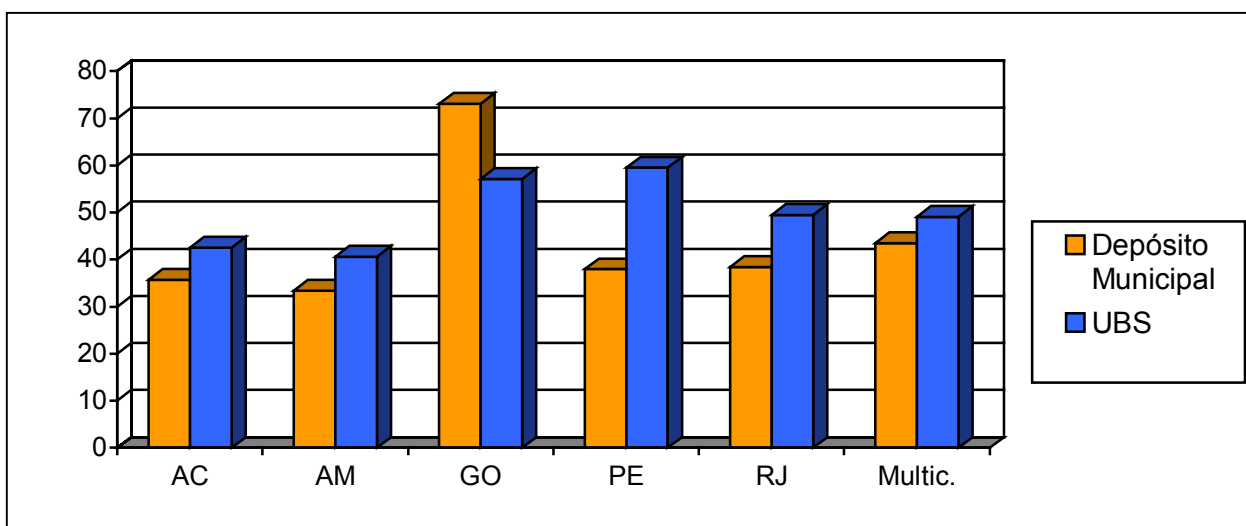


Gráfico 4: Adequação do local de armazenagem nos Depósito Municipais e Medicamentos e nas UBS (indicadores B12 e B13, respectivamente).

De um modo geral, os locais de armazenamento visitados eram inadequados e com área física insuficiente para a guarda de medicamentos de forma correta.

Com relação à adequação das práticas de estocagem (indicadores C18 e C19), a ausência de extintores de incêndio e de controle de temperatura foi observada em todos os estados visitados. Em muitos locais os medicamentos encontravam-se em contato direto com piso e parede comprometendo sua conservação. Em geral, a ordem de validade dos produtos não foi observada na arrumação dos depósitos, fazendo com que medicamentos com validade mais próxima ao vencimento ficassem estocados, enquanto os outros eram dispensados primeiro.

Em um dos estados visitados, o Depósito Municipal consistia de uma sala onde as duas únicas estantes destinavam-se a acomodar livros escolares e os medicamentos ficavam armazenados em estrados e mesas, sem qualquer lógica de ordenação, dificultando a localização e procedimentos de verificação da integridade ou validade dos produtos (MS, 1999a).

A comparação entre os estados estudados e o multicêntrico pode ser observada no gráfico 5.

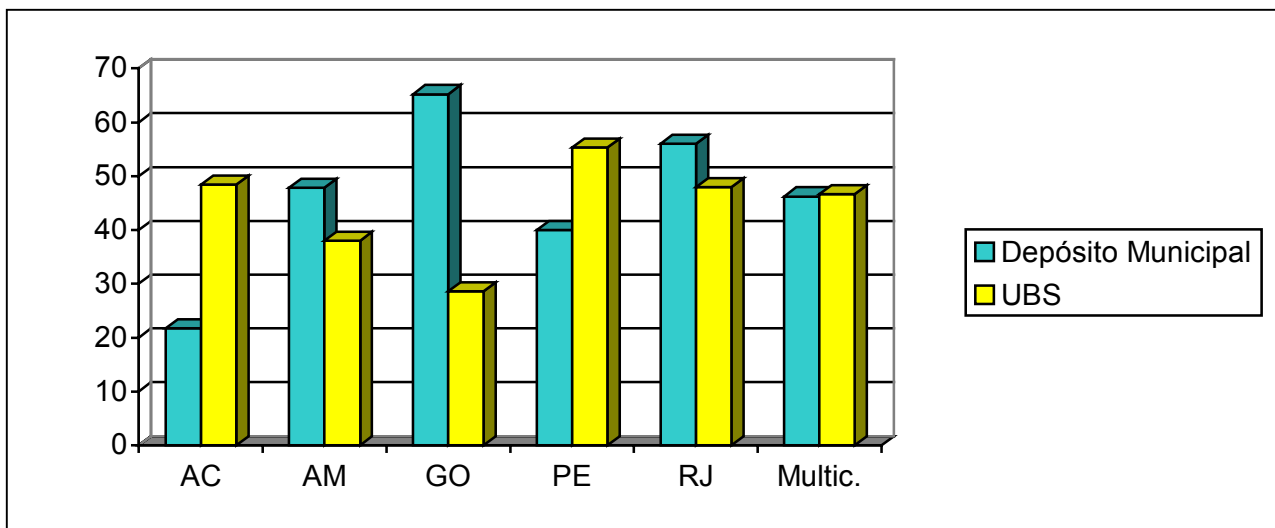


Gráfico 5: Adequação das boas práticas de estocagem nos Depósitos Municipais de Medicamentos e UBS (indicadores C18 e C19, respectivamente).

Observando-se o gráfico 5 constata-se que o estado do Acre é o que menos se adequa às condições recomendadas para o armazenamento de medicamentos, principalmente nos Depósitos Municipais visitados. O estado de Goiás foi o que apresentou as melhores condições para a guarda destes produtos, embora, também insuficientes. Através do estudo multicêntrico observa-se que a adesão às boas práticas de armazenamento foi inferior a 50% tanto nos Depósitos Municipais quanto nas UBS.

Uma das funções do armazenamento é garantir os níveis de estoque mediante o controle deste, com o objetivo de possibilitar a disponibilidade adequada do medicamento de modo a produzir os resultados de impacto epidemiológico esperados (OPS/OMS, 1990). No caso específico do PFB, o controle de estoque deveria subsidiar o preenchimento do formulário “Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos” a ser encaminhado ao Comitê Técnico-Científico de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, a cada 75 dias após o recebimento do *kit* do programa (MS, 1998c).

Segundo o Manual de Normas e Procedimentos do PFB (MS, 1998c), o município deveria realizar controle de estoque dos medicamentos em fichas e/ou mapas de movimentação onde constassem a entrada do quantitativo recebido, por nome genérico do medicamento, apresentação, lote e prazo de validade. A baixa no estoque deveria ser feita após o atendimento de cada prescrição. Entretanto, dos cinco estados visitados, apenas o Amazonas e o Rio de Janeiro realizavam controle de estoque, sendo o resultado do estudo multicêntrico, neste aspecto, referente a estes estados somente. Os indicadores C16 e C17 (tabela 23) mostram que somente 20% do

Depósitos Municipais e 5% das Unidades Básicas de Saúde realizam controle de estoque. No estado do Amazonas, o controle de estoque mostrou-se efetivo. No estado do Rio de Janeiro, porém, a porcentagem média ponderada de variação no inventário (indicador C14), encontrava-se tão elevada, que pouca utilidade teria para o controle do estoque. Da mesma forma, o indicador C15 (porcentagem média de registro de estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos do PFB em estoque no nível local), mostrou-se abaixo do padrão esperado, sugerindo a existência de um controle de estoque pouco efetivo.

Em alguns estados, os municípios não sabiam informar a data de recebimento dos *kits*, a quantidade de *kits* recebidos ou se eles estavam completos, mostrando uma total desestruturação na área de armazenamento e desconhecimento das normas do programa.

Os indicadores C12 e C13 (porcentagem de medicamentos com o prazo de validade vencido - tabela 23) refletem, ao mesmo tempo, a qualidade do controle de estoque realizado e a boas práticas de estocagem. Quando o medicamento perde a validade ele está impróprio para uso em quase todas as situações, por isso, estes indicadores possuem o padrão de 0%. Entretanto, em todos os estados visitados, observou-se porcentagens variáveis de medicamentos vencidos sendo oferecidos à população. Isto denota falta de estruturação da assistência farmacêutica municipal para supervisionar a dispensação de medicamentos no município, bem como a falta de pessoal tecnicamente preparado para desempenhar esta atividade. O fato de os laboratórios produtores não registrarem o lote e a validade dos medicamentos nas cartelas dos comprimidos fez com que a mesma não pudesse ser observada em muitas unidades de saúde, particularmente Postos de Saúde, que não recebiam as embalagens fechadas dos medicamentos. Por falta desta informação, estes indicadores podem estar subestimados, pois alguns medicamentos sem registro poderiam estar com a validade vencida (gráficos 6 e 7).

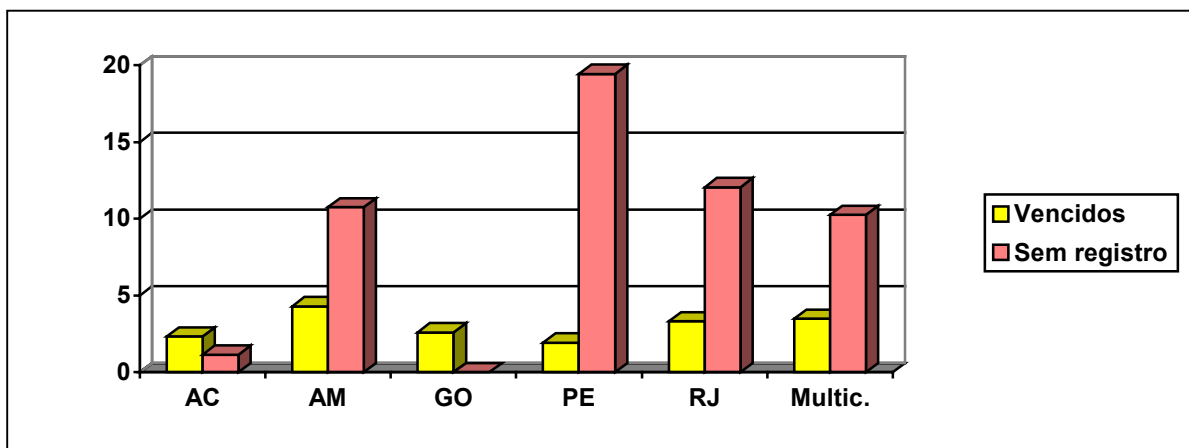


Gráfico 6: Porcentagem de medicamentos com a validade vencida e sem registro de validade em Unidades Básicas.

Como os Depósitos Municipais eram responsáveis pelo recebimento dos medicamentos do PFB, eles possuíam suas embalagens originais, por isso, a porcentagem de medicamentos sem registro de validade nos Depósitos foi muito baixa.

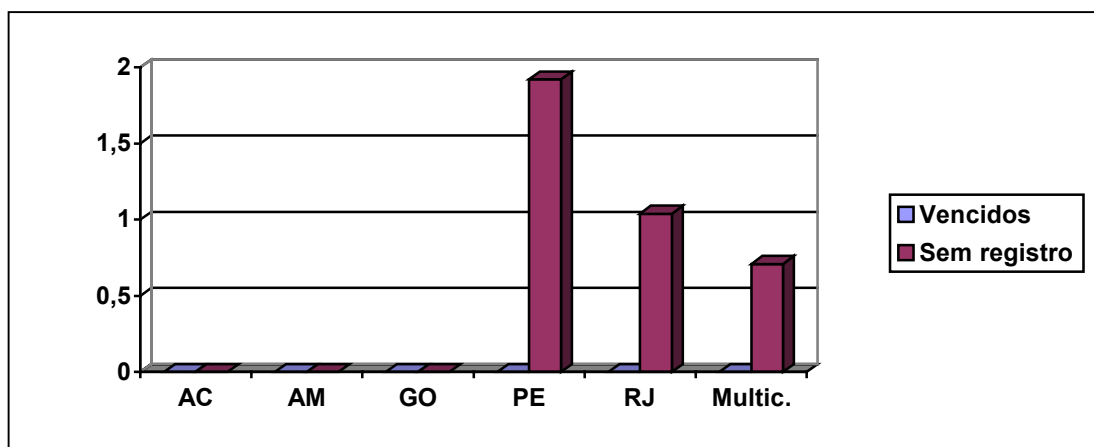


Gráfico 7: Porcentagem de medicamentos com a validade vencida e sem registro de validade em Depósitos Municipais de Medicamentos.

O Ministério da Saúde (1998c) recomendou que os medicamentos não fossem retirados de suas embalagens originais. Entretanto, isto inviabilizaria a distribuição interna ao município dos medicamentos recebidos, não sendo, portanto, possível de ser realizada.

Segundo a OMS (WHO, 1994), assegurar que os medicamentos obtidos são de qualidade aceitável é uma responsabilidade compartilhada por muitos atores, os quais abrangem boas práticas de fabricação, seleção adequada de fornecedores e testes de

controle de qualidade. A inspeção física dos produtos quando chegam à unidade assegura que os acordos feitos estão sendo respeitados pelos fornecedores. Com base neste argumento foram incluídos os indicadores C20 e C21 (porcentagem de Depósitos Municipais e UBS, respectivamente, que realizaram inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas - tabela 23) na avaliação da implantação do PFB. Observou-se no estudo multicêntrico que apenas 10% dos Depósitos Municipais realizaram a atividade de inspeção física de forma sistemática e estes localizavam-se no estado do Amazonas. Porém, nenhuma UBS realizou esta atividade de forma sistemática. Foram, entretanto, diagnosticados dois problemas de qualidade em medicamentos do PFB no nível local, segundo relato de um dos pólos distribuidores visitados. Não nos foi relatado, entretanto, se os problemas foram identificados pelas unidades de saúde ou pelos usuários dos serviços.

9.3.3. Qualificação de recursos humanos

Devido ao fato de os estados apresentarem um número de unidades de observação pequeno (menor que 10) em relação à esta dimensão do Programa, ela será discutida apenas na perspectiva multicêntrica.

A qualificação de recursos humanos, relaciona-se a todo o sistema de informação operacional, nos sistemas locais de saúde, que deve estar compatibilizado com o sistema nacional e regional (pólo distribuidor). O sistema deve fornecer informações para subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis de atuação do programa.

As informações sobre a operacionalização do PFB encontravam-se consolidadas em um Manual de Normas e Procedimentos que oferecia orientações sobre o recebimento, a armazenagem e a dispensação, além de informar a relação de medicamentos, tornando-se uma ferramenta útil para os profissionais envolvidos com o ciclo logístico do Programa. Este manual era um instrumento explicativo acerca da rotina operacional a ser adotada pelos municípios, devendo estar disponível, pelo menos nos Depósitos Municipais de Medicamentos, onde geralmente situava-se a coordenação do Programa no nível local. Entretanto, o indicador B14 (tabela 24) mostra uma disponibilidade de 80% do Manual do PFB nos municípios visitados, indicando uma falha no contexto organizacional no que se refere ao planejamento para a divulgação do Programa e/ou desorganização da assistência farmacêutica no sistema local de saúde. Soma-se a isto, o fato de os profissionais que trabalhavam com o Programa no nível local não terem sido treinados para tal função e à inexistência de interlocutor nos estados, e mesmo no nível federal, para esclarecer dúvidas operacionais existentes em relação à execução do

Programa. Outro problema observado com relação à informação, foi o fato de 100% dos municípios visitados, não terem sido informados oficialmente sobre a redução no elenco e no quantitativo de medicamentos do Programa. Como consequência, houve o desgaste de reclamações sobre faltas de medicamentos e quantitativos incorretos, por parte dos municípios, que não procediam. Este ponto crítico do Programa certamente contribuiu para o grau de implantação observado.

Tabela 24: Indicadores referentes ao componente “qualificação de recursos humanos” do Programa Farmácia Básica.

INDICADOR		RESULTADO OBSERVADO	ESPERADO
		Multicêntrico	
B14	Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos do PFB	80	100%
B15	Porcentagem de UBS que divulgam a relação de medicamentos do PFB para os médicos	68,97	90%
C22	Porcentagem de UBS que dispensa medicamentos com a apresentação da prescrição médica	46,15	100%
C23	Porcentagem de municípios que preenchem o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos	90	100%

Como uma parte importante da população não possui recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, a possibilidade do médico prescrever o medicamento que esteja disponível na UBS contribui muito para o cumprimento do tratamento. Para isto, ele necessita conhecer os medicamentos que estão disponíveis para prescrição. Esta divulgação geralmente é feita pela farmácia através de uma relação contendo os medicamentos disponíveis. Entretanto, apenas cerca de 69% das UBS preocupavam-se em divulgar esta relação para os médicos (indicador B15, tabela 24).

Conforme consta do Manual de Normas e Procedimentos do PFB, a dispensação dos medicamentos do Programa só poderia ocorrer na atenção primária de saúde na rede SUS, mediante receitas devidamente assinadas e carimbadas pelo médico do município. Entretanto, observou-se uma série de irregularidades em relação a este aspecto. O indicador C22 (porcentagem de UBS que dispensa medicamentos com a apresentação da prescrição médica - tabela 24) mostra que no estudo multicêntrico somente cerca de 46% das UBS e Postos de Medicamentos, dispensavam medicamentos mediante prescrição médica. Foi muito freqüente a observação de receitas sem a identificação do prescritor, como recomendado, impossibilitando até mesmo saber se este era ou não médico. Isto foi agravado em alguns estados devido ao fato de existirem municípios que não dispunham do médico,

porém recebiam os medicamentos do PFB, contrariando as normas operacionais do Programa. Vale ressaltar, entretanto, que este indicador pode estar superestimado, pois, para o seu cálculo, foram consideradas as respostas dadas pelos entrevistados, que eram confirmadas com a observação do entrevistador sobre a dispensação de medicamentos. Porém, em alguns locais visitados, não estava ocorrendo dispensação no momento da entrevista, não sendo possível verificar se a informação prestada pelo entrevistado estava correta.

A dispensação de medicamentos sem prescrição foi observada com maior frequência na área rural dos municípios visitados, onde eram dispensados sem receita médica medicamentos antitêrmicos e aqueles utilizados para o tratamento de doenças crônicas, colocando em risco a saúde de pacientes que necessitam de revisões periódicas do tratamento devido à evolução de sua patologia.

Observou-se ainda, em alguns casos, o atendimento de receitas médicas de consultórios particulares, não vinculados ao SUS, e de paciente oriundos de municípios vizinhos que recebiam ou não o PFB, novamente contrariando as normas do PFB.

Constatou-se ainda que, em diversas prescrições analisadas, houve acréscimo de medicamentos, substituição por outros não similares e substituições de forma farmacêutica sem adaptação da dose ou posologia.

Ainda com relação à qualificação de recursos humanos, procurou-se avaliar a porcentagem de municípios que preenchiam o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos (indicador C23). Como discutido anteriormente, este Demonstrativo tinha como finalidade, analisar o nível de consumo dos medicamentos em cada estado, de modo a permitir a adequação dos quantitativos de cada medicamento às necessidades regionais em um segundo momento do Programa, funcionando como um dos componentes do sistema de controle de estoque. Como pode ser observado na tabela 24, o estudo multicêntrico mostrou que cerca de 90% dos municípios elaboravam este Demonstrativo, porém, em sua maioria, sem realizar o controle de estoque. Geralmente, sua elaboração era feita mediante inventário dos medicamentos no momento de sua elaboração. Como já foi discutido no contexto organizacional, este Demonstrativo não cumpriu sua finalidade, não sendo sequer analisado pela gestão nacional do Programa.

9.3.4. Indicadores de efeito do PFB

O uso racional de medicamentos é um componente importante dentro de uma política de medicamentos. Para a OMS (WHO, 1997b), o uso racional requer que o paciente receba os medicamentos apropriados à sua condição clínica, nas doses corretas, por um período de tempo adequado e ao mais baixo custo para ele e sua comunidade.

Com os indicadores de efeito procurou-se avaliar se a divulgação pretendida do memento terapêutico do PFB para os médicos auxiliou a racionalização da prescrição; se o acesso em potencial obtido com a disponibilização dos medicamento se concretizou na prática e se o Governo alcançou dividendos políticos com este Programa. Para tanto, foram entrevistados 116 usuários e analisadas 681 prescrições médicas. Os resultados observados estão descritos na tabela 25.

Tabela 25: Indicadores de efeito do Programa Farmácia Básica.

INDICADOR		RESULTADO OBSERVADO						ESPERADO
		AC	AM	GO	PE	RJ	POOL	
D1	Disponibilidade de informação objetiva sobre medicamentos do PFB para os médicos	----	----	----	----	----	5,56	100%
D2	Número médio de medicamentos por prescrição	2,37	2,35	2,41	1,43	2,37	2,11	2 ou menos
D3	Porcentagem de prescrições que contém injeção	29,05	17,95	10,00	5,73	1,64	11,60	10% ou menos
D4	Porcentagem de prescrições que contém antimicrobianos	53,38	48,72	41,25	35,42	26,78	39,21	20%
D5	Porcentagem de medicamentos do PFB prescritos	71,05	76,37	81,35	70,61	54,35	68,02	70%
D6	Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico	55,56	69,06	72,61	80,00	73,59	69,42	100%
D7	Porcentagem de medicamentos do PFB atendidos	63,37	82,73	100	95,68	83,98	83,46	95%
D8	Porcentagem atores que conhece o PFB	----	----	----	----	----	56	100%
D9	Porcentagem de usuários que conhece o PFB	zero	zero	zero	zero	zero	zero	70%

9.3.4.1. Disponibilidade de informação

Nas visitas realizadas observou-se que cada município recebia apenas 1 memento terapêutico e que este ficava em poder da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), indicando uma falha na divulgação deste instrumento que foi editado em número insuficiente. A disponibilidade do memento terapêutico nos consultórios médicos (indicador D1) foi cerca de 6% (multicêntrico), como pode ser observado na tabela 25. Portanto, os resultados obtidos nos indicadores de racionalidade da prescrição médica provavelmente não foram influenciados pelas informações contidas no memento, mas pela organização do sistema local de saúde.

Segundo a OMS (WHO, 2000), melhorar o uso de medicamentos pelos prescritores, dispensadores e a população em geral, é fundamental para reduzir a morbi-mortalidade por doenças transmissíveis e não transmissíveis. Para tanto, torna-se necessário conhecer o nível de racionalidade existente na utilização de medicamentos. Assim, foram selecionados três indicadores, entre os propostos pela OMS (WHO, 1993) para este fim: número médio de medicamentos por prescrição; porcentagem de prescrições que contêm injeção; porcentagem de prescrições que contêm antimicrobianos.

O número de medicamentos por prescrição (indicador D2, tabela 25) foi maior que aquele recomendado pela OMS (WHO, 1993) em todos os estados, com exceção de Pernambuco, e no multicêntrico. Cabe destacar que, neste estado, um dos municípios visitados encontrava-se com uma boa estruturação da atenção à saúde (MS, 1999a) em relação aos demais, sendo um fator que pode ter contribuído para o resultado observado. O cálculo deste indicador considera o número de medicamentos contidos na prescrição, independente do fato de o paciente ter recebido ou não o medicamento.

O indicador D3 (tabela 25 e gráfico 8) mede o nível total de uso de uma terapia medicamentosa (injeção), que só deve ser empregada quando a terapia por via oral não é possível. As injeções não devem ser usadas para qualquer condição, embora, muitas vezes, seja este o caso. Evidências científicas mostram que em países em desenvolvimento a terapia oral é mais fácil para administrar, tem menos efeitos colaterais para o paciente (risco de infecção local, bem como transmissão do vírus HIV e da hepatite B pelo uso de material mal esterilizado) e, na maioria dos casos, é mais barata (WHO, 1994; Le Grand et al. 1999). Por isso, a OMS (WHO, 1994) propõe que a prescrição de injetáveis seja igual ou inferior a 10% do total. Este resultado foi observado nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e Goiás e o estudo multicêntrico mostrou um resultado pouco superior ao recomendado (cerca de 12% de prescrições com injetáveis). Contraditoriamente, nos estados do Acre e Amazonas, onde o profissional médico estava menos disponível, e existiram prescrições de não-médicos, foram observados os maiores índices de prescrição de injetáveis, confirmando a colocação de Le Grand et al. (1999) quando dizem que a injeção é conhecida como um medicamento poderoso e rápido, sendo largamente usado por prescritores e consumidores.

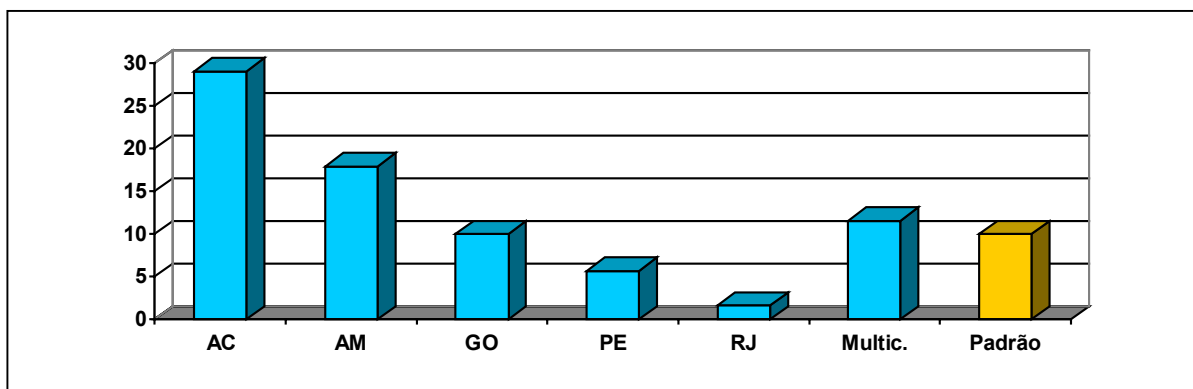


Gráfico 8: Porcentagem de prescrições contendo injeção.

O indicador D4 (tabela 25 e gráfico 9) avalia a racionalidade da prescrição através do uso de antimicrobianos. A terapia com antimicrobianos é cara e freqüentemente prescrita de forma indiscriminada, empírica e desinformada, resultando em resistência e tornando alguns medicamentos ineficazes (WHO, 1994). Segundo a OMS (WHO, 2000), cerca de 75% dos antibióticos são prescritos de forma inadequada, mesmo em hospitais universitários nos países em desenvolvimento. Com isto, a resistência antimicrobiana está crescendo para a maioria das doenças infecciosas, incluindo a diarreia bacteriana, gonorréia, malária, pneumonia e tuberculose. Este problema é especialmente sério quando a capacidade para monitoramento da sensibilidade ao antimicrobiano é limitada ou inexistente. Segundo Le Grand et al. (1999), em muitos países em desenvolvimento, o volume de vendas de medicamentos injetáveis e antibióticos excede a incidência das doenças por eles tratadas.

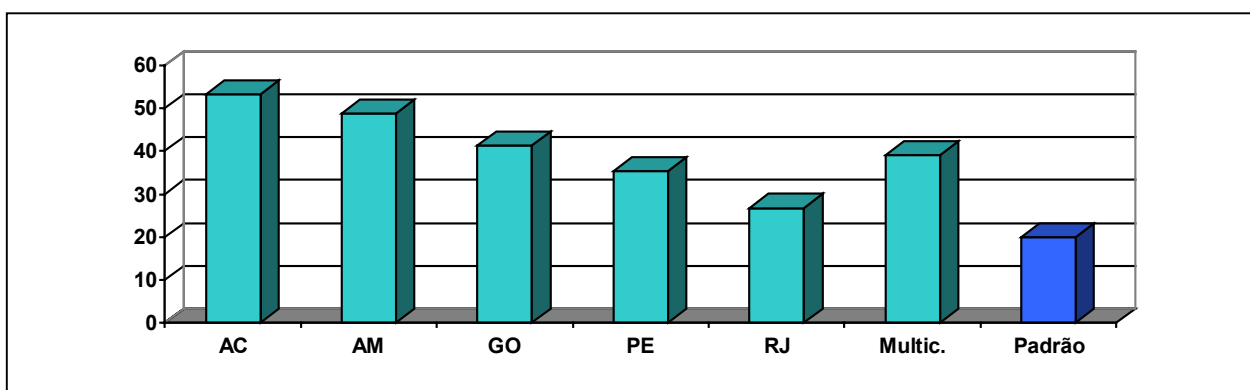


Gráfico 9: Porcentagem de prescrições que contêm antimicrobianos.

Na revisão da literatura, não encontramos um padrão recomendado para o uso de antimicrobianos na atenção primária. Por isso, optamos em adotar o resultado do trabalho realizado por Santich & Galli (1995) no Ceará, que propõem um limite para prescrições contendo antimicrobianos de 20%, sendo este estudo realizado na assistência hospitalar. Pacheco et al. (1998) também adotaram o limite proposto por Santich & Galli (op. cit.) em um estudo de utilização de medicamentos na atenção primária no estado da Bahia.

Da mesma forma que a prescrição de injetáveis, observa-se uma maior utilização de antimicrobianos nos estados do Acre e Amazonas com 53% e 49%, respectivamente, das prescrições contendo esta categoria terapêutica. Porém, em todos os estados e no multicêntrico os resultados observados foram maiores que o padrão proposto.

9.3.4.2. Acesso e dividendos políticos

A dimensão do acesso aqui abordada diz respeito à utilização dos medicamentos disponibilizados e a adesão dos médicos à relação de medicamentos do PFB. Em um sistema farmacêutico efetivo, os médicos são treinados para usar os medicamentos incluídos nas listas de medicamentos essenciais elaboradas de acordo com os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde (WHO, 1994). Este indicador é útil ainda para determinar o impacto da relação de medicamentos do PFB sobre as práticas de prescrição em nível ambulatorial, pois ela foi desenvolvida para cobrir a maioria das necessidades terapêuticas da população nos cuidados primários de saúde.

Como discutimos anteriormente, a disponibilidade dos medicamentos foi insatisfatória nas UBS (53%), sendo um pouco melhor nos Depósitos Municipais (71%). Porém, mesmo assim, a porcentagem de medicamentos do PFB prescritos (indicador D5 – tabela 25 e gráfico 10), encontra-se dentro da faixa esperada na maioria dos estados. Apenas no estado do Rio de Janeiro e também no multicêntrico, a prescrição de medicamentos foi inferior à esperada (70%). Um fator que pode ter contribuído para este resultado é o fato de, em todos os estados, com exceção do Amazonas, os municípios alocarem recursos próprios para a aquisição de medicamentos. Entretanto, este indicador deve ser analisado com cuidado pois, devido ao baixo poder aquisitivo da população, com poucos recursos para adquirir medicamentos não oferecidos, os prescritores tendem a prescrever o medicamento que se encontram disponíveis para distribuição (MS, 1999a). Desta forma, apesar das faltas de medicamentos e atrasos nas entregas, bem como da inadequação qualitativa e quantitativa dos *kits* às necessidades locais referida por

alguns atores, a porcentagem de medicamentos do PFB atendidos (indicador D6 – tabela 25 e gráfico 10) foi alta na maioria dos estados, embora não tenha atingido o padrão esperado.

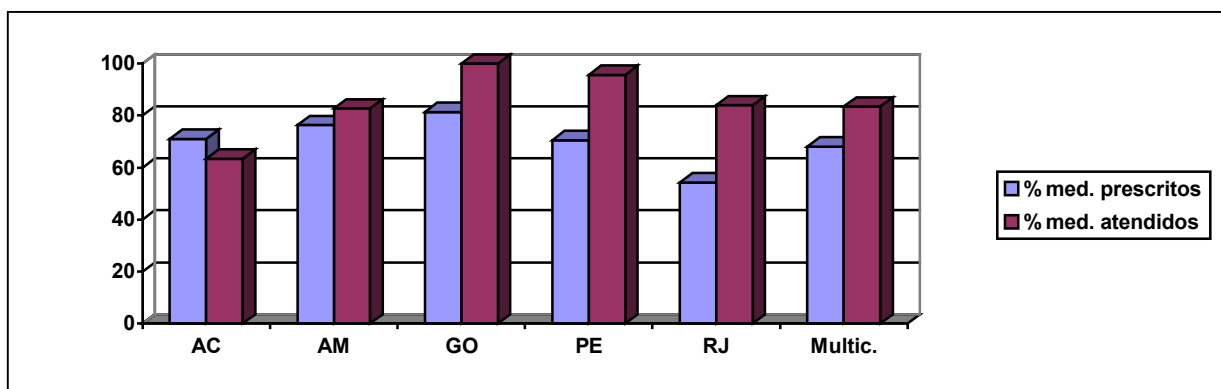


Gráfico 10: Comparação entre a porcentagem de medicamentos do PFB prescritos e atendidos.

A porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico (indicador D6 – tabela 25) foi baixa, não atingindo o padrão esperado em nenhum estado visitado ou no multicêntrico, apesar de na época o Decreto nº793/93 (Brasil, 1993a) estar em vigor.

A divulgação do PFB deixou a desejar. Como mostram os indicadores D8 e D9, somente 56% dos atores envolvidos com o Programa e nenhum dos usuários entrevistados o conhecia, sugerindo falha no planejamento do Programa (contexto organizacional) que contribui para o grau de implantação alcançado.

9.3.5. Percepção de atores

Como descrito no quadro 3, onde Denis & Champagne (1997) apresentam os diversos modelos de eficácia organizacional, em muitos deles, a participação dos atores, seu envolvimento, crenças e resistência em relação ao programa, são fatores que influenciam o seu grau de implantação. As questões que nortearam o estudo da percepção dos atores foram: *Há resistência por parte dos indivíduos ou grupos à implantação das intervenções? Os postulados que regem o comportamento dos indivíduos na organização são favoráveis à implantação e ao alcance dos objetivos da intervenção? Por que as experiências acumuladas na organização favorecem ou limitam a implantação da intervenção? Em que as experiências acumuladas na organização favorecem o alcance dos objetivos visados pela intervenção?*

Desta forma, foram entrevistados 75 atores. Destes, 5 eram gestores do nível nacional do programa, 4 eram gestores do nível regional. No nível local foram entrevistados 66 atores¹²: 37 profissionais ligados à assistência farmacêutica e 28 médicos.

As perguntas sobre os principais pontos positivos e negativos do programa, sugestões para o PFB e nota atribuída ao programa, foram apresentadas da mesma forma para todos os entrevistados.

Como pode ser observado na tabela 26, somente 27% dos atores envolvidos com a assistência farmacêutica conheciam as normas operacionais do PFB. Isto mostra um contexto de trabalho desfavorável à implantação do Programa e, conseqüentemente, ao alcance de seus objetivos, contribuindo para o grau de implantação observado para o programa.

Tabela 26: Percepção de atores ligados à assistência farmacêutica sobre o PFB no nível local.

PERCEPÇÃO	% (n=37)
Exige prescrição médica para o atendimento dos medicamentos do PFB	71
O PFB melhora a assistência farmacêutica	70
Observa excesso de estoque de algum medicamento	57
Faz permuta com outros municípios dos medicamentos que se encontram em excesso	32
Profissionais ligados à farmácia que conhecem as normas operacionais do PFB	27
Recebeu o memento terapêutico do PFB	19

Dos atores envolvidos com a assistência farmacêutica que conheciam o PFB, 70% acharam que este programa melhorou a assistência farmacêutica, 57% observaram excesso de algum medicamento do PFB e somente 32% realizavam permuta destes medicamentos com outros municípios. O restante dos entrevistados, deixava o medicamento perder por vencimento da validade, contribuindo para que a dimensão “armazenamento” possuísse a menor implantação entre as dimensões avaliadas. Observou-se ainda que a prescrição médica era exigida apenas por 71% dos atores envolvidos com a dispensação de medicamentos, contrariando, novamente, as normas operacionais do programa.

¹² Em todos os municípios visitados foram entrevistados os gestores locais do programa que eram profissionais ligados à assistência farmacêutica ou médicos. Por isso estes atores encontram-se incluídos nas categorias citadas não sendo feita uma análise em separado de suas percepções.

Com relação à percepção dos médicos (tabela 27), observa-se que 90% dos profissionais que conheciam o PFB acharam que este programa melhorou o acesso aos medicamentos essenciais, 90% disseram que o PFB contribuiu para melhorar a resolubilidade da assistência à saúde, e 95% acharam que o PFB deveria continuar. Com este resultado podemos responder de forma positiva às perguntas “*os postulados que regem o comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização são favoráveis a uma implantação da intervenção e ao alcance dos seus objetivos? As características do ambiente favorecem à implantação da intervenção?*”

Tabela 27: Percepção dos médicos sobre o PFB no nível local.

PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS	% (n=28)
O PFB deve continuar	95
O PFB melhora o acesso aos medicamentos essenciais ¹³	90
O PFB contribui para melhorar a resolubilidade da assistência à saúde	90
Conhece o memento terapêutico do PFB	32

Somente 32% dos médicos entrevistados conheciam o memento terapêutico do PFB, embora um menor número tivesse acesso a ele no momento da prescrição, indicando falha na divulgação de um instrumento que pretendia ser racionalizador da prescrição médica. Este resultado sugere que as estratégias dos atores que controlam as bases de poder na organização não são favoráveis ao alcance dos objetivos visados pela intervenção.

Do total de atores entrevistados no nível local (n=66), apenas 56% conheciam o PFB, denotando falha na sua divulgação para os atores envolvidos, o que contribuiu para o grau de implantação e os efeitos observados.

Somente aos atores no nível local que responderam conhecer o PFB foram feitas perguntas sobre os principais pontos positivos e negativos do Programa, bem como a nota a ele atribuída. Os resultados a estas perguntas estão apresentadas nas tabelas 28 e 29.

¹³ Pergunta feita apenas aos médicos que disseram conhecer o PFB.

Tabela 28: Principais pontos positivos atribuídos ao PFB pelos atores no nível local.

PONTOS POSITIVOS	% (n=55)
Acesso mais fácil da população carente ao medicamento básico	51
Favorecimento do paciente com a distribuição de remédios	5
Garantia da qualidade do medicamento (não é falsificado)	5
Aumentou o número de medicamentos que eram fornecidos	5
O PFB cobriu o desabastecimento de medicamentos feito pelo estado	4
Fornecimento de medicamentos básicos	4
Não falta medicamento	4
Prefere que o município receba medicamento do que dinheiro	2
O PFB fornece os medicamentos que são usados em pediatria	2
Possui medicamentos para doenças cardiovasculares	2
Atende boa parte das patologias existentes no município	2
Medicamentos de laboratórios nacionais	2
Os medicamentos são recebidos dentro do prazo de validade	2
Maior controle dos medicamentos	2
Evita licitações municipais	2
Sai mais barato para o Governo comprar de laboratórios oficiais que para os municípios	2
Coloca a população em contato com o nome genérico do medicamento	2

O principal ponto positivo atribuído ao PFB foi permitir um acesso mais fácil da população carente ao medicamento básico (51% dos entrevistados). Foram ainda considerados pontos positivos do Programa o fornecimento de medicamentos de qualidade, que atende uma boa parte das patologias existentes no município. Alguns atores consideraram ainda como ponto positivo o fato de os medicamentos serem adquiridos de laboratórios oficiais.

Tabela 29: Principais pontos negativos atribuídos ao PFB pelos atores no nível local.

PONTOS NEGATIVOS	(%) (n=55)
Quantidade de alguns medicamentos é insuficiente para a cobertura das necessidades do município	34
Irregularidade na entrega dos medicamentos	25
Inadequação dos itens ao perfil epidemiológico da população do município	11
Falta de medicamentos, implicando na não garantia da continuidade do tratamento	9
Alguns medicamentos chegam em grande quantidade, correndo-se o risco de perda da validade	5
O modelo do módulo-padrão é inadequado quali e quantitativamente para ser único para todo o Brasil	4
A entrega dos medicamentos não é acompanhada da descrição da composição do <i>kit</i> (qualitativa e quantitativamente)	4
Falta de informação sobre os procedimentos operacionais do PFB	4
Erro no quantitativo das remessas, o que dificulta a programação	4
Recebimento de medicamentos com prazo de validade perto de expirar	4
Embalagem inadequada de alguns medicamentos (EX: amoxicilina frs de 60ml)	2
Programa eleitoreiro	2
Favorece ao uso incorreto do medicamento, devido à facilidade de aquisição	2
Falta de pessoal para executar as normas do programa	2
Falta de treinamento para os recursos humanos que trabalham com o PFB	2
Distribuição de medicamentos sem a receita médica	2
Falta do memento terapêutico	2
Faltam medicamentos para neurologia e cardiologia	2
Elenco de medicamentos é pequeno	2
Divulgação do programa não é bem feita	2

Observa-se, de um modo geral, que os pontos apresentados como negativos no PFB, foram constatados através dos diversos indicadores discutidos anteriormente, reforçando os resultados alcançados com esta avaliação. Desta forma, destacaram-se como principais pontos negativos do Programa: a quantidade de alguns medicamentos foi insuficiente para a cobertura das necessidades do município (34%); irregularidade na entrega dos *kits* (25%); inadequação dos itens ao perfil da população do município (11%); falta de medicamentos, implicando na não garantia de continuidade do tratamento (5%).

O dividendo político que contrabalança o desconhecimento do Programa foi a média aritmética das notas a ele atribuídas de 8, possivelmente devido ao fato de, em muitos municípios, ser a principal fonte de medicamentos para a atenção básica, podendo ainda estar associada ao baixo nível de conhecimento do PFB demonstrado por muitos entrevistados.

No nível regional (pólos distribuidores) foram colocados como principais *pontos positivos* do PFB: “*atende à população carente*”; “*chegou em uma hora em que ninguém estava adquirindo medicamento e distribuindo para o pessoal carente*”; “*preencheu nem que seja uma pequena lacuna, melhorou a distribuição, o pessoal carente recebeu realmente alguma coisa*”; “*são medicamentos de qualidade*”; “*deu acessibilidade ao medicamento para o conjunto da população*”; “*fez chegar o medicamento mesmo nos municípios mais longínquos*”. Estes aspectos coincidiram com àqueles levantados pelos atores no nível local.

Os *pontos negativos* apontados foram os seguintes: “*o kit não é uma coisa muito boa, pois alguns municípios consomem muito de um medicamento e pouco de outro*”; “*não poderia ter cortado o kit para 32 medicamentos, pois no 1º trimestre de entrega não se tinha avaliação para cortar medicamentos, isso deveria ser feito após 1 ano de uso*”; “*o Ministério da Saúde não cumpriu o cronograma de repasse de verbas para os laboratórios, sendo, portanto, um dos motivos para o atraso nas entregas*”; “*demandas mal estabelecidas*”; “*na busca do elenco alguns medicamentos não deveriam entrar por serem encontrados em qualquer farmácia (como o AAS) e não justificarem o gasto com o transporte*”. Novamente, os pontos negativos apresentados na percepção dos atores confirmaram os resultados encontrados no cálculo dos indicadores. Os atores entrevistados revelaram sua insatisfação em relação às dificuldades encontradas na implementação do Programa e na baixa resolubilidade do Ministério da Saúde em solucioná-las, sugerindo uma certa desarticulação entre os níveis central e regional. A nota atribuída ao PFB foi, em média, 7.

No nível central (gestão nacional) do PFB foram apresentados como *pontos positivos* do programa: “*o medicamento realmente chega até o município*”; “*a entrega direta ao município coíbe o uso político do programa*”; “*para vários municípios do país foi a primeira vez que receberam medicamento*”; “*conseguimos colocar os medicamentos nos locais onde nós queríamos*”. Como *pontos negativos* do programa foram citados: “*eventualmente, o medicamento não tem total correspondência com a necessidade dos municípios*”; “*kit padronizado para todo o país, deveria ser padronizado por região*”; “*relacionamento com os laboratórios oficiais que não têm capacidade para produzir*”. A nota atribuída ao PFB pelos atores envolvidos foi de 8,25. Observa-se outra vez, que os pontos positivos relatados pela gestão nacional foram basicamente os mesmos apresentados pelos demais atores entrevistados. É interessante observar, entretanto, a discordância de opiniões em relação ao atraso na produção dos medicamentos. Segundo a gestão nacional os atrasos ocorreram por incapacidade dos laboratórios oficiais em cumprir o cronograma estabelecido; para a gestão regional os atrasos

ocorreram devido ao não cumprimento do cronograma estabelecido para o repasse de verbas pelo Governo federal.

9.4. O caso do Rio de Janeiro

Por se tratar de assistência farmacêutica básica, a avaliação da sustentabilidade do PFB teve seu foco na disponibilidade de medicamentos (acesso em potencial) em unidades básicas de saúde. Assim, pretendeu-se mostrar a realidade dos municípios em relação aos medicamentos básicos na vigência do PFB e após a sua interrupção. Foram então visitadas 15 unidades de saúde que realizam a atividade de dispensação de medicamentos em quatro municípios, distribuídas entre UBS (Centros e Postos de Saúde), Unidades Mistas (realizam geralmente atividades de atendimento ambulatorial e pronto-socorro) e Postos de Medicamentos (com finalidade precípua de dispensar medicamentos, independentes de estarem localizados dentro de uma unidade de saúde) (tabela 30).

Tabela 30: Número de unidades visitadas por município, 1999.

MUNICÍPIO	1998	1999
I	4	4
II	4	5
III	2	1
IV	5	5
TOTAL	15	15

Fatores contextuais, perfil de atividades e capacidade organizacional:

Como relatado no capítulo 4, o PFB pretendeu ser um Programa transitório entre a extinção da CEME e a municipalização da saúde. Previsto para terminar em dezembro de 1998, o PFB teve sua última entrega oficial realizada no mês de maio de 1999, sendo, no estado do Rio de Janeiro, feita no mês de março.

Em março de 1999 o estado do Rio de Janeiro começou a receber do Ministério da Saúde, sua parte do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Porém devido a problemas no acordo firmado na CIB, o repasse da verba aos municípios só foi feito no mês de outubro. Já a verba destinada ao Programa de Saúde Mental, não foi recebida pelo Estado até janeiro de 2.000.

Sendo assim, os municípios permaneceram desabastecidos de medicamentos para a atenção básica, fornecidos pelo estado ou pelo Governo federal, por um período de cerca de 5 meses. Para que os municípios pudessem suprir suas necessidades destes medicamentos, seria

necessária uma estruturação mínima da assistência farmacêutica, de modo a manter das atividades do ciclo de assistência farmacêutica. Foram então analisados alguns aspectos considerados básicos ao desenvolvimento destas atividades e centrados na disponibilidade de medicamentos¹⁴. Os resultados observados referentes a seleção, aquisição e distribuição encontram-se apresentados na tabela 31.

Tabela 31: Atividades, referentes ao ciclo da assistência farmacêutica, realizadas em quatro municípios no estado do Rio de Janeiro.

ATIVIDADE	INDICADOR	RESULTADO OBSERVADO	
		1998	1999
SELEÇÃO	Número de municípios que possuem relação de medicamentos essenciais para a atenção básica	4/4	1/4
PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO	Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque no Depósito de Medicamentos Municipal	74	75
	Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque na UBS	56	54
	Porcentagem de medicamentos disponíveis em municípios distantes	41	53
	Disponibilidade de veículos para o transporte de medicamentos	4/4	4/4

Como pode ser observado na tabela 31, a interrupção do PFB não impactou na disponibilidade de medicamentos nos municípios. Apesar de os mesmos terem recebido poucos dias antes da visita o recurso federal para a aquisição dos medicamentos da assistência farmacêutica básica, ele ainda não havia sido utilizado. A disponibilidade de medicamentos nos depósitos municipais aumentou em 1 ponto e nas UBS diminuiu em 3.

No que se refere às atividades do ciclo de assistência farmacêutica, os municípios encontravam-se bastante desestruturados. Como citado na Portaria nº3.196/GM (Brasil, 1998a) é responsabilidade do gestor municipal, no que se refere à assistência farmacêutica “definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população”. Segundo a OPS/OMS (1995), a seleção de medicamentos é “a pedra angular” de todo o sistema farmacêutico. Dos quatro municípios visitados, somente 1 possui uma relação de medicamentos para a atenção básica que foi uma complementação da relação de medicamentos do PFB, composta por 46 medicamentos. Segundo o farmacêutico entrevistado, os critérios utilizados para selecionar os medicamentos foram, além da lista do PFB, os seguintes: perfil de morbidade, protocolos existentes no

¹⁴ Para o cálculo dos indicadores de “disponibilidade” de medicamentos, foram considerados os princípios-ativos que compunham a relação de medicamentos do PFB.

município e os medicamentos mais solicitados pelos médicos. Com exceção do perfil de morbidade, os demais não são critérios recomendados para a seleção de medicamentos pela OMS (WHO, 1997a).

O processo de seleção de medicamentos torna-se ainda mais importante, quando constata-se que cerca de 70% dos medicamentos existentes no mercado mundial são duplicatas ou não essenciais. Alguns inclusive, apresentam alta toxicidade em relação ao seu benefício terapêutico. Em alguns casos, os medicamentos são lançados no mercado com informação insuficiente sobre eficácia ou segurança. Muitos produtos novos são para indicações terapêuticas pouco relevantes às necessidades básicas da população e eles são sempre mais caros que os medicamentos já existentes. Neste contexto, a seleção de medicamentos tem um impacto considerável sobre a qualidade do cuidado e o custo do tratamento sendo, por isso, uma das áreas onde uma intervenção é mais custo-efetiva (MSH/WHO, 1997).

O ponto de partida para a seleção de medicamentos é a estruturação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, que deve ser constituída por uma equipe multidisciplinar para avaliar a necessidade de medicamentos, com base em critérios específicos. Nenhum dos municípios visitados possuía esta Comissão na SMS.

Conforme o depoimento de um dos secretários de saúde entrevistados, a falta de uma relação de medicamentos essenciais no município dificulta muito o trabalho da Secretaria no que se refere à aquisição de medicamentos porque com o PFB “a população ficou acostumada a receber medicamentos e passou a cobrar a continuidade desta atividade”.

As atividades de aquisição e programação de medicamentos também são previstas na Portaria nº3.196/GM (Brasil, 1998a) como atribuições do gestor municipal que deve “assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna” e “utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município”. Em dois dos quatro municípios visitados o farmacêutico participa desta atividade. O critério utilizado para estabelecer a quantidade do medicamento a ser adquirido foi unicamente a demanda histórica em 2 municípios, a demanda histórica e perfil de morbidade em 1 e disponibilidade de verba em outro. É interessante observar que um dos municípios que utiliza como único critério a demanda histórica não possui controle de estoque, que seria a base para tal critério. Entretanto, nenhum município utilizou a combinação de critérios que compõem a definição de

programação que é a determinação das necessidades totais de medicamentos compatibilizada com os recursos financeiros disponíveis, em função das prioridades de tratamento (OPS/OMS, 1990).

Os métodos utilizados para a aquisição de medicamentos e sua periodicidade estão demonstrados na quadro 11.

Quadro 11: Métodos de compra utilizados por quatro municípios no estado do Rio de Janeiro, 1999.

MUNICÍPIO	MÉTODO DE COMPRA		PERIODICIDADE	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS
	PRINCIPAL	OUTRO		
1	Farmácia privadas	Distribuidoras sem licitação	Não há	Médico
2	Licitação	Farmácias privadas	Mensal	Farmacêutico
3	Laboratórios oficiais Distribuidoras com licitação	Farmácias privadas (urgência) Distribuidoras sem licitação (urgência)	Mensal	Secretário de Saúde e Farmacêutico
4	Distribuidoras com licitação	Farmácias privadas	3-4 meses	Não há

Observa-se no quadro 11 que o principal método de compra em um dos quatro municípios visitados é a aquisição em farmácia privadas. Este método é certamente o mais oneroso para se adquirir medicamentos com os poucos recursos existentes. Os três municípios restantes utilizam o método de licitação, conforme recomendado pela Lei nº8666 (Brasil, 1993b).

No único município que possui uma relação de medicamentos essenciais, a compra restringe-se aos medicamentos que a compõe.

Os municípios mostraram-se desorganizados em relação à administração dos recursos financeiros destinados à assistência farmacêutica, pois eles não dispunham de informações sobre o orçamento da SMS para a aquisição de medicamentos ou sobre o valor gasto com a compra destes. O gasto com medicamentos foi calculado na hora da visita mediante as notas fiscais, quando disponíveis.

No que diz respeito à atividade de armazenamento de medicamentos a Portaria nº3.916/GM (Brasil, 1998a) é clara ao afirmar que cabe ao gestor municipal “investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde visando assegurar a qualidade dos medicamentos; e receber, armazenar e distribuir

adequadamente os medicamentos sob sua guarda”. Entretanto, a realidade observada não foi a mais adequada, como pode ser verificado na tabela 32.

Tabela 32: Indicadores referentes ao armazenamento de medicamentos em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, 1999.

INDICADOR	1998	1999
Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no Depósito de Medicamentos Municipal	0	0
Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UBS	2	2
Porcentagem de medicamentos que não possuem registro de validade no Depósito de Medicamentos Municipal	1	0
Porcentagem de medicamentos que não possuem registro de validade na UBS	12	7
Número de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque	2/4	3/4
Porcentagem de UBS que realizam controle de estoque	20,0	20,0
Porcentagem de adequação do local de armazenagem no Depósito de Medicamentos Municipal ¹⁵	48	----
Porcentagem de adequação do local de armazenagem na UBS	56	----
Porcentagem de adequação das práticas de armazenagem de medicamentos Depósito de Medicamentos Municipal	51	----
Porcentagem de adequação das práticas de armazenagem de medicamentos Depósito de Medicamentos Municipal	48	----

Observa-se na tabela 32 que a atividade de armazenamento necessita reestruturação e que não houve mudanças importantes no dois anos analisados. Entretanto, a OPS/OMS (1995) insiste na necessidade de quantificar os medicamentos, no melhoramento dos sistemas de armazenamento e controle de inventários, assim como na gestão.

A gerência desta atividade nos municípios visitados não se mostrou adequada. Foram encontrados medicamentos com validade vencida e sem registro de validade na embalagem nas UBS. Apesar de, em três dos quatro municípios visitados, os Depósitos de Medicamentos Municipais realizarem o controle de estoque, isto ainda não é suficiente pois é uma atividade básica e que oferece subsídios para outras atividades do ciclo de assistência farmacêutica como a aquisição e a programação, devendo ser realizada em todos os municípios. Entre as UBS, apenas 20% realizam controle de estoque.

O local destinado à guarda dos medicamentos é inadequado, tanto nos Depósito de Medicamentos Municipais, quanto nas UBS, o mesmo ocorrendo com as práticas de armazenagem.

¹⁵ Estes indicadores não foram medidos no ano de 1999, entretanto, verificou-se que os locais e condições de armazenagem não se alteraram de um ano para o outro.

Para a realização das atividades de assistência à saúde, os municípios possuíam o quadro de profissionais descritos na tabela 33.

Tabela 33: Número de profissionais por área de atuação, 1999.

MUNICÍPIO	FARMACÊUTICO	MÉDICO	ODONTÓLOGO	ENFERMEIRO	TÉCNICOS DE FARMÁCIA ^a
1	1	10	11	1	0
2	1	43	13	4	0
3	1	20	6	1	0
4	1	28	11	6	0
TOTAL	4	101	41	12	0

^aConsiderados apenas os profissionais com curso de técnico de farmácia e/ou oficial de farmácia, conforme recomendado pela OMS (WHO, 1994).

Apesar de todos os municípios visitados possuírem farmacêutico, somente em 2 municípios eles participavam das atividades de assistência farmacêutica.

Novamente a Portaria nº3.916/GM (Brasil, 1998a) coloca como atividade do gestor municipal “promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores; treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política”.

Segundo documento da OPS/OMS (1995), a prescrição inadequada dos medicamentos, junto com o seu uso incorreto são problemas que se estendem cada vez mais nos países da América Latina e do Caribe. Para a OPS/OMS (op. cit.), a educação dos prescritores e do público em geral é um elemento fundamental da política de medicamentos. Porém, pouca atenção é dada a este aspecto nos municípios visitados. Somente em um dos quatro municípios visitados, existe, no setor público, programação para cursos de reciclagem para odontólogos e não para os demais profissionais de saúde. Em nenhum município existe um perfil de formação profissional mínimo para os profissionais que dispensam medicamentos.

Observou-se neste estudo que a interrupção do PFB não interferiu, como discutimos anteriormente, na disponibilidade do medicamento nos municípios visitados. Entretanto, estes municípios mostram-se muito despreparados para a descentralização da assistência farmacêutica, cabendo uma reflexão sobre a possibilidade de realização de oficinas de capacitação para a gerência da assistência farmacêutica no nível local.

10. A QUALIDADE DA AVALIAÇÃO

A qualidade da avaliação é geralmente definida através de padrões. Vários conjuntos de padrões são desenvolvidos nos EUA, Canadá (Corbiel & McQueen, 1991) e França (CSE, 1996) para determinar a qualidade da avaliação. Neste trabalho será adotado o conjunto de padrões desenvolvidos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*. Estes padrões foram elaborados para avaliar as avaliações de programas educacionais e são recomendados pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para determinar a qualidade das avaliações dos programas de saúde pública (CDC, 1999), além disso, eles englobam de uma maneira geral, os outros conjuntos de padrões.

A meta-avaliação (avaliação da avaliação) neste estudo foi compartilhada com os orientadores e a equipe de pesquisadores do NAF/ENSP/FIOCRUZ, utilizando como parâmetro uma lista de checagem proposta pela *Joint Committee* que contempla 30 padrões, agrupados em 4 categorias: *utilidade, praticabilidade, propriedade e precisão* (CSE, 1996; CDC, 1999; Hartz, 1999a). Foram ainda agregados padrões específicos para avaliar os estudos de casos, propostos pelo U.S. General Accounting Office (U.S.GAO, 1990), por Yin (1994) e sumarizados por Datta (1997), que não foram contemplados para a qualidade da avaliação como um todo como *profundidade e equidade metodológica*. Estes padrões podem ser aplicados durante a fase de planejamento de uma avaliação e após sua implantação. Eles ajudam a evitar um desequilíbrio na avaliação (por exemplo: a avaliação é precisa e prática, mas não é útil ou é útil e precisa, porém impraticável) (CDC, 1999). Desta forma, o conjunto de atributos deve ser considerado sinérgico pois a validade não garante a credibilidade e ambos não asseguram a utilidade (Hartz, 1999a).

Uma outra possibilidade para analisar a precisão e a qualidade da avaliação que será também utilizada neste trabalho, é a realização de comparações entre avaliações. Segundo o CSE (1996), a realização de tais estudos pode ser um meio para desenvolver, ao mesmo tempo, a prática e a teoria da avaliação e para difundir conhecimentos gerais sobre as políticas públicas e seus efeitos. Com este intuito apresentamos uma análise comparativa entre a avaliação realizada neste estudo na perspectiva multicêntrica e a avaliação do PFB realizada pela Divisão de Acompanhamento da Execução de Programas (DEPRO, 1998) do Ministério da Fazenda, a qual tomamos conhecimento em dezembro de 1998 ao realizarmos uma visita ao Ministério da Saúde para entrevistar os gestores nacionais do PFB.

Meta-avaliação 1: utilização de padrões

Utilidade

Com a avaliação da utilidade pretende-se responder a questões como: *A avaliação atendeu às necessidades de informação dos interessados e dos outros protagonistas da política pública? A avaliação respondeu de forma direta e compreensível às questões colocadas?*

Entendemos que a avaliação do PFB foi útil para o comanditário, neste caso um formulador de políticas, no sentido que mostrou as diversas falhas ocorridas no planejamento, execução e divulgação do Programa, e as conseqüências destas. A utilização desta avaliação pode redirecionar os novos programas de assistência farmacêutica, de modo a obter resultados mais consistentes com os objetivos propostos. Entretanto, como citado por Hartz (1999a), deve-se ter claro que nem sempre a avaliação seguem-se decisões imediatas, sendo este apenas um dos elementos, nem sempre o mais importante, da agenda política.

Torna-se claro, portanto, que a utilidade da avaliação depende principalmente da decisão política do comanditário em utilizar os resultados e implementar as sugestões, sendo esta, uma das limitações deste estudo. Entretanto, independente de sua utilização, esta avaliação obteve o mérito de ter desenvolvido um modelo sistematizado de avaliação da assistência farmacêutica, despertando um considerável interesse por parte dos sujeitos que implementam esse tipo de política. Por outro lado, a vantagem desta avaliação ter sido feita com a articulação de um trabalho acadêmico é que ela pode ter uma divulgação pela academia, independente ou paralela com àquela desejada pelo comanditário, e pode também ter um alcance político.

Procurou-se ainda, nesta avaliação, ter-se o cuidado de coletar informações que considerassem questões relativas ao programa e respondessem às necessidades e aos interesses do comanditário.

Além disso, esta avaliação também destacou os pontos positivos do Programa e a sua importância do ponto de vista dos avaliadores e dos atores nele envolvidos.

Praticabilidade

Com respeito à praticabilidade verificaremos se a avaliação responde de forma afirmativa à seguinte questão: *A avaliação foi realista, prudente, hábil, econômica, politicamente viável e eficiente?*

Esta avaliação foi politicamente viável, pois foi realizada através de um acordo de cooperação negociado e pactuado entre o NAF e o Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, contando ainda com a parceria das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos estados visitados.

Entendemos também que a avaliação foi bem conduzida e direcionada. O gasto operacional com diárias e passagens para a realização das visitas aos cinco estados e doze municípios foi de R\$25.382,72 sendo, portanto, economicamente viável (contribuindo para isto a estratégia de pesquisa adotada – estudo de caso).

Propriedade

Com o estudo da propriedade da avaliação pretende-se verificar se esta foi conduzida de forma legal e ética, ou seja, considerou os direitos e interesses dos envolvidos com a avaliação e dos afetados pelos seus resultados.

A avaliação foi desenhada de modo a identificar os pontos fortes e fracos do programa com o objetivo de auxiliar o comanditário a adequá-lo às necessidades da rede de serviços envolvida e da população por ele beneficiada.

Preocupamo-nos com o fato de que as relações estabelecidas com os atores envolvidos e os usuários do Programa, ocorressem de forma ética, procurando respeitar os direitos dos entrevistados e interferir o mínimo possível em sua rotina. Entretanto, este processo de aprendizado, em busca de assegurar uma independência que não comprometesse o rigor da pesquisa, teve um certo custo pois, em alguns momentos, deparamo-nos com questões problemáticas que mereciam intervenções imediatas, que não ocorreram objetivando-se evitar a introdução de viés, problemas políticos que poderiam surgir e procurando respeitar as divergências de conduta. Questões como esta ocorreram algumas vezes, principalmente quando foram identificadas práticas prescritivas que poderiam ser consideradas como problemáticas, destacando-se aqui as que eram realizadas por agentes de saúde sem qualquer treinamento para o desempenho da função.

Houve ainda preocupação em minimizar o problema de artefatos decorrentes das interpretações dos escores, de modo a não prejudicar o julgamento de valor a ser realizado.

Precisão

Com a avaliação da precisão procurou-se verificar se esta respondeu a questões como: *A avaliação utilizou informações tecnicamente adequadas às características do objeto em estudo, particularmente quando estas determinaram seu valor e seu mérito? As conclusões foram justificadas de modo a que os usuários pudessem julgá-las em sua validade?*

As informações coletadas para esta avaliação foram obtidas de fonte primária, em sua maioria, através de visitas realizadas a 5 estados brasileiros. Os dados coletados foram trabalhados na forma de indicadores, sendo a validação do seu conjunto realizada neste estudo em diferentes contextos.

Procurou-se selecionar as dimensões a serem analisadas de acordo com as diretrizes do Programa e, sempre que possível, utilizando as dimensões recomendadas pela Política Nacional de Medicamentos para a estruturação da Assistência Farmacêutica.

Houve preocupação em explicar possíveis influências do contexto sobre o Programa para que não fossem realizados julgamentos incorretos sobre os seus efeitos, tendo-se o cuidado de relatar os resultados encontrados de forma imparcial, realizando um julgamento de valor criterioso.

Profundidade e eqüidade metodológica

Com relação a estes aspectos do estudo de caso as questões colocadas são as seguintes: *Os resultados para cada abordagem são relatados com semelhante profundidade e detalhes, com a minuciosidade necessária ao entendimento dos resultados? É garantida a mesma profundidade e transparência para a pluralidade de abordagens metodológicas evitando-se estudos qualitativos com embelezamento quantitativo ou vice-versa?*

Entendemos que a abordagem utilizada nesta avaliação preocupou-se em aplicar a todos os casos a mesma profundidade, nível de detalhamento e transparência de modo a tornar claro os resultados apresentados, como pode ser verificado na discussão destes.

Meta-avaliação 2: comparação entre avaliações

A seguir, está apresentada a comparação feita entre os resultados obtidos por esta avaliação e aqueles obtidos pela avaliação realizada pela DEPRO. Esta comparação pode ser considerada também como uma validação da construção da

medida *homotraço-heterométodo*, conforme denominado por Streiner & Norman (1989), onde diferentes medidas de um mesmo traço devem estar correlacionadas uma com a outra.

O trabalho realizado pela DEPRO (1998) teve como objetivo a fiscalização “in loco” para verificar o recebimento, as condições de armazenamento, a distribuição dos medicamentos e a adequação dos medicamentos que compõem o kit ao perfil epidemiológico da população. Ele foi feito em uma amostra de 170 municípios selecionados com base estatística (95% de nível de confiança e 4% de margem de erro). Entretanto, os resultados apresentados referem-se à análise de 166 municípios, por ser o último relatório parcial disponível até dezembro de 1999. As comparações encontram-se sumarizadas nos quadros 12, 13, 14 e 15.

Quadro 12: Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca da gestão nacional do Programa.

AVALIAÇÃO DEPRO (relatório preliminar)	AVALIAÇÃO NAF/FIOCRUZ
GESTÃO NACIONAL	
<p>Muitas vezes a população está tendo acesso pela 1ª vez a medicamentos básicos gratuitos</p> <p>O objetivo do Programa Farmácia Básica está sendo atingido</p> <p>100% dos medicamentos foram distribuídos de forma gratuita à população</p> <p>95% dos municípios iniciaram o Programa, como recebimento do 1º kit</p>	<p>68,4% do orçamento alocado para o PFB foi executado (até 25/11/98)</p> <p>0% dos comunicados de divergência foram atendidos</p> <p>0% dos demonstrativos de movimentação de medicamentos recebidos foram analisados</p> <p>Não foi previsto no contrato realizado com os Correios o retorno ao município para o atendimento dos erros ocorridos nas entregas dos medicamentos</p> <p>Possibilitou o acesso da população carente aos medicamentos essenciais. 51% (n=55) dos atores entrevistados relataram como ponto positivo do PFB o fato de ter tornado o acesso mais fácil da população carente ao medicamento básico</p> <p>Os medicamentos foram fornecidos gratuitamente à população</p>
SELEÇÃO E PROGRAMAÇÃO	
<p>75% dos municípios sugerem alterações no elenco de medicamentos do kit e 74% dos municípios sugerem alterações no quantitativo do kit</p> <p>9% apresentaram diversos medicamentos entregues em duplicidade pelos Programas Farmácia Básica e Materno Infantil</p> <p>5% dos municípios não iniciaram o PFB</p>	<p>100% dos medicamentos do PFB pertencem à RENAME/83</p> <p>Os procedimentos de quantificação do módulo-padrão mostraram-se inadequados</p> <p>58% dos atores entrevistados sugerem alterações qualitativas e/ou quantitativas no elenco do PFB</p> <p>50% dos municípios receberam o número de kits do PFB compatível com sua população (1 kit para cada 3.000 habitantes)</p>
AQUISIÇÃO E CONTROLE DE QUALIDADE (CQ)	
	<p>A gestão nacional do PFB não possuía informação sobre o número de lotes adquiridos</p> <p>Embora nenhum medicamento tenha sido rejeitado no CQ, foram relatados dois problemas em nível local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • recebimento de mebendazol susp. com a validade vencida • eritromicina susp. que não ressuspende

Observa-se no quadro 12 que os aspectos que foram abordados nas duas avaliações são concordantes, embora não apresentem o mesmo resultado quantitativos. Isto decorre de diferenças nas metodologias utilizadas, podendo-se

verificar que a estratégia de estudo de caso permitiu uma análise mais detalhada do Programa. Resultados semelhantes podem ser observados no quadro 13 com relação à gestão regional.

Quadro 13: Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca da gestão regional do Programa.

AVALIAÇÃO DEPRO (relatório preliminar)	AVALIAÇÃO NAF/FIOCRUZ
GESTÃO REGIONAL	
18% dos laboratórios não especificaram nas notas fiscais os medicamentos entregues	1 dos 3 pólos distribuidores visitados não emitem notas fiscais dos medicamentos entregues, não sendo esta uma norma do Programa
ARMAZENAMENTO	
	30% dos locais destinados à guarda dos medicamentos do PFB nos pólos distribuidores mostraram-se inadequados 64% das práticas de armazenamento de medicamentos nos pólos distribuidores estavam adequadas

No quadro 14, onde são apresentados os resultados referentes ao nível local, observa-se, da mesma forma que nos quadros anteriores, uma concordância nos resultados, sugerindo que a avaliação por nós realizada foi precisa.

Quadro 14: Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca das atividades do Programa no nível local.

AVALIAÇÃO DEPRO (relatório preliminar)	AVALIAÇÃO NAF/FIOCRUZ
DISTRIBUIÇÃO	
Medicamentos entregues direto no município 82% apresentaram atraso na entrega da 2ª remessa do kit, prejudicando a continuidade do Programa 47% apresentaram divergência entre o quantitativo dos medicamentos recebidos pelo município e o estabelecido no kit	Medicamentos entregues direto no município O tempo médio decorrente entre a 1ª e a 2ª entrega do PFB foi de 6 meses 59% dos kits do PFB foram entregues completos nos municípios 35% do tempo decorrente entre a entrega do primeiro kit e a data da visita, permaneceu desabastecido de medicamentos do PFB ¹⁶ A disponibilidade dos medicamentos nos estados mostrou-se inadequada, variando entre 71% nos Depósitos Municipais e 53% nas UBS ¹⁷ . No município distante ela foi de 41% A falta do medicamento propiciou a descontinuidade dos tratamentos O transporte de medicamentos no nível local mostrou-se adequado
ARMAZENAMENTO	
49% apresentaram local de armazenagem precário e 0,6%	A adequação do local de armazenagem de medicamentos foi de

¹⁶ Este indicador só pode ser calculado nos estados que realizaram controle de estoque.

¹⁷ No estado que apresentou a maior disponibilidade, as prefeituras adquiriam medicamentos do elenco do PFB.

AVALIAÇÃO DEPRO (relatório preliminar)	AVALIAÇÃO NAF/FIOCRUZ
<p>apontou que, por falta de espaço físico, os medicamentos estavam armazenados na casa do Prefeito</p> <p>49% demonstraram que o controle de estoque realizado é feito com base na expedição e não pelo consumo de medicamentos</p>	<p>43% nos Depósitos Municipais e 49% nas UBS</p> <p>20% dos Depósitos de Medicamentos e 5% das UBS realizavam controle de estoque e este não se mostrou eficaz</p> <p>Observou-se 46% de adequação das práticas de estocagem nos Depósitos Municipais e 47% nas UBS</p> <p>100% dos estados apresentaram medicamentos do PFB com o prazo de validade vencido (variação: 1 – 7%)</p> <p>Não foi encontrado nenhum medicamento com a validade vencida nos Depósitos Municipais visitados</p> <p>10% dos Depósitos Municipais realizaram inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas. Nenhuma UBS realizava esta atividade</p>
QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	
<p>77% dos municípios receberam o manual de Normas Operacionais</p> <p>83% da expedição dos medicamentos estão sendo realizadas por meio de receituário médico, conforme determinado pelo Programa e, em 0,6% dos municípios, foi constatado que funcionários da Prefeitura retiram medicamentos sem a receita médica</p> <p>100% dos medicamentos foram distribuídos de forma gratuita à população</p> <p>89% dos municípios atendem prontamente à população</p> <p>0,6% apresentou que o paciente tem que comprovar a residência – apresentação do Título de Eleitor – para receber o medicamento</p> <p>89% dos municípios atendem prontamente à população</p>	<p>80% dos Depósitos Municipais e nenhuma UBS recebeu o Manual de Normas e Procedimentos do PFB</p> <p>69% das UBS divulgavam a relação de medicamentos do PFB para os médicos</p> <p>46% das UBS dispensam medicamentos com a apresentação da prescrição médica</p> <p>71% dos profissionais envolvidos com a assistência farmacêutica (n=37) entrevistados, relataram dispensar medicamentos exclusivamente com a apresentação da prescrição médica</p> <p>Em todos os municípios visitados, em áreas rurais, ocorre a dispensação de medicamentos sem prescrição médica, para os casos considerados de “urgência” ou os pacientes em tratamento crônico</p> <p>Os medicamentos foram distribuídos de forma gratuita</p> <p>42% dos municípios não possui farmacêutico</p> <p>17% dos municípios não possui médico</p>

Como o PFB não previa um envolvimento formal da esfera estadual, sendo este fato interpretado como uma de suas falhas, não nos preocupamos em avaliar a participação da assistência farmacêutica estadual no gerenciamento do Programa de uma forma detalhada. Entretanto, esta aspecto foi considerado pela DEPRO e os resultados observados estão descritos no quadro 15.

Quadro 15: Comparação entre a avaliação do PFB realizada pelo NAF e a fiscalização da DEPRO acerca da assistência farmacêutica estadual.

AVALIAÇÃO DEPRO (relatório preliminar)	AVALIAÇÃO NAF/FIOCRUZ
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
61% evidenciaram falta de orientação da Coordenação Estadual do Programa aos municípios sobre condições de armazenamento e preenchimento dos formulários 63% demonstraram que o Coordenador Estadual do Programa não visita o município para acompanhar e orientar sua execução	100% dos estados a assistência farmacêutica estadual reuniu-se com os responsáveis locais pelo PFB para explicar a operacionalização do programa

A avaliação realizada pela DEPRO não contemplou a verificação dos efeitos do Programa.

Como pode ser observado, o estudo de caso propiciou uma análise em maior profundidade e, independente do número de municípios visitados, as constatações nas duas avaliações, apontaram na mesma direção tanto para os pontos negativos, quanto para os positivos do PFB, sugerindo uma boa avaliação e uma adequada validade de construção.

10.1. A validade interna e externa da pesquisa

A validade interna “baseia-se na capacidade da pesquisa em testar, de forma simultânea, um conjunto de relações, compondo um modelo teórico” (Contandriopoulos et al., 1997b, p: 45).

A relação existente entre os efeitos do Programa (variável dependente) e o seu grau de implantação (variável independente) mostrou-se coerente e consistente, na medida em que ao grau de implantação insatisfatório do Programa, relacionou-se um conjunto de efeitos que se mostrou, igualmente, insatisfatório. O mesmo ocorreu quando o grau de implantação foi analisado como uma variável dependente do contexto organizacional, ou seja, para um grau de adequação insatisfatório do contexto organizacional obteve-se um grau de implantação insatisfatório do Programa. A consistência destas relações sugere que o modelo teórico proposto é válido para explicar as inter-relações observadas entre as variáveis estudadas.

Conforme referido anteriormente, a validade externa almejada em um estudo de caso não se refere à generalização estatística dos resultados obtidos, mas uma generalização analítica, a generalização é feita pelo modelo teórico e não pelo

processo amostral (Yin, 1993). Observamos neste estudo que o modelo teórico proposto mostrou-se consistente mesmo nos diferentes contextos analisados, representados pelos cinco estados visitados (princípio da robustez) e eficaz em explicar os resultados observados (princípio da explicação).

10.2. As limitações da pesquisa

Ressaltamos como limitações deste estudo, o fato de todos os municípios com menos de 21.000 habitantes estarem submetidos à intervenção, não havendo, portanto, possibilidade de comparação. Da mesma forma, os efeitos observados do Programa não puderam ser comparados com momentos anteriores à intervenção, pela falta de estudos nos estados avaliados.

Outra limitação, foi a impossibilidade de medir o impacto do Programa sobre o estado de saúde da população, devido à sua interrupção. Cabe destacar, entretanto, que a metodologia para a realização da avaliação do impacto do Programa foi desenvolvida por Rozenfeld et al. (1999) podendo ser utilizada futuramente em avaliações de outros programas de assistência farmacêutica.

No estudo dos efeitos do Programa, não foram abordadas todas as dimensões da qualidade da prescrição, nem da utilização de medicamentos. Além disso, não é possível saber como o instrumento se comportaria em municípios maiores.

11. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A principal lição aprendida com este trabalho foi durante o exercício de validação, em seus diferentes estágios, quando observamos que não existe uma avaliação perfeita, nem o resultado mais correto. Assim, podem existir outros modelos corretos para esta avaliação. Entretanto, procuramos apresentar aquele que nos pareceu ser o mais coerente e consistente e, portanto, o mais válido. Apesar de a avaliação ser um processo de negociação com o comanditário e os outros atores envolvidos com a intervenção, não existe comprometimento da apreciação independente de julgamento de valor, por parte do pesquisador, não comprometendo, portanto, o rigor buscado nesta pesquisa.

A análise da implantação realizada conseguiu mostrar de forma clara que o nível insatisfatório dos efeitos observados estava relacionado ao grau de implantação obtido e este ao grau de adequação da sua gestão nacional, regional e local, sugerindo que, a uma implantação adequada do Programa, podem estar associados também efeitos adequados.

É importante destacar a oportunidade perdida em relação a implementação de ações articuladas no âmbito das 3 esferas de governo, que propiciassem a construção das bases necessárias à implementação da política de descentralização da assistência farmacêutica ora em curso. Nesse sentido, a maior participação das secretarias estaduais de saúde no desenvolvimento do PFB poderia ter assegurado a consolidação do programa de assistência farmacêutica básica, no âmbito do referido processo de descentralização (MS, 1999a).

O PFB, por sua vez, foi capaz de promover a distribuição de medicamentos a municípios carentes e de difícil acesso, contribuindo, na opinião de diversos atores entrevistados no nível local, para melhorar a qualidade da assistência e o acesso aos medicamentos essenciais.

A avaliação é uma atividade de natureza institucional cuja vocação é integrar-se à gestão pública e ao funcionamento do sistema político (CSE, 1996; Hartz, 1999a). Ela tem por finalidade, contribuir para a elaboração de um julgamento de valor, de organizar uma decisão, de melhorar realmente a execução de uma política ou o funcionamento de um serviço, devendo para isso, ser capaz de identificar aspectos positivos e pontos de estrangulamento na intervenção.

Desta forma, alguns aspectos puderam ser identificados como pontos de estrangulamento na distribuição dos medicamentos do PFB, contribuindo para determinar o grau de implantação observado. Dentre eles, destacam-se principalmente os atrasos ocorridos na entrega dos medicamentos nos pólos distribuidores pelos

laboratórios produtores. Foram ainda identificados problemas em relação ao processo de distribuição realizado pelos Correios como o uso de veículos inadequados, falta de controle das condições de estocagem ou tempo máximo permitido nos entrepostos, bem como o não retorno aos municípios para correção de falhas detectadas na entrega.

O modelo de módulo padrão utilizado para o fornecimento dos medicamentos, não se mostrou adequado, propiciando a falta de alguns medicamentos e o desperdício de outros. Sendo, mesmo na percepção de alguns atores entrevistados, um modelo contra-indicado para um programa de distribuição de medicamentos centralizado em nível nacional.

O critério escolhido para selecionar os municípios que receberiam o PFB, foi o disponibilidade orçamentária, ou seja, segundo a gestão do programa, pretendia-se atender ao maior número possível de municípios, dentro do orçamento disponível. Entretanto, este critério, trouxe alguns problemas de excesso de demanda não prevista em alguns municípios selecionados, provocando uma migração de pacientes de municípios vizinhos que não foram selecionados pelo PFB, devido ao critério populacional adotado. Porém, é importante destacar que, na época em que foi adotado este critério, haviam dois outros sendo implementados pelos estados do Paraná e Minas Gerais (Cosendey et al., 2000). Estes estados, utilizaram um método lógico para classificar os municípios que receberiam seus programas que foram o Índice de Salubridade (IS) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), respectivamente. O uso destes índices possibilita um melhor gerenciamento dos recursos financeiros e uma seleção mais criteriosa dos municípios, sendo uma alternativa a ser utilizada, quando não se dispõe de recursos financeiros para o atendimento de toda a população

No estado do Paraná a seleção dos municípios que receberiam o PFB-PR foram dados populacionais atualizados e o Índice de Salubridade. O cálculo deste índice contemplou indicadores de saúde, sociais e de serviços (Strozzi, 1997). Desta forma, cada município recebeu uma pontuação referente ao índice de salubridade. Quanto maior o IS, melhor a situação do município em relação aos indicadores avaliados. De acordo com este índice, os municípios foram ordenados e subdivididos em quatro grupos por ordem de prioridade: prioridade 1 (menor IS), recebem 100% das cotas previstas, segundo base populacional; prioridade 2, recebem 75% ; prioridade 3, recebem 50% e prioridade 4, recebem 25%. Através da racionalização dos recursos disponíveis utilizando-se dos critérios descritos anteriormente, todos os municípios do

estado recebem medicamentos do PFB, em quantidades variáveis e dependentes do IS (Cosendey et al., 2000).

O Programa Farmácia Essencial implantado no estado de Minas Gerais em 1997, destinava-se a municípios com população até 20.000 habitantes. Entretanto, além do critério populacional, foi utilizado ainda, o Índice de Desenvolvimento Humano, da Fundação João Pinheiro para a seleção dos municípios, selecionado assim, os municípios mais carentes, dentro da faixa populacional estipulada. O IDH (PNUD/IPEA/FJP/IBGE, 1998) é composto por três componentes básicos do desenvolvimento humano: longevidade, conhecimento (nível educacional) e padrão de vida. Com base nestes componentes é feito o cálculo do IDH, pontuando os municípios de acordo com o seu grau de desenvolvimento. Este índice foi utilizado também para estabelecer a ordem de inclusão dos municípios no programa, ou seja, os municípios com menor IDH foram incluídos primeiro no programa (Cosendey, et al., 2000).

No nível local, os problemas apresentados em todos os estados visitados demonstraram ser muito semelhantes e encontram-se descritos a seguir (MS, 1999a).

- O sistema de informação de saúde mostrou-se precário, dificultando a coleta de dados e informações relevantes, como por exemplo, as principais causas de morbidade.
- Quanto à estocagem dos medicamentos, poucos locais encontravam-se estruturados para esta importante etapa da assistência farmacêutica. Os principais problemas encontrados foram a ausência de técnicos responsáveis (inclusive de farmacêutico), falta de local apropriado para o armazenamento, falta de equipamentos de segurança e inexistência e/ou precariedade de inventários ou registros de estoque.
- Em relação à distribuição dos medicamentos do Programa, vários indicadores não puderam ser calculados pela não disponibilidade das informações necessárias.

As recomendações construídas através desta avaliação tiveram como eixo àquelas apresentadas pelos atores envolvidos nos diferentes níveis analisados do Programa, assim como discussões com os pesquisadores do NAF, na tentativa de maximizar os efeitos de outros programas de assistência farmacêutica que venham a ser implantados.

A principal sugestão apresentada pelos atores no nível local (51%, n=66) foi a necessidade de adequação do elenco de medicamentos e de seu quantitativo ao perfil epidemiológico dos municípios. Assim foram sugeridas inclusões e exclusões de medicamentos que variaram de um município para outro. Pode-se verificar nas visitas realizadas aos municípios

o desperdício de alguns medicamentos por perda da validade devido ao fato do quantitativo fornecido ser superior às necessidades reais dos mesmos.

Foi observada a necessidade de consolidação de um sistema de informação que subsidiasse um mecanismo de reposição dos medicamentos de acordo com o seu consumo, como realizado no estado de São Paulo no Programa Dose Certa ou concretizada a proposta do próprio PFB através do Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos. A distribuição dos medicamentos assim realizada se torna mais racional, fornecendo aos municípios os medicamentos por eles demandados, reduzindo a possibilidade de descontinuidade dos tratamentos.

Constatou-se a ausência de médicos em todas as UBS de alguns municípios e, em outros, ausência de médicos em algumas UBS. Este fato contribuiu de forma importante para que a prescrição de medicamentos fosse realizada por profissionais de formação elementar ou secundária. É então prudente recomendar a elaboração de um elenco específico e também mais restrito para os municípios e/ou unidades de saúde que não disponham do profissional médico, bem como o treinamento dos agentes de saúde para exercer tal atividade.

Observa-se, portanto, que na elaboração de programas desta natureza deve haver uma maior participação e envolvimento das esferas municipais e estaduais no processo decisório acerca do Programa, com uma maior fiscalização do recebimento do medicamento no nível local. Além disso, deve-se ter um bom planejamento do repasse de recursos objetivando evitar a falta do medicamento no nível local.

Deve-se estabelecer parcerias bem definidas com os laboratórios produtores com sanções administrativas para quebras no contrato.

De um modo geral, verificou-se um grande despreparo dos profissionais envolvidos com a assistência farmacêutica para o desempenho de suas atividades nos sistemas locais de saúde. Torna-se então importante iniciativas como a do Ministério da Saúde em conjunto com a OPAS de realizar oficinas de capacitação de profissionais no exercício destas atividades em diversos estados brasileiros.

Devido à grande diversidade na formação dos diferentes profissionais envolvidos com a distribuição de medicamentos no nível local, alguns aspectos facilitadores poderiam advir dos produtores de medicamentos tais como: evitar a utilização de embalagens muito parecidas em medicamentos do mesmo grupo farmacológico, pois pode induzir à confusão no momento da

dispensação; identificar nas embalagens primárias dos medicamentos (por exemplo, cartelas de comprimidos) o número do lote e a data de validade de modo a evitar o fornecimento de medicamentos fora do prazo de validade à população. Entendemos, entretanto, que esta última medida deve ser contemplada em legislação específica.

Observou-se que o Programa Farmácia Básica conseguiu aumentar o aporte de medicamentos para a maioria dos municípios selecionados, melhorando o acesso da população aos mesmos e contribuindo para aumentar a resolubilidade das unidades de saúde participantes do Programa. Acreditamos que as falhas e pontos positivos destacados neste estudo em relação ao PFB podem contribuir para um aprendizado no planejamento de novos programas e/ou políticas de assistência farmacêutica básica, como está ocorrendo em todo o país.

Esperamos com este trabalho ter contribuído para uma reflexão sobre a assistência farmacêutica básica e a importância de mobilizarmos e capacitarmos recursos humanos para esta área profissional, haja vista que os municípios que possuíam uma assistência farmacêutica melhor estruturada, apresentaram também os melhores resultados para o Programa e aproveitamento mais adequado do medicamento no nível local.

Segundo Bermudez & Bonfim (1999), o momento atual é de reordenamento das forças políticas e de luta para promover mudanças nas esferas sociais. Precisamos insistir na luta pela ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais.

Gostaríamos de encerrar este trabalho citando Bermudez (2000, p:1):

“Promover efetivamente o acesso da população aos medicamentos, inserindo a assistência farmacêutica nas unidades de saúde, é diretriz e prioridade no marco da atenção à saúde. Romper monopólios e racionalizar o uso dos medicamentos, expandindo o acesso, é nosso grande desafio para este novo milênio que se aproxima. Muitas haverá de ser as dificuldades, forte será com certeza a resistência daqueles que hoje se locupletam, mas deve ser maior a capacidade de luta permanente e o compromisso com políticas sociais que assegurem o exercício pleno da cidadania.”

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABRAMSON, JH, 1990. *Metodos de estudio en medicina comunitaria: una introduccion a los estudios epidemiologicos y de evaluacion*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- ACEVEDO, DV; VALLE, AA; TOLEDO, JLM, 1995. Características de la adquisición de medicamentos en Morelia (Michoacán, México). *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 119 (3): 236-42.
- ADAMES, LAB, 1997. Medicamentos essenciais: gestão nos serviços públicos de saúde fundamentada no quadro nosológico. *Divulgação Saúde em Debate*, 18: 34-42.
- ALMEIDA, CM, 1999. As reformas do Estado e a reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 263-86.
- BALLART, X, 1998. Spanish evaluation practice versus program evaluation theory. *Evaluation*, 4 (2): 149-70.
- BARBOSA, M, 1996. *Avaliação do impacto da Iniciativa de Bamako nos cuidados primários de saúde em Gabú, Guiné Bissau*. FIOCRUZ / ENSP. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.
- BERMUDEZ, J, 1992. *Remédios: saúde ou indústria ? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- BERMUDEZ, J, 1994. Medicamentos genéricos: uma alternativa para o mercado brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(3): 268-78.
- BERMUDEZ, J, 1995. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.
- BERMUDEZ, JAZ & POSSAS, CA, 1995. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam*, 119(3) 270-7.
- BERMUDEZ, J; ROZENFELD, S & PORTELA, MC, 1997. *Avaliação do programa Farmácia Básica - Brasil, 1997/1998* (Projeto submetido ao Ministério da Saúde). ENSP/FIOCRUZ. Mimeo.
- BERMUDEZ, JAZ; LUIZA, VL; HARTZ, ZMA; MOSEGUI, GBG; OLIVEIRA, MA; COSENDEY, MAE; ROMERO, CNP, 1999. *Avaliação do acesso aos medicamentos essenciais: Modelo lógico e estudo piloto no Estado do Rio de Janeiro, Brasil*. Proposta

submetida ao Programa de Pesquisa Estratégica da Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, 26 de Julho de 1999. Mimeo.

BERMUDEZ, JAZ & BONFIM, JRA (org.), 1999. *Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.

BERMUDEZ, JAZ, 2000. Medicamentos: acesso e perspectivas na virada do século. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, ano XVII: jan/mar

BRANDÃO, A, 1998. Medicamentos: com a fala, o Governo. *Pharmacia Brasileira*, ano II, (9): 6-10.

BRASIL, 1988. *Constituição Federal da República*. Rio de Janeiro: Gráfica Auriverde.

BRASIL, 1990. *Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível na INTERNET: www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm.

BRASIL, 1990. *Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível na INTERNET: www.saude.gov.br/doc/lei8142.htm.

BRASIL, 1993a. Decreto nº793 de 05 de abril de 1993. Altera os Decretos nº74.170, de 10 de junho de 1974 e nº79.094, de 05 e janeiro de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis nº5.991 de 17 de janeiro de 1973 e nº6.360 de 23 de setembro de 1976 e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº65, seção I, de 6 de abril de 1993.

BRASIL, 1993b. Lei nº8666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 116, seção 1, pp. 8269-8281, de 21/06/93.

BRASIL, 1996. Portaria nº14, de 08 de fevereiro de 1996, publica a relação de documentos necessários à formação de processos para Autorização de Funcionamento de Empresa com atividade de importação de medicamentos, drogas e insumos

farmacêuticos. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº35, seção I, pág: 2805, de 21 de fevereiro de 1996.

BRASIL, 1998a. Portaria nº3.916/GM de 30 de outubro de 1998, dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº215E, seção I, pág: 18, de 10 de novembro de 1998.

BRASIL, 1998b. *Portaria nº344 de 12 de maio de 1998, aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial*. Disponível na INTERNET: [www.saude.gov.br/doc/Portarias/Portaria_344-98-Regulamentação de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial \(Psicoativos e outros\).doc](http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/Portaria_344-98-Regulamentação_de_Medicamentos_Sujeitos_a_Control_e_Especial_(Psicoativos_e_outros).doc).

BRASIL, 1999a. Portaria nº507/GM, de 23 de abril de 1999, publica a Relação Nacional de medicamentos Essenciais – RENAME. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº83, seção I, pág: 16-28, de 4 de maio de 1999.

BRASIL, 1999b. Portaria nº176/GM de 8 de março de 1999 , estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº47E, seção I, pág: 22, de 11 de março de 1999.

BRASIL, 1999c. Portaria nº1.181/GM de 17 de setembro de 1999, altera dispositivos da Portaria nº653/GM, publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 24 de maio de 1999, que alterou a Portaria nº176/GM, publicada no Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 11 de março de 1999, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, D.F.: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº181E, seção I, pág: 6, de 21 de setembro de 1999.

BRASIL, 1999d. *Portaria nº1077/GM de 24 de agosto de 1999, implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental*. Disponível na INTERNET: www.saude.gov.br./doc/Portarias/1999/Portaria_1077-99.doc.

BRASIL, 1999e. *Lei nº9.787 de 10 de fevereiro de 1999, altera a Lei nº6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e*

dá outras providências. Disponível na INTERNET:
[www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999/Lei 9787-99-Medicamentos Genéricos.doc](http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999/Lei%209787-99-Medicamentos%20Genéricos.doc).

BRASIL, 1999f. *Resolução nº391 de 9 de agosto de 1999, estabelece as bases legais para a instituição do medicamento genérico no País*. Disponível na INTERNET:
[www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999/Resolução 391-99- Regulamentação da lei de Medicamentos Genéricos.doc](http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999/Resolucao%20391-99-Regulamentacao%20da%20lei%20de%20Medicamentos%20Geneticos.doc).

CASTELO, A; COLOMBO, AL & HOLBROOK, AM, 1991. Production and marketing of drugs in Brazil. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(suppl II): 21S-28S.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1999. Framework for program evaluation in public health. *MMWR*, 48(RR11):1-40.

CFM (Conselho Federal de Medicina), 1999. *Estatística: número de médicos por estado*. Internet: <http://www.cfm.org.br/estatic/Brasil.htm>.

CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, AP & PINEAULT, R, 1985. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 33: 173-181.

CHAUDHURY, RR & BAPNA, JS, 1997. Essential drugs and lower costs. *World Health Forum*, 18: 345-47.

CHAULAGAI, CN, 1995. Financiación comunitaria de los Medicamentos Essenciales en Nepal. *Foro Mundial de la Salud*, 16:105-8.

CHEN, HT, 1990. *Theory-driven evaluations*. London: Sage Publications.

CHEN, L & SINGH, S, 1995. Sustainability of the children summit goals: concepts and strategies. In: OLSEN, IT, 1998. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 13(3): 287-295.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), 1998a. II Oficina de Trabalho - 1997. *Cadernos Conass*, 1(3): 9-67.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), 1998b. III Oficina de Trabalho - 1997. *Cadernos Conass*, 1(3): 70-114.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), 1998c. I Oficina de Trabalho - 1998. *Cadernos Conass*, 1(3): 159-217.

CONRAD, KJ & MILLER, TQ, 1987. Measuring and testing program philosophy. In: BICKMAN, L (ed). Using program theory in evaluation. *New Direction for Program Evaluation*, 33: 19-42.

CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F; DENIS, JL & PINEAULT, R, 1997a. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F; POTVIN, L; DENIS, JL & BOYLE, P., 1997b. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ed.

COOK, TD & CAMPBELL, DT, 1979. Quasi-experimentation: Designing and analysis issues for field settings. Sokie, Ill.: Rand McNally. In: CONRAD, KJ & MILLER, TQ, 1987. Measuring and testing program philosophy. In: BICKMAN, L (ed). Using program theory in evaluation. *New Direction for Program Evaluation*, 33: 19-42.

CORBIEL, RC & McQUEEN, C., 1991. Improving the quality of evaluation. In: LOVE, AJ (ed). *Evaluation methods sourcebook*. Ontario: Canadian Evaluation Society.

COTTINGHAM, PH, 1991. Unexpected lessons: evaluation of job-training programs for single mothers. *New Directions for Program Evaluation*, 50:59-70.

COSENDEY, MAE; BERMUDEZ, JAZ; REIS, ALA; SILVA, HF; OLIVEIRA, MA & LUIZA, VL, 2000. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1): 171-182.

CRONBACH, LJ, 1983. Designing evaluations of educational and social programs. San Francisco: Jossey-Bass. In: DENIS, JL & CHAMPAGNE, F, 1997. Análise de implantação. In: HARTZ, ZMA (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

CSE (Conseil Scientifique de l'Évaluation), 1996. *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*. Paris: La Documentation Française.

DANTES, RB, 1991. The new Philippine generic drugs act: a physician's viewpoint. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(suppl II): 29S-30S.

DARMANSJAH, I & WARDHINI, S, 1991. The Indonesian Drug Advisory Committee and the drug approval process. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(suppl II): 39S-43S.

DATTA, L-e, 1997. Multimethod evaluations. Using case studies together with other methods. In: Chelimski, E & Shadish, WR (Eds). *Evaluation for the 21st Century*. Thousand Oaks, CA: Sage: 344-359.

DEMING, WE, 1975. The logic of evaluation. In: STRUENING, EL & GUTTENTAG, M (eds). *Handbook of evaluation research*. Vol. 1. London: Sage.

DENIS, JL & CHAMPAGNE, F, 1997. Análise de implantação. In: HARTZ, ZMA (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

DEPRO (Divisão de Acompanhamento da Execução de Programas), 1998. *Farmácia Básica*. Brasília: Ministério da Fazenda/Secretaria Federal de Controle/Secretaria de Controle Interno no Ministério da Saúde. Mimeo.

FERNANDES, F; LUFT, CP & GUIMARÃES, FM, 1996. *Dicionário brasileiro globo*. São Paulo: Globo, 43ed.

FOLHA DE MANGUINHOS, 1997. *Farmácias básicas atendem a 1586 municípios*. FIOCRUZ, ano VII(27): 5, set/out.

GARAWAY, G, 1996. The case-study model: an organizational strategy for cross-cultural evaluation. *Evaluation*, 2(2):201-211.

GRAHAM, K. et al., 1994. *The evaluation casebook: using evaluations techniques to enhance program quality in addictions*. Toronto: ARF (Addiction Research Formulations).

GUASTELLO, SJ & GUASTELLO, DD, 1991. How organizations differ: implications for multisite program evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 50:71-82.

HADDAD, S & FOURNIER, P, 1995. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Social Science and Medicine*, 40 (6): 743-53.

HARTOG, R, 1993. Essential and non-essential drugs marketed by the 20 largest european pharmaceutical companies in developing countries. *Social Science and Medicine*, 37(7): 897-904.

- HARTZ, ZMA, 1995. *Curso de epidemiologia na avaliação de programas*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRZ. Mimeo.
- HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F & LEAL, MC, 1995. Uso de traçadores para avaliação de qualidade da assistência à criança: o controle da doença diarreica e das infecções respiratórias agudas em dois centros de saúde. *Revista do IMIP*, 9(2): 35-50.
- HARTZ, ZMA; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, AP & LEAL, MC, 1997. Avaliação do programa materno-infantil: Análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, ZMA (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- HARTZ, ZMA, 1999a. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 341-353.
- HARTZ, ZMA, 1999b. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: *cuisine internationale* over fast food and *sur mesure* over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 229-259.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1999. *Indicadores sociais mínimos - Conceitos*. Disponível na INTERNET: www.ibge.gov.br/Indicadoresminimos/conceitos.htm.
- DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde), 1998. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 1997 - IDB - 97*. Disponível na INTERNET: w.w.w.datasus.gov.br/cgi/idb97/matriz.htm.
- DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde), 1999. *Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 1998 - IDB - 98*. Disponível na INTERNET: w.w.w.datasus.gov.br/cgi/idb98/matriz.htm.
- ISAZA, P, 1999. Medicamentos en la reforma del setor salud. In: BERMUDEZ, JAZ & BONFIM, JRA (Org.), 1999. *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME.
- JOSHI, MP & KHAKUREL, B, 1997. Drug rationalization: now for the hard part. *World Health Forum*, 18: 348-51.

KING, JA; MORRIS, LL & FITZ-GIBBON, CT, 1987. *How to assess program implementation*. California: Sage Publications.

LaFOND, A, 1995. Sustaining primary health care. Save the children fund (UK). In: OLSEN, IT, 1998. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 13(3): 287-295.

LE GRAND, A; HOGERZEIL, HV & HAAIJERRUSKAMP, FM, 1999. Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy and Planning*, 14(2): 89-102.

LEE, D, 1991. Drug utilization in Panama. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(suppl II): 31S-38S.

MARK, MM, 1986. Validity typologies and the logic and practice of quasi-experimentation. In: TROCHIM, WMK (ed), 1986. *Advances in quasiexperimental design and analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.

MEDICI, AC; OLIVEIRA, F & BELTRÃO, KI, 1991. *A política de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, outubro.

MILLER, MC & KNAPP, RG, 1979. *Evaluating quality of care: analytic procedures – monitoring techniques*. London: Apsensystems Coporation.

MOTTA, PR, 1989. Avaliação na administração pública: eficiência, eficácia, efetividade. Lisboa. Mimeo.

MOWBRAY, CT & HERMAN, SE, 1991. Using multiple sites in mental health evaluations: focus os program theory and implementation issues. *New Directions for Program Evaluation*: 50: 45-57.

MS/CEME (Ministério da Saúde / Central de Medicamentos), 1996. *Manual de Procedimentos para Programação de Medicamentos – 1997*. Brasília:CEME.

MS (Ministério da Saúde), 1997a. *Programa Farmácia Básica*. Disponível na INTERNET: www.saude.gov.br/farmacia.htm.

MS (Ministério da Saúde), 1997b. *Memento Terapêutico Farmácia Básica: Relação de medicamentos*. Brasília: MS.

- MS (Ministério da Saúde), 1997c. *Farmácia Básica: Programa 1997/98*. Brasília:MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1998a. *Farmácia Básica: Logística da distribuição*. Brasília. Mimeo.
- MS (Ministério da Saúde), 1998b. *Programa Farmácia Básica*. Disponível na INTERNET: www.saude.gov.br/farmacia.htm.
- MS (Ministério da Saúde), 1998c. *Programa Farmácia Básica: Manual de normas e procedimentos*. Brasília: MS.
- MS (Ministério da Saúde), 1999a. *Relatório de Avaliação do Programa Farmácia Básica*. Brasília. Mimeo.
- MS (Ministério da Saúde/Assessoria de Assistência Farmacêutica), 1999b. *Roteiro para o acompanhamento e avaliação do incentivo à assistência Farmacêutica Básica*. Brasília, outubro. Mimeo.
- MSH/WHO (Management Sciences For Health/ World Health Organization), 1997. *Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals*. USA: Kumarian Press.
- MUNISHI, GK, 1991. The development of the essential drugs program and implications for self-reliance in Tanzania. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(suppl II): 7S-14S.
- OJEDA, NS, 1992. Evaluación de servicios de salud materno-infantil en América Latina. *Foro Mundial de la Salud* (13):140-143.
- OLSEN, IT, 1998. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 13(3): 287-295.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1985. Uso de medicamentos esenciales. *Serie de Informes Técnicos 722*.
- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1996. *Renovação da estratégia de saúde para todos*. Rio de Janeiro: Multimeios/CICT/Fiocruz, OMS, OPS.
- OPS/OMS (Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde), 1987. *Condições de eficiência dos serviços de atenção materno infantil*.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), 1990. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los medicamentos esenciales* Washington: OPS/OMS.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), 1995. *Medicamentos esenciales en el nuevo contexto socio-económico de América Latina y el Caribe: principios y estrategias*. Série: Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. HSP/SILOS-42. Washington: OPS/OMS.

PACHECO, F.; AGUIAR, MGG & QUEIROZ, AM, 1998. *Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia*. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Mimeo.

PALUMBO, DJ & OLIVERIO, A, 1989. Implementation theory and the theory-driven approach to validity. *Evaluation and Program Planning*, 12: 337-344.

PATTON, MQ, 1986. Utilization-focused evaluation (2^a ed.) Beverly Hills: Sage. In: Schallock, RL. *Outcome-based evaluation*. New York: Plenum Press, 1995.

PEPE, VLE & VERAS, CMT, 1995. *A prescrição médica*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. (Série Estudos em Saúde Coletiva; 111).

PERCHANSKY, D. & THOMAS, J, 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, XX (2): 127-140.

PEREIRA, AA, 1995. *Produção descentralizada de medicamentos essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico estratégico de sua implementação*. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas/EBAP. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Mimeo.

PNUD/IPEA/FJP/IBGE (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1998. *Desenvolvimento humano e condições de vida: Indicadores Brasileiros*. Brasília: Projeto “Desenvolvimento Humano no Brasil”.

POLIT, DF & HUNGLER, BP, 1995. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 3ed.

REPUBLIC OF THE PHILIPPINES / CONGRESS OF THE PHILIPPINES, 1991. Republic Act n° 6675 (Generics Act of 1988). In: DANTES, RB. The new Philippine generic drugs act: a physician's viewpoint. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(suppl II): 29S-30S.

ROMERO, CNP, 1998. *Estudo de caso: Análise do programa de medicamentos essenciais como parte da política de medicamentos no Peru. Papel do Estado*. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz/ENSP. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Mimeo.

ROSSI, PH & FREEMAN, HE, 1982. *Evaluation: a systematic approach*. (2^a ed.) London: Sage.

ROZENFELD, S; PORTELA, MC; BERMUDEZ, JAZ & MOSEGUI, GBG, 1999. Distribuição de medicamentos: proposta para avaliação de impacto. *Riopharma*, 4-7 julho: 93-94. Congresso.

RPM (Rational Pharmaceutical Management Project), 1995. *Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach*. USA: Kumarian Press.

RUNDALL, TG, 1992. Health planning and evaluation. In: LAST, JM & WALLACE, RB (eds). *Public health & preventive medicine*. Norwalk: Appletun & Lange, 13ed.

SALAKO, LA, 1991. Drugs supply in Nigeria. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(suppl II): 15S-19S.

SANTICH, IR & GALLI, A, 1995. *La Asistencia Farmaceutica en el Sistema Único de Salud de Ceará: elementos para su transformación*. Ceará: Escola de Saúde Pública e Departamento de Assistência Farmacêutica, SESA.

SCHALOCK, RL, 1995. *Outcome-based evaluation*. New York: Plenum Press.

SCHEIRER, MA, 1987. Program theory and implementation theory: implications for evaluators. In: BICKMAN, L (ed). Using program theory in evaluation. *New Direction for Program Evaluation*, 33: 59-76.

SCHWEITZER, SO, 1997. *Pharmaceutical Economics and Policy*. New York: Oxford University Press.

SERRA, J, 2000. *Depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito sobre medicamentos*. Disponível na INTERNET: www.saude.gov.br/depoimento/cpi1.htm.

SESRJ (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro), 1999. Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. Mimeo.

SHADISH, WR, 1987. Program micro- and macrotheories: a guide for social change. In: BICKMAN, L (ed). Using program theory in evaluation. *New Direction for Program Evaluation*, 33: 93-109.

SILVER, L, 1992. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, FJU & MACHADO, MH. *Novos desafios em políticas de saúde*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

STEFANINI, A & RUCK, N, 1991/92. Managing externally assisted health projects for sustainability – A framework for assessment. The Nuffield Institute for Health Services Studies. University of Leeds, UK. In: OLSEN, IT, 1998. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 13(3): 287-295.

STRATEGOR, 1993: *Política global da empresa*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

STREINER, DL & NORMAN, GR, 1989. *Health measurement scales*. New York: Oxford University Press.

STROZZI, JB, 1997. *SUS pense: uma reflexão epidemiológica sobre o SUS e outras aplicações acadêmicas*. Londrina: Cebes.

THOMAS, M; MATHAI, D; CHERIAN, AM; SESHADRI, MS; GANESH, A & MOSES, P, 1995. Promoción del uso racional de los medicamentos en la India. *Foro Mundial de la Salud*, 16: 37-9.

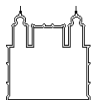
TROCHIM, WMK (ed), 1986. *Advances in quasiexperimental design and analysis*. San Francisco: Jossey-Bass.

U.S.GAO (United States General Accounting Office), 1990. *Case study evaluations*. GAO/PEMD-91-10.1.9. Washington, DC: Author.

VIEIRA, S & HOFFMANN, R, 1986. *Elementos de estatística*. São Paulo: Atlas.

WANG'OMBE, JK & MWAMBU, GM, 1987. Economics of essential drugs schemes: the perspectives of the developing countries. *Social Science and Medicine*, 25(6): 625-30.

- WEXMAN, S, 1989. *El proceso de adquisición de medicamentos en el sector público*. Colombia: OPS/OMS.
- WHO (World Health Organization), 1977. The use of essential drugs. *WHO Technical Report Series 615*.
- WHO (World Health Organization), 1988. *The world drug situation*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1993. *How to investigate drug use in health facilities: select drug use indicators*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1994. *Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1997a. The use of essential drugs. *WHO Technical Report Series 867*.
- WHO (World Health Organization), 1997b. Public education in rational drug use; a global survey. *WHO/DAP/97.5*.
- WHO (World Health Organization), 2000. *Essential drugs and medicines policy (EDM)*. Disponible na INTERNET: www.who.int/medicines.
- YIN, RK, 1993. *Applications of case study research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, p: 77-93.
- YIN, RK, 1994. Discovering the future of the case study method in evaluation research. *Evaluation Practice*, 15 (3): 283-90.



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA
BÁSICA: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO EM CINCO ESTADOS
DO BRASIL**

ANEXOS

Marly Aparecida Elias Cosendey

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Curso de Doutorado em Saúde Pública

ORIENTADORES: Zulmira Maria de Araújo Hartz
Jorge Antônio Zepeda Bermudez

Rio de Janeiro

12 de abril de 2000

ANEXO 1: ELENCO DE MEDICAMENTOS DO PFB

Medicamentos fornecidos pela Farmácia Básica nos anos de 1987 e 1997.

1987 ^a	1997 ^b	1997 ^c
ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS Ampicilina 500mg comp. Ampicilina 50mg/ml pó/susp. Oral Cloranfenicol 250mg comp. Cloranfenicol 0,5% sol. Oft. Cloranfenicol 1% pom. Oft. Eritromicina 250mg comp. Eritromicina 2,5% susp. Oral Nistatina creme vaginal Nistatina susp. Oral Penicilina G Benzatina 600.000 UI Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI Penicilina G procaína + cristalina Penicilina G procaína 2.400.000 UI Probenecida 500mg comp. Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80mg comp. Sulfametoxazol 4% + Trimetoprima 0,8% susp. Oral Tetraciclina 250mg cáps.	ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS Ampicilina 500mg comp. Amoxicilina 50mg/ml pó/susp. oral Eritromicina 250mg comp. Eritromicina 2,5% susp. Oral Neomicina 0,5% + Bacitracina 250UI/g pom. Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI Penicilina G procaína + potássica Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80mg comp. Sulfametoxazol 4% + Trimetoprima 0,8% susp. Oral	ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS Ampicilina 500mg comp. Amoxicilina 50mg/ml pó/susp. oral Eritromicina 250mg comp. Eritromicina 2,5% susp. Oral Neomicina 0,5% + Bacitracina 250UI/g pom. Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI Penicilina G procaína + potássica Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80mg comp. Sulfametoxazol 4% + Trimetoprima 0,8% susp. Oral
ANALGÉSICOS E ANTIESPASMÓDICOS Ácido acetilsalicílico 100mg comp. Ácido acetilsalicílico 500mg comp. Dipirona 500mg comp. Dipirona 1g sol. Inj. Dipirona gotas Hioscina 20mg sol. inj. Homatropina 0,2% gotas	ANALGÉSICOS E ANTIESPASMÓDICOS Ácido acetilsalicílico 100mg comp. Ácido acetilsalicílico 500mg comp. Hioscina 10mg comp.revestido. Paracetamol 100mg/ml sol. oral Paracetamol 500mg comp.	ANALGÉSICOS E ANTIESPASMÓDICOS Ácido acetilsalicílico 100mg comp. Ácido acetilsalicílico 500mg comp.
ANTINFLAMATÓRIOS	ANTINFLAMATÓRIOS Diclofenaco Potássico 50mg comp. revestido	ANTINFLAMATÓRIOS Diclofenaco Potássico 50mg comp. revestido
ANTIANÊMICOS E VITAMINAS Sulfato Ferroso comp. Sulfato Ferroso gotas Vitaminas + Sais Minerais cáps.	ANTIANÊMICOS E VITAMINAS Sulfato Ferroso comp. Revestido Sulfato Ferroso gotas	ANTIANÊMICOS E VITAMINAS Sulfato Ferroso comp. Revestido Sulfato Ferroso gotas
ANTIPARASITÁRIOS	ANTIPARASITÁRIOS	ANTIPARASITÁRIOS

1987	1997	1997
Medendazol 100mg comp. Metronidazol 250mg comp. Tiabendazol 500 mg comp. Tiabendazol 5% susp. Oral	Medendazol 100mg comp. Mebendazol 20mg/ml susp. oral Metronidazol 250mg comp. Metronidazol 4% susp. Oral Metronidazol 500mg/5g geléia vaginal	Medendazol 100mg comp. Mebendazol 20mg/ml susp. oral Metronidazol 250mg comp. Metronidazol 4% susp. Oral Metronidazol 500mg/5g geléia vaginal
CARDIOVASCULARES E DIURÉTICOS Amiodarona 200mg comp. Digoxina 0,25mg comp. Furosemida 40mg comp. Hidroclorotiazida 50mg comp. Isossordida 10mg comp. Isossorbida 5mg comp. Sublingual Metildopa 500mg comp. Propranolol 40mg comp. Verapamil 80mg comp.	CARDIOVASCULARES E DIURÉTICOS Captopril 25mg comp. Furosemida 40mg comp. Hidroclorotiazida 50mg comp. Metildopa 500mg comp. Nifedipina 20 mg comp. de liberação lenta Propranolol 40mg comp.	CARDIOVASCULARES E DIURÉTICOS Furosemida 40mg comp. Hidroclorotiazida 50mg comp. Metildopa 500mg comp. Propranolol 40mg comp.
TRANQUILIZANTES E ANTICONVULSIVANTES Diazepam injetável Diazepam 5mg comp. Fenobarbital 100mg comp.	TRANQUILIZANTES E ANTICONVULSIVANTES	TRANQUILIZANTES E ANTICONVULSIVANTES
REIDRATANTE ORAL Sais para Reidratação Oral	REIDRATANTE ORAL Sais para Reidratação Oral	REIDRATANTE ORAL Sais para Reidratação Oral
BRONCODILATADORES Aminofilina 240mg sol. inj. Aminofilina 100mg comp.	BRONCODILATADORES Aminofilina 100mg comp. Salbutamol 0,4mg/ml xarope	BRONCODILATADORES Aminofilina 100mg comp. Salbutamol 0,4mg/ml xarope
ANTIDIABÉTICOS Clorpropamida 250mg comp. Insulina NPH 80	ANTIDIABÉTICOS Clorpropamida 250mg comp. Glibenclamida 5mg comp.	ANTIDIABÉTICOS Glibenclamida 5mg comp.
CORTICOSTERÓIDES, ANTI-HISTAMÍNICOS E VASOCONSTRITORES Dexclorfeniramina 2mg comp. Epinefrina sol. inj. Prednisona 20mg comp.	CORTICOSTERÓIDES, ANTI-HISTAMÍNICOS E VASOCONSTRITORES Prednisona 5mg	CORTICOSTERÓIDES, ANTI-HISTAMÍNICOS E VASOCONSTRITORES
Prometazina sol. inj.		
DESCONGESTIONANTE NASAL	DESCONGESTIONANTE NASAL	DESCONGESTIONANTE NASAL

1987	1997	1997
Solução Fisiológica Nasal gotas	Solução Fisiológica Nasal gotas	
ANTIEMÉTICO Metoclopramida 0,4% sol. oral	ANTIEMÉTICO Metoclopramida 10mg comp.	ANTIEMÉTICO Metoclopramida 10mg comp.
Metoclopramida sol. inj.		
MEDICAMENTOS TÓPICOS Clotrimazol 1% creme	MEDICAMENTOS TÓPICOS Benzoato de Benzila 25% emulsão tóp.	MEDICAMENTOS TÓPICOS Benzoato de Benzila 25% emulsão tóp.
Monossulfiram 25% sol. Permanganato de Potássio 100mg	Dexametasona 0,1% creme	Dexametasona 0,1% creme
ANTIÁCIDO E ANTIULCEROSOS Hidróxido de Alumínio 300mg comp. Hidróxido de Magnésio 300mg comp.	ANTIÁCIDO E ANTIULCEROSOS Cimetidina 200mg comp. Hidróxido de Alumínio 6,195% susp. oral	ANTIÁCIDO E ANTIULCEROSOS Cimetidina 200mg comp.
ELETRÓLITOS Cloreto de Potássio sol. oral	ELETRÓLITOS	ELETRÓLITOS
ANTIPARKISONIANOS Biperideno 2mg comp. Levodopa 250mg + Carbidopa 25mg comp.	ANTIPARKISONIANOS	ANTIPARKISONIANOS

Fontes: ^a: Bermudez, 1995, p.190; ^bMódulo contendo 40 medicamentos (MS, 1997^a); ^cMódulo contendo 32 medicamentos (MS, 1998b).

ANEXO 2: INDICADORES

A. Informações Gerais

Dados populacionais

A1: População total do estado em milhares (BG1¹)

1. *Objetivo*: Subsidiar o cálculo de outros indicadores e possibilitar a comparação entre os estados.
2. *Definição*: É o número total de habitantes residentes no estado.
3. *Fontes*: IDB 98 BRASIL.

A2: Taxa média de crescimento da população no período de 1991-1996 (%) (BG2)

1. *Objetivo*: Permitir comparação entre os estados estudados
2. *Definição*: É o incremento médio anual da população.
3. *Método de Cálculo*: O indicador é obtido da seguinte forma:

$$\sqrt{\frac{P(t+n)}{P(t)}} \times 100, \text{ onde}$$

$P(t+n)$ e $P(t)$, são as populações correspondentes a duas datas sucessivas e n o intervalo de tempo entre essas datas, medido em ano e fração de ano (IBGE, 1999).

4. *Fontes*: IDB 98 BRASIL.

A3: Expectativa de vida ao nascer (BG4)

1. *Objetivo*: Permitir comparação entre os estados estudados
2. *Definição*: É o número médio de anos que um recém-nascido esperaria viver se estivesse sujeito a uma lei de mortalidade
3. *Fontes*: IDB 98 BRASIL.

¹ Os indicadores **BGn**^o são sugeridos pela OMS (WHO, 1994).

Situação de saúde

A4: Taxa de mortalidade infantil (BG7)

1. *Objetivo*: Permitir a comparação da qualidade de vida e saúde entre os estados estudados
2. *Definição*: Frequência com que ocorrem os óbitos infantis (menores de 1 ano) em uma população, em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano civil. Expressa-se para cada mil crianças nascidas vivas.
3. *Método de Cálculo*: O indicador é obtido da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de óbitos em menores de 1 ano}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 1.000$$

4. *Fontes*: IDB 98 BRASIL.
5. *Limitações*: Subnotificação

A5: Taxa bruta de mortalidade

1. *Objetivo*: Permitir a comparação da qualidade de vida e saúde entre os estados estudados
2. *Definição*: Frequência de óbitos por todas as causas e todas as faixas etárias por 1.000 habitantes.
3. *Método de Cálculo*: O indicador é obtido da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de óbitos por todas as causas e todas as faixas etária}}{\text{População residente}} \times 1.000$$

4. *Fontes*: IDB 98 BRASIL

A6: População por unidade de saúde que dispensa medicamentos do PFB. (F1²)

1. *Objetivo*: Avaliar o acesso do paciente aos medicamentos do PFB. Este indicador fornece informações de uma medida bruta do acesso e disponibilidade de serviços farmacêuticos, permitindo aos planejadores e avaliadores determinar e monitorar estratégias para melhorar a distribuição e o acesso aos medicamentos.
2. *Definição*: É a razão da população municipal pelo número de unidades de saúde que dispensam medicamentos do PFB. Deve ser incluída na contagem total,

² Os indicadores Fn^o são sugeridos por RPM (1995).

qualquer unidade de saúde que dispense medicamentos do PFB, podendo ser hospitais, centros de saúde ou posto de saúde em área rural.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{População}}{N \times 1.000} \quad \text{onde,}$$

N = Número de unidades de saúde que dispensam medicamentos do PFB.

4. *Fonte:* Secretarias Municipais de Saúde e DATASUS/98.

A7: Taxa de mortalidade materna (BG8)

1. *Objetivo:* Permitir a comparação da qualidade de vida e saúde entre os estados estudados
2. *Definição:* Freqüência de óbitos por causa materna por 100.000 nascidos vivos, em determinado ano civil.
3. *Método de Cálculo:* O indicador é obtido da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de óbitos por causa materna}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

4. *Fontes:* IDB 97 BRASIL, IDB 98 BRASIL

B. ESTRUTURA

Organização do sistema de saúde

B1: Porcentagem de Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que possuem organograma.

1. *Objetivo:* Avaliar o nível de organização do sistema local de saúde.
2. *Definição:* Porcentagem de SMS que possuem organograma escrito e aprovado, demonstra um dos aspectos da organização do sistema local de saúde.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de municípios com organograma}}{\text{Número de municípios visitados}} \times 100$$

4. *Fonte:* Secretarias Municipais de Saúde

B2: Porcentagem de SMS que possuem assistência farmacêutica em sua estrutura.

1. *Objetivo:* Avaliar o nível de organização da assistência farmacêutica no sistema local de saúde. A distribuição de medicamentos pelo Ministério da Saúde deve ser acompanhada de um incentivo à estruturação da assistência farmacêutica, com o fim de promover o uso racional de medicamentos.
2. *Definição:* Porcentagem de SMS que possuem a assistência farmacêutica inserida em seu organograma e com um representante legal.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de municípios com assistência farmacêutica}}{\text{Número de municípios visitados}} \times 100$$

4. *Fontes:* Secretarias Municipais de Saúde

B3: Número de médicos por 1.000 habitantes. (F3)

1. *Objetivo:* Avaliar o acesso dos pacientes aos recursos humanos tecnicamente qualificados para prescrever medicamentos. Este indicador fornece uma medida bruta do acesso dos pacientes aos médicos.
2. *Definição:* É a razão entre a população residente e o número de médicos. Para os propósitos deste indicador, o profissional autorizado a prescrever deve ter cursado e concluído a faculdade de medicina de uma universidade.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de médicos} \times 1.000}{\text{População residente}} \quad \text{onde}$$

4. *Fontes:* Estes dados devem ser coletados junto às Secretarias Municipais de Saúde e o Conselho Federal de Medicina. Os dados sobre população devem ser obtidos no DATASUS/98.

B4: Porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que se reciclaram na área de medicamentos nos últimos 3 anos.

1. *Objetivo:* Avaliar se os recursos humanos destinados à dispensação de medicamentos estão tecnicamente qualificados para desempenharem esta função.
2. *Definição:* Porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos, que realizou no mínimo 1 curso relacionado à área nos últimos 3 anos.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número de profissionais ligados à dispensação de medicamentos, que realizou no mínimo um curso relacionado à área nos últimos 3 anos.

Y = Número de profissionais entrevistados

4. *Fontes:* Secretarias Municipais de Saúde

Gestão Nacional

B5: Porcentagem do orçamento público gasto com medicamento, do total do orçamento destinado aos medicamentos. (PR18)

1. *Objetivo:* Avaliar a verba destinada aos medicamentos dentro do orçamento público da saúde e determinar a eficiência do Governo em fornecê-la para o Ministério da Saúde e para a central de compras de medicamentos.
2. *Definição:* É a razão entre o orçamento executado com a aquisição de medicamentos e o orçamento total alocado. O orçamento destinado aos medicamentos é, normalmente, a verba que está disponível no Ministério da Saúde para compra de medicamentos para o setor público. Em muitos países o orçamento alocado aos medicamentos não é totalmente gasto por falta de planejamento e administração do Ministério da Saúde. Isto contribui para a escassez de medicamentos nas unidades de saúde pois, geralmente, a verba destinada à compra de medicamentos está aquém da necessária para cobrir as necessidades básicas destes produtos.
3. *Método de Cálculo:* O indicador é obtido da seguinte forma:

$$\frac{\text{Parte do orçamento público executado com a aquisição de medicamentos}}{\text{Orçamento alocado à compra de medicamentos}} \times 100$$
4. *Padrão:* 100%
5. *Fontes:* Documentos referentes ao orçamento e aos gastos com compras de medicamentos, obtidos no Ministério da Saúde.
6. *Limitações:* Em alguns casos, as razões para não se ter gasto a verba total destinada aos medicamentos não se encontram no Ministério da Saúde, mas em uma central de compras de medicamentos externa. O indicador pode fornecer informações sobre a eficiência da central de compras e não do Ministério da Saúde.

B6: Porcentagem de Comunicados de Divergência atendidos.

1. *Objetivo:* Avaliar se o sistema proposto para corrigir possíveis erros na montagem dos kits ou avarias durante o transporte, foi efetivamente implantado.
2. *Definição:* Porcentagem de comunicados de divergência atendidos, do total de comunicados de divergência recebidos. O Comunicado de Divergência (CD) foi um procedimento criado se os quantitativos de cada medicamento conferem com o estabelecido no kit, o prazo de validade dos produtos, além de possíveis avarias ocorridas durante o transporte.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de CD atendidos}}{\text{Número de CD recebidos}} \times 100$$

4. *Fontes:* Ministério da Saúde
5. *Padrão:* 100%

B7: Porcentagem de Demonstrativos de Movimentação de Medicamentos analisados.

1. *Objetivo:* Avaliar se o sistema de controle de estoque proposto foi efetivamente implantado.
2. *Definição:* Porcentagem de demonstrativos de movimentação de medicamentos analisados, do total de demonstrativos recebidos. O Demonstrativos de Movimentação de Medicamentos (DMM) tinha como finalidade, analisar o nível de consumo dos medicamentos em cada estado, de modo a permitir a adequação dos quantitativos de cada medicamento, funcionando como um dos compostes do sistema de controle de estoque.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de DMM atendidos}}{\text{Número de DMM recebidos}} \times 100$$

4. *Fonte:* Ministério da Saúde
5. *Padrão:* 100%

Seleção e Programação

B8: Porcentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME/89. (ST28)

1. *Objetivo:* Avaliar os procedimentos de seleção de medicamentos do PFB e a disposição do Governo para racionalizar o sistema de fornecimento de medicamentos do PFB
2. *Definição:* Porcentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME/89, do total de medicamentos dos PFB.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{NMCR}}{\text{NMPFB}} \times 100 \quad \text{onde}$$

NMCR = Número de medicamentos do PFB que constam da RENAME/89

NMPFB = Número total de medicamentos do PFB

4. *Padrão:* 100%
5. *Fontes:* Informação obtida através da comparação da lista de medicamentos que compõem o PFB com a RENAME/89.

B9: Adequação dos procedimentos de quantificação do módulo-padrão do PFB. (ST30)

1. *Objetivo:* Avaliar a adequação dos procedimentos de quantificação de medicamentos do PFB.
2. *Definição:* A adequação dos procedimentos de quantificação é definida como uma avaliação cuidadosa da quantidade necessária de cada medicamento, baseada em demanda histórica e em tratamentos padrão adotados para as doenças mais prevalentes.
3. *Padrão:* Utilização dos critérios acima descritos.
4. *Fontes:* A informação pode estar disponível através do Ministério da Saúde ou pode ser obtida através de entrevistas e revisão de procedimentos adotados para calcular as necessidades de medicamentos.

B10: Porcentagem de municípios que receberam o número de kits do PFB compatível com a sua população.

1. *Objetivo:* Verificar se o planejamento do número de kits por população está sendo executado de forma correta.

2. **Definição:** Porcentagem de municípios que receberam 1 kit de medicamentos do PFB para cada 3.000 habitantes. Segundo informação do Ministério da Saúde, se a população do município for um número intermediário entre os múltiplos de 3, o cálculo do número de kits seria feito, aproximando o número desta população, para o próximo múltiplo de 3. Por exemplo, se a população do município é de 13.000 habitantes, deveria receber 5 kits.
3. **Método de Cálculo:**

$$\frac{\text{Número de municípios que recebem o número correto de kits}}{\text{Número de municípios estudados}} \times 100$$
4. **Fonte:** Secretarias Municipais de Saúde
5. **Padrão:** 100%

Aquisição e Controle de Qualidade

C1: Porcentagem de medicamentos adquiridos, submetidos a controle de qualidade. (PR25)

1. **Objetivo:** Avaliar os procedimentos de aquisição de medicamentos no PFB e determinar a capacidade da unidade de compras para controlar a qualidade dos medicamentos adquiridos. Quando a unidade de compra opera eficientemente, a seleção dos fornecedores é feita cuidadosamente, diminuindo o risco de aquisição de medicamentos de baixa qualidade. Entretanto, o controle de qualidade dos medicamentos ainda é necessário.
2. **Definição:** Porcentagem de lotes de medicamentos testados, do total de lotes comprados. A ordem de compra dos medicamentos é acompanhada de um número de especificações, como por exemplo normas de farmacopéias. Alguns testes básicos devem ser feitos quando os medicamentos são recebidos para assegurar que cada lote, cumpre as especificações. Estes testes podem ser feitos em um laboratório de controle de qualidade conveniados. O indicador pode ser calculado para cada medicamento ou para um período de tempo pré-determinado.
3. **Método de Cálculo:** O indicador é obtido por cálculo simples.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de lotes de medicamentos testados}}{\text{N}^\circ \text{ de lotes de medicamentos comprados}} \times 100$$

4. **Padrão:** 100%

5. *Fontes*: Os dados estão, geralmente, disponíveis no Ministério da Saúde (central de compras), nos pólo distribuidores ou em laboratórios de controle de qualidade conveniados.

C2: Porcentagem de medicamentos analisados rejeitados no controle de qualidade. (PR26)

1. *Objetivo*: Avaliar a qualidade do processo de compra de medicamentos.
2. *Definição*: Porcentagem de lotes de medicamentos rejeitados, do total de lotes testados. Para um cálculo eficiente do número de medicamentos que foram rejeitados nos testes de qualidade é necessário a definição de padrões para medicamentos a nível nacional. O indicador deve ser calculado para um período de seis meses.
3. *Método de Cálculo*:

$$\frac{\text{NMR}}{\text{NMT}} \times 100 \quad \text{onde}$$

NMR = Número de medicamentos rejeitados em testes de qualidade.

NMT = Número total de medicamentos testados.

4. *Padrão*: 0%
5. *Fontes*: Os dados devem ser obtidos no Ministério da Saúde (setor de compras ou SVS).

Armazenamento

B11: Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos pólos distribuidores.

1. *Objetivo*: Avaliar a logística de medicamentos no PFB e se o local destinado ao armazenamento destes medicamentos cumpre os critérios mínimos da legislação em vigor.
2. *Definição*: Porcentagem de critérios de adequação do local de armazenamento observados. Boas práticas de armazenamento incluem elementos como: limpeza do estoque, ventilação, condições de parade, tetos (rachaduras, infiltrações, etc.). Para este estudo foi utilizada como base para a elaboração da lista de checagem, o roteiro de inspeção de indústria farmacêutica proposto pela Secretaria de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número de itens de boas práticas de armazenamento observados

Y = Número de itens de boas práticas de armazenamento analisados

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* A informação é obtida através de visita aos Pólos Distribuidores. Deve-se preparar uma lista de checagem boas práticas de armazenamento.

B12: Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Depósitos de medicamentos Municipais.

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e se o local destinado ao armazenamento destes medicamentos cumpre os critérios mínimos da legislação em vigor.

2. *Definição:* Porcentagem de critérios de adequação do local de armazenamento observados. Boas práticas de armazenamento incluem elementos como: limpeza do estoque, ventilação, condições de parede, tetos (rachaduras, infiltrações, etc.). Para este estudo foi utilizada como base para a elaboração da lista de checagem, o roteiro de inspeção de indústria farmacêutica proposto pela Secretaria de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número de itens de boas práticas de armazenamento observados

Y = Número de itens de boas práticas de armazenamento analisados

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* A informação é obtida através de visita aos Depósitos de Medicamentos Municipais. Deve-se preparar uma lista de checagem boas práticas de armazenamento.

B13: Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nas UBS.

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e se o local destinado ao armazenamento destes medicamentos cumpre os critérios mínimos da legislação em vigor.
2. *Definição:* Porcentagem de critérios de adequação do local de armazenamento observados. Boas práticas de armazenamento incluem elementos como: limpeza do estoque, ventilação, condições de parede, tetos (rachaduras, infiltrações, etc.). Para este estudo foi utilizada como base para a elaboração da lista de checagem, o roteiro de inspeção de indústria farmacêutica proposto pela Secretaria de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde (Brasil, 1996).
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número de itens de boas práticas de armazenagem observados

Y = Número de itens de boas práticas de armazenagem analisados

4. *Padrão:* 100%
5. *Fontes:* A informação é obtida através de visita aos Pólos Distribuidores. Deve-se preparar uma lista de checagem boas práticas de armazenagem.

Capacitação de Recursos Humanos

B14: Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e procedimentos do PFB.

1. *Objetivo:* O Manual de Normas e Procedimentos (MNP) do PFB oferece informações úteis com o objetivo de orientar o recebimento, a armazenagem e a dispensação, além de informar a relação de medicamentos do PFB, tornando-se uma ferramenta útil para os profissionais envolvidos com o ciclo logístico do PFB.
2. *Definição:* Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos do PFB do total de Depósitos visitados. O Manual de Normas e Procedimentos do PFB é um instrumento explicativo acerca da rotina a ser adotada pelos municípios. Nele, estão descritos os procedimentos operacionais relacionados ao PFB, além da lista de medicamentos e informações sobre condições de armazenagem.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de Depósitos que receberam o MNP}}{\text{Número de Depósitos visitados}} \times 100$$

4. *Padrão:* 100%5. *Fontes:* Secretarias Municipais de Saúde.**B15: Porcentagem de UBS que divulgam a relação de medicamentos do PFB para os médicos.**

1. *Objetivo:* Avaliar a disponibilidade de informação sobre os medicamentos do PFB para os médicos. Como uma parte importante da população não possui recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, a possibilidade de o médico prescrever o medicamento que esteja disponível na UBS, contribui muito para o cumprimento do tratamento. Para isto, ele necessita conhecer os medicamentos que estão disponíveis para prescrição.

2. *Definição:* Porcentagem de UBS que divulgam de forma escrita para os médicos a relação de medicamentos do PFB.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de UBS que divulgam relação do PFB para os médicos}}{\text{Número de UBS visitadas}} \times 100$$

4. *Padrão:* 90%5. *Fonte:* Secretarias Municipais de Saúde e UBS**C. PROCESSO****Aquisição e Controle de Qualidade****C1: Porcentagem de medicamentos adquiridos, submetidos a controle de qualidade. (PR25)**

1. *Objetivo:* Avaliar a capacidade da unidade de compras para controlar a qualidade dos medicamentos adquiridos

2. *Definição:* Alguns testes básicos devem ser feitos com os medicamentos adquiridos para assegurar que eles encontram-se de acordo com as especificações. Estes testes podem ser feitos em laboratórios próprios ou conveniados. A taxa para este indicador deve ser a mais alta possível.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{número de lotes de medicamentos testados}}{\text{número de lotes de medicamentos comprados}} \times 100$$

4. *Fonte:* Ministério da Saúde/ Coordenação de programas Estratégicos5. *Padrão:* A ser estabelecido pelo Ministério da Saúde**C2: Porcentagem de medicamentos adquiridos rejeitados no controle de qualidade. (PR26)**1. *Objetivo:* Avaliar a qualidade do processo de compra e dos medicamentos adquiridos2. *Definição:* Se a compra é feita de maneira correta: boa seleção de fornecedores, definição de especificações, etc., o valor deste indicador deve ser 0%3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{número de lotes de medicamentos rejeitados}}{\text{número de lotes de medicamentos testados}} \times 100$$

4. *Fonte:* Ministério da Saúde/ Coordenação de programas Estratégicos5. *Padrão:* 0%**Armazenamento****C3:Adequação das práticas de armazenamento de medicamentos nos pólos distribuidores. (ST31)**1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a capacidade dos pólos distribuidores em estocar e distribuir medicamentos de forma correta. Nenhuma política de medicamentos pode ser considerada completa a menos que seja dada atenção aos modernos métodos de armazenamento. Práticas inadequadas podem conduzir a falta de medicamentos, perda por vencimento da validade e uso ineficiente dos recursos.2. *Definição:* Porcentagem de critérios de boas práticas de armazenamento observados. Boas práticas de armazenamento incluem elementos como: controle de validade, arrumação dos produtos, formas de controle de estoque, etc. Para este estudo foi utilizada como base para a elaboração da lista de checagem, o roteiro de inspeção de indústria farmacêutica proposto pela Secretaria de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde (SVS/MS).

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número de itens de boas práticas de armazenamento observados

Y = Número de itens de boas práticas de armazenamento analisados

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* A informação é obtida através de visita às unidades no nível local e nos pólo distribuidores. Deve-se preparar uma lista de checagem boas práticas de armazenamento.

Distribuição

C4: Adequação do transporte de medicamentos (ST36)

1. *Objetivo:* Avaliar a distribuição de medicamentos no setor público dos municípios e a capacidade de distribuição do nível local para as unidades de saúde de forma regular.
2. *Definição:* A adequação no transporte de medicamentos está relacionada à disponibilidade de veículos adequados ao transporte de medicamentos. Veículos utilizados para supervisão ou outros fins não devem ser contados. Problemas logísticos muitas vezes impedem a distribuição segura e efetiva de medicamentos para as pessoas. Os veículos são um dos elementos de um sistema de distribuição bem administrado, mas sem ele, o sistema de distribuição como um todo, entra em colapso.
3. *Fontes:* A informação pode ser obtida através de visita e entrevista com os profissionais encarregados da logística da distribuição no nível local.

C5: Tempo médio decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB.

1. *Objetivo:* Avaliar a logística do PFB. Espera-se com este indicador, avaliar se o cronograma de distribuição trimestral de medicamentos do PFB está sendo cumprido.
2. *Definição:* Tempo médio, em meses, decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB. Para que o cronograma proposto seja cumprido é necessário que o repasse de verbas pelo Ministério da Saúde aos laboratórios oficiais seja feito com a antecedência devida para que os medicamentos sejam entregues dentro do prazo nos pólos distribuidores de modo a permitir a montagem dos kits e a distribuição

feita pela EBCT. Este indicador fornece uma idéia global do funcionamento do programa.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Somatório do tempo decorrente entre a 1ª e a 2ª entrega nos municípios visitados}}{\text{Número de municípios visitados}}$$

4. *Fonte:* Secretarias Municipais de Saúde

5. *Padrão:* 3 meses

C6: Porcentagem de kits do PFB completos entregues.

1. *Objetivo:* Avaliar a logística do PFB. Este indicador pretende verificar se o fluxo proposto para o PFB está funcionando de forma adequada e dentro dos prazos previstos.

2. *Definição:* Porcentagem de kits de medicamentos do PFB completos em relação ao número e quantidade de medicamentos recebidos.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de kits completos}}{\text{Número de kits recebidos}} \times 100$$

4. *Padrão:* 100%

5. *Fonte:* Secretarias Municipais de Saúde

C7: Porcentagem de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local. (E5)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a capacidade do sistema de obtenção e distribuição em manter um suprimento constante de medicamentos.

2. *Definição:* Porcentagem de tempo de desabastecimento é definido como a porcentagem de dias em que o medicamento esteve fora de estoque a contar do início do PFB. Tempo de desabastecimento é definido como o número de dias em que um produto não esteve presente no almoxarifado regional ou local a contar do início do recebimento do PFB. Para ser considerado *desabastecido* é necessário que não exista uma unidade do medicamento dentro da validade, em estoque. Se mesmo quantidades pequenas de um produto, dentro do prazo de validade, estiverem em estoque, o medicamento deve ser contado como em estoque.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{W}{n \times Z} \times 100$$

W = Número total de dias de desabastecimento para todos os medicamentos.

n = Número de dias decorrentes entre a primeira entrega do PFB e o dia da visita

Z = Número total de medicamentos normalmente estocados.

4. *Padrão:* 5%

5. *Fontes:* Registros de inventário e contagem de estoque para os medicamentos indicadores no Depósito de Medicamentos Municipal

C8: Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque no Depósito de Medicamentos Municipal. (E4³)

1. *Objetivo:* Avaliar a disponibilidade de medicamentos no setor público e a efetividade dos sistemas de obtenção e distribuição em cumprir sua missão básica que é, tornar os medicamentos disponíveis nas unidades de saúde do nível local.

2. *Definição:* Um medicamento é definido como disponível se ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque. Quando o medicamento perde a validade ele está impróprio para uso em quase todas as situações, por isso, ele não pode ser contado como disponível. Foram ainda considerados como indisponíveis, os medicamentos que não apresentavam registro de validade em sua embalagem.

3. *Método de Cálculo:*

$$X = \frac{Y}{32} \times 100 \text{ onde,}$$

X = Porcentagem de medicamentos disponíveis

Y = Número de medicamentos em estoque

*Desde que dentro do prazo de validade.

4. *Padrão:* 90%

5. *Fontes:* Registros de inventário e contagem de estoque .

³ Os indicadores En^o foram sugeridos por RPM (1995).

C9: Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque nas UBS. (E4⁴)

1. *Objetivo:* Avaliar a disponibilidade de medicamentos no setor público e a efetividade dos sistemas de obtenção e distribuição em cumprir sua missão básica que é, tornar os medicamentos disponíveis nas unidades de saúde do nível local.
2. *Definição:* Um medicamento é definido como disponível se ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque. Quando o medicamento perde a validade ele está impróprio para uso em quase todas as situações, por isso, ele não pode ser contado como disponível. Foram ainda considerados como indisponíveis, os medicamentos que não apresentavam registro de validade em sua embalagem.
3. *Método de Cálculo:*

$$X = \frac{Y *}{32} \times 100 \text{ onde,}$$

X = Porcentagem de medicamentos disponíveis

Y = Número de medicamentos em estoque

*Desde que dentro do prazo de validade.

4. *Padrão:* 90%

5. *Fontes:* Registros de inventário e contagem de estoque para os medicamentos no Depósito de medicamentos Municipal.

C10: Disponibilidade de medicamentos em municípios distantes. (OT1)

1. *Objetivo:* Avaliar a disponibilidade de medicamentos essenciais e determinar se o objetivo “Tornar os medicamentos da farmácia básica disponíveis para toda a população que recebe o módulo-padrão”, foi atingido. O fato de que os pacientes podem encontrar alguns dos medicamentos mais essenciais mesmo em municípios distantes é um bom indicador do sucesso da política nacional de medicamentos.
2. *Definição:* Porcentagem de medicamentos disponíveis no dia da visita, em Depósitos de Medicamentos Municipais de municípios distantes, em relação aos medicamentos do PFB. Um município distante é aquele que situa-se a uma distância de mais de 100 km de uma cidade de mais de 100.000 habitantes.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y \times Z} \times 100, \text{ onde}$$

⁴ Os indicadores En^o foram sugeridos por RPM (1995).

X = Número de medicamentos disponíveis na amostra de unidades de saúde distantes no dia da visita.

Y = Número de medicamentos do PFB.

Z = Número de unidades de saúde distantes na amostra.

4. *Padrão:* 90%

5. *Fontes:* Depósitos de Medicamentos Municipais de municípios distantes.

C11: Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam medicamentos do PFB com a validade vencida

1. *Objetivo:* Avaliar o resultado das estratégias de logística adotadas com o programa.
2. *Definição:* Porcentagem de medicamentos do PFB recebidos com o prazo de validade vencido. A validade do medicamento é um dos requisitos avaliados no controle da qualidade. Se os medicamentos já são entregues com o prazo de validade vencido, mostra séria falha logística.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Nº de medicamentos recebidos com o prazo de validade vencido}}{\text{Nº total de medicamentos recebidos}} \times 100$$

4. *Fontes:* Depósitos de Medicamentos Municipais

5. *Padrão:* zero

Armazenamento

C12: Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no Depósito de Medicamentos Municipal. (ST33)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a efetividade da administração do estoque de medicamentos em diferentes níveis. Se os medicamentos não são adequadamente estocados e registrados e se os procedimentos de controle de validade não são respeitados, o número de medicamentos vencidos pode ser significativo. A presença de medicamentos vencidos é um bom indicador de deficiências na administração.
2. *Definição:* Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos estocados. Os prazos de validade são comumente escritos claramente nas caixas de medicamentos.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de princípios ativos com prazo de validade vencido}}{\text{Número total de princípios ativos estocados}} \times 100$$

4. *Padrão:* zero

5. *Fontes:* Depósito de Medicamentos Municipal.

C13: Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UBS. (ST33)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a efetividade da administração do estoque de medicamentos em diferentes níveis. Se os medicamentos não são adequadamente estocados e registrados e se os procedimentos de controle de validade não são respeitados, o número de medicamentos vencidos pode ser significativo. A presença de medicamentos vencidos é um bom indicador de deficiências na administração.

2. *Definição:* Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos estocados. Os prazos de validade são comumente escritos claramente nas caixas de medicamentos.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de princípios ativos com prazo de validade vencido}}{\text{Número total de princípios ativos estocados}} \times 100$$

4. *Padrão:* zero

5. *Fontes:* UBS.

C14: Porcentagem média ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados no nível local. (E1)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e o grau para o qual o sistema de registro de estoques reflete a realidade dos medicamentos em estoque. Os dados devem ser exatos e atualizados para que não existam problemas no ciclo de suprimento.

2. *Definição:* A porcentagem média ponderada de variação no inventário é a diferença da porcentagem média ponderada entre os níveis de estoque registrados e a contagem física real dos medicamentos. Sistemas de registro de estoques inexatos são de utilidade limitada para estimar necessidades futuras e para controlar perdas e desperdício de estoque.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{|QR - QF|}{QF} \times 100 \quad \text{onde,}$$

QR = Soma do número total de unidades para cada produto, como demonstrado no registro.

QF = Soma do número total de unidades verificada na contagem física.

4. *Padrão:* 5%

5. *Fontes:* Depósito de Medicamentos Municipal

C15: Porcentagem média do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos do PFB em estoque no nível local. (E3)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos do PFB e a qualidade do sistema de registro de estoque nos casos onde as variações médias e as variâncias são demonstradas por um número pequeno de itens.

2. *Definição:* Porcentagem média dos medicamentos do PFB em estoque, cujos registros no inventário correspondem exatamente à contagem física.

3. *Método de Cálculo:*

1ª etapa:

$$X = \frac{Y}{Z} \times 100 \quad \text{onde,}$$

X = Porcentagem de registros de estoque que correspondem à contagem física.

Y = Número de registros de estoque que correspondem à contagem física.

Z = Número total de registros examinados.

2ª etapa:

$$W = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n} \times 100$$

W = Porcentagem média de registros de estoque que correspondem à contagem física.

X_i = Porcentagens médias para cada unidade de saúde.

n = Número Total de Unidades de Saúde na Amostra.

4. *Padrão:* 95%

5. *Fonte e coleta de dados:* Depósito de Medicamentos Municipal

C16: Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque de medicamentos.

1. *Objetivo:* Avaliar a logística e o cumprimento de uma das determinações feitas pelo Ministério da Saúde para os municípios que recebem o PFB.
2. *Definição:* Porcentagem de Depósitos Municipais do PFB que realizam controle de estoque. Entende-se por controle de estoque o registro diário em fichas e/ou mapa de movimentação, das entradas (quantitativo recebido) e saídas de cada medicamento do PFB, que devem ser registrados pelo nome genérico.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de Depósitos Municipais que realizam controle de estoque}}{\text{Número de Depósitos Municipais visitados}} \times 100$$

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* Depósitos Municipais de Medicamentos

C17: Porcentagem de UBS que realizam controle de estoque de medicamentos.

1. *Objetivo:* Avaliar a logística e o cumprimento de uma das determinações feitas pelo Ministério da Saúde para os municípios que recebem o PFB.
2. *Definição:* Porcentagem de UBS que realizam controle de estoque. Entende-se por controle de estoque o registro diário em fichas e/ou mapa de movimentação, das entradas (quantitativo recebido) e saídas de cada medicamento do PFB, que devem ser registrados pelo nome genérico.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de UBS que realizam controle de estoque}}{\text{Número de UBS visitadas}} \times 100$$

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* UBS

C18: Adequação das práticas de armazenamento de medicamentos Depósito de Medicamentos Municipal. (ST31)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a capacidade do nível local em estocar e distribuir medicamentos de forma correta. Nenhuma política de medicamentos pode ser considerada completa a menos que seja dada atenção aos modernos métodos de armazenamento. Práticas inadequadas podem conduzir a

falta de medicamentos, perda por vencimento da validade e uso ineficiente dos recursos.

2. *Definição:* Porcentagem de critérios de boas práticas de armazenamento observados. Boas práticas de armazenamento incluem elementos como: controle de validade, arrumação dos produtos, formas de controle de estoque, etc. Para este estudo foi utilizada como base para a elaboração da lista de checagem, o roteiro de inspeção de indústria farmacêutica proposto pela Secretaria de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde (SVS/MS).

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número de itens de boas práticas de armazenamento observados

Y = Número de itens de boas práticas de armazenamento analisados

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* A informação é obtida através de visita ao Depósito de Medicamentos Municipal. Deve-se preparar uma lista de checagem boas práticas de armazenamento.

C19: Adequação das práticas de armazenamento de medicamentos na UBS. (ST31)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a capacidade do nível local em estocar e distribuir medicamentos de forma correta. Nenhuma política de medicamentos pode ser considerada completa a menos que seja dada atenção aos modernos métodos de armazenamento. Práticas inadequadas podem conduzir a falta de medicamentos, perda por vencimento da validade e uso ineficiente dos recursos.
2. *Definição:* Porcentagem de critérios de boas práticas de armazenamento observados. Boas práticas de armazenamento incluem elementos como: controle de validade, arrumação dos produtos, formas de controle de estoque, etc. Para este estudo foi utilizada como base para a elaboração da lista de checagem, o roteiro de inspeção de indústria farmacêutica proposto pela Secretaria de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde (SVS/MS).

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número de itens de boas práticas de armazenamento observados

Y = Número de itens de boas práticas de armazenamento analisados

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* A informação é obtida através de visita às UBS. Deve-se preparar uma lista de checagem boas práticas de armazenamento.

C20: Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizaram a inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas. (ST34)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a existência de um dos elementos do sistema de garantia de qualidade. Assegurar que os medicamentos obtidos são de qualidade aceitável é uma responsabilidade compartilhada por muitos atores, os quais abrangem boas práticas de fabricação, seleção adequada de fornecedores e testes de controle de qualidade. A inspeção física dos produtos assegura que os acordos feitos estão sendo respeitados pelos fornecedores.

2. *Definição:* Porcentagem de medicamento inspecionados, em relação ao total de medicamentos estocados. A inspeção física é definida como um procedimento sistemático estabelecido onde cada recebimento é inspecionado na sua totalidade por profissionais treinados em julgar a aparência física dos produtos.

3. *Método de cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde,}$$

X = Número de medicamentos inspecionados nas 3 últimas entregas.

Y = Número de medicamentos recebidos nas 3 últimas entregas.

4. *Padrão:* 90%

5. *Fontes:* A informação é obtida nas unidades no nível local, através de entrevista com os profissionais responsáveis pelo recebimento e a revisão de documentos relacionados às últimas 3 entregas.

C21: Porcentagem de UBS que realizaram a inspeção física dos medicamentos nas últimas 3 entregas. (ST34)

1. *Objetivo:* Avaliar a logística de medicamentos no PFB e a existência de um dos elementos do sistema de garantia de qualidade. Assegurar que os medicamentos obtidos são de qualidade aceitável é uma responsabilidade compartilhada por muitos atores, os quais abrangem boas práticas de fabricação, seleção adequada

de fornecedores e testes de controle de qualidade. A inspeção física dos produtos quando chegam nas unidades assegura que os acordos feitos estão sendo respeitados pelos fornecedores.

2. *Definição:* Porcentagem de medicamento inspecionados, em relação ao total de medicamentos estocados. A inspeção física é definida como um procedimento sistemático estabelecido onde cada recebimento é inspecionado na sua totalidade por profissionais treinados em julgar a aparência física dos produtos.
3. *Método de cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde,}$$

X = Número de medicamentos inspecionados nas 3 últimas entregas.

Y = Número de medicamentos recebidos nas 3 últimas entregas.

4. *Padrão:* 90%
5. *Fontes:* A informação é obtida nas unidades no nível local, através de entrevista com os profissionais responsáveis pelo recebimento e a revisão de documentos relacionados às últimas 3 entregas.

Capacitação de Recursos Humanos

C22: Porcentagem de UBS que dispensa medicamentos com a apresentação da prescrição médica.

1. *Objetivo:* Avaliar o cumprimento das normas do PFB.
2. *Definição:* Porcentagem de UBS que dispensa os medicamentos do PFB exclusivamente com a apresentação da prescrição médica. Verificar se está sendo cumprido um dos procedimentos determinados pelo Ministério da Saúde que é “receber somente as receitas devidamente assinadas e carimbadas pelo médico do município”.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Nº de UBS que dispensam exclusivamente através da receita médica}}{\text{Nº de UBS visitadas}} \times 100$$

4. *Padrão:* 100%
5. *Fontes:* Secretarias Municipais de Saúde e UBS

C23: Porcentagem de municípios que preenche o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos.

1. *Objetivo:* Avaliar o cumprimento das normas do PFB.
2. *Definição:* Porcentagem de município que preenche o formulário “Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos” (DMM). Verificar se está sendo cumprido um dos procedimentos determinados pelo Ministério da Saúde que é “preencher o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos com dados referentes à movimentação do estoque”.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Número de municípios que preenche o formulário "DMM"}}{\text{Número de municípios visitados}} \times 100$$

4. *Padrão:* 100%
5. *Fontes:* Secretarias Municipais de Saúde

D – EFEITO

Utilização

D1: Disponibilidade de informação objetiva sobre medicamentos do PFB para os médicos. (PR33)

1. *Objetivo:* Avaliar a existência de informação e educação continuadas sobre o uso racional de medicamentos e determinar a disponibilidade de informação objetiva sobre os medicamentos do PFB para os médicos. Sabe-se que o médico que tem o memento terapêutico do PFB sobre sua mesa de trabalho, utiliza-o com maior frequência e prescreve de forma mais racional.
2. *Definição:* Porcentagem de consultórios médicos que dispõem do memento terapêutico do PFB, em relação à amostra de consultórios médicos.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100, \quad \text{onde}$$

X = Número de consultórios médicos que dispõem do memento terapêutico do PFB

Y = Número total de consultórios médicos visitados.

4. *Padrão:* 100%
5. *Fontes:* Os dados são obtidos através de verificação local em uma amostra de unidades de saúde.

D2: Número médio de medicamentos por prescrição. (OT7⁵)

1. *Objetivo:* Avaliar a racionalidade da utilização de medicamentos e determinar se foi atingido um dos maiores objetivos da política nacional de medicamentos que é promover o seu uso racional.
2. *Definição:* Este indicador considera o número de medicamentos contidos na prescrição. Medicamentos que contenham mais de um princípio ativo, devem ser considerados como um único medicamento, devendo ser contados todos os medicamentos contidos na prescrição, independente do fato de o paciente ter recebido ou não o medicamento.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}}{\text{N}^\circ \text{ total de prescrições estudadas}}$$
4. *Padrão:* 2 medicamentos ou menos
5. *Fontes:* Os dados são obtidos através de um estudo de prescrições em uma amostra de unidades de saúde.

D3: Porcentagem de prescrições que contém injeção. (OT8)

1. *Objetivo:* Avaliar a racionalidade do uso de medicamentos e determinar se foi atingido um dos maiores objetivos da política nacional de medicamentos que é promover o uso racional de medicamentos. O indicador mede o nível total de uso de uma terapia medicamentosa (injeção), que só deve ser usada quando a terapia por via oral não é possível.
2. *Definição:* Porcentagem de prescrições que contém, no mínimo, uma injeção, do total de prescrições estudadas. As injeções não devem ser usadas para qualquer condição, embora este é muitas vezes o caso. Evidências científicas mostram que em países em desenvolvimento a terapia oral é mais fácil para administrar, tem menos efeitos colaterais para o paciente (risco de infecção local, bem como transmissão do vírus HIV e da hepatite B pelo uso de material mal esterilizado) e, na maioria dos casos, é mais barata. Imunizações não são contadas como injeções.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prescrições com uma injeção no mínimo}}{\text{N}^\circ \text{ total de prescrições estudadas}} \times 100$$
4. *Padrão:* 10% ou menos

⁵ Os indicadores OTn^o foram sugeridos pela OMS (WHO,1994).

5. *Fontes:* Os dados são obtidos através de um estudo em uma amostra de prescrições em unidades de saúde.

D4: Porcentagem de prescrições que contêm antimicrobianos. (F8)

1. *Objetivo:* Avaliar a utilização de medicamentos e medir a porcentagem de pacientes ambulatoriais para os quais são prescritas terapias antimicrobianas. A terapia com antimicrobianos é cara e freqüentemente prescrita de forma indiscriminada, empírica e desinformada, resultando em resistência e tornando alguns medicamentos ineficazes. Este problema é especialmente sério quando a capacidade para monitoramento da sensibilidade ao antimicrobiano é limitada ou inexistente.
2. *Definição:* Porcentagem de prescrições que contém no mínimo 1 antibiótico, do total de prescrições estudadas. Todos os medicamentos antibacterianos; penicilinas; anti-infecciosos dermatológicos, oftalmológicos e medicamentos antidiarreicos contendo antibióticos devem ser incluídos como antimicrobianos. Metronidazol e tuberculostáticos (exceto a estreptomicina) não devem ser considerados antimicrobianos para este indicador. Se o paciente receber mais de 1 antimicrobiano, ele deve ser contado uma única vez.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100 \quad \text{onde}$$

X = Número total de pacientes que receberam prescrição de antimicrobianos.

Y = Número total de pacientes estudados.

4. *Padrão:* 20%
5. *Fontes:* : Os dados são obtidos através de um estudo em uma amostra de prescrições em unidades de saúde.

D5: Porcentagem de medicamentos do PFB prescritos. (PR9)

1. *Objetivo:* Avaliar a utilização de medicamentos e a adesão dos médicos à relação de medicamentos do PFB. Em um sistema farmacêutico efetivo, os médicos são treinados para usar os medicamentos incluídos nas listas de medicamentos essenciais elaboradas de acordo com os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde.
2. *Definição:* Porcentagem de medicamentos do PFB prescritos, em relação ao total de medicamentos prescritos. Este indicador é útil para determinar o impacto da

relação de medicamentos do PFB sobre as práticas de prescrição em nível ambulatorial, pois ela é desenvolvida para cobrir a maioria das necessidades terapêuticas da população nos cuidados primários de saúde.

3. *Método de Cálculo:* O indicador é calculado da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de medicamentos do PFB prescritos}}{\text{Número total de medicamentos prescritos}} \times 100$$

4. *Padrão:* 70%

5. *Fontes:* O numerador e o denominador são obtidos através de pesquisa em uma amostra de prescrições em unidades de saúde

D6: Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico. (F5)

1. *Objetivo:* Avaliar a eficiência dos manuais e guias farmacoterapêuticos do PFB.

2. *Definição:* Este indicador mede a porcentagem de medicamentos que são prescritos pelo nome genérico, do total de medicamentos prescritos. Devem ser contados somente os medicamentos que fazem parte do PFB.

3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{X}{Y} \times 100, \quad \text{onde}$$

X = Número total de medicamentos do PFB prescritos pelo nome genérico.

Y = Número total de medicamentos do PFB prescritos.

4. *Padrão:* 100%

5. *Fontes:* Os dados podem ser obtidos através de uma amostra de prescrições em unidade de saúde.

D7: Porcentagem de medicamentos do PFB atendidos.

1. *Objetivo:* Medir o grau em que as unidades de saúde são capazes de fornecer os medicamentos do PFB que são prescritos.

2. *Definição:* Porcentagem de medicamentos do PFB atendidos, em relação ao total de medicamentos do PFB prescritos. Este indicador é útil para determinar se a disponibilidade dos medicamentos do PFB nos municípios, possibilita o real atendimento das prescrições nas unidades de saúde

3. *Método de Cálculo:* O indicador é calculado da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de medicamentos do PFB atendidos}}{\text{Nº de medicamentos do PFB prescritos}} \times 100$$

4. *Padrão:* 95%
5. *Fontes:* O numerador e o denominador são obtidos através de pesquisa em uma amostra de prescrições em unidades de saúde.

Dividendos Políticos

D8: Porcentagem de atores que conhece o PFB.

1. *Objetivo:* Avaliar o envolvimento dos principais atores no processo de implantação do PFB. O apoio dado pelos atores às características e aos objetivos associados à intervenção se traduz em um conjunto de estratégias de reação à intervenção que interagem dentro de uma distribuição particular do poder na organização.
2. *Definição:* Porcentagem de atores entrevistados que conhece o PFB. O fato dos atores conhecerem o PFB torna-se o ponto de partida para determinar o seu envolvimento com o programa.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Nº de atores entrevistados que conhece o PFB}}{\text{Nº total de atores entrevistados}} \times 100$$

4. *Padrão:* 100%
5. *Fonte:* Entrevistas com atores no nível local.

D9: Porcentagem de usuários que conhece o PFB.

1. *Objetivo:* Avaliar se a divulgação do PFB para os usuários do SUS ocorreu de forma satisfatória e se o Governo federal alcançou dividendos políticos com o programa
2. *Definição:* Porcentagem de usuários entrevistados que conhece o PFB.
3. *Método de Cálculo:*

$$\frac{\text{Nº de usuários entrevistados que conhece o PFB}}{\text{Nº total de usuários entrevistados}} \times 100$$

4. *Padrão:* 70%
5. *Fonte:* Entrevistas com usuários no nível local.

ANEXO 3: MATRIZ DE INDICADORES

MATRIZ DE INDICADORES QUALITATIVOS

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	
A – INFORMAÇÕES GERAIS					
DADOS POPULACIONAIS	A.1	População total do estado (em milhares)	é o número total de habitantes residentes no estado.	dispensa cálculos matemáticos	• IDB 98 BRASIL
	A.2	Taxa média de crescimento da população no período de 1991-1996 (%)	é o incremento médio anual da população.	$\sqrt{\frac{P(t+n)}{P(t)}} \times 100$, onde P(t+n) e P(t), são as populações correspondentes a duas datas sucessivas e <i>n</i> o intervalo de tempo entre essas datas, medido em ano e fração de ano	• IDB 98 BRASIL
	A.3	Expectativa de vida (anos)	número médio de anos de vida esperado para o recém-nato em determinado ano	tábua de vida, utilizando o método atuarial	• IDB 98 BRASIL
SITUAÇÃO DE SAÚDE	A.4	Taxa de mortalidade infantil (por 1.000)	freqüência com que ocorrem os óbitos infantis (menores de 1 ano) em uma população, em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano civil. Expressa-se para cada 1.000 crianças nascidas vivas	razão entre o número de óbitos em menores de 1 ano e o número de nascidos vivos (x1.000)	• IDB 98 BRASIL
	A.5	Taxa bruta de mortalidade	freqüência de óbitos por todas as causas e todas as faixas etárias por 1.000 habitantes	razão entre o número de óbitos por todas as causas e todas as faixas etárias e a população residente (x1.000)	• IDB 98 BRASIL
	A.6	População por unidade de saúde que dispensa medicamentos do PFB (em milhares)	é a razão da população municipal pelo número de unidades de saúde que dispensam medicamentos do PFB	população municipal dividida pelo número de unidades de saúde que dispensam medicamentos do PFB	• IBGE, 1998
	A.7	Taxa de mortalidade materna (por 100.000) (BG8)	freqüência de óbitos por causa materna por 100.000 nascidos vivos, em determinado ano civil	razão entre o número de óbitos por causa materna e o número de nascidos vivos (x100.000)	• IDB 97 BRASIL • IDB 98 BRASIL

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	
ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA SAÚDE	B.1	Porcentagem de SMS que possuem organograma	porcentagem de SMS que possuem organograma escrito e aprovado	divisão entre o número de municípios cujas SMS's possuem organograma e o número de municípios visitados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria Municipal de Saúde
	B.2	Porcentagem de SMS que possuem assistência farmacêutica em sua estrutura	porcentagem de SMS que possuem a assistência farmacêutica inserida em seu organograma e com um representante legal	divisão entre o número de municípios que possuem assistência farmacêutica em sua estrutura e o número de municípios visitados	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria Municipal de Saúde
	B.3	Número de médicos por 1.000 habitantes	razão entre o número total de médicos e a população residente no município (x1.000)	número total de médicos dividido pela população residente no município (x1.000)	<ul style="list-style-type: none"> Conselho Regional de Medicina IBGE, 1999
	B.4	Porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que se reciclaram na área de medicamentos nos últimos 3 anos	porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que realizou no mínimo 1 curso de reciclagem na área de medicamentos, nos últimos 3 anos	divisão entre o número de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que realizou no mínimo 1 curso de reciclagem na área de medicamentos, nos últimos 3 anos e o número de profissionais entrevistados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Secretarias Municipais de Saúde

MATRIZ DE INDICADORES QUANTITATIVOS

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO	
B - ESTRUTURA						
GESTÃO NACIONAL	B5	Porcentagem do orçamento público gasto com medicamentos, do total do orçamento destinado aos medicamentos	é a razão entre o orçamento executado com medicamentos e o orçamento alocado aos medicamentos	divisão entre o orçamento executado e o orçamento alocado à aquisição de medicamentos (x100)	• Ministério da Saúde	100%
	B6	Porcentagem de Comunicados de Divergência atendidos	porcentagem de Comunicados de Divergência atendidos, do total recebido	divisão entre o número de comunicados de divergência atendidos e recebidos (x100)	• Ministério da Saúde	100%
	B7	Porcentagem de Demonstrativos de Movimentação de medicamentos analisados	porcentagem de Demonstrativos de Movimentação de Medicamentos analisados, do total recebido	divisão entre o número de Demonstrativos de Movimentação de Medicamentos analisados e o total recebido (x100)	• Ministério da Saúde	100%
SELEÇÃO/ PROGRAMAÇÃO	B8	Porcentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME/89	porcentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME/98, do total de medicamentos do PFB	número de medicamentos do PFB que constam da RENAME/98 dividido pelo número total de medicamentos do PFB (x100)	• RENAME/89 • Manual de Normas e Procedimentos do PFB	100%
	B9	Adequação dos procedimentos de quantificação do módulo-padrão do PFB	a adequação dos procedimentos de quantificação é definida como uma avaliação cuidadosa da quantidade necessária de cada medicamento, baseada em demanda histórica e em tratamentos padrão adotados para as doenças mais prevalentes.	dispensa cálculos matemático	• Ministério da Saúde: coordenação do PFB	adequado
	B10	Porcentagem de municípios que receberam o número de kits do PFB compatível com a sua população	porcentagem de municípios que receberam 1 kit de medicamentos do PFB para cada 3.000 habitantes	divisão entre o número de municípios que receberam o número correto de kits e o número de municípios estudados (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde	100%
ARMAZENAMENTO	B11	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Pólos Distribuidores	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	• Pólos Distribuidores do PFB	100%
	B12	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Depósitos de Medicamentos Municipais	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	• Depósito de Medicamentos Municipal	100%

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
	B13 Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nas UBS	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	• UBS	100%
CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	B14 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos do PFB	porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos (MNP) do PFB, do total de Depósitos visitados	divisão entre o número de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos (MNP) do PFB e o número total de Depósitos visitados (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde	100%
	B15 Porcentagem de UBS que divulgam a relação de medicamentos do PFB para os médicos	porcentagem de UBS que divulgam de forma escrita a relação de medicamentos do PFB para os médicos, do total de UBS visitadas	divisão entre o número de UBS que divulga a relação de medicamentos do PFB de forma escrita para os médicos e o do total de UBS visitadas (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde • UBS	90%
C - PROCESSO					
AQUISIÇÃO / CONTROLE DE QUALIDADE	C1 Porcentagem de medicamentos adquiridos, submetidos a controle de qualidade	porcentagem de lotes de medicamentos testados, em relação ao total de lotes comprados	número de lotes de medicamentos testados dividido pelo número de lotes de medicamentos comprados (x100)	• Ministério da Saúde: SVS	100%
	C2 Porcentagem de medicamentos adquiridos rejeitados no controle de qualidade	porcentagem de lotes de medicamentos rejeitados em testes de qualidade, do total de lotes testados	número de medicamentos rejeitados em testes de qualidade dividido pelo número total de medicamentos testados (x100)	• Ministério da Saúde: SVS	0%
DISTRIBUIÇÃO	C4 Adequação no transporte de medicamentos	disponibilidade de veículos adequados ao transporte de medicamentos	dispensa cálculos matemáticos	• Secretarias Municipais de Saúde	adequado
	C5 Tempo médio decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB	tempo médio, em meses, decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB	1) soma do número de meses decorrente entre a primeira e a segunda entrega nos municípios visitados 2) dividir o resultado acima obtido pelo número de municípios visitados	• Secretarias Municipais de Saúde	3 meses

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO	
	C6	Porcentagem de kits completos entregues	porcentagem de kits completos em relação ao número e à quantidade de medicamentos recebidos	divisão entre o número de <i>kits</i> recebidos completos e o número de kits recebidos (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde	100%
	C7	Porcentagem de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local	tempo de desabastecimento é o número de dias em que um produto não esteve presente no nível local, a contar do início do recebimento do PFB	1) registrar o número de dias de desabastecimento para cada medicamento. Somar o número total de dias de desabastecimento para todos os medicamentos; 2) dividir este resultado pelo número de dias decorrentes entre a primeira entrega do PFB e o dia da visita, multiplicado pelo número de medicamentos do PFB (x100)	• Depósito de Medicamentos Municipal	5%
	C8	Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque no Depósito de Medicamentos Municipal	um medicamento é considerado disponível se, ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque	1) somar o número de medicamentos disponíveis em cada Depósito Municipal e dividir pelo número total de medicamentos do PFB (x100); 2) dividir o resultado obtido pelo número total de unidades de saúde examinadas	• Depósito de Medicamentos Municipal	95%
	C9	Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque na UBS	um medicamento é considerado disponível se, ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque	3) somar o número de medicamentos disponíveis em cada UBS e dividir pelo número total de medicamentos do PFB (x100); 4) dividir o resultado obtido pelo número total de unidades de saúde examinadas	• UBS	95%
	C10	Disponibilidade de medicamentos em municípios distantes	porcentagem de medicamentos do PFB disponíveis, no dia da visita, em municípios que localizam-se a mais de 100km de uma cidade de 100.000 habitantes	1) multiplicar o número de medicamentos do PFB pelo número de municípios distantes estudados; 2) dividir o número de medicamentos encontrados nos municípios, pelo resultado anteriormente obtido	• Depósito de Medicamentos Municipal	100%
	C11	Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que recebem medicamentos do PFB com a validade vencida	porcentagem de Depósitos Municipais de Medicamentos que recebem medicamentos do PFB com a validade vencida	divisão entre o número de Depósitos de Medicamentos Municipais que recebem medicamentos do PFB com o prazo de validade vencido e o número total de Depósitos de Medicamentos Municipais visitados (x100)	• Depósitos de Medicamentos Municipais	0

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO	
ARMAZENAMENTO	C12	Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no Depósito de Medicamentos Municipal	porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos estocados	número de princípios ativos com prazo de validade vencido dividido pelo número total de princípios ativos estocados (x100)	• Depósito de Medicamentos Municipal	0
	C13	Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UBS	porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos estocados	número de princípios ativos com prazo de validade vencido dividido pelo número total de princípios ativos estocados (x100)	• UBS	0
	C14	Porcentagem média ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados no nível local	porcentagem média ponderada de variação no inventário é a diferença da porcentagem média ponderada entre os níveis de estoque registrados e a contagem física real	<ol style="list-style-type: none"> 1) somar o número total de unidades para cada produto como demonstrado no registro; 2) somar o número total de unidades verificada por contagem física; 3) subtrair a contagem física da quantidade registrada, retirando o sinal negativo, criando um valor absoluto; 4) dividir o resultado obtido anteriormente, pela contagem física e multiplicar este quociente por 100 	• Depósito de Medicamentos Municipal	5%
	C15	Porcentagem média do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos do PFB em estoque no nível local	porcentagem média dos medicamentos em estoque, cujos registros no inventário correspondem exatamente à contagem física	<ol style="list-style-type: none"> 1) dividir o número de registros de estoque que correspondem exatamente à contagem física pelo número total de registros examinados e, multiplicar este resultado por 100; 2) somar as porcentagens obtidas para cada unidade de saúde e dividir pelo número total de unidades de saúde examinadas. 	• Depósito de Medicamentos Municipal	95%
	C16	Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque	porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque	divisão entre o número de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque e o número total de depósitos visitados (x100)	• Depósitos de Medicamentos Municipais	100%
	C17	Porcentagem de UBS que realizam controle de estoque	porcentagem de UBS que realizam controle de estoque	divisão entre o número de UBS que realizam controle de estoque e o número total de depósitos visitados (x100)	• UBS	100%

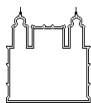
COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO	
	C3	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Pólos Distribuidores	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	• Pólos Distribuidores do PFB	100%
	C18	Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos no Depósito de Medicamentos Municipal	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	• Depósito de Medicamentos Municipal	100%
	C19	Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos nas UBS	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	• UBS	100%
	C20	Porcentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas no Depósito de Medicamentos Municipal	porcentagem de medicamentos inspecionados em relação ao total de medicamentos estocados	número de medicamentos inspecionados nas 3 últimas entregas, dividido pelo número de medicamentos recebidos nas 3 últimas entregas (x100)	• Depósito Municipal de Medicamentos	100%
CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	C21	Porcentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas nas UBS	porcentagem de medicamentos inspecionados em relação ao total de medicamentos estocados	número de medicamentos inspecionados nas 3 últimas entregas, dividido pelo número de medicamentos recebidos nas 3 últimas entregas (x100)	• UBS	100%
	C22	Porcentagem de UBS que dispensa medicamentos com a apresentação da prescrição médica	porcentagem de UBS que dispensa medicamentos exclusivamente com a apresentação da prescrição médica	divisão entre o número de UBS que dispensa medicamentos exclusivamente com a apresentação da prescrição médica e o número de UBS visitadas (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde • UBS	100%
	C23	Porcentagem de municípios que preenche o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos	porcentagem de municípios que preenche o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos	número de municípios que preenche o formulário DMM, dividido pelo número de municípios visitados (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde	100%
D - RESULTADO						
UTILIZAÇÃO	D1	Disponibilidade de informação objetiva sobre medicamentos do PFB para os médicos	porcentagem de consultórios médicos que dispõem do memento terapêutico do PFB, em relação à amostra total de médicos	divisão entre o número de consultórios médicos que dispõem do memento terapêutico do PFB e o número total de consultórios médicos visitados (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde • UBS	100%
	D2	Número médio de medicamentos por prescrição	considera o número de medicamentos contidos na prescrição. Medicamentos com mais de um princípio ativo devem ser contados uma única vez	número total de medicamentos prescritos dividido pelo número total de prescrições estudadas	• Amostra de prescrições	2 ou menos
	D3	Porcentagem de prescrições que contém injeção	porcentagem de prescrições que contém, no mínimo uma injeção, do total de prescrições estudadas	número de prescrições com uma injeção no mínimo, dividido pelo número total de prescrições estudadas (x100)	• Amostra de prescrições	10% ou menos

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
	D4 Porcentagem de prescrições que contêm antimicrobianos	porcentagem de prescrições que contêm no mínimo 1 antimicrobiano, do total de prescrições estudadas	número total de pacientes com prescrição de antimicrobianos, dividido pelo número total de pacientes estudados	• Amostra de prescrições	20%
	D5 Porcentagem de medicamentos do PFB prescritos	porcentagem de medicamentos do PFB prescritos, em relação ao total de medicamentos prescritos	número de medicamentos do PFB prescritos dividido pelo número total de medicamentos prescritos (x100)	• Amostra de prescrições	70%
	D6 Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico	porcentagem de medicamentos do PFB prescritos pelo nome genérico, do total de medicamentos do PFB prescritos	número de medicamentos do PFB prescritos pelo nome genérico, dividido pelo número total de medicamentos do PFB prescritos (x100)	• Amostra de prescrições	100%
	D7 Porcentagem de medicamentos do PFB atendidos	porcentagem de medicamentos do PFB atendidos, do total de medicamentos prescritos	divisão entre o número de UBS que recebem medicamentos do PFB com o prazo de validade vencido e o número total de UBS visitados (x100)	• UBS	70%
DIVIDENDOS POLÍTICOS	D8 Porcentagem de atores que conhece o PFB	porcentagem de atores entrevistados que conhece o PFB	divisão entre o número de atores entrevistados que conhece o PFB e o número total de atores entrevistados (x100)	• Nível nacional, regional e local	100%
	D9 Porcentagem de usuários que conhece o PFB	porcentagem de usuários entrevistados que conhece o PFB	divisão entre o número de usuários entrevistados que conhece o PFB e o número total de usuários entrevistados (x100)	• UBS	100%

ANEXO 4: MANUAL DO ENTREVISTADOR

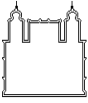
**MANUAL DO ENTREVISTADOR DO PROGRAMA FARMÁCIA
BÁSICA**

Rio de Janeiro, julho de 1998



SUMÁRIO

1 - O ESTUDO	223
2 - SOBRE O SEU TRABALHO E A GARANTIA DE QUALIDADE.....	224
3 - RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	224
4 - O QUESTIONÁRIO	224
4.1. ESTRUTURA GERAL	224
4.2. TIPO DE PERGUNTA.....	225
4.3 - FORMATO	225
5 - A ENTREVISTA.....	225
6 - REGISTRO E CORREÇÃO DE INFORMAÇÕES.....	231
7 - APÓS COMPLETAR A ENTREVISTA	232
8 - DEFINIÇÕES IMPORTANTES	232
8.1 - PERGUNTA 96 (UBS) / 86 (SMS).....	232
8.2 - ESTUDO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS.....	232
8.3 - DIFERENÇA ENTRE DEPÓSITO MUNICIPAL E POSTO DE MEDICAMENTOS	234
8.4 - INVENTÁRIO NA FARMÁCIA DA UNIDADE E NO DEPÓSITO MUNICIPAL / POSTO DE MEDICAMENTOS	235
8.5 - BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO	235
<i>NÍVEL REGIONAL: POLO DISTRIBUIDOR</i>	<i>235</i>
<i>NÍVEL LOCAL : SMS - UBS.....</i>	<i>237</i>
8.6 – ESTUDO DE DEMANDA.....	238



ESTUDO: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA

Rio de Janeiro, julho/98

MANUAL DO ENTREVISTADOR¹

Este manual foi elaborado para auxiliar a realização correta e sistemática das várias fases da entrevista. O manual descreve procedimentos padronizados que devem ser seguidos no contato com os participantes, ao fazer as perguntas e registrar os dados. A leitura atenta deste texto, seu uso como referência e a re-leitura periódica podem ajudá-lo em vários aspectos, inclusive corrigindo erros.

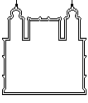
1 - O ESTUDO

Em 1997, o Governo brasileiro lançou um programa de distribuição de medicamentos essenciais denominado *Programa da Farmácia Básica* (PFB) com o objetivo de possibilitar o acesso da população a estes medicamentos. Este programa apresenta como objetivos específicos (MS, 1997a; 1997b):

- Distribuir medicamentos selecionados e essenciais para o tratamento das doenças mais freqüentes aos municípios com população menor que 21.000 habitantes;
- Racionalizar a distribuição com a entrega sendo feita pelos Centros Regionais de Distribuição, diretamente aos municípios;
- Avaliar o impacto do programa através de indicadores epidemiológicos;
- Acompanhar e compatibilizar os quantitativos de medicamentos com os indicadores de consumo;
- Racionalizar a prescrição através da elaboração do memento terapêutico e protocolos farmacoterapêuticos.

O objetivo deste estudo é avaliar o programa farmácia básica em relação aos seus objetivos e à sua efetividade.

¹ Adaptado de ROZENFELD, S, "Manual de operações: estudo sobre medicamentos, acidentes e doenças em mulheres da terceira idade/UnATI/UERJ", Rio de Janeiro, 1996, primeira versão.



Para tanto, serão entrevistadas autoridades municipais da área da saúde e profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde (UBS), onde são dispensados os medicamentos do PFB.

2 - SOBRE O SEU TRABALHO E A GARANTIA DE QUALIDADE

Você sabe que o seu papel é fundamental neste estudo, uma vez que está em suas mãos obter dados de alta qualidade através da aplicação de entrevistas padronizadas. É importante também que, na medida do possível, possamos padronizar ao máximo os procedimentos no trabalho de campo, no que se refere ao modo de fazer as perguntas e de registrar as respostas.

3 - RECOMENDAÇÕES GERAIS

Para que os trabalhos transcorram sem problemas entre nós e os funcionários dos locais visitados é importante compreender que, embora estejamos autorizados a utilizar as instalações, os funcionários e a clientela do nível central, do pólo distribuidor, do depósito municipal e das unidades básicas de saúde, a pesquisa é independente das suas atividades habituais. Por isso, é recomendável:

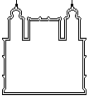
- Colaborar com os profissionais, resguardando os limites de competência da pesquisa. Não devemos, por exemplo, nos comprometer a resolver problemas trazidos pelos entrevistados e que dizem respeito às atividades de rotina dos locais visitados.
- Não interferir ou opinar sobre as rotinas desenvolvidas nos locais visitados.
- Ficar atento para que as atividades do projeto não afetem a rotina dos locais visitados.

4 - O QUESTIONÁRIO

4.1. ESTRUTURA GERAL

O questionário está dividido em 4 níveis

- Nível Central
- Nível Regional - Pólo Distribuidor



- Nível Local - Secretaria Municipal De Saúde
- Nível Local - Unidade De Saúde

4.2. TIPO DE PERGUNTA

A maioria das perguntas são fechadas, permitindo que o entrevistado escolha apenas uma alternativa em alguns casos ou mais de uma resposta em outros. Outras abrem a possibilidade da categoria “outro”, que deve ser especificada. Algumas perguntas são abertas (ex: você tem alguma sugestão para o programa farmácia básica)

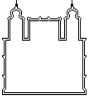
4.3 - FORMATO

Todo o texto que deve ser lido para os entrevistados está em letras minúsculas. As instruções para os entrevistadores que não devem ser lidas em voz alta, estão em letras maiúsculas. Algumas perguntas que não são pertinentes são “puladas” (ex: fazer perguntas ao entrevistado sobre o PFB, se ele respondeu que não conhece este programa). Caso a resposta assinalada não seja do tipo “ir para”, vá sempre para a pergunta seguinte. Não salte perguntas ou modifique sua ordem.

5 - A ENTREVISTA

Inicialmente, o entrevistador deve apresentar-se dizendo seu nome e explicando o motivo da entrevista da seguinte forma:

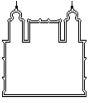
SECRETÁRIO DE SAÚDE - Explicar que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, foi contratada pelo Ministério da Saúde para avaliar o programa farmácia básica e está trabalhando com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (ou outro órgão que esteja facilitando o acesso aos municípios ou nos acompanhando nas viagens). Para proceder a esta avaliação são necessárias informações gerais sobre o município e visita às unidades básicas de saúde com o objetivo de coletar dados sobre a cobertura do programa e, posteriormente, sobre o seu impacto. Para tanto, é necessário entrevistar alguns profissionais das unidades de saúde e a pesquisa em alguns documentos como as prescrições médicas e os prontuários com o único objetivo de verificar se o elenco de



medicamentos do programa farmácia básica, atende às principais necessidades do município. Solicitar em seguida sua autorização para realizar estas visitas e perguntar se ele dispõe de cerca de 40 minutos para uma entrevista.

ALMOXARIFADO DA PREFEITURA - Explicar ao responsável que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, foi contratada pelo Ministério da Saúde para avaliar o programa farmácia básica e está trabalhando com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (ou outro órgão que esteja facilitando o acesso aos municípios ou nos acompanhando nas viagens). Para proceder a esta avaliação são necessárias algumas informações gerais sobre o armazenamento de medicamentos e a coleta de dados sobre a cobertura do programa e, posteriormente, sobre o seu impacto. Para tanto, é necessário a pesquisa em alguns documentos como as fichas de estoque, de prateleira e documentos referentes ao recebimento dos medicamentos do PFB com o único objetivo de verificar se o elenco de medicamentos do programa farmácia básica, atende às principais necessidades do município. Explicar ainda que esta visita já foi autorizada pelo secretário de Saúde. Solicitar em seguida sua autorização para realizar estas visitas e perguntar se ele dispõe de cerca de 50 minutos para uma entrevista.

DIRETOR DA UNIDADE DE SAÚDE - Explicar que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, foi contratada pelo Ministério da Saúde para avaliar o programa farmácia básica e está trabalhando com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (ou outro órgão que esteja facilitando o acesso aos municípios ou nos acompanhando nas viagens). Para proceder a esta avaliação são necessárias algumas informações gerais sobre as unidades de saúde e a coleta de dados sobre a cobertura do programa e, posteriormente, sobre o seu impacto. Para tanto, é necessário entrevistar alguns profissionais das unidades de saúde e a pesquisa em alguns documentos como as prescrições médicas e os prontuários com o único objetivo de verificar se o elenco de medicamentos do programa farmácia básica, atende às principais necessidades do município. Explicar ainda que esta visita já foi autorizada pelo Secretário de Saúde. Solicitar em seguida sua

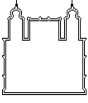


autorização para realizar estas visitas e perguntar se ele dispõe de cerca de 30 minutos para uma entrevista.

ARQUIVO MÉDICO - Explicar ao responsável que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, foi contratada pelo Ministério da Saúde para avaliar o programa farmácia básica e está trabalhando com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (ou outro órgão que esteja facilitando o acesso aos municípios ou nos acompanhando nas viagens). Para proceder a esta avaliação são necessárias algumas informações gerais sobre as unidades saúde e a coleta de dados sobre a cobertura do programa e, posteriormente, sobre o seu impacto. Para tanto, é necessário a pesquisa em alguns prontuários. Informar que o Secretário de Saúde ou o Diretor da unidade, conforme o caso, autorizou o acesso aos prontuários. Perguntar de ele dispõe de 10 minutos para uma entrevista.

Após realizada a entrevista, solicitar todos os prontuários atendidos na semana anterior à visita separados por dia de atendimento (ex: se chegar ao município na terça-feira, solicitar os prontuários atendidos desde a terça-feira da semana anterior até a segunda-feira desta semana).

FARMÁCIA DA UNIDADE OU POSTO DE MEDICAMENTOS - Explicar ao responsável que a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, foi contratada pelo Ministério da Saúde para avaliar o programa farmácia básica e está trabalhando com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (ou outro órgão que esteja facilitando o acesso aos municípios ou nos acompanhando nas viagens). Para proceder a esta avaliação são necessárias algumas informações gerais sobre as unidades saúde e a coleta de dados sobre a cobertura do programa e, posteriormente, sobre o seu impacto. Para tanto, é necessário a pesquisa em alguns documentos como as prescrições médicas, as notas de entregas de medicamentos do programa, as fichas de estoque e de prateleira com o único objetivo de verificar se o elenco de medicamentos do programa farmácia básica e seu quantitativo, atendem às principais necessidades do município. Explicar ainda que esta visita já foi autorizada pelo Secretário de Saúde. Solicitar em seguida sua



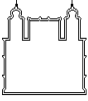
autorização para realizar esta visita e perguntar se ele dispõe de cerca de 50 minutos para uma entrevista.

MÉDICOS - Explicar que estamos fazendo a avaliação do programa farmácia básica e que parte desta avaliação compreende entrevista com médicos das unidades básicas de saúde e perguntar se ele dispõe de cerca de 10 minutos para uma entrevista.

5.1 - As perguntas devem ser lidas como estão no questionário de modo a minimizar as variações entre os entrevistadores. As mesmas perguntas serão feitas a todos os entrevistados. Portanto, não deve haver improvisação no modo como as frases serão ditas. Às vezes, pequenas diferenças podem ter grande impacto nas respostas. Assim, fique atento contra mudança inadvertida das palavras, principalmente aquelas que se costumam acrescentar ao final da pergunta, em um esforço de explicar ou de tornar a conversa mais informal. O contrário também não deve acontecer, isto é, supressão de parte da pergunta.

As respostas devem ser registradas de forma legível, sem rasuras, com caneta azul ou preta. Em caso de erro, cancelar com traço e escrever acima ou do lado a resposta correta.

5.2 - As perguntas e as opções devem ser lidas em um ritmo pausado e lento. Pronuncie as palavras com clareza e procure certificar-se de que o entrevistado escutou a pergunta toda antes de responder. Para as perguntas fechadas, isto inclui todas as opções de resposta. Alguns entrevistados tendem a interromper. Nestes casos, explique que foi solicitado a você fazer a pergunta completa. Mantenha um tom de voz neutro, de modo a não influenciar a resposta. Isto significa não expressar surpresa, prazer ou desaprovação a qualquer resposta ou comentário do entrevistado. Nas frases introdutórias, entretanto, uma entonação segura favorece possivelmente a resposta. Nunca sugira uma resposta, não dê sua opinião e não ofereça informação pessoal. Os comentários adicionais, mesmo quando sutis podem introduzir viés. Mas, um tom de voz neutro não tem que ser monótono ou rígido. A entrevista deve ser realizada em uma atmosfera relaxada e informal. Evite dar a impressão de interrogatório. Estude as perguntas



até se sentir familiarizado com elas, de forma a poder realmente perguntar e não apenas ler as perguntas.

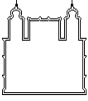
5.3 - Sua atitude deve ser de simpatia e compreensão. Se necessário reforce a idéia de que não há respostas certas ou erradas. Mantenha o entrevistado no tema. Se necessário, seja firme e use comentários como: “Nós podemos conversar sobre isto ao final, mas agora eu gostaria de continuar” ou “Vou perguntar sobre isso daqui a pouco” ou então “Vamos já daqui a pouco neste tipo de pergunta”. Se o entrevistado mostrar sinais de cansaço ou impaciência, procurar encorajá-lo a continuar dizendo como é importante que a entrevista seja completada.

5.4 - Usualmente, a primeira reação significativa a uma pergunta é a importante ou verdadeira. Registre entre parênteses qualquer mudança na resposta a uma questão anterior. Quando respostas do tipo “sim” ou “não” são acompanhadas por comentários como “sim, mas ...” ou “sim, se ...” registre os comentários da forma como foram feitos.

5.5 - Às vezes, a resposta a uma pergunta foi dada, porém nos parece inadequada. Para saber se uma resposta é inadequada é preciso conhecer o objetivo de cada questão. Uma primeira resposta é eventualmente inadequada porque:

- é uma resposta parcial e, portanto, incompleta;
- é irrelevante e diz respeito a alguma coisa que está fora do objetivo da pergunta;
- não está clara, pois pode ter vários significados;
- é inconsistente e conflitante com outra informação fornecida.

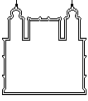
A qualidade da entrevista depende, em grande parte, da habilidade do entrevistador em conseguir as informações necessárias. Isto deve ser feito tão uniformemente quanto possível por todos os entrevistados e de modo planejado. Trata-se de um desafio, pois é possível que se introduzam distorções. Pressionado pela situação da entrevista, o entrevistador pode dar a entender, inadvertidamente, que há respostas mais aceitáveis que outras. Não se deve dar exemplos ao entrevistado para não correr este risco. Não se deve tentar interpretar dizendo, por



exemplo "então isso quer dizer...". Às vezes uma resposta pode ser sugerida inconscientemente, pela mera inflexão da voz.

Algumas técnicas para estimular uma resposta mais clara devem aparecer de modo natural e casual na conversação. Elas exigem que se reconheça de imediato que a resposta não conseguiu atingir o objetivo da questão. São elas:

- *Repetir a questão* - quando o entrevistado parece não ter compreendido a questão, interpretou erroneamente, parece incapaz de se decidir ou se perdeu, é sempre útil repetir a pergunta do mesmo modo como está escrito no questionário. Muitos entrevistados ao ouvirem a pergunta pela segunda vez captam qual o tipo de resposta desejada. Na segunda vez que se lê a pergunta, você deve ler a pergunta toda de forma que haja o mesmo estímulo que nas outras entrevistas. Se o entrevistado não escolher uma resposta a partir da lista oferecida em uma questão fechada, você deve repetir a pergunta e a lista completa de respostas. Antes de fazer isto, entretanto, explique que escolher uma resposta é a maneira de responder.
- *Ofereça uma breve demonstração de atenção e interesse*, do tipo: "eu entendo", "sim", "isto é interessante". Desta forma você mostra que ouviu a resposta, que está interessada e que espera mais. Isto o estimulará a falar mais.
- *Repita a resposta do entrevistado*. Ouvir suas palavras ditas por outra pessoa estimula a pensar mais sobre o tema.
- Faça um comentário ou uma pergunta neutra do tipo "o que o Sr quer dizer com isto ?", "pode me explicar o que isto significa ?", "o que está mais próximo disto?", "fale mais sobre o assunto", "mais alguma coisa ?". Estas perguntas funcionam como um convite para conseguir mais informação.
- *Pareça confusa com a resposta dada*. Não se deve abusar deste recurso. Não se deve passar a impressão de que não se sabe quando uma resposta está adequadamente respondida. Esta abordagem é muito útil frente a uma resposta inconsistente com uma resposta anterior.



5.6 - A opção "não sei" pode significar muitas coisas:

- Não compreendeu a pergunta e "não sei" é uma forma de evitar reconhecer este fato;
- Está pensando sobre a pergunta e "não sei" é uma forma de ganhar tempo para pensar;
- Pode estar querendo fugir da resposta porque pensa que vai responder erroneamente ou porque considera a pergunta constrangedora;
- Pode realmente não saber.

Nunca leia a opção "não sabe informar". Não registre esta opção muito rapidamente. A frase pode ser apenas uma introdução para uma resposta; dê ao entrevistado tempo para pensar. As técnicas apresentadas no item anterior podem ser úteis para assegurar que o entrevistado realmente não sabe informar o que está sendo perguntado.

Não explique termos além do que já está previsto no questionário. Diga ao entrevistado que tal termo quer dizer aquilo que ele considera que significa.

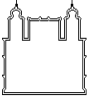
Não faça cálculos pelo entrevistado, ajude-o a fazer, se necessário.

6 - REGISTRO E CORREÇÃO DE INFORMAÇÕES

Registre a resposta imediatamente após ter sido dada.

Nas perguntas fechadas assinale com a letra **X** no local apropriado (). Algumas vezes as perguntas fechadas incluem uma opção do tipo "outro. Especificar _____". Assinale com um **X** e preencha com letra legível e sem abreviar a resposta dada, do modo como tiver sido expressa pelo entrevistado, com suas (dele) próprias palavras. Proceda do mesmo modo com as perguntas abertas.

Se uma resposta for marcada erroneamente, cubra-a com traços horizontais (-----) e assinale a resposta correta. Proceda do mesmo modo nas perguntas abertas e na alternativa "outros. Especificar _____".



7 - APÓS COMPLETAR A ENTREVISTA

Agradeça a cooperação e o tempo gasto e despeça-se.

Ao final o questionário deve ser revisto para verificar se todos os itens foram preenchidos adequadamente, veja se não faltaram perguntas para serem respondidas, se as anotações estão claras, a consistência das respostas, as perguntas "puladas" e a legibilidade dos registros. Se observar alguma falta que possa ser suprida pelo entrevistado, tente encontrá-lo ainda antes de se retirar do local da entrevista.

Lembre-se que todas as informações são confidenciais. Não fale sobre os detalhes das entrevistas ou faça comentários particulares, sobretudo nas dependências dos locais visitados.

8 - DEFINIÇÕES IMPORTANTES

8.1 - PERGUNTA 96 (UBS) / 86 (SMS)

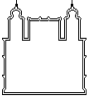
“EXISTE ALGUMA **PROTEÇÃO** CONTRA A ENTRADA DE ROEDORES, AVES, INSETOS, OUTRO ANIMAL”.

Entende-se por “**proteção**” a existência de tela nas janelas, porta de tela, borracha de vedação na parte inferior das portas. Caso não exista ao menos 1 destes acessórios, a resposta deve ser “nenhuma”.

8.2 - ESTUDO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS

CLASSIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO COMO PERTENCENTE OU NÃO AO PFB.

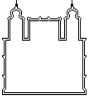
Deverão ser analisadas todas as prescrições da semana anterior à chegada ao município em todas as UBSs que dispensem medicamentos do PFB. Caso o número de prescrições de uma semana seja inferior a 40, deverão ser analisadas retroativamente as prescrições até completar 40 prescrições em cada UBS. Caso a UBS tenha mais de 40 prescrições atendidas em uma semana, deverão ser sorteadas 10 prescrições para cada dia de atendimento (totalizando 50 se forem 5 dias de atendimento, 60 se 6 e 70 se 7). Para tanto, as prescrições de cada dia deverão ser embaralhadas e sorteadas 10 aleatoriamente.



Deverá ser considerado como medicamento do PFB, todo aquele que tiver o princípio ativo e a forma farmacêutica constantes na relação de medicamentos do PFB. A concentração não deverá ser considerada para esta classificação, pois ela, normalmente, pode ser adaptada (ex: caso tenha sido prescrito eritromicina 500mg comp., serão atendidos 2 comp. de eritromicina 250mg, que é a apresentação existente no PFB).

Os medicamentos que só existem em 1 forma farmacêutica (ex: penicilina benzatina) ou aqueles que possuem todas as formas farmacêuticas utilizadas em atenção primária, no elenco do PFB (ex: mebendazol, metronidazol), deverão ser considerados como pertencentes ao PFB mesmo que não haja referência sobre a forma farmacêutica na planilha preenchida. Estes medicamentos incluem os seguintes:

- ácido acetilsalicílico
- captopril
- clorpropamida
- eritromicina
- glibenclamida
- hidroclorotiazida
- mebendazol
- metildopa
- metronidazol
- neomicina + bacitracina
- paracetamol
- penicilina benzatina
- penicilina procaína + cristalina
- propranolol
- sais para reidratação oral
- solução fisiológica nasal
- sulfametoxazol + trimetoprima
- sulfato ferroso



Os medicamentos que possuem mais de 1 forma farmacêutica e a prescrição não fizer qualquer referência a esta, ou o entrevistador não fizer qualquer anotação, NÃO deverá ser computado no número total de medicamentos prescritos. Deverá ser computado como ILEGÍVEL ou SEM INFORMAÇÃO.

Desta forma, só existem 3 classificações possíveis para os medicamentos analisados:

- S, ou seja, pertence ao PFB
- N, ou seja, não pertence ao PFB
- Sem informação, conforme descrito no parágrafo anterior, ou ilegível.

Não cabe portanto, neste caso, o código ND (não disponível).

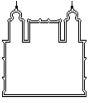
8.3 - DIFERENÇA ENTRE DEPÓSITO MUNICIPAL E POSTO DE MEDICAMENTOS

Depósito municipal: refere-se ao local onde são *recebidos e guardados* os medicamentos do PFB, para serem posteriormente distribuídos às unidades básicas de saúde (UBS).

Posto de medicamentos: refere-se ao local onde são *recebidos, guardados e dispensados* os medicamentos do PFB. Este posto pode distribuir ou não os medicamentos do PFB para as UBS. Ele não precisa, necessariamente, estar ligado a uma UBS, podendo ser um local independente de guarda e dispensação de medicamentos, que atenda a todos os pacientes que apresentem prescrição do SUS.

Feita a diferença entre estes dois locais, é importante esclarecer que os questionários *PFB (depósito municipal)*-bloco 9/SMS e *PFB (posto de medicamentos)*-bloco 10/SMS são excludentes, ou seja, o município possui um depósito municipal ou um posto de medicamentos e, neste caso deve-se aplicar apenas um dos questionários, conforme o caso.

Pode acontecer, entretanto, de em alguns municípios, existir um depósito municipal que distribua os medicamentos para um local que pode ser chamado de



“posto de medicamentos” pelo fato de não estar ligado a uma UBS. Neste caso, deve-se aplicar o questionário do *PFB (depósito municipal)* e neste “posto de medicamentos” aplica-se o questionário do *PFB (farmácia da unidade)* e todos os outros questionários que se referem à farmácia da unidade.

8.4 - INVENTÁRIO NA FARMÁCIA DA UNIDADE E NO DEPÓSITO MUNICIPAL / POSTO DE MEDICAMENTOS

A contagem física do estoque só deverá ser realizada nos locais onde exista controle de estoque, ou seja, ficha kardex, de prateleira, ou outra onde sejam lançadas as entradas, saídas e mantidos atualizados os saldos de medicamentos.

Caso o local visitado não realize o controle de estoque, deve-se escrever na coluna “contagem física” **S** quando tiver pelo menos uma unidade do medicamento em estoque e **N** quando o medicamento não existir em estoque.

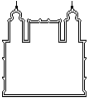
Em qualquer dos casos, entretanto, deve-se verificar a validade dos medicamentos e anotar na coluna “VV”.

8.5 - BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO

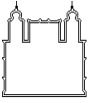
Será considerado para efeito deste questionário, as questões abaixo relacionadas para avaliar a adequação da área de armazenamento e a adesão às boas práticas de armazenamento, com o sua respectiva resposta padrão.

NÍVEL REGIONAL: POLO DISTRIBUIDOR

QUESTÃO	RESPOSTA PADRÃO	PONTOS
ADEQUAÇÃO DA ÁREA DE ARMAZENAMENTO		
36	1	1
37	1	1
38	1	1
39	2	1
40	1	1
41	1	1
42	1	1
43	1	1
44	1	1
45	3	1
46	1, 2	cada uma destas respostas vale 0,5



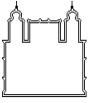
QUESTÃO	RESPOSTA PADRÃO	PONTOS
47	1	1
48	1	1
49	2	1
50	1	1
51	1 , sendo a última anotação feita na semana anterior à visita	1
52	considerar como adesão se a temperatura estiver entre 15°C e 30°C	1
53	1	1
54	1	1
55	2, 3, 4, 5	cada uma destas respostas vale 0,25
56	1	1
57	1	1
58	1	1
59	1	1
60	1	1
61	1	1
62	2	se houver necessidade de estrado esta resposta vale 1
63	1	1
64	2	1
65	3	1
66	1	1
68	1	1
69	3	1
70	2	1
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	1	1
75	1	1
76	1	1
77	3	1
78	1	1
BOAS PRÁTICAS DE ESTOCAGEM		
79	1	1
80	1	1
81	3	1
82	1	1
83	2	1
84	1	1
85	1	1
86	1	1
87	1	1
88	2	1
89	2	1
90	1	1
91	1	1



QUESTÃO	RESPOSTA PADRÃO	PONTOS
92	1	1
95	1	1
96	1	1
97	1, 2 e 3	cada uma destas respostas vale 0,33
98	1	1
99	1	1

NÍVEL LOCAL : SMS - UBS

QUESTÃO	RESPOSTA PADRÃO	PONTOS
ADEQUAÇÃO DA ÁREA DE ARMAZENAMENTO		
111 - 83	1	1
112 - 84	1 , sendo a última anotação feita na semana anterior à visita	1
113 - 85	considerar como adesão se a temperatura estiver entre 15°C e 30°C	1
114 - 86	2	1
115 - 87	1	1
116 - 88	1	1
117 - 89	2, 3, 4, 5	cada uma destas respostas vale 0,25
118 - 90	1	1
119 - 91	1	1
120 - 92	1	1
121 - 93	1	1
122 - 94	1	1
123 - 95	2	se houver necessidade de estrado esta resposta vale 1
124 - 96	2	1
125 - 97	1	1
126 - 98	2	1
127 - 99	3	1
128 - 100	1	1
130 - 102	1	1
BOAS PRÁTICAS DE ESTOCAGEM		
131 - 105	3	1
132 - 106	3	1
133	1	1
134 - 107	1	1
135 - 108	1	1
136 - 116	1	1
137 - 117	1	1
138 - 118	2 ou 3	1
139 - 109	2	1
140 - 110	2	1
141 - 111	1	1
142 - 112	1	1



QUESTÃO	RESPOSTA PADRÃO	PONTOS
143 – 113	1	1
146 - 119	1	1
147	1	1
148	1, 2, 3	cada uma destas respostas vale 0,33

8.6 – ESTUDO DE DEMANDA

O estudo de demanda reprimida deverá ser realizado durante uma manhã em pelo menos uma unidade de saúde do município. Caso o estudo só possa ser feito em uma UBS por questão de tempo, deverá ser priorizada, se possível, a UBS que apresenta o maior atendimento no município.

Dica: ao chegar no município, perguntar ao secretário de saúde os dias em que as UBSs possuem médico e quais as UBSs que possuem maior demanda para priorizá-las.

Junto com o estudo de demanda reprimida deverá ser aplicado o questionário para verificação de satisfação do usuário. A abordagem do usuário para a pesquisa da demanda reprimida e satisfação do usuário deverá ser feita após a consulta médica e o atendimento pela “farmácia” da UBS.

ANEXO 5: QUESTIONÁRIO PFB NÍVEL CENTRAL

NÍVEL CENTRAL - GESTÃO NACIONAL DO PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA

QUESTIONÁRIO N: _____

BLOCO 1 : IDENTIFICAÇÃO

1 - NOME DO ENTREVISTADO: _____

2 - CARGO: _____

3 - RESPONSÁVEL PELA COLETA _____

4 - DATA: ____ / ____ / ____

BLOCO 2: ASPECTOS GERAIS

5 - Como foi criado o Programa Farmácia Básica (percepção de necessidades, definição do modelo) ?

6 - Como o Sr(a) define o Programa Farmácia Básica ?

BLOCO 3: SELEÇÃO DO MÓDULO-PADRÃO E DOS MUNICÍPIOS

7 - O Sr(a) participou da seleção da primeira lista de medicamentos do Programa Farmácia Básica ?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 10**

8 - Quais foram os critérios utilizados para selecionar estes medicamentos ?

1() NENHUM

2() PERFIL DE MORBIDADE

3() DEMANDA HISTÓRICA

4() LISTA DA FARMÁCIA BÁSICA DE 1987

5() OUTROS. Quais? _____

9 - Os estados foram consultados sobre suas necessidades de medicamentos para o atendimento dos cuidados primários de saúde ?

1() SIM.

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 12**

10 - Que estados enviaram suas listas de necessidades de medicamentos ?

1() NENHUM

2() TODOS

3() ALGUNS. Quais? _____

11 - Estas listas foram consideradas para a seleção dos medicamentos do Programa Farmácia Básica ?

1() SIM

2() NÃO

12 - Em março deste ano, houve uma redução da lista de medicamentos do Programa Farmácia Básica de 40 para 32 itens. O Sr(a) participou das discussões que conduziram à redução desta lista ?

1() SIM

2() NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 14**

13 - Por que a lista de medicamentos do Programa Farmácia Básica foi reduzida de 40 para 32 itens ?

14 - O Sr(a) participou das discussões que estabeleceram a quantidade de cada medicamento que comporia 1 kit da farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 16**

15 - Quais foram os critérios utilizados para estabelecer as quantidades de medicamentos em 1 kit ?

1() DEMANDA HISTÓRICA

2() TRATAMENTO PADRÃO

3() OUTROS. QUAIS: _____

16 - Por que se optou pelo modelo do módulo padrão (entrega do mesmo kit completo, independente da necessidade do município) ?

17 - Sabemos que o critério utilizado para a seleção dos municípios foi de base populacional. A que se deveu a escolha deste critério ?

18 - Do total de municípios alvo, quantos se cadastraram e, destes, quantos estão recebendo o Programa Farmácia Básica?

19 - Como foi planejada a distribuição do Memento Terapêutico e do Manual de Normas e Procedimentos do Programa farmácia Básica?

20 - Com relação à quantidades destes manuais, como estava planejada a distribuição por município?

21 - Nos documentos disponíveis do Programa Farmácia Básica, não aparece formalmente definida a participação esperada dos estados. Por que isto acontece e qual é a expectativa quanto à sua participação?

BLOCO 4: CONTROLE DE QUALIDADE

22 - Como é feito o controle de qualidade dos medicamentos do Programa Farmácia Básica?

23 - Como é feito o rastreamento do produto, quando ocorre algum problema de qualidade, no sentido de identificar que municípios receberam os lotes com problema?

24 - Existe um banco de dados com o resultados das análises efetuadas ?

1() SIM → **SOLICITAR CÓPIA DO BANCO DE DADOS**

2() NÃO → **SOLICITAR OS LAUDOS DE CONTROLE DE QUALIDADE E PREENCHER PLANILHA A SEGUIR**

PREENCHER A PLANILHA A SEGUIR ONDE:

FABRICANTE = NOME DO FABRICANTE DO MEDICAMENTO.

LOTE = NÚMERO NÚMERO DO LOTE DO MEDICAMENTO

RESULTADO = RESULTADO DA ANÁLISE DE CONTROLE DE QUALIDADE.
REGISTRAR A QUANDO O PRODUTO TIVER SIDO APROVADO E **R**, QUANDO TIVER SIDO REJEITADO.

OBS = ANOTAR O MOTIVO PELO QUAL O PRODUTO FOI REJEITADO, OU OUTRAS OBSERVAÇÕES QUE SE FAÇAM NECESSÁRIAS.

ATENÇÃO: NÃO DEIXAR CÉLULA DA TABELA EM BRANCO. CASO A INFORMAÇÃO NÃO ESTEJA DISPONÍVEL, ESCREVER **ND**.

CONTROLE DE QUALIDADE

25 – DADOS FORNECIDOS POR: _____

26 - CARGO: _____

MEDICAMENTO	UNID	FABRICANTE	LOTE	RESULTADO	OBS
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG	COMP				
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 500MG	COMP				
AMINOFILINA 100MG	COMP				
AMOXACILINA 50MG/ML PÓ/SUSP. ORAL	FR				
AMPICILINA 500MG COMP.	COMP				
BENZOATO DE BENZILA 25% EMULSÃO	FR				
CAPTOPRIL 25 MG	COMP				
CIMETIDINA 200MG	COMP				
CLORPROPAMIDA 250MG	COMP				
DEXAMETASONA 0,1% CREME	TB				
DICLOFENACO POTÁSSICO 50MG REVESTIDO	COMP				
ERITROMICINA 2,5% SUSP. ORAL	FR				
ERITROMICINA 250MG	COMP				
FUROSEMIDA 40MG	COMP				
GLIBENCLAMIDA 5MG	COMP				
HIDROCLOROTIAZIDA 50MG	COMP				
HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 6,195% SUSP ORAL	FR				
HIOSCINA 10MG COMP REVESTIDO	COMP				
MEBENDAZOL 20MG/ML SUSP. ORAL	FR				
MEDENDAZOL 100MG	COMP				
METILDOPA 500MG	COMP				

MEDICAMENTO	UNID	FABRICANTE	LOTE	RESULTADO	OBS
METOCLOPRAMIDA 10MG	COMP				
METRONIDAZOL 250MG	COMP				
METRONIDAZOL 4% SUSP. ORAL	FR				
METRONIDAZOL 500MG/5G GELEIA VAGINAL	TB				
NEOMICINA 0,5% + BACITRACINA 250UI/G POM.	TB				
NIFEDIPINA 20 MG LIBERAÇÃO LENTA	COMP				
PARACETAMOL 100MG/ML SOL. ORAL	FR				
PARACETAMOL 500MG	COMP				
PENICILINA G BENZATINA 1.200.000 UI	F/A				
PENICILINA G PROCAÍNA + CRISTALINA	F/A				
PREDNISONA 5MG	COMP				
PROPRANOLOL 40MG	COMP				
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	ENV				
SALBUTAMOL 0,4MG/ML XAROPE	FR				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL	FR				
SULFAMET. 4% + TRIMETOPRIMA 0,8% SUSP.	FR				
SULFAMET. 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG	COMP				
SULFATO FERROSO COMP. REVESTIDO	COMP				
SULFATO FERROSO GOTAS	FR				

27 - TOTAL DE LOTES MEDICAMENTOS ANALISADOS: _____

NÚMERO DE LOTES APROVADOS: _____

NÚMERO DE LOTES REJEITADOS: _____

BLOCO 5: AVALIAÇÃO

28 - Existe um processo definido de avaliação continuada do Programa Farmácia Básica ?

1() SIM

2() NÃO → IR PARA A PERGUNTA 31

29 - Como este processo se realiza e que profissionais estão envolvidos ?

30 - Este processo de avaliação gerou alguma modificação (alterações qualitativas e quantitativas no elenco, no sistema de distribuição ou no credenciamento de pólos e laboratórios produtores) no Programa Farmácia Básica ?

1() SIM Quais? _____

2() NÃO

31 - Com que finalidade os relatórios de consumo são utilizados ?

1() NÃO TEM FINALIDADE

2() REAVALIAR A SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

3() REAVALIAR A QUANTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

4() OUTRAS. QUAIS: _____

32 - Os municípios costumam enviar o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos?

1() SIM

2() NÃO

33 – Normalmente é feita a análise dos relatórios de consumo de medicamentos enviados pelos municípios?

1() SIM. De que forma ? _____

2() NÃO

34 - Com que finalidade os relatórios de consumo são utilizados ?

1() NÃO TEM FINALIDADE

2() REAVALIAR A SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

3() REAVALIAR A QUANTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

4() OUTRAS. QUAIS: _____

35 - Qual a sua avaliação sobre a entrega de medicamentos do Programa Farmácia Básica feita pelo Serviço de Correios ?

BLOCO 6: DISTRIBUIÇÃO

36 - O Programa Farmácia Básica foi elaborado para efetuar entregas trimestrais dos medicamentos. Entretanto, as Secretarias Municipais de Saúde têm reclamado que está havendo atrasos. Quais seriam os motivos destes atrasos ?

37 - Existe um cronograma para as entregas dos laboratórios produtores nos pólos e dos pólos nos municípios?

- 1 () SIM → **SOLICITAR CÓPIA**
 2 () NÃO

Em alguns casos, os municípios recebem quantidade de determinados medicamentos, inferior ao que lhes é destinado. Estes municípios enviam o comunicado de divergência ao Ministério da Saúde e, mesmo assim, não recebem a quantidade do medicamento que estava faltando, segundo relato dos Secretários Municipais de Saúde. Com base nisto, gostaria de fazer duas perguntas ao Sr(a).

38 - O Ministério da Saúde costuma enviar aos pólos distribuidores os comunicados de divergência para serem atendidos ?

- 1 () SIM
 2 () NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 40**

39 - Estes comunicados de divergência são atendidos ?

- 1 () SIM. → **SOLICITAR CÓPIA DESTES DOCUMENTOS**
 2 () NÃO. Por quê ? _____

40 - O contrato de entrega dos medicamentos feito com os Correios, permite que estes retornem aos municípios para entregar os medicamentos que ficaram faltando ?

1() SIM

2() NÃO

41 - Qual a sua avaliação sobre a entrega de medicamentos do Programa Farmácia Básica feita pelo Serviço de Correios?

42 - Houve recentemente uma mudança no número de pólos distribuidores que passou de 4 (Farmanguinhos, Lafepe, Iquego e Cemepar) para 8 (acrescidos Nuplan, Lifal, Fepps e Dimb, excluído cemepar). O que motivou esta mudança ?

43 - O Ministério da Saúde mantém convênio para a produção dos medicamentos do Programa Farmácia Básica com que laboratórios?

44 - Como foi feita a definição de que medicamentos seriam produzidos por que laboratórios?

45 - Alguns municípios visitados não recebem qualquer documento comprovante de entrega dos medicamentos do Programa Farmácia Básica, feita pelos Correios. Além disso, todos os

municípios questionam o não recebimento de uma relação dos medicamentos que estão sendo entregues. Por que o Ministério da Saúde optou por este modelo de entrega de medicamentos ?

46 - O contrato firmado entre o Serviço de Correios e o Ministério da Saúde para a entrega dos medicamentos do Programa Farmácia Básica, faz alguma exigência em relação às condições de transporte dos medicamentos ?

1() SIM. Quais? _____

2() NÃO. Por quê? _____

BLOCO 7: FINANCIAMENTO

47 - Qual o orçamento público alocado ao Programa Farmácia Básica para o ano de 1998

R\$ _____

OBS: SOLICITAR A DISCRIMINAÇÃO DA ALOCAÇÃO ORÇAMENTÁRIA POR ELEMENTO DE DESPESA CO O PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA NO ANO DE 1998. (medicamentos, pólo distribuidor, laboratórios fabricantes, correios)

48 - Qual o orçamento executado com o Programa Farmácia Básica até o momento ?

R\$ _____

OBS: SOLICITAR A DISCRIMINAÇÃO DO ORÇAMENTO EXECUTADO POR ELEMENTO DE DESPESA CO O PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA NO ANO DE 1998.

49 - Como ocorre o repasse de verba para os pólos distribuidores e os laboratórios produtores e qual é a periodicidade?

BLOCO 8: PERCEPÇÃO DE ATORES

50 - Na sua opinião, o Programa Farmácia Básica deve continuar ?

1() SIM

2() NÃO. POR QUÊ? _____

51 - O Programa Farmácia Básica está planejado para:

1() Permanecer centralizado

2() Ser descentralizado para os estados

3() Ser descentralizado para os municípios

4() ACABAR

52 - Na sua opinião, qual deve ser o papel desempenhado pelos estados e municípios neste novo modelo descentralizado?

53 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do Programa Farmácia Básica ?

54 - Em uma escala de 0 a 10, que nota o Sr(a) atribui ao programa farmácia básica ?

55 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir com o Programa Farmácia Básica?

56 - Pela experiência adquirida na gestão do Programa Farmácia Básica, que alterações deveriam ser feitas para aperfeiçoar um modelo deste tipo?

DOCUMENTOS QUE DEVERÃO SER SOLICITADOS NA VISITA AO NÍVEL CENTRAL

1. Documentos utilizados para quantificar a necessidade de medicamentos por módulo-padrão (memória de cálculo para programação).
2. Discriminação da alocação orçamentária por elemento de despesa com o programa farmácia básica no ano de 1998. (medicamentos, pólo distribuidor, laboratórios fabricantes, correios)
3. Discriminação do orçamento executado por elemento de despesa com o programa farmácia básica no ano de 1998.
4. Base de dados dos mapas de consumo (papel e arquivo)
5. Cessão dos programas de tratamento dos dados de consumo e de controle de qualidade
6. Cópia de contratos/convênios: pólos distribuidores, laboratórios produtores, correios

ANEXO 6: QUESTIONÁRIO DO PÓLO DISTRIBUIDOR

PÓLO DISTRIBUIDOR

QUESTIONÁRIO N: _____

BLOCO 1 : IDENTIFICAÇÃO

1 - NOME DO PÓLO DISTRIBUIDOR: _____

2 - NOME DO ENTREVISTADO: _____

3 - CARGO: _____

4 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

5 - DATA: ____ / ____ / ____

BLOCO 2: DIREÇÃO DO PÓLO DISTRIBUIDOR

6 - Como o Sr(a) define o programa farmácia básica ?

7 - Qual a sua opinião, sobre a entrega de medicamentos do programa farmácia básica feita pelo Serviço de Correios ?

8 - O Sr(a) participou da seleção da primeira lista de medicamentos do programa farmácia básica?

1() SIM

2() NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 10**

9 - Quais foram os critérios utilizados para selecionar estes medicamentos ?

10 - Em março deste ano, houve uma redução da lista de medicamentos do programa farmácia básica de 40 para 32 itens. O Sr(a) participou das discussões que conduziram à redução desta lista ?

1() SIM

2() NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 12**

11 - Por que a lista de medicamentos do programa farmácia básica foi reduzida de 40 para 32 itens ?

12 - O Sr(a) participou das discussões para estabelecer a quantidade de cada medicamento que comporia 1 kit da farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 14**

13 - Quais foram os critérios utilizados para estabelecer as quantidades de medicamentos em 1 kit ?

14 - O programa farmácia básica foi elaborado para efetuar entregar trimestrais dos medicamentos. Entretanto, as Secretarias Municipais de Saúde têm reclamado que está havendo atrasos. Quais seriam os motivos destes atrasos ?

Em alguns casos, os municípios recebem quantidade de determinados medicamentos, inferior ao que lhes é destinado. Estes municípios enviam o comunicado de divergência ao Ministério da Saúde e, mesmo assim, não recebem a quantidade do medicamento que estava faltando, segundo relato dos Secretários de Saúde. Com base nisto, gostaria de fazer duas perguntas ao Sr(a).

15 - O Sr(a) costuma receber do Ministério da Saúde os comunicados de divergência que se referem a este pólo distribuidor ?

1 () SIM

2 () NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 17**

16 - Estes comunicados de divergência são atendidos ?

1 () SIM. ⇒ **SOLICITAR CÓPIA DESTES DOCUMENTOS**

2 () NÃO. Por quê? _____

17 - Este pólo distribuidor possui controle da quantidade de medicamento que foi enviada a cada município ?

1 () SIM ⇒ **SOLICITAR CÓPIA DESTES DOCUMENTOS**

2 () NÃO

18 - Os medicamentos que foram enviados em quantidade inferior ao número de kits a ele destinado, são complementadas posteriormente ?

1() SIM

2() NÃO. Por quê? _____

19 - Que laboratórios produzem medicamentos do programa farmácia básica para este pólo distribuidor ?

20 - Este pólo distribuidor exige laudo de controle de qualidade dos medicamentos que são entregues por outros laboratórios ?

1 () SIM

2 () NÃO. POR QUÊ? _____

21 - Na sua opinião, o programa farmácia básica deve continuar ?

1() SIM

2() NÃO. POR QUÊ? _____

EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA IR PARA A PERGUNTA 24

22 - Na sua opinião o programa farmácia básica deve:

- 1() Permanecer centralizado ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 24**
- 2() Ser descentralizado para os estados
- 3() Ser descentralizado para os municípios

23 - Qual deve ser o papel desempenhado pelos estados e municípios neste novo modelo descentralizado na sua opinião ?

24 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do programa farmácia básica ?

25 - Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao programa farmácia básica ?

26 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir para a melhora do programa farmácia básica ?

BLOCO 3: ARMAZENAMENTO

NA PERGUNTA A SEGUIR, CASO A RESPOSTA SEJA POSITIVA SOLICITAR OS REGISTROS ONDE SÃO ANOTADOS OS RESULTADOS DA INSPEÇÃO E CONTAR O NÚMERO DE LOTES INSPECIONADOS NAS ÚLTIMAS 3 ENTREGAS.

27 - Nas últimas três entregas, foi feita a inspeção física dos medicamentos recebidos ?

1() SIM. Quantos: _____

2() NÃO

28 - O cronograma de entrega, por parte dos laboratórios produtores tem sido cumprido desde o início do programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO

BLOCO 4: BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO**ASPECTO EXTERNO**

observar

29 - O PRÉDIO APRESENTA-SE EXTERNAMENTE COM RACHADURAS, PINTURA DESCASCANDO E/OU SINAIS DE INFILTRAÇÃO?

1() SIM

2() NÃO

observar

30 - O ACESSO DE CAMINHÕES É LIVRE E DESIMPEDIDO ?

1() SIM

2() NÃO

observar

31 - EXISTE PÁTIO DE MANOBRA PARA CAMINHÕES E AUTOMÓVEIS?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

32 - A ÁREA DE MANOBRA DE VEÍCULOS É PAVIMENTADA ?

- 1() SIM
- 2() NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 35**

observar

33 - QUE TIPO DE PAVIMENTAÇÃO É UTILIZADO ?

- 1() ASFALTO
- 2() PEDRISCO
- 3() TERRA
- 4() OUTRO. QUAL ? _____

observar

34 - EXISTE BURACOS NA PAVIMENTAÇÃO ?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

35 - NOS ARREDORES DO ALMOXARIFADO OBSERVA-SE:

- 1() LIXO
 - 2() SUJIDADES
 - 3() MAL CHEIRO
 - 4() POSSIBILIDADE DE FORMAÇÃO DE POEIRA
 - 5() FONTES POLUIDORAS. QUAIS:
-
-

RECEPÇÃO DE MERCADORIAS

36 - Este local é utilizado para:

- 1() Recepção e expedição
- 2() Só para recepção
- 3() Só para expedição

37 - Existe vestiário ?

- 1() SIM
- 2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 39**

38 - Existe armários para a guarda dos pertences dos funcionários?

- 1() SIM para **todos** os funcionários
- 2() SIM para **alguns** funcionários
- 3() NÃO

observar

39 - COMO É FEITA A DESCARGA DOS CAMINHÕES

- 1() A NÍVEL DO SOLO
- 2() EM PLATAFORMAS

observar

40 - O LOCAL DE DESCARGA É PROTEGIDO POR MARQUISA DE INTEMPÉRIES?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

41 - OBSERVA-SE NO LOCAL PRESENÇA DE:

- 1() NENHUMA SUJIDADE
 - 2() PÓ
 - 3() LIXO
 - 4() OTRAS SUJIDADES. QUAIS: _____
- _____

observar

42 - EXISTE EXTINTORES DE INCÊNDIO NO LOCAL ?

- 1() SIM
- 2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 45**

observar

43 - OS EXTINTORES ENCONTRAM-SE DENTRO DA DATA DE VALIDADE?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

44 - O ACESSO AOS EXTINTORES ESTÁ DESIMPEDIDO?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

45 - O PISO APRESENTA-SE:

- 1() COM RACHADURAS
- 2() COM BURACOS
- 3() UNIFORME
- 4() OUTRO: _____

observar

46 - HÁ SEPARAÇÃO FÍSICA BEM DELIMITADA ENTRE:

- 1() RECEBIMENTO E EXPEDIÇÃO
- 2() RECEBIMENTO E ARMAZENAGEM GERAL
- 3() NÃO HÁ SEPARAÇÃO

observar

47 - EXISTE LOCAL DETERMINADO PARA A PARTE BUROCRÁTICA DE RECIBIMENTO ?

- 1() SIM
- 2() NÃO

ÁREA DE ARMAZENAGEM

48 - Na sua opinião, existe equipamentos suficientes à operação racional do almoxarifado ?

1() SIM

2() NÃO

49 - Há possibilidade de entrada de chuva?

1() SIM. Motivo: _____

2() NÃO

50 - Existe sistema de controle de temperatura ?

1() SIM. Qual: _____

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 53**

observar

51 - Existem registros escritos de controle da temperatura ?

1() SIM. Qual a data do último registro? ____/____/____

2() NÃO

observar

52 - QUAL A TEMPERATURA LOCAL?

1() MÁXIMA: _____ °C

2() MÉDIA: _____ °C

3() MÍNIMA: _____ °C

observar

53 - A COBERTURA ENCONTRA-SE SEM GOTEIRAS?

1() SIM

2() NÃO

observar

54 - EXISTE SINAIS DE INFILTRAÇÃO COMO:

- 1() NENHUM
- 2() MOFO
- 3() RACHADURA
- 4() PAREDES DESCASCADAS
- 5() OUTROS. QUAIS: _____

observar

55 - EXISTE ALGUMA PROTEÇÃO CONTRA ENTRADA DE:

- 1() NENHUMA
- 2() ROEDORES
- 3() AVES
- 4() INSETOS
- 5() OUTRO. QUAL: _____

observar

56 - FORAM OBSERVADOS INDÍCIOS DA PRESENÇA DE:

- 1() NENHUM
- 2() ROEDORES
- 3() INSETOS
- 4() AVES
- 5() OUTROS ANIMAIS. QUAIS: _____

observar

57 - EXISTE EXTINTORES DE INCÊNDIO NO LOCAL ?

- 1() SIM
- 2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 61**

observar

58 - OS EXTINTORES ENCONTRAM-SE DENTRO DA DATA DE VALIDADE?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

59 - O ACESSO AOS EXTINTORES ESTÁ DESIMPEDIDO?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

60 - OS EXTINTORES ESTÃO SINALIZADOS?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

61 - EXISTE COLETORES DE LIXO NO LOCAL?

- 1() SIM E ESTÃO **TAMPADOS**
- 2() SIM E ESTÃO **DESTAMPADOS**
- 3() NÃO

observar

62 - EXISTE ESTRADOS SUFICIENTES PARA A ARMAZENAMENTO:

- 1() NÃO EXISTEM ESTRADOS
- 2() DE **TODOS** OS MEDICAMENTOS
- 3() DE **ALGUNS** MEDICAMENTOS

observar

63 - O ARRANJO FÍSICO DA ÁREA PERMITE MOVIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

64 - EXISTE PRATELEIRAS SUFICIENTE PARA A ARMAZENAGEM:

- 1() NÃO EXISTE PRATELEIRAS
- 2() DE **TODOS** OS MEDICAMENTOS
- 3() DE **ALGUNS** MEDICAMENTOS

observar

65 - O PISO APRESENTA-SE:

- 1() COM RACHADURAS
 - 2() COM BURACOS
 - 3() UNIFORME
 - 4() OUTRO:
-

observar

66 - OBSERVA-SE NO LOCAL PRESENÇA DE:

- 1() NENHUMA SUJIDADE
 - 2() PÓ
 - 3() LIXO
 - 4() CAIXAS VAZIAS
 - 5() OUTRAS SUJIDADES. QUAIS: _____
-

observar

67 - NO ALMOXARIFADO GERAL DE MEDICAMENTOS ESTÃO ESTOCADOS OUTROS PRODUTOS OU MATERIAIS QUE NÃO MEDICAMENTOS?

- 1() SIM. ESPECIFICAR: _____
 - 2() NÃO
-

observar

68 - O EMPILHAMENTO MÁXIMO É OBEDECIDO ?

- 1() SIM
 - 2() NÃO. QUAIS OS MEDICAMENTOS FORA DO EMPILHAMENTO MÁXIMO:
-
-
-

EXPEDIÇÃO DE MEDICAMENTOS

69 - Este local é utilizado para:

- 1() Recepção e expedição
- 2() Só para recepção
- 3 () Só para expedição

observar

70 - O CARREGAMENTO DE MEDICAMENTOS EM CAMINHÕES É FEITO:

- 1() AO NÍVEL DO SOLO
- 2() EM PLATAFORMA

observar

71 - O CARREGAMENTO É PROTEGIDO CONTRA INTEMPÉRIES

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

72 - OBSERVA-SE NO LOCAL PRESENÇA DE:

- 1() NENHUMA SUJIDADE
- 2() PÓ
- 3() LIXO
- 4() CAIXAS VAZIAS
- 5() OUTRAS SUJIDADES. QUAIS: _____

observar

73 - EXISTE EXTINTORES DE INCÊNDIO NO LOCAL ?

- 1() SIM
- 2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 77**

observar

74 - OS EXTINTORES ENCONTRAM-SE DENTRO DA DATA DE VALIDADE?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

75 - O ACESSO AOS EXTINTORES ESTÁ DESIMPEDIDO?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

76 - OS EXTINTORES ESTÃO SINALIZADOS ?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

77 - O PISO APRESENTA-SE:

- 1() COM RACHADURAS
- 2() COM BURACOS
- 3() UNIFORME
- 4() OUTRO: _____

observar

78 - EXISTE LOCAL DETERMINADO PARA A PARTE BUROCRÁTICA DE EXPEDIÇÃO?

- 1() SIM
- 2() NÃO

PROCEDIMENTOS DE RECEBIMENTO

79 - Existe procedimentos escritos para a recepção de medicamentos ?

- 1() SIM
- 2() NÃO

80 - Na sua opinião, estes procedimentos são seguidos ?

- 1() SIM
- 2() NÃO
- 3() NÃO SABE

81 - Se houver discordância quanto as quantidades ou a integridade física dos medicamentos, qual o procedimento adotado

1() NÃO RECEBE

2() RECEBE

3() RECEBE E NOTIFICA AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

4() OUTRO. QUAL: _____

82 - Quando os medicamentos são recebidos, eles são examinados quanto ao número de lote e prazo de validade?

1() SIM

2() NÃO

83 - Quando são recebidos mais de um lote de um mesmo medicamento, como eles são organizados no estoque ?

1() Todos juntos, sem separação por lote

2() Separados por lote

PROCEDIMENTOS DE ARMAZENAMENTO

84 - Existe procedimentos escritos para as atividades relativas ao armazenamento dos medicamentos?

1() SIM

2() NÃO

85 - Existe instruções por escrito para destruição de medicamentos vencidos?

1() SIM

2() NÃO. DESCREVER SUCINTAMENTE COMO É FEITA ESTA DESTRUIÇÃO:

86 - Costuma-se realizar inventários periódicos dos medicamentos do PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA?

- 1() SIM. Periodicidade: _____
2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 88**

87 - As diferenças observadas no inventário são anotadas e explicadas?

- 1() SIM, **TODAS**
2() SIM, **ALGUMAS**
3() NÃO

observar

88 - EXISTE MEDICAMENTO EMPILHADO DIRETAMENTE EM CONTATO COM O PISO?

- 1() SIM
2() NÃO

observar

89 - EXISTE MEDICAMENTO EM CONTATO COM A PAREDE?

- 1() SIM
2() NÃO

observar

90 - OS MEDICAMENTOS ESTÃO ESTOCADOS SEPARADAMENTE POR VALIDADE?

- 1() SIM
2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 92**

observar

91 - OS MEDICAMENTOS QUE POSSUEM A VALIDADE MAIS RECENTE ESTÃO EM POSIÇÃO DE SEREM DESPACHADOS PRIMEIRO ?

- 1() SIM
2() NÃO

observar

92 - EXISTE FICHAS DE PRATELEIRA PARA CONTROLE DO ESTOQUE DOS MEDICAMENTOS?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 95**

observar

93 - COMO SÃO AS FICHAS DE PRATELEIRAS ?

1() INFORMATIZADAS

2() MANUAIS

observar

94 - AS FICHAS DE PRATELEIRA IDENTIFICAM:

1() CADA LOTE DO MEDICAMENTO

2() TODOS OS LOTES DE UM MEDICAMENTO

observar

95 - EXISTE ALGUMA RESTRIÇÃO À PRESENÇA DE PESSOAS ESTRANHAS AO SEU FUNCIONAMENTO NO RECINTO DO ALMOXARIFADO ?

1() SIM. QUAL: _____

2() NÃO

PROCEDIMENTOS DE EXPEDIÇÃO

96 - Existe procedimentos escritos para a expedição de medicamentos ?

1() SIM

2() NÃO

observar

97 - SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DE UM REGISTRO DE EXPEDIÇÃO E OBSERVAR SE CONSTAM

1() NOME DO MEDICAMENTO

2() NÚMERO DO LOTE

3() DESTINO

4() OUTROS. QUAIS: _____

PROCEDIMENTOS DE ADMINISTRAÇÃO

98 - O escritório da administração do almoxarifado situa-se no mesmo prédio onde são recebidos, armazenados e expedidos os medicamentos?

1() SIM

2() NÃO

99 - Na sua opinião, os espaços são suficientes para o trabalho rotineiro ?

1() SIM

2() NÃO

DADOS COMPLEMENTARES

100 - NOME DO RESPONSÁVEL PELO ALMOXARIFADO: _____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

101 - NÚMERO TOTAL DE FUNCIONÁRIOS DO ALMOXARIFADO:

1 - EM SERVIÇOS BUROCRÁTICOS: _____

2 - NA MOVIMENTAÇÃO DE ESTOQUE: _____

102 - Houve acréscimo do número de funcionário para o trabalho com os medicamentos do PROGRAMA FARMÁCIA BÁSICA?

1() SIM . Quantos ? _____

2() NÃO

103 - Na sua opinião, o número de funcionários é adequado ao trabalho desenvolvido ?

1() SIM

2() NÃO

BLOCO 5: PERCEPÇÃO DE ATORES

104 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do programa farmácia básica?

105 - Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao programa farmácia básica ?

106 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir com o programa farmácia básica?

ANEXO 7: QUESTIONÁRIO DA SMS

NÍVEL LOCAL – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**QUESTIONÁRIO N _____****BLOCO 1 : IDENTIFICAÇÃO**

1 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

2 - NOME DO ENTREVISTADO: _____

3 - FUNÇÃO: _____

4 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

5 - DATA: ____/____/____ Início: _____ h Término: _____ h

BLOCO 2 : INDICADORES DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

INDICADOR	DATASUS 199__	MUNICÍPIO
6 - População total do município (em milhares)		
7 - Taxa média de crescimento da população no período de 1991-1996 (%)		
8 - Expectativa de vida (anos)		
9 - Renda per capita		
10 - Taxa de mortalidade infantil (por 1.000)		
11 - Taxa de mortalidade materna (por 100.000)		
12 - Taxa bruta de mortalidade		

13 - Quais as 5 principais causas de MORBIDADE INFANTIL ?

DATASUS ano: _____	MUNICÍPIO ano: _____ fonte: _____

14 - Quais as 5 principais causas de MORTALIDADE INFANTIL ?

DATASUS ano: _____	MUNICÍPIO ano: _____ fonte: _____

15 - Quais as 5 principais causas de MORBIDADE EM ADULTOS ?

DATASUS ano: _____	MUNICÍPIO ano: _____ fonte: _____

16 - Quais as 5 principais causas de MORTALIDADE EM ADULTOS ?

DATASUS ano: _____	MUNICÍPIO ano: _____ fonte: _____

17 - Qual a principal atividade econômica do município ?

18 - Qual a renda per capita do município ?

19 - Qual o valor anual destinado à saúde a partir do orçamento total do município e que percentagem ele corresponde do orçamento total da prefeitura?

_____ % R\$ _____

20 - O município aloca recurso próprio para a compra de medicamentos?

1() SIM

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 23**

21 - Qual é o orçamento público anual alocado à compra de medicamentos ?

R\$ _____ (_____ %)

22 - Qual é o orçamento executado, até o momento, com a compra de medicamentos ?

R\$ _____ (_____ %)

23 - A prefeitura recebe o PAB (Piso de Atenção Básica) ?

1() SIM

2() NÃO

BLOCO 3 : DADOS SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

24 - A prefeitura tem organograma ?

1() SIM ➔ **SOLICITAR CÓPIA DO ORGANOGAMA**

2() NÃO

25 - E a secretaria municipal de saúde, possui organograma ?

1() SIM ➔ **SOLICITAR CÓPIA DO ORGANOGAMA**

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 27**

26 - Existe no organograma da secretaria municipal de saúde, algum órgão, divisão, departamento serviço, setor ou seção responsável pela assistência farmacêutica ?

- 1() SIM. Nome do farmacêutico: _____
2() NÃO

27 - Existe no município:

(MARCAR COM S PARA RESPOSTA POSITIVA E N PARA RESPOSTA NEGATIVA)

- 1() Fundo Municipal de Saúde
2() Conselho Municipal de Saúde

28 - Quantas unidades básicas de saúde para o atendimento de pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde) existem no município?

SOLICITAR LISTA COM NOME E ENDEREÇO DAS UNIDADES.

29 - Destas, quantas localizam-se na área rural ? _____

30 - Quais os hospitais de referência para o atendimento dos pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde) portadores de doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes) e infecções respiratórias agudas ?

NOME DO HOSPITAL: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME DO HOSPITAL: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

NOME DO HOSPITAL: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

BLOCO 4: PFB (SECRETÁRIO DE SAÚDE)

31 - O Sr(a) conhece o programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO

32 - O Sr(a) recebeu o memento terapêutico do programa farmácia básica ?

1() SIM Quantos? _____

2() NÃO

33 - A sua administração teve problemas para iniciar o programa farmácia básica ?

1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO

34 - Quantas unidades de saúde dispensam os medicamentos do programa farmácia básica ?

_____ Quais ? _____

35 - O programa farmácia básica será implantado em duas etapas, na 1ª etapa serão distribuídos os medicamentos e na 2ª etapa será feito o repasse de verbas para a aquisição de medicamentos. Na sua opinião, o programa farmácia básica vai ser mantido, mesmo após o Governo suspender o repasse de medicamentos ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê? _____

36 - O Sr(a) conhece outros programas de distribuição de medicamentos ?

1() SIM

2() NÃO ➔ ***IR PARA O PRÓXIMO BLOCO***

37 - O Sr(a) pode estabelecer comparações ou diferenças entre o programa farmácia básica e outros programas de distribuição de medicamentos ?

BLOCO 7: RECURSOS HUMANOS E TRANSPORTE

38 - Na secretaria municipal de saúde, qual o número total de:

(1) farmacêuticos: _____

(2) técnicos de farmácia: _____

(3) médicos: _____

(4) dentistas: _____

39 - Existe(m) na prefeitura veículo(s) exclusivos(s) para o transporte de medicamentos ?

1() SIM. Quantos: _____

2() NÃO

BLOCO 8: PERCEPÇÃO DE ATORES

40 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do programa farmácia básica ?

41 - Em uma escala de 0 a 10, que nota O Sr(a) atribui ao programa farmácia básica ?

42 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir para o programa farmácia básica ?

BLOCO 9: PFB
(Depósito Municipal)

43 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

44 - ENTREVISTADO: _____

45 - CARGO: _____

46 - TEMPO NO CARGO: _____

47 - OUTRAS FUNÇÕES NO MUNICÍPIO: _____

48 - CURSOS REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 3 ANOS REFERENTES À ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS, FARMÁCIA AMBULATORIAL E/OU ORIENTAÇÃO A PACIENTE:

49 - RESPONSÁVEL PELO DEPÓSITO: _____

50 - ENTREVISTADOR: _____

51 - DATA: ____/____/____ INÍCIO: _____h TÉRMINO: ____h

52 - O Sr(a) conhece o programa farmácia básica ?

1() SIM.

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 54**

53 - Como o Sr(a) definiria este programa ?

54 - O Sr(a) recebeu o manual de procedimentos do programa farmácia básica ?

1() SIM Quantos: _____

2() NÃO

55 - O Sr(a) conhece as normas do programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO

56 - O Sr(a) costuma ter alguma dificuldade na execução das normas do programa farmácia básica ?

1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO

57 - O Sr(a) recebeu o memento terapêutico do programa farmácia básica ?

1() SIM Quantos: _____

2() NÃO

58 - Como O Sr(a) costuma fazer o demonstrativo de movimentação de medicamentos ?

SOLICITAR CÓPIA DO DEMONSTRATIVO DE MOVIMENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS

59 - Quantas entregas relativas ao programa farmácia básica este município recebeu até o momento?

SOLICITAR AS DATAS EM QUE OCORRERAM ESTAS ENTREGAS E ANOTAR

60 - Na última entrega, quantos kits de farmácia básica foram recebidos?

61 - Os kits recebidos estavam completos ?

1() SIM

2() NÃO

62 - O Sr(a) costuma receber medicamentos do programa farmácia básica com a validade vencida?

1() SIM. Quais? _____

2() NÃO

63 - O Sr(a) costuma perder medicamentos do programa farmácia básica por vencimento da validade ?

1() SIM. Quais ?

2() NÃO

64 - Na sua opinião, o programa farmácia básica melhorou a assistência farmacêutica ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê ? _____

65 - Se costuma fazer alguma divulgação da relação de medicamentos do programa farmácia básica para os médicos da unidade ?

1() SIM. De que forma ? _____

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 68**

66 - Nesta divulgação se costuma informar:

(MARCAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

1() a relação integral dos medicamentos do programa farmácia básica.

2() somente os medicamentos disponíveis na farmácia.

3() outro. Qual? _____

67 - Com que periodicidade se costuma divulgar a lista de medicamentos do programa farmácia básica ?

68 - O Sr(a) costuma observar excesso de estoque de algum medicamento do programa farmácia básica ?

1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 70**

69 - O que costuma-se fazer com os medicamentos que encontram-se em excesso?

70 - O Sr.(a) foi informado oficialmente (através de algum documento fornecido pelo Ministério da Saúde) que haveria mudança na lista de medicamentos do programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO

71 - Como é feita a reposição de medicamentos do programa farmácia básica para as unidades de saúde ?

BLOCO 10: PFB
(Posto de Medicamentos)

ATENÇÃO: ESTE QUESTIONÁRIO SÓ DEVE SER APLICADO NOS MUNICÍPIOS ONDE O LOCAL QUE RECEBE OS MEDICAMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, SEJA O MESMO EM QUE OCORRA A DISPENSAÇÃO.

72 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

73 - ENTREVISTADO: _____

74 - CARGO: _____

75 - TEMPO NO CARGO: _____

76 - OUTRAS FUNÇÕES NO MUNICÍPIO: _____

77 - CURSOS REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 3 ANOS REFERENTES À ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS, FARMÁCIA AMBULATORIAL E/OU ORIENTAÇÃO A PACIENTE:

78 - RESPONSÁVEL PELO POSTO DE MEDICAMENTOS: _____

79 - ENTREVISTADOR: _____

80 - DATA: ____/____/____ INÍCIO: _____h TÉRMINO: ____h

81 - O Sr(a) conhece o programa farmácia básica ?

1() SIM.

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 83**

82 - Como o Sr(a) definiria este programa ?

83 - O Sr(a) recebeu o manual de procedimentos do programa farmácia básica ?

1() SIM Quantos: _____

2() NÃO

84 - O Sr(a) conhece as normas do programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO

85 - O Sr(a) costuma ter alguma dificuldade na execução das normas do programa farmácia básica ?

1() SIM. Quais? _____

2() NÃO

86 - O Sr(a) recebeu o memento terapêutico do programa farmácia básica ?

1() SIM Quantos: _____

2() NÃO

87 - Como O Sr(a) costuma fazer o demonstrativo de movimentação de medicamentos ?

SOLICITAR CÓPIA DO DEMONSTRATIVO DE MOVIMENTAÇÃO DE MEDICAMENTOS

88 - Quantas entregas relativas ao programa farmácia básica este município recebeu até o momento?

SOLICITAR AS DATAS EM QUE OCORRERAM ESTAS ENTREGAS E ANOTAR

89 - Na última entrega, quantos kits de farmácia básica foram recebidos?

90 - Os kits recebidos estavam completos ?

1() SIM

2() NÃO

91 - O Sr(a) costuma receber medicamentos do programa farmácia básica com a validade vencida?

1() SIM. Quais? _____

2() NÃO

92 - O Sr(a) costuma perder medicamentos do programa farmácia básica por vencimento da validade ?

1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO

93 - Na sua opinião, o programa farmácia básica melhorou a assistência farmacêutica ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê? _____

94 - Se costuma fazer alguma divulgação da relação de medicamentos do programa farmácia básica para os médicos da unidade ?

1() SIM. De que forma ? _____

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 97**

95 - Nesta divulgação se costuma informar:

(MARCAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- 1() a relação integral dos medicamentos do programa farmácia básica.
- 2() somente os medicamentos disponíveis na farmácia.
- 3() outro. Qual? _____

96 - Com que periodicidade se costumar divulgar a lista de medicamentos do programa farmácia básica ?

observar

97 - Normalmente exige-se prescrição para o atendimento dos medicamentos do programa farmácia básica ?

- 1() SIM, **sempre**
- 2() SIM, **às vezes**
- 3() NÃO

98 - Costuma-se arquivar as prescrições do programa farmácia básica ?

- 1() SIM. Por quanto tempo ? _____
- 2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 100**

99 - Como são arquivadas as prescrições habitualmente ?

- 1() NÃO EXISTE UMA ORDEM DEFINIDA
- 2() por dia
- 3() por clínica
- 4() por mês
- 5() outra.. Qual ? _____

100 - Se costuma fazer alguma estatística sobre os medicamentos/prescrições não atendidas de medicamentos ?

- 1() SIM ➔ **SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO**
2() NÃO

101 - O Sr(a) costuma observar excesso de estoque de algum medicamento do programa farmácia básica ?

- 1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 103**

102 - O que costuma-se fazer com os medicamentos que encontram-se em excesso?

103 - O Sr. foi informado oficialmente (através de algum documento fornecido pelo Ministério da Saúde) que haveria mudança na lista de medicamentos do programa farmácia básica ?

- 1() SIM
2() NÃO

104 - Como é feita a reposição de medicamentos do programa farmácia básica para as unidades de saúde ?

BLOCO 11: BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO**(Depósito Municipal ou Posto de Medicamentos)**

105 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

106 - NOME DO ENTREVISTADO: _____

107 - FUNÇÃO: _____

108 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

109 - DATA: ____/____/____ INÍCIO: ____h TÉRMINO: ____h

110 - Gostaria que o Sr(a) me apresentasse os **avisos de recebimento** de medicamentos do programa farmácia básica recebidos nos 6 últimos meses.

DE POSSE DAS NOTAS FISCAIS ANOTAR A DIFERENÇA, EM NÚMERO DE DIAS, EXISTENTE ENTRE A EMISSÃO DA NOTA E O RECEBIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE.

____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____

ÁREA DE ARMAZENAGEM

111 - Existe termômetro para verificação da temperatura no ambiente ?

1() SIM. Qual: _____

2() NÃO. Por quê? _____

112 - Existe registros escritos de controle da temperatura ?

1() SIM. Qual a data do último registro? ____/____/____

2() NÃO

observar

113 - QUAL A TEMPERATURA LOCAL?

- 1() NÃO HÁ CONTROLE ESCRITO DE TEMPERATURA
- 2() MÁXIMA: _____ °C
- 3() MÉDIA: _____ °C
- 4() MÍNIMA: _____ °C

114 - Há possibilidade de entrada de chuva?

- 1() SIM. Qual o motivo ? _____

- 2() NÃO

observar

115 - A COBERTURA ENCONTRA-SE SEM GOTEIRAS?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

116 - EXISTE SINAIS DE INFILTRAÇÃO COMO:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

- 1() NENHUM
- 2() MOFO
- 3() RACHADURA
- 4() PAREDES DESCASCADAS
- 5() OUTROS. QUAIS: _____

observar

117 - EXISTE ALGUMA PROTEÇÃO CONTRA ENTRADA DE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

- 1() NENHUMA
- 2() ROEDORES
- 3() AVES
- 4() INSETOS
- 5() OUTRO ANIMAL. QUAL: _____

observar

118 - FORAM OBSERVADOS INDÍCIOS DA PRESENÇA DE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

- 1() NENHUM
- 2() ROEDORES
- 3() INSETOS
- 4() AVES
- 5() OUTROS ANIMAIS

observar

119 - EXISTE EXTINTORES DE INCÊNDIO NO LOCAL ?

- 1() SIM
- 2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 122**

observar

120 - OS EXTINTORES ENCONTRAM-SE DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

121 - O ACESSO AOS EXTINTORES ESTÁ DESIMPEDIDO?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

122 - EXISTEM COLETORES DE LIXO NO LOCAL?

- 1() SIM E ESTÃO **TAMPADOS**
- 2() SIM E ESTÃO **DESTAMPADOS**
- 3() NÃO

observar

123 - HÁ NECESSIDADE DE ESTRADOS PARA A ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS ?

1() SIM

2() NÃO ➔ *IR PARA A PERGUNTA 125*

observar

124 - EXISTE ESTRADOS SUFICIENTES PARA A ARMAZENAMENTO:

1() NÃO EXISTEM ESTRADOS

2() DE **TODOS** OS MEDICAMENTOS

3() DE **ALGUNS** MEDICAMENTOS

observar

125 - O ARRANJO FÍSICO DA ÁREA PERMITE MOVIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

1() SIM

2() NÃO

observar

126 - EXISTE PRATELEIRAS SUFICIENTES PARA A ARMAZENAGEM:

1() NÃO EXISTEM PRATELEIRAS

2() DE **TODOS** OS MEDICAMENTOS

3() DE **ALGUNS** MEDICAMENTOS

observar

127 - O PISO APRESENTA-SE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() COM RACHADURAS

2() COM BURACOS

3() UNIFORME

4() OUTRO: _____

observar

128 - OBSERVA-SE NO LOCAL PRESENÇA DE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() NENHUMA SUJIDADE

2() PÓ

3() LIXO

4() CAIXAS VAZIAS

5() OUTRAS SUJIDADES. QUAIS: _____

observar

129 - NO ALMOXARIFADO GERAL DE MEDICAMENTOS ESTÃO ESTOCADOS OUTROS PRODUTOS OU MATERIAIS QUE NÃO MEDICAMENTOS?

1() SIM. ESPECIFICAR: _____

2() NÃO

observar

130 - O EMPILHAMENTO MÁXIMO É OBEDECIDO ?

1() SIM

2() NÃO. QUAIS OS MEDICAMENTOS FORA DO EMPILHAMENTO MÁXIMO:

PROCEDIMENTOS DE RECEBIMENTO

131 - Se houver diferenças entre a quantidade escrita no documento e a quantidade recebida do medicamento, o que é feito ?

1() não recebe

2() recebe

3() recebe e notifica ao Ministério da Saúde

4() realiza outro procedimento. Qual: _____

132 - Se, no ato de recebimento, forem verificadas embalagens quebradas, molhadas ou danificadas de outra forma, o que é feito ?

1() não recebe

2() recebe

3() recebe e notifica ao Ministério da Saúde

4() realiza outro procedimento. Qual: _____

133 - Existe disponível o formulário **comunicado de divergência** ?

1() SIM

2() NÃO

134 - Quando os medicamentos são recebidos, eles são examinados quanto ao prazo de validade?

1() SIM

2() NÃO. Por quê ? _____

PROCEDIMENTOS DE ARMAZENAMENTO

135 - Existe procedimentos escritos para as atividades relativas ao armazenamento dos medicamentos?

1() SIM

2() NÃO

136 -Existe instruções por escrito para destruição de medicamentos vencidos?

1() SIM. DESCREVER SUCINTAMENTE COMO É FEITA ESTA DESTRUIÇÃO:

2() NÃO

137 - São realizados inventários periódicos de medicamentos ?

1() SIM. Qual a periodicidade ? _____

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 139**

138 - As diferenças observadas no inventário são anotadas e explicadas?

- 1() NÃO SÃO OBSERVADAS DIFERENÇAS
2() SIM, **TODAS**
3() SIM, **ALGUMAS**
4() NÃO

observar

139 - EXISTE MEDICAMENTOS EMPILHADOS DIRETAMENTE EM CONTATO COM O **PISO?**

- 1() SIM
2() NÃO

observar

140 - EXISTE MEDICAMENTOS DIRETAMENTE EMPILHADOS EM CONTATO COM AS **PAREDES?**

- 1() SIM
2() NÃO

observar

141 - OS MEDICAMENTOS ESTÃO ESTOCADOS SEPARADAMENTE POR VALIDADE ?

- 1() SIM
2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 143**

observar

142 - OS MEDICAMENTOS QUE POSSUEM A VALIDADE MAIS RECENTE ESTÃO EM POSIÇÃO DE SEREM DESPACHADOS PRIMEIRO ?

- 1() SIM
2() NÃO

observar

143 - EXISTE FICHAS DE PRATELEIRA PARA CONTROLE DO ESTOQUE DOS MEDICAMENTOS?

- 1() SIM
2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 146**

observar

144 - COMO SÃO AS FICHAS DE PRATELEIRAS ?

- 1() INFORMATIZADAS
- 2() MANUAIS

observar

145 - O QUE AS FICHAS DE PRATELEIRA IDENTIFICAM ?

- 1() CADA LOTE DO MEDICAMENTO
- 2() TODOS OS LOTES DE UM MEDICAMENTO

observar

146 - EXISTE ALGUMA RESTRIÇÃO À PRESENÇA DE PESSOAS ESTRANHAS AO SEU FUNCIONAMENTO NO RECINTO DO ALMOXARIFADO ?

- 1() SIM. QUAL: _____

- 2() NÃO

PROCEDIMENTOS DE EXPEDIÇÃO

147- Existe registros de expedição de medicamentos ?

- 1() SIM
- 2() NÃO ➔ **IR PARA O PRÓXIMO BLOCO**

observar

148 - SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DE REGISTROS DE EXPEDIÇÃO E OBSERVAR SE CONSTAM:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

- 1() NOME DO MEDICAMENTO
- 2() NÚMERO DO LOTE
- 3() DESTINO
- 4() OUTROS. QUAIS: _____

BLOCO 12: PERCEÇÃO DE ATORES**(Responsável pelo Depósito Municipal ou pelo Posto de Medicamentos)**

149 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do programa farmácia básica ?

150 - Em uma escala de 0 a 10, que nota O Sr(a) atribui ao programa farmácia básica ?

151 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir com o programa farmácia básica?

BLOCO 13: ARMAZENAMENTO
(Depósito Municipal ou Posto de Medicamentos)

NA PERGUNTA A SEGUIR, CASO A RESPOSTA SEJA POSITIVA SOLICITAR OS REGISTROS ONDE SÃO ANOTADOS OS RESULTADOS DA INSPEÇÃO E CONTAR O NÚMERO DE LOTES INSPECIONADOS NAS ÚLTIMAS 3 ENTREGAS.

152 - Nas últimas entregas, foram realizadas inspeções físicas dos lotes de medicamentos recebidos ?

CASO A PESSOA QUE RESPONDA A ESTA QUESTÃO NÃO SEJA O FARMACÊUTICO, EXPLICAR O QUE É INSPEÇÃO FÍSICA DANDO COMO EXEMPLO: CONFERÊNCIA DOS DIZERES DO RÓTULO, SACUDIR UM FRASCO DE SUSPENSÃO PARA VERIFICAR SE O SEU CONTEÚDO DE MISTURA, VERIFICAR SE OS COMPRIMIDOS ESTÃO MANCHADOS, ETC)

1() SIM

2() NÃO

153 - Existe controle escrito desta inspeção física

1() SIM ⇒ **SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO**

2() NÃO

154 - A inspeção física é feita com base no número do lote ?

1() SIM ⇒ **PREENCHER O QUADRO ABAIXO**

2() NÃO

ENTREGA	Nº DE LOTES RECEBIDOS	Nº DE LOTES INSPECIONADOS
1		
2		
3		

155 - Existe registro dos lotes de medicamentos recebidos nas últimas três entregas ?

1() SIM

2() NÃO ⇒ ***IR PARA O PRÓXIMO BLOCO***

SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS REFERENTES ÀS 3 ÚLTIMAS ENTREGAS.

156 - Quantos lotes de medicamentos foram recebidos nas últimas três entregas ?

BLOCO 14: INVENTÁRIO
(Depósito Municipal ou Posto de Medicamentos)

157 - DATA ____/____/____

158 - NOME DA UNIDADE: _____

159 - TIPO DE UNIDADE: _____

160 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

INÍCIO: _____ h TÉRMINO: _____ h

PREENCHER A PLANILHA A SEGUIR ONDE:

VV = VALIDADE VENCIDA. PREENCHER COM S PARA SIM E N PARA NÃO.

CONTAGEM REGISTRADA = ÚLTIMO SALDO ANOTADO NA FICHA DE REGISTRO DE ESTOQUE.

DIAS SEM ESTOQUE = SOMA DO NÚMERO DE DIAS EM QUE O MEDICAMENTO ESTEVE COM ESTOQUE ZERO. INCLUEM-SE NESTE ITEM OS MEDICAMENTOS PROVENIENTES DE QUAISQUER FONTES, DESDE QUE FAÇAM PARTE DO ELENCO DE MEDICAMENTOS DO PFB.

DIAS SEM PFB = SOMA DO NÚMERO DE DIAS EM QUE O MEDICAMENTO ESTEVE FORA DE ESTOQUE A CONTAR DO INÍCIO DO PFB. O MEDICAMENTO É CONSIDERADO FORA DE ESTOQUE A PARTIR DO DIA EM QUE ACABA A QUANTIDADE DO MEDICAMENTO FORNECIDO PELO PFB.

POR EXEMPLO: NO KIT DA FARMÁCIA BÁSICA FORAM RECEBIDOS 1.000 COMPRIMIDOS DE METILDOPA NO DIA 13/01/98. ATÉ O DIA 6/03/98 FORAM GASTOS 1.000 COMPRIMIDOS DESTA MEDICAMENTO. INDEPENDENTE DE EXISTIR AINDA SALDO DESTE PRODUTO, A PARTIR DO DIA 07/03/98, ELE É CONSIDERADO FORA DE ESTOQUE.

RECEBIMENTOS RECENTES = QUANTIDADES DE MEDICAMENTOS RECEBIDAS RECENTEMENTE E QUE AINDA NÃO FORAM REGISTRADAS NAS FICHA DE CONTROLE DE ESTOQUE.

SAÍDAS RECENTES = QUANTIDADES DE MEDICAMENTOS DISPENSADAS OU DISTRIBUÍDAS RECENTEMENTE E QUE AINDA NÃO FORAM REGISTRADAS NAS FICHA DE CONTROLE DE ESTOQUE.

TOTAL AJUSTADO = CONTAGEM REGISTRADA + RECEBIMENTOS RECENTES - SAÍDAS RECENTES

CONTAGEM FÍSICA = CONTAGEM DO MEDICAMENTO EXISTENTE EM ESTOQUE NAS PRATELEIRAS OU EM OUTROS LOCAIS DE ARMAZENAMENTO.

ATENÇÃO: NÃO DEIXAR CÉLULA DA TABELA EM BRANCO. CASO A INFORMAÇÃO NÃO ESTEJA DISPONÍVEL, ESCREVER **ND**.

161 - ANOTAR OS MEDICAMENTOS QUE NÃO FORAM ENVIADOS NAS ENTREGAS:

PRIMEIRA ENTREGA (___ / ___ / ___) : _____

SEGUNDA ENTREGA (___ / ___ / ___) : _____

TERCEIRA ENTREGA (___ / ___ / ___) : _____

QUARTA ENTREGA (___ / ___ / ___) : _____

ANEXO 8: QUESTIONÁRIO DA UBS

NÍVEL LOCAL - UNIDADE DE SAÚDE (DIREÇÃO)

QUESTIONÁRIO 22/07/98 N: _____

BLOCO 1 : IDENTIFICAÇÃO

- 1 - NOME DO MUNICÍPIO: _____
- 2 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE: _____
- 3 - ENDEREÇO: _____
- 4 - TIPO DE UNIDADE: _____
- 5 - NOME DO ENTREVISTADO: _____
- 6 - CARGO: _____
- 7 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____
- 8 - DATA: ____/____/____ INÍCIO: _____h TÉRMINO: _____h

BLOCO 2: DADOS GERAIS

9 - Quais os dias e horário de funcionamento desta unidade de saúde ?

—

10 - Que especialidades são atendidas nesta unidade ?

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() CLÍNICA MÉDICA

2() PEDIATRIA

3() CARDIOLOGIA

4() PNEUMOLOGIA

5() GINECOLOGIA

6() OUTRAS. QUAIS: _____

11 - Todas as especialidades disponíveis nesta unidade são atendidas durante todo o seu período de funcionamento ?

1() SIM

2() NÃO

12 - Quantas consultas médicas foram realizadas nesta unidade no último mês ?

MÊS: _____

NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS: _____

13 - Existe estatística de consulta médica por especialidade ?

1() SIM

2() NÃO

14 - Qual o número de consultórios médicos ?

—

15 - Existe farmácia nesta unidade ?

1() SIM

2() NÃO

16 - Esta unidade costuma dispensar medicamentos ?

1() SIM ➔ **SOLICITAR A RELAÇÃO DOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS**

2() NÃO

17 - Qual é o setor responsável pela dispensação de medicamentos ?

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() FARMÁCIA

2() OUTRO. QUAL ? _____

18 - O Sr(a) conhece algum local **fora** da secretaria municipal de saúde que dispense medicamentos, como por exemplo, Rotary, centro espírita, igrejas, etc ?

1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO

19 - Existem atendimentos não médicos com prescrição de medicamentos (por exemplo dentista ou enfermeira) ?

1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO

20 - Nesta unidade de saúde, qual o número de:

(1) farmacêuticos na farmácia: _____

(2) técnicos de farmácia: _____

(3) médicos: _____

(4) dentistas: _____

21 - Eu vou ler para o Sr(a) uma relação de programas de atenção primária e gostaria que o

Sr(a) respondesse quais destes programas esta unidade desenvolve:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

- 1() NENHUM
- 2() agentes comunitários de saúde
- 3() anemia falciforme
- 4() doenças cardiovasculares
- 5() doenças entéricas
- 6() dermatologia sanitária
- 7() diabetes
- 8() pneumologia sanitária
- 9() saúde bucal
- 10() saúde da criança
- 11() saúde da família
- 12() saúde da mulher
- 13() saúde do idoso
- 14() saúde mental
- 15() outros. quais: _____

22 - Para quais destes programas desenvolvidos por esta unidade **existe o fornecimento de medicamentos** ?

- 1() NENHUM
- 2() ANEMIA FALCIFORME
- 3() DOENÇAS CARDIOVASCULARES
- 4() DOENÇAS ENTÉRICAS
- 5() DERMATOLOGIA SANITÁRIA
- 6() DIABETES
- 7() PNEUMOLOGIA SANITÁRIA
- 8() SAÚDE DA CRIANÇA
- 9() SAÚDE DA MULHER
- 10() SAÚDE DO IDOSO
- 11() SAÚDE MENTAL
- 12() OUTROS. QUAIS: _____

23 - Existem agentes comunitários que realizam visita domiciliar, ligados a esta unidade ?

- 1() SIM. Quantos ? _____
- 2() NÃO

BLOCO 3: PFB (DIREÇÃO)

24 - O Sr(a) conhece o programa farmácia básica ?

- 1() SIM
- 2() NÃO ➔ **IR PARA O BLOCO 5**

25 - A sua administração teve problemas para iniciar o programa farmácia básica ?

- 1() SIM. Quais ? _____

- 2() NÃO

26 - O Sr(a) pode estabelecer comparações ou diferenças entre o programa farmácia básica e outros programas de distribuição de medicamentos ?

BLOCO 4: PERCEPÇÃO DE ATORES (DIREÇÃO)

27 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do programa farmácia básica ?

28 - Em uma escala de 0 a 10, que nota O Sr(a) atribui ao programa farmácia básica?

29 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir com o programa farmácia básica ?

NÍVEL LOCAL - UNIDADE DE SAÚDE**BLOCO 5: ARQUIVO MÉDICO**

30 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

31 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE: _____

32 - NOME DO ENTREVISTADO: _____

33 - FUNÇÃO: _____ TEL: _____

34 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

35 - DATA: ____/____/____ INÍCIO : _____h TÉRMINO: _____h

36 - Como é organizado o arquivo médico ?

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() NÃO POSSUI UMA ORDEM DEFINIDA

2() ORDEM NUMÉRICA

3() ORDEM ALFANUMÉRICA

4() POR PATOLOGIA

5() OUTRA. QUAL ? _____

37 - Existe algum local (livro ou caderno) onde o Sr(a) costuma anotar diariamente as consultas realizadas ?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA O PRÓXIMO BLOCO**

38 - Como o Sr(a) costuma organizar este livro (ou caderno) ?

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() por prontuário (ordem de chegada)

2() por patologia

3() por consultório

4() por dia

5() outra. Qual ? _____

SOLICITAR XEROX DE UMA PÁGINA DO LIVRO E DO MAPA DE ATENDIMENTO, SE
HOVER.

NÍVEL LOCAL -UNIDADE DE SAÚDE**BLOCO 6: PFB (FARMÁCIA DA UNIDADE)**

39 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

40 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE: _____

41 - ENTREVISTADO: _____

42 - CARGO: _____

43 - TEMPO NO CARGO: _____

44 - OUTRAS FUNÇÕES NA UNIDADE: _____

45 - CURSOS REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 3 ANOS REFERENTES À FARMÁCIA AMBULATORIAL E/OU ORIENTAÇÃO A PACIENTE:

46 - RESPONSÁVEL PELA FARMÁCIA: _____

47 - ENTREVISTADOR: _____

48 - DATA: ____/____/____ INÍCIO: _____ h TÉRMINO: ____ h

49 - O Sr(a) conhece o programa farmácia básica ?

1() SIM.

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 51**

50 - Como o Sr(a) definiria este programa ?

51 - O Sr(a) recebeu o manual de procedimentos do programa farmácia básica ?

1() SIM Quantos: _____

2() NÃO

52 - O Sr(a) conhece as normas do programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 54**

53 - O Sr(a) costuma ter alguma dificuldade na execução das normas do programa farmácia básica ?

1() SIM. Quais ? _____

2() NÃO

54 - O Sr(a) recebeu o memento terapêutico do programa farmácia básica ?

1() SIM Quantos: _____

2() NÃO

55 - Na sua opinião, o programa farmácia básica melhorou a assistência farmacêutica ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê ? _____

56 - Se costuma fazer alguma divulgação da relação de medicamentos do programa farmácia básica para os médicos da unidade ?

1() SIM. De que forma ? _____

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 59**

57 - Nesta divulgação se costuma informar:

(MARCAR APENAS UMA ALTERNATIVA)

- 1() a relação integral dos medicamentos do programa farmácia básica.
 2() somente os medicamentos disponíveis na farmácia.
 3() outro. Qual? _____

58 - Com que periodicidade se costumar divulgar a lista de medicamentos do programa farmácia básica ?

59 - Normalmente exige-se prescrição para o atendimento dos medicamentos do programa farmácia básica ?

- 1() SIM, **sempre**
 2() SIM, **às vezes**
 3() NÃO

60 - Costuma-se arquivar as prescrições do programa farmácia básica ?

- 1() SIM. Por quanto tempo? _____
 2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 62**

61 - Como são arquivadas as prescrições habitualmente ?

- 1() NÃO EXISTE UMA ORDEM DEFINIDA
 2() por dia
 3() por clínica
 4() por mês
 5() outra.. Qual? _____

62 - Se costuma fazer alguma estatística sobre os medicamentos/prescrições não atendidas de medicamentos ?

- 1() SIM → **SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO**
 2() NÃO

63 - O Sr(a) costuma observar excesso de estoque de algum medicamento do programa farmácia básica ?

1() SIM. Quais? _____

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 65**

64 - O que costuma-se fazer com os medicamentos que encontram-se em excesso?

65 - O Sr(a) costuma receber medicamentos do programa farmácia básica com a validade vencida?

1() SIM. Quais? _____

2() NÃO

66 - O Sr(a) costuma perder medicamentos do programa farmácia básica por vencimento da validade ?

1()SIM.

Quais? _____

2() NÃO

BLOCO 7: ARMAZENAMENTO (FARMÁCIA DA UNIDADE)

NA PERGUNTA A SEGUIR, CASO A RESPOSTA SEJA POSITIVA SOLICITAR OS REGISTROS ONDE SÃO ANOTADOS OS RESULTADOS DA INSPEÇÃO E CONTAR O NÚMERO DE LOTES INSPECIONADOS NAS ÚLTIMAS 3 ENTREGAS.

67 - Nas últimas entregas, foram realizadas inspeções físicas dos lotes de medicamentos recebidos?

CASO A PESSOA QUE RESPONDA A ESTA QUESTÃO NÃO SEJA O FARMACÊUTICO, EXPLICAR O QUE É INSPEÇÃO FÍSICA DANDO COMO EXEMPLO: CONFERÊNCIA DOS DIZERES DO RÓTULO, SACUDIR UM FRASCO DE SUSPENSÃO PARA VERIFICAR SE O SEU CONTEÚDO DE MISTURA, VERIFICAR SE OS COMPRIMIDOS ESTÃO MANCHADOS, ETC)

1() SIM

2() NÃO

68 - Existe controle escrito desta inspeção física

1() SIM ⇒ **SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO**

2() NÃO

69 - A inspeção física é feita com base no número do lote ?

1() SIM ⇒ **PREENCHER O QUADRO ABAIXO**

2() NÃO

ENTREGA	Nº DE LOTES RECEBIDOS	Nº DE LOTES INSPECIONADOS
1		
2		
3		

70 - Existe registro dos lotes de medicamentos recebidos nas últimas três entregas ?

1() SIM

2() NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 84**

SOLICITAR A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS REFERENTES ÀS 3 ÚLTIMAS ENTREGAS.

71 - Quantos lotes de medicamentos foram recebidos nas últimas três entregas ?

—

PREENCHER A PLANILHA A SEGUIR ONDE:

VV = VALIDADE VENCIDA. PREENCHER COM S PARA SIM E N PARA NÃO.

CONTAGEM REGISTRADA = ÚLTIMO SALDO ANOTADO NA FICHA DE REGISTRO DE ESTOQUE.

DIAS SEM ESTOQUE = SOMA DO NÚMERO DE DIAS EM QUE O MEDICAMENTO ESTEVE COM ESTOQUE ZERO. INCLUEM-SE NESTE ITEM OS MEDICAMENTOS PROVENIENTES DE QUAISQUER FONTES, DESDE QUE FAÇAM PARTE DO ELENCO DE MEDICAMENTOS DO PFB.

DIAS SEM PFB = SOMA DO NÚMERO DE DIAS EM QUE O MEDICAMENTO ESTEVE FORA DE ESTOQUE A CONTAR DO INÍCIO DO PFB. O MEDICAMENTO É CONSIDERADO FORA DE ESTOQUE A PARTIR DO DIA EM QUE ACABA A QUANTIDADE DO MEDICAMENTO FORNECIDO PELO PFB.

POR EXEMPLO: NO KIT DA FARMÁCIA BÁSICA FORAM RECEBIDOS 1.000 COMPRIMIDOS DE METILDOPA NO DIA 13/01/98. ATÉ O DIA 6/03/98 FORAM GASTOS 1.000 COMPRIMIDOS DESTA MEDICAMENTO. INDEPENDENTE DE EXISTIR AINDA SALDO DESTE PRODUTO, A PARTIR DO DIA 07/03/98, ELE É CONSIDERADO FORA DE ESTOQUE.

RECEBIMENTOS RECENTES = QUANTIDADES DE MEDICAMENTOS RECEBIDAS RECENTEMENTE E QUE AINDA NÃO FORAM REGISTRADAS NAS FICHA DE CONTROLE DE ESTOQUE.

SAÍDAS RECENTES = QUANTIDADES DE MEDICAMENTOS DISPENSADAS OU DISTRIBUÍDAS RECENTEMENTE E QUE AINDA NÃO FORAM REGISTRADAS NAS FICHA DE CONTROLE DE ESTOQUE.

TOTAL AJUSTADO = CONTAGEM REGISTRADA + RECEBIMENTOS RECENTES - SAÍDAS RECENTES

CONTAGEM FÍSICA = CONTAGEM DO MEDICAMENTO EXISTENTE EM ESTOQUE NAS PRATELEIRAS OU EM OUTROS LOCAIS DE ARMAZENAMENTO.

ATENÇÃO: NÃO DEIXAR CÉLULA DA TABELA EM BRANCO. CASO A INFORMAÇÃO NÃO ESTEJA DISPONÍVEL, ESCREVER **ND**.

NÍVEL LOCAL -UNIDADE DE SAÚDE (FARMÁCIA)**BLOCO 8: BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO**

77 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

78 - NOME DA UNIDADE DE SAÚDE: _____

79 - ENTREVISTADO: _____

80 - ENTREVISTADOR: _____

81 - DATA: ____/____/____ INÍCIO: _____ h TÉRMINO: ____ h

ASPECTO EXTERNO

observar

82 - NOS ARREDORES DO ALMOXARIFADO OBSERVA-SE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() NENHUMA SUJIDADE

2() LIXO

3() SUJIDADES

4() MAL CHEIRO

5 () POSSIBILIDADE DE FORMAÇÃO DE POEIRA

6() FONTES POLUIDORAS. QUAIS: _____

ÁREA DE ARMAZENAGEM

83 - Existe sistema de controle de temperatura ?

1() SIM. Qual: _____

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 86**

observar

84 - Existem registros escritos de controle da temperatura ?

1() SIM. Qual a data do último registro? ____/____/____

2() NÃO

observar

85 - QUAL A TEMPERATURA LOCAL?

1() MÁXIMA: _____ °C

2() MÉDIA: _____ °C

3() MÍNIMA: _____ °C

86 - Há possibilidade de entrada de chuva?

1() SIM. Qual o motivo? _____

2() NÃO

observar

87 - A COBERTURA ENCONTRA-SE **SEM** GOTEIRAS?

1() SIM

2() NÃO

observar

88 - EXISTEM SINAIS DE INFILTRAÇÃO COMO:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() NENHUM

2() MOFO

3() RACHADURA

4() PAREDES DESCASCADAS

5() OUTROS. QUAIS: _____

observar

89 - EXISTE ALGUMA PROTEÇÃO CONTRA ENTRADA DE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() NENHUMA

2() ROEDORES

3() AVES

4() INSETOS

5() OUTRO ANIMAL. QUAL: _____

observar

90 - FORAM OBSERVADOS INDÍCIOS DA PRESENÇA DE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

- 1() NENHUM
- 2() ROEDORES
- 3() INSETOS
- 4() AVES
- 5() OUTROS ANIMAIS

observar

91 - EXISTE EXTINTORES DE INCÊNDIO NO LOCAL ?

- 1() SIM
- 2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 94**

observar

92 - OS EXTINTORES ENCONTRAM-SE DENTRO DA DATA DE VALIDADE?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

93 - O ACESSO AOS EXTINTORES ESTÁ DESIMPEDIDO?

- 1() SIM
- 2() NÃO

observar

94 - EXISTEM COLETORES DE LIXO NO LOCAL?

- 1() SIM E ESTÃO **TAMPADOS**
- 2() SIM E ESTÃO **DESTAMPADOS**
- 3() NÃO

observar

95 - HÁ NECESSIDADE DE ESTRADOS PARA A ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS ?

1() SIM

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 97**

observar

96 - EXISTEM ESTRADOS SUFICIENTES PARA A ARMAZENAMENTO:

1() NÃO EXISTEM ESTRADOS

2() DE **TODOS** OS MEDICAMENTOS

3() DE **ALGUNS** MEDICAMENTOS

observar

97 - O ARRANJO FÍSICO DA ÁREA PERMITE MOVIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

1() SIM

2() NÃO

observar

98 - EXISTEM PRATELEIRAS SUFICIENTES PARA A ARMAZENAGEM:

1() NÃO EXISTEM PRATELEIRAS

2() DE **TODOS** OS MEDICAMENTOS

3() DE **ALGUNS** MEDICAMENTOS

observar

99 - O PISO APRESENTA-SE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() COM RACHADURAS

2() COM BURACOS

3() UNIFORME

4() OUTRO:

observar

100 - OBSERVA-SE NO LOCAL PRESENÇA DE:

(MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO)

1() NENHUMA SUJIDADE

2() PÓ

3() LIXO

4() CAIXAS VAZIAS

5() OUTRAS SUJIDADES. QUAIS: _____

observar

101 - NO ALMOXARIFADO DE MEDICAMENTOS ESTÃO ESTOCADOS OUTROS PRODUTOS OU MATERIAIS QUE NÃO MEDICAMENTOS?

1() SIM. ESPECIFICAR: _____

2() NÃO

observar

102 - O EMPILHAMENTO MÁXIMO É OBEDECIDO ?

1() SIM

2() NÃO. QUAIS OS MEDICAMENTOS FORA DO EMPILHAMENTO MÁXIMO:

PROCEDIMENTOS DE RECEBIMENTO

103 - Existem procedimentos escritos para a recepção de medicamentos ?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 105**

104 - Na sua opinião, estes procedimentos são seguidos ?

1() SIM

2() NÃO

3() NÃO SABE

105 - Se houver diferenças entre a quantidade escrita no documento e a quantidade recebida, o que é feito ?

1() não recebe

2() recebe

3() recebe e notifica à prefeitura

4() realiza outro procedimento. Qual: _____

106 - Se, no ato de recebimento, forem verificadas embalagens quebradas, molhadas ou danificadas de outra forma qualquer, o que é feito ?

1() não recebe

2() recebe

3() recebe e notifica à prefeitura

4() realiza outro procedimento. Qual: _____

107 - Quando os medicamentos são recebidos, eles são examinados quanto prazo de validade?

1() SIM

2() NÃO. Por quê ? _____

PROCEDIMENTOS DE ARMAZENAMENTO

108 - Existem procedimentos escritos para as atividades relativas ao armazenamento dos medicamentos?

1() SIM

2() NÃO

observar

109 - EXISTEM MEDICAMENTOS EMPILHADOS DIRETAMENTE EM CONTATO COM O PISO?

1() SIM

2() NÃO

observar

110 - EXISTEM MEDICAMENTOS DIRETAMENTE EMPILHADOS EM CONTATO COM AS PAREDES?

1() SIM

2() NÃO

observar

111 - OS MEDICAMENTOS ESTÃO ESTOCADOS SEPARADAMENTE POR VALIDADE ?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 113**

observar

112 - OS MEDICAMENTOS QUE POSSUEM A VALIDADE MAIS RECENTE ESTÃO EM POSIÇÃO DE SEREM DESPACHADOS PRIMEIRO ?

1() SIM

2() NÃO

observar

113 - EXISTEM FICHAS DE PRATELEIRA PARA CONTROLE DO ESTOQUE DOS MEDICAMENTOS?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 116**

observar

114 - COMO SÃO AS FICHAS DE PRATELEIRAS ?

1() INFORMATIZADAS

2() MANUAIS

observar

115 - O QUE AS FICHAS DE PRATELEIRAS IDENTIFICAM?

1() CADA LOTE DO MEDICAMENTO

2() TODOS OS LOTES DE UM MEDICAMENTO

116 - Existem instruções por escrito para destruição de medicamentos vencidos?

1() SIM. DESCREVER SUCINTAMENTE COMO É FEITA ESTA DESTRUÇÃO:

2() NÃO.

117 - São realizados inventários periódicos de medicamentos ?

1() SIM. Qual a periodicidade ? _____

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 119**

118 - As diferenças observadas no inventário são anotadas e explicadas?

1() SIM, **TODAS**

2() SIM, **ALGUMAS**

3() NÃO

observar

119 - EXISTE ALGUMA RESTRIÇÃO À PRESENÇA DE PESSOAS ESTRANHAS AO SEU FUNCIONAMENTO NO RECINTO DO ALMOXARIFADO ?

1() SIM. QUAL: _____

2() NÃO

NÍVEL LOCAL -UNIDADE DE SAÚDE (FARMÁCIA)

BLOCO 9: ESTUDO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS (FARMÁCIA DA UNIDADE)

120 - NOME DA UNIDADE: _____

121 - TIPO DE UNIDADE: _____

122 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

123 - DATA ____/____/____ INÍCIO: ____ h TÉRMINO: ____ h

OS DADOS DA PLANILHA ABAIXO DEVERÃO SER RETIRADOS DAS **PRESCRIÇÕES MÉDICAS** ARQUIVADAS NA FARMÁCIA DA UNIDADE DE SAÚDE E/OU NO POSTO DE MEDICAMENTOS.

DEVERÃO SER SOLICITADAS AS PRESCRIÇÕES DO MÊS ANTERIOR AO DA VISITA À UNIDADE DE SAÚDE.

DATA = COPIAR A DATA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONT. = COPIAR O NÚMERO DO PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE / MÉDICO = COPIAR O NOME DO PACIENTE E O NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO.

RES = MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE. PREENCHER COM S QUANDO O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE FOR O MESMO EM QUE ESTÁ SENDO FEITO O ESTUDO. PREENCHER COM N PARA O CASO CONTRÁRIO.

UBS = UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE QUE DEU ORIGEM À PRESCRIÇÃO.

CÓD = CÓDIGO DO MEDICAMENTO QUE DEVERÁ SER PREENCHIDO POSTERIORMENTE.

MEDICAMENTO = COPIAR O NOME DO MEDICAMENTO CONFORME ESTÁ ESCRITO NA PRESCRIÇÃO.

ATENÇÃO:

1. NÃO DEIXAR CÉLULA DA TABELA EM BRANCO. CASO A INFORMAÇÃO NÃO ESTEJA DISPONÍVEL, ESCREVER **ND**.
2. CASO A INFORMAÇÃO ESTEJA DISPONÍVEL, PORÉM DE FORMA ILEGÍVEL, ESCREVER **ILEGÍVEL** NO CAMPO CORRESPONDENTE.

NÍVEL LOCAL -UNIDADE DE SAÚDE (FARMÁCIA)**BLOCO 10: PERCEPÇÃO DE ATORES (FARMÁCIA DA UNIDADE)**

124 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do programa farmácia básica?

125 - Em uma escala de 0 a 10, que nota O Sr(a) atribui ao programa farmácia básica ?

126 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir para a melhora do programa farmácia básica?

NÍVEL LOCAL -UNIDADE DE SAÚDE (MÉDICOS)**BLOCO 11: ATENDIMENTO MÉDICO**

127 - SOLICITAR AO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE, PERMISSÃO PARA VISITAR OS CONSULTÓRIOS MÉDICOS E ANOTAR:

- NÚMERO TOTAL DE CONSULTÓRIOS: _____
- NÚMERO DE CONSULTÓRIOS QUE POSSUEM O MEMENTO TERAPÊUTICO DO PFB SOBRE A MESA DE TRABALHO: _____

AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVERÃO SER APLICADAS A UM REPRESENTANTE MÉDICO DE CADA ESPECIALIDADE DA UNIDADE.

128 - NOME DO MÉDICO: _____

129 - ESPECIALIDADE: _____

130 - TEMPO NO CARGO: _____

131 - O Sr(a) conhece o programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO ➔ **IR PARA A PERGUNTA 143**

132 - Como o Sr(a) define o programa farmácia básica ?

133 - O Sr(a) costuma prescrever medicamentos do programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê ? _____

134 - Na sua opinião, o programa farmácia básica melhora o acesso aos medicamentos essenciais?

1() SIM

2() NÃO

Por quê? _____

135 - O Sr(a) conhece o memento terapêutico do programa farmácia básica ?

1() SIM

2() NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 138**

136 - O Sr(a) costuma consultá-lo ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê? _____

137 - Qual é a sua opinião sobre o memento terapêutico do programa farmácia básica ?

138 - Na sua opinião, o programa farmácia básica contribui para melhorar a resolubilidade da assistência à saúde ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê? _____

139 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos do programa farmácia básica?

140 - Em uma escala de 0 a 10, que nota o Sr(a) atribui ao programa farmácia básica ?

141 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir com o programa farmácia básica?

142 - O Sr(a) acha que o programa farmácia básica deve continuar ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê ? _____

143 - O Sr(a) conhece a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) ?

1() SIM

2() NÃO ➔ AGRADECER E ENCERRAR A ENTREVISTA

144 - O Sr(a) costuma prescrever utilizando-se da RENAME ?

1() SIM

2() NÃO

Por quê ? _____

**ANEXO 9: QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA AVALIAR A
SUSTENTABILIDADE DO PFB**

QUESTIONÁRIO 03/08/99 12:17 N _____

BLOCO 1 : IDENTIFICAÇÃO

1 - NOME DO MUNICÍPIO: _____

2 - NOME DO ENTREVISTADO: _____

3 - FUNÇÃO: _____

4 - RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

5 - DATA: ____/____/____ Início: _____h Término: _____h

BLOCO 2 : INDICADORES DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

INDICADOR	MUNICÍPIO
6 - População total do município (em milhares)	
7 - Taxa média de crescimento da população no período de 1991-1996 (%)	
8 - Expectativa de vida (anos)	
9 - Renda per capita	
10 - Taxa de mortalidade infantil (por 1.000)	
11 - Taxa de mortalidade materna (por 100.000)	
12 - Taxa bruta de mortalidade	

Quais as 5 principais causas de?

13 - MORBIDADE INFANTIL ambulatorial ano: _____	14 - MORTALIDADE INFANTIL ano: _____ fonte: _____

Quais as 5 principais causas de:

15 - MORBIDADE EM ADULTOS ambulatorial	16 - MORTALIDADE EM ADULTOS

ambulatorial ano: _____	ano: _____ fonte: _____

NA PERGUNTA ABAIXO, MARCAR S, QUANDO A RESPOSTA FOR **SIM** E N QUANDO FOR **NÃO**.

17 - Existe no município cadastro de pacientes:

1 diabéticos

2 hipertensos

EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA IR PARA A O PRÓXIMO BLOCO

18 - Qual é o número de pacientes cadastrados no município com:

1 diabetes _____

2 hipertensão _____

BLOCO 3: ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

19 - A secretaria municipal de saúde, possui organograma ?

1 SIM → **SOLICITAR CÓPIA DO ORGANOGRAMA**

2 NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 20**

20 - Existe no organograma da secretaria municipal de saúde, algum órgão, divisão, departamento serviço, setor ou seção responsável pela assistência farmacêutica ?

1 SIM. Nome do farmacêutico: _____

2 NÃO

21 - Existe na Secretaria Municipal de Saúde Comissão de Farmácia e Terapêutica?

1 SIM

2 NÃO

22 - Quantas unidades básicas de saúde e hospitais para o atendimento de pacientes do SUS existem no município?

UBS: _____ HOSPITAIS: _____

SOLICITAR LISTA COM NOME E ENDEREÇO DAS UNIDADES.

23 - Costuma-se fornecer medicamentos para os pacientes atendidos nestas unidades?

1 SIM. Quais? _____ -

CASO O NÚMERO DE UNIDADES SEJA GRANDE ANOTAR NA LISTA ADQUIRIDA
COM OS NOMES DA UNIDADES DE SAÚDE

2 NÃO

24 - Na secretaria municipal de saúde, qual o número total de:

1 farmacêuticos que trabalham com a assistência farmacêutica (NÍVEL CENTRAL E FARMÁCIA de UBS): _____

2 técnicos de farmácia: _____

3 oficiais de farmácia: _____

4 médicos: _____

5 dentistas: _____

6 enfermeiros: _____

25 - Existe um perfil de formação profissional mínimo para as pessoas que dispensam medicamentos (escolaridade e formação profissional)?

1 NÃO HÁ.

2 NÃO SABE INFORMAR

3 SIM. Qual? _____

26 - Que categorias profissionais costumam realizar a atividade de dispensação de medicamentos neste município?

27 - Existe no setor público uma programação para realizar cursos de reciclagem para os profissionais que trabalham com o medicamento? No caso específico: médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e dispensadores.

- 1 NÃO
- 2 médicos ➔ **SOLICITAR CÓPIA**
- 3 dentistas ➔ **SOLICITAR CÓPIA**
- 4 farmacêuticos ➔ **SOLICITAR CÓPIA**
- 5 enfermeiros ➔ **SOLICITAR CÓPIA**
- 6 dispensadores ➔ **SOLICITAR CÓPIA**

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

28- NOME DO MUNICÍPIO: _____

29- NOME DO ENTREVISTADO: _____

30- FUNÇÃO: _____

31-RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

32 - DATA: ____/____/____ Início: _____ h Término: _____ h

BLOCO 4: SELEÇÃO, PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

33 - Existe no município uma lista de medicamentos padronizados?

1 SIM ⇒ **SOLICITAR CÓPIA**

2 NÃO ⇒ **IR PARA A PERGUNTA 35**

34 - Como se organiza esta lista?

1 Por nível de atendimento (atenção básica e hospitais por exemplo)

2 É uma lista única

3 Outro critério. Qual? _____

35 - Em que ano foi feita a última atualização desta lista?

36 - O Sr(a) participou da seleção dos medicamentos que compõem a lista de medicamentos padronizados no município?

1 SIM

2 NÃO ⇒ **SOLICITAR O NOME DE PESSOAS QUE PARTICIPARAM E LOCAL ONDE PODEM SER ENCONTRADAS, EM SEGUIDA IR PARA A PERGUNTA**

38.

37 - Quais foram os critérios utilizados para selecionar estes medicamentos ?

MARCAR TANTAS ALTERNATIVAS QUANTO NECESSÁRIO

- 1 NENHUM
 - 2 PERFIL DE MORBIDADE
 - 3 LISTA DA FARMÁCIA BÁSICA DE 1997
 - 4 RENAME/99
 - 5 OUTROS. Quais? _____
-
-

38 –O Sr(a) participou das discussões que estabeleceram a quantidade de cada medicamento a ser comprado ?

- 1 SIM
 - 2 NÃO ⇒ **SOLICITAR O NOME DE PESSOAS QUE PARTICIPARAM E LOCAL ONDE PODEM SER ENCONTRADAS, EM SEGUIDA IR PARA A PERGUNTA 40.**
-
-

39 - Quais são os critérios utilizados para estabelecer as quantidades de medicamentos a serem comprados?

- 1 DEMANDA HISTÓRICA
 - 2 TRATAMENTO PADRÃO
 - 3 PERFIL DE MORBI-MORTALIDADE
 - 4 OUTROS. QUAIS: _____
-
-

40 - Quais os mecanismos que a Prefeitura adota para a compra de medicamentos no setor público?

MARCAR TANTAS OPÇÕES QUANTO NECESSÁRIO

- 1 Compra em Farmácia Privadas
 2 Compra de Laboratórios Oficiais
 3 Distribuidoras
 4 Com Licitação
 5 Sem Licitação
 6 Outro. Qual? _____

41 - Quais os valores gastos no último semestre com a compra de medicamentos?

42 - Costuma-se realizar a compra de medicamentos com que periodicidade?

43 - Costuma-se fazer compras de urgência?

- 1 SIM
 2 NÃO → **IR PARA A PERGUNTA 45**

44 - No último semestre quantas compras de urgência foram feitas?

45 - Existe alguma restrição à compra de medicamentos que não pertencem à Lista de Medicamentos Padronizados no Município?

- 1 SIM. Qual? _____

 2 NÃO

46 - Qual o valor anual destinado à saúde, em 1999, a partir do orçamento total do município e que percentagem ele corresponde do orçamento total da prefeitura?

_____ % R\$ _____

47 - O município aloca recurso próprio para a compra de medicamentos?

1 SIM

2 NÃO. Qual é o recurso utilizado para a compra de medicamentos ?

→ **IR PARA A**

PERGUNTA 50

48 - Qual é o orçamento público anual alocado à compra de medicamentos ?

R\$ _____ (_____%)

49 - Qual é o orçamento executado, até o momento, com a compra de medicamentos ?

R\$ _____ (_____%)

50- Existe na prefeitura veículos disponíveis para o transporte de medicamentos ?

1 SIM. Quantos: _____

2 NÃO

BLOCO 5: PERCEPÇÃO DE ATORES – RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

48 - Na sua opinião, quais os principais pontos positivos e negativos da atual política de assistência farmacêutica do estado ?

49 - O Sr(a) tem alguma sugestão que poderia contribuir para a adequação desta política ?

ANEXO 10: QUESTIONÁRIO APLICADO AO USUÁRIO

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

1 - Quando foi a última vez que o sr(a) veio ao posto de saúde para se consultar ou acompanhar uma pessoa da família ?

2 - Quando o Sr(a) sai da consulta, costuma receber os medicamentos que o médico passou ?

1() SIM

2() NÃO

3 - Da última vez que o Sr(a) veio ao posto de saúde recebeu todos os remédios que o médico passou ?

1() SIM

2() NÃO

4- O Sr(a) já ouviu falar do Programa Farmácia Básica ?

1() SIM. Onde: _____

2() NÃO

5 - O Sr(A) Conhece o Programa Farmácia Básica?

1() NÃO

2() NÃO

6 - Copiar a prescrição médica.

MEDICAMENTO	APRES	ATENDIDO