

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: Aspectos
referentes a Estrutura e a Processos

FERNANDA JUNGES

PORTO ALEGRE, 2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: Aspectos
referentes a Estrutura e a Processos

Dissertação apresentada por **Fernanda Junges** para obtenção de título no Mestrado Profissional em Gestão de Assistência Farmacêutica.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Porto Alegre, 2009

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado Profissional – Gestão da Assistência Farmacêutica - da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 24.08.2009, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Divaldo Pereira de Lyra Júnior
Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dra. Silvana Nair Leite
Universidade do Vale do Itajaí

Profa. Dra. Tânia Alves Amador
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

J95a Junges, Fernanda
Avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil: aspectos referentes a estrutura e a processos / Fernanda Junges. – Porto Alegre : UFRGS, 2009. – xii, 140 p.: il.

Dissertação (mestrado profissional). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas.

1. Atenção farmacêutica. 2. Programas nacionais de saúde. I. Castro, Mauro Silveira de. II. Título.

CDU: 615.15

Bibliotecária responsável:

Margarida Maria Cordeiro Fonseca Ferreira – CRB 10/480

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Pedro e Dilce.

Obrigada pelo carinho de toda vida,

pelos ensinamentos,

e por serem meu refúgio de amor e tranqüilidade.

Todo caminho traçada até aqui devo a vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Mauro Silveira de Castro, pela orientação, pela paciência, pelos ensinamentos e confiança. Pelas gargalhadas e pelos vários “te vira”. Pela mão estendida em todos os momentos de minha trajetória e pela amizade que ultrapassa a relação aluno-mestre.

Ao Ministério da Saúde que me proporcionou a realização deste mestrado.

À toda equipe do Programa Farmácia Popular da Fiocruz, pelo apoio e pelas informações que auxiliaram na construção desse trabalho.

Ao Rodrigo Hitoshi Dias, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que com muita paciência, me auxiliou na análise dos dados.

Aos meus irmãos, que apesar da distância sempre estiveram presentes e apoiando minhas decisões pessoais e profissionais.

Aos meus colegas de Mestrado, pelos momentos divertidos que compartilhamos juntos.

Aos meus colegas do Ministério da Saúde, que em muitos momentos estiveram presentes na construção deste trabalho.

Em especial ao André, por ser meu porto seguro, meu maior incentivador e admirador. Por toda paciência, amor e cuidado.

A todos aqueles, que direta ou indiretamente, colaboraram com o desenvolvimento desse trabalho.

RESUMO

O Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 2004 pelo Governo Federal tem como objetivo ampliação do acesso da população aos medicamentos. **Objetivos:** avaliar a Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil no que diz respeito a aspectos como estrutura física, perfil dos profissionais farmacêuticos das unidades assim como seu conhecimento relacionado à Atenção Farmacêutica e ao Programa, avaliar o treinamento oferecido as unidades desenvolvendo para isso um modelo lógico e indicadores de estrutura e processo. **Métodos:** Trata-se de uma análise de intervenção, possuindo delineamento transversal. Foram analisados 60 relatórios técnicos de visitas realizadas a unidades do Programa de diferentes municípios brasileiros e foram realizadas 99 entrevistas telefônicas com os farmacêuticos das unidades. A amostra foi selecionada por conveniência, observando-se a necessidade de conter unidades dos diferentes estados brasileiros. **Resultados:** Os resultados demonstraram grande expansão do número de unidades assim como dos atendimentos realizados. Nenhuma unidade atendeu a todos os requisitos avaliados na estrutura física. Somente 30% das unidades analisadas apresentam o quadro de recursos humanos completo, porém todas unidades avaliadas apresentam pelo menos um farmacêutico e 90% delas apresentam 2 farmacêuticos. 64% dos entrevistados diz atender ao público de uma a 4 horas por dia e todos dizem prestar orientações aos usuários. 55% avaliou como ótima sua satisfação em trabalhar no programa e 39% como excelente. Somente 3% soube conceituar atenção farmacêutica, e somente 5% dizem realizar Atenção Farmacêutica. Somente 3 entrevistados acertaram todas as questões relacionadas ao Programa Farmácia Popular. **Conclusões:** observa-se a necessidade de um melhor monitoramento das unidades e definição de mecanismos mais efetivos de controle, avaliação assim como o descredenciamento dos parceiros que não cumpram as diretrizes do programa. A Atenção Farmacêutica ainda não é uma realidade do Programa embora o mesmo possua um ambiente propício para esta prática, necessitando-se realizar cursos de capacitação dos farmacêuticos.

Palavras-chaves: Atenção Farmacêutica, Acesso e Programas de Saúde.

ABSTRACT

The Program called "*Farmácia Popular do Brasil*" created in 2004 by the Federal Government aims to at expanding the population's access to medicines. **Objectives:** The study analyzes the original model of the Program with respect to such aspects as physical structure, the occupational profile of the pharmaceutical units as well as their knowledge related to pharmaceutical care and the program, assess the training offered the units developed for this one logical model and indicators of structure and process. **Results:** The results showed great expansion in the number of units and the care provided. No unit responded to all requirements evaluated in the physical structure. Only 30% of the units have reviewed the framework of comprehensive human resources, but all units have evaluated at least one pharmacist and 90% of them have 2 pharmacists. 64% of respondents said the public an answer to 4 hours per day and all they provide guidance to users. 55% rated their satisfaction as good to work in the program and 39% as excellent. Only 3% knew pharmaceutical care concept, and only 5% say achieving pharmaceutical care. Only 3 respondents hit all issues related to the Program. **Conclusion:** there is a need for improved tracking of units and definition of more effective mechanisms of control, evaluation and the cancel the accreditation partners that do not meet the guidelines of the program. The pharmaceutical care is still not a reality of the program although it has an environment conducive to this practice, needing to take courses of training of pharmacists.

Key words: Pharmaceutical Care, Access and Assessment Program Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Unidades pesquisadas de acordo com o Modelo.....	40
Tabela 2: Representatividade da amostra por região	41
Tabela 3: Indicadores do componente Dados Gerais	45
Tabela 4: Incremento de unidades do PFPB entre os anos de 2005 e 2008	48
Tabela 5: Média de atendimentos por unidade por região.....	53
Tabela 6: Medicamentos mais vendidos no ano de 2008 e 2007.....	54
Tabela 7: Indicadores do subcomponente Características das Unidades	56
Tabela 8: Avaliação do indicador de suporte e manutenção	57
Tabela 9: Requisitos avaliados e percentual de unidades que apresentam o item.....	58
Tabela 10: Resultados do indicador E2.5	60
Tabela 11: Número de unidades por pontuação no item características das unidades.....	61
Tabela 12: Indicadores avaliados no subcomponente recursos humanos	61
Tabela 13: Frequência dos profissionais recomendados nas unidades analisadas	62
Tabela 14: Frequência dos profissionais recomendados de acordo com entrevista aos farmacêuticos	63
Tabela 15: Indicadores do subcomponente atendimento ao usuário:.....	66
Tabela 16: Percentual de unidades de acordo com o tempo de espera por atendimento.....	66
Tabela 17: Percentual de unidades que seguem o fluxo preconizado pelo PFPB.....	67
Tabela 18: Distribuição por região e modelo das unidades com pontuação máxima no tópico atendimento	68
Tabela 19: Frequência dos documentos e equipamentos fiscais.....	68
Tabela 20: Frequência dos pontos alcançados no componente estrutura.....	70
Tabela 21: Pontuação média em cada requisito por região.....	70
Tabela 22: Pontuação média em cada requisito por modelo de unidade.....	71
Tabela 23: Subcomponentes de “Atenção Farmacêutica”.....	72

Tabela 24: Distribuição das entrevistas em cada região	72
Tabela 25: Indicadores para avaliação do subcomponente Perfil Profissional .	73
Tabela 26: Percentual de atividade realizadas pelos farmacêuticos	74
Tabela 27: Indicadores para avaliação da prestação de serviços.....	75
Tabela 28: Percentual de componentes de orientações fornecidas aos usuários	76
Tabela 29: Indicadores do subcomponente conhecimento de Atenção Farmacêutica	77
Tabela 30: Indicadores para avaliação do Treinamento.....	80
Tabela 31: Frequência de abordagem de cada tópico no treinamento	81
Tabela 32: Frequência de substituição por cargo	82
Tabela 33: Frequência de pontos alcançados na Avaliação do Conhecimento .	82
Tabela 34: Média de acertos por modelo de unidade.....	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil	46
Gráfico 2: Evolução do número de unidades por região	47
Gráfico 3: População abrangida pelo PFPB por regiões.	49
Gráfico 4: População abrangida pelo Programa em relação a população total, por regiões brasileiras.	50
Gráfico 5: Número de atendimentos realizados pelo PFPB (média entre todos os anos), em relação à população abrangida, por região.	51
Gráfico 6: Evolução anual dos atendimentos do Programa	52
Gráfico 7: Evolução do número de atendimentos realizados pelo Programa ao longo dos anos e por região	53

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa	2
REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 Acesso a Medicamentos com promoção de seu uso racional	10
2.1.1 Estratégias para Promoção do Acesso	11
2.1.2 Atenção Farmacêutica e o uso racional de medicamentos.....	13
2.1.3 Financiamento dos Medicamentos.....	17
2.2 O Programa Farmácia Popular do Brasil	19
2.2.1 Objetivos do Programa Farmácia Popular do Brasil	21
2.2.2 Estimativa da demanda e público alvo.....	22
2.2.3 Recursos Humanos.....	22
2.2.4 Elenco de medicamentos.....	24
2.2.5 Treinamento.....	25
2.2.6 O Processo de dispensação	26
2.2.7 A Expansão do Programa Farmácia Popular – Sistema Copagamento.....	28
2.3 Avaliação de Políticas e Programas.....	29
2.3.1 Indicadores	33
2.3.2 Modelo Lógico.....	34
OBJETIVOS.....	36
3.1 Objetivos Gerais.....	36
3.2 Objetivos específicos	36
MÉTODOS.....	37
4.1 Abordagem metodológica	37
4.1.1 A construção do modelo lógico	37
4.2 Fontes de dados utilizados	37

4.3 Componentes e Indicadores	38
4.4 Unidades de Análise	39
4.5 Análise dos dados.....	41
RESULTADOS.....	44
5.1 Modelo Lógico.....	44
5.2 Dados Gerais do Programa	44
5.2.1 Cobertura Territorial (indicador E1.1).....	45
5.2.2 População Atingida (Indicador P1.2).....	49
5.2.3 Utilização	51
5.3 Estrutura das unidades (Componente 1)	55
5.3.1 Características das unidades.....	56
5.3.2 Recursos Humanos.....	61
5.3.3 Atendimento ao Público	66
5.3.4 Documentação fiscal (indicador E2.16).....	68
5.3.5 Pontuação geral do componente estrutura física das unidades.....	69
5.4 Atenção Farmacêutica (Componente 2)	71
5.4.1 Perfil Profissional	73
5.4.2 Prestação de serviços (indicador P3.4 e P3.5)	75
5.4.3 Satisfação profissional (indicador P3.6).....	76
5.4.4 Conhecimento de Atenção Farmacêutica (indicadores E3.7 e E3.8)	77
5.4.5 Estrutura para realização de Atenção Farmacêutica (Indicador E3.9) ..	78
5.4.6 Prática da Atenção Farmacêutica (indicador P3.10 e P3.11).....	79
5.5 Treinamento (Componente 3).....	79
5.5.1 Avaliação do treinamento (indicador P4.1, P4.2 e P4.3).....	80
5.5.2 Sistema POD 1 (indicador P4.4)	81

5.5.3 Estabilidade do quadro de recursos humanos (indicador P4.5)	81
5.5.4 Avaliação do Conhecimento (Indicador P4.6)	82
DISCUSSÃO	84
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXO 1	116
ANEXO 2	117
ANEXO 3	122
ANEXO 4	124
ANEXO 5	128
ANEXO 6	132
ANEXO 7	137

INTRODUÇÃO

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, tem implementado ações que buscam promover a ampliação do acesso da população aos medicamentos, como um insumo estratégico da Política de Saúde, buscando assegurar fácil e eficiente acesso àqueles considerados básicos e essenciais à população (BRASIL, 2005).

Segundo a RDC nº 338 (BRASIL, 2004d) as peculiaridades do mercado farmacêutico brasileiro repercutem de forma relevante no processo de elaboração e execução de políticas públicas, principalmente na de Assistência Farmacêutica, apontando para a necessidade da adoção de mecanismos de inclusão, traduzidos na ampliação do acesso aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica.

A Lei nº 10.858/04 autoriza a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) a distribuir medicamentos, mediante o ressarcimento de seus custos, com vistas a assegurar à população o acesso a produtos básicos e essenciais a baixo custo, gerando ampliação do acesso a medicamentos por parte da população, inclusive a atendida hoje por serviços privados de saúde (BRASIL, 2004b). O ressarcimento de custos tratado na Lei é diferente de venda comercial, na medida em que não visa lucro para as unidades do programa, tampouco para os que as mantêm (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, foi instituído o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), por meio do Decreto nº 5.090/04 (BRASIL, 2004a), cujo foco principal é a ampliação da rede “Farmácia Popular do Brasil” em parceria com Governos Estaduais e Municipais, bem como com Instituições da área da saúde e Instituições de Ensino Superior, sem fins lucrativos, para instalação de unidades do Programa em locais estratégicos no país (BRASIL, 2005).

O Programa Farmácia Popular do Brasil tem como objetivo principal disponibilizar, mediante o ressarcimento de seu custo, medicamentos produzidos pelos laboratórios estatais e, suplementarmente, medicamentos da iniciativa privada, tendo foco na efetiva prestação da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2005).

No momento, mais de 500 unidades estão implantadas em todo país as quais disponibilizam um elenco de 107 apresentações de medicamentos a preço de custo.

1.1 Justificativa

O alto preço dos medicamentos no Brasil, muitas vezes, causa a não adesão ao tratamento farmacológico de pessoas que, embora usem a rede privada, não conseguem pagar o preço dos tratamentos prescritos, o que tem tornado cada vez maior a busca de medicamentos junto aos sistemas públicos de distribuição de medicamentos, tornando a gestão do Sistema Único de Saúde uma tarefa cada dia mais difícil, com serviços que deixam muito a desejar no que diz respeito a uma adequada assistência à saúde da população.

O fornecimento de medicamentos é questão de saúde pública e o princípio da universalidade precisa ser entendido segundo seus contornos constitucionais. Monteiro (2004) destaca que a característica da estrutura política, econômica e social do Brasil acaba determinando um gradiente de condições que resulta no acesso desigual aos bens da sociedade. Propõe um olhar pormenorizado sobre os três princípios que orientam constitucionalmente o Sistema Único de Saúde: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade, a seu ver, não pode ser contraditória a equidade, mas os princípios devem ser entendidos como complementares, resultando na racionalização dos recursos, com acesso a todos, segundo suas necessidades.

Nos termos da Constituição, todo o serviço de saúde é o que se chama de “serviço público não privativo”. Diz-se “não privativo” porque a constituição permite que a iniciativa privada também participe dele, em caráter complementar, mas essa participação não lhe retira a natureza de serviço público. Portanto, o “serviço público não privativo” é próprio do Estado. Nesse sentido, o Ministério da Saúde apresenta o Programa Farmácia Popular do Brasil como um instrumento do Estado para atuar no campo que lhe é próprio, ou seja, na prestação do serviço público. O que demonstra sua preocupação em realizar políticas públicas necessárias a efetivar os direitos previstos na Constituição, seguindo os preceitos nela instituídos, mas dentro de um cenário factível que permeia, marcadamente, a questão da equidade.

O Programa Farmácia Popular do Brasil, como uma iniciativa de caráter complementar ao praticado, foi proposto para atender, indiscriminadamente, a toda população que deseje fazer uso desse serviço, mas prioritariamente a população que normalmente adquire seus medicamentos nas farmácias privadas e tem encontrado dificuldades para manter seus tratamentos, devido aos altos custos dos medicamentos no percentual de rendimentos familiares, uma ação que está intimamente relacionada ao princípio da equidade e suas nuances (BRASIL, 2005; MONTEIRO, 2004).

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, nas cidades de Goiânia, Salvador, São Paulo e Rio de Janeiro e publicada nos jornais O Globo de 25/10/2004, Folha *On Line* de 09/12/2004 e Agência JB de 07/12/2004 (FARMÁCIA, 2004; PESQUISA, 2004a, PESQUISA, 2004b), abordando a satisfação dos usuários dessas unidades, demonstrou 91% de aprovação do programa pelos entrevistados, sendo que o ponto forte do serviço foi unanimemente definido como o atendimento aos usuários (97% dos entrevistados destacaram esse parâmetro como o que mais lhes agradou). Essa pesquisa, não teve cunho acadêmico e não foi publicada em revistas científicas, apenas apresentou-se como uma notícia jornalística. Essa avaliação foi realizada em 2 dias sendo que o método utilizado não foi informado, apenas que a margem de erro foi $\pm 4,4\%$ e que o número de entrevistados foi de 506 pessoas. Esses dados da pesquisa orientam para o que o usuário considera importante nos serviços oferecidos pelas unidades e permitem realizar um estudo de satisfação, porque os pontos de partida foram revelados, o que é imprescindível para realizar qualquer estudo de satisfação (CHEIBUB *et al*, 2000).

Os dados merecem ser reavaliados para que se possam garantir atributos que permitam sua publicação acadêmica e também porque, em se tratando de um Programa novo, o dinamismo de sua implantação e consolidação pressupõe diferenças apreciáveis e que, para inferir atributos de qualidade ao Programa, é necessário que essa e a satisfação sejam mantidas. Além disso, se faz necessário que as diretrizes determinadas para o bom funcionamento das unidades sejam cumpridas pelos gestores de cada uma delas no sentido de obter qualidade constante dos serviços prestados.

Nesse sentido, outros três estudos de avaliação foram realizados. O primeiro apresentado em junho de 2006, como dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas na Área de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) intitulado “Avaliação de Implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal: um estudo de casos”. Esse estudo teve como objetivo determinar o grau de implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil focando o acesso aos medicamentos e a percepção dos usuários. Duas unidades do Programa foram avaliadas, Praça XV (RJ) e Sobradinho (DF) utilizando como metodologia estudos de casos orientados por modelo lógico, construído pelo autor a partir dos documentos oficiais de apresentação do Programa (FERREIRA *et al.*, 2006). Os principais resultados apresentados nesse estudo foram:

- Mais da metade das receitas aviadadas pelo Programa Farmácia Popular do Brasil eram oriundas do SUS;
- As classes sócio-econômicas C, D e E são as principais usuárias do Programa;
- O maior contingente de usuários morava no próprio município onde a farmácia estava localizada;
- Aproximadamente metade dos entrevistados não conseguiu algum dos medicamentos que necessitavam, em grande parte devido ao fato deles não constarem na relação do Programa;
- A principal reivindicação dos usuários é o aumento do elenco de medicamentos;
- Os usuários possuem uma percepção muito boa do Programa, uma vez que a grande maioria deles qualifica positivamente o atendimento, aprova e divulga o programa, em especial devido aos baixos preços.
- A disponibilidade do elenco definido é alta, considerando-se a situação dos medicamentos-traçadores definidos pelo estudo.

O segundo estudo, também apresentado em junho de 2006 como monografia de conclusão do curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão de Estratégias em Saúde da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e intitulado “Avaliação do Perfil e da Satisfação de Usuários do Programa Farmácia Popular do Brasil” teve como objetivos avaliar o perfil dos usuários do programa em duas unidades selecionadas, Sobradinho / DF e Setor Central – Goiânia / GO, bem como mensurar o nível de satisfação desses usuários com relação aos serviços prestados pelo programa e estabelecer proposta de melhoria das ações (SILVA e HOLANDA, 2006). Entre seus principais resultados estão:

- Predominância de usuários do Programa do sexo feminino, sendo que a faixa etária dos mesmos variou de acordo com a unidade sendo predominante de 50 a 60 anos em Goiânia/GO e 30 e 40 anos em Sobradinho/DF, assim como variou o nível de escolaridade prevalecendo 1º e 2º grau completo e 2º grau completo, respectivamente para cada unidade
- A média da renda familiar na unidade de Goiânia ficou entre 1 e 2 salários mínimos e a unidade de Sobradinho atende a usuários com renda média familiar entre 3 e 4 salários mínimos;
- Para as duas unidades estudadas o maior percentual observado foi de receitas emitidas por hospital público e a maioria dos entrevistados não possuía plano de saúde;
- Na unidade de Goiânia a maioria dos usuários adquiria seus medicamentos nas farmácias privadas antes de utilizar o Programa. Já em Sobradinho, a maioria dos usuários obtinha seus medicamentos somente no SUS;
- Quanto à satisfação dos usuários com o Programa, houve em média 95% de satisfação em ambas unidade, sendo que desses, cerca de 76% relatou que suas expectativas foram superadas e, 98% dos entrevistados consideraram que foram bem atendidos no Programa;

- Dos pontos ruins apontados pelos entrevistados, o mais mencionado é que o medicamento que eles procuraram não fazia parte da lista de medicamentos do programa;
- Em ambas as unidades mais de 65% dos entrevistados adquiriram todos os medicamentos de que necessitavam;

Os dois estudos desenvolveram ferramentas de avaliação para o Programa em forma de Projeto Piloto, com a proposta de que pudessem ser adaptados e utilizados para estudos mais amplos de avaliação, como um estudo nacional, visto que ambos basearam-se em apenas 2 unidades do Programa.

Recentemente foi realizado o terceiro estudo, intitulado O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos, apresentado como Dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública. O trabalho apresentou evidências sobre o processo de desenvolvimento do Programa Farmácia Popular do Brasil desde sua criação até final de 2007, descreveu sua base legal, seus critérios de elegibilidade, e a evolução de toda sua estrutura. Entre os principais resultados apresentados por este estudo, pode-se citar (SANTOS, 2008):

- Na maioria dos estados, menos de 10% de seus municípios possuem unidades do Programa, fator que demonstra a concentração do Programa em determinadas regiões e em determinados municípios.
- De maneira geral, os critérios populacionais do programa procuraram ser cumpridos, sendo a maior parte das farmácias localizadas em municípios com população maior do que 70.000 habitantes (100.000, no caso de São Paulo) ou integrantes de microrregiões. Entretanto, alguns municípios (20) não cumpriam com nenhum destes critérios;
- As unidades de todo o país abrangem cerca de 50% da população brasileira, sendo que nas regiões N e NE observou-se uma maior abrangência populacional.

- Os estados com maior cobertura efetiva Distrito Federal (14,2%), Goiás (11,2%), Rondônia (14,1%) e Roraima (29,4%), mas estes estão também entre aqueles 50% que possuem menor população abrangida (Distrito Federal - 5%, Rondônia - 11%, e Roraima – 34%, Goiás - 41%).
- 20 medicamentos do Programa não constam na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME 2006), e são 9 os medicamentos não concordantes com a RENAME 2002;
- Em relação à abrangência, a lista se mostrou de acordo com os critérios epidemiológicos para o país, contemplando diversas classes terapêuticas e com atenção especial às doenças mais prevalentes entre a população;
- A análise do consumo por número de DDD demonstrou que a região Sudeste tem um consumo mais elevado, mesmo ponderando o consumo por habitante.
- A análise da procedência dos usuários revelou que, em sua maioria, são originários do setor privado. Entretanto, a análise de cada região, separadamente, demonstrou que este fato não reflete a realidade de todas.

Ressalta-se que a avaliação de uma ação ou programa social faz parte do processo de acompanhamento da política desenvolvida. É por meio desse estudo que se pode verificar a necessidade de intervenção e modificação dos rumos adotados inicialmente para essa política, ou ainda, de levantar problemas a tempo de serem solucionados ou, também de quantificar o sucesso do programa, estabelecer novamente prioridades ou novas etapas de prospecção com diferenciações que sejam necessárias para qualificar a ação.

Essa ferramenta pode ser utilizada como instrumento para melhorar a gestão dos serviços públicos e a racionalização dos custos, visto que identificam pontos importantes e outros que não são de interesse ou considerados relevantes para os usuários (ENAP, 2000).

Nesse momento a Direção do Programa necessita ampliar os estudos citados analisando a manutenção dos padrões estabelecidos para o Programa, bem como conhecer os profissionais que trabalham nas unidades, a efetividade do treinamento realizado, bem como, desenvolver instrumentos para aprofundar essas análises.

Ressalta-se que o Programa foi apresentado pelo Ministério da Saúde como novo modelo de atuação para as farmácias, inclusive comerciais, uma vez que incentiva a qualificação permanente dos farmacêuticos e de sua equipe de apoio no que concerne à educação individual e coletiva sobre saúde, uso racional e reações adversas a medicamentos aos usuários das unidades do Programa, o que garante um atendimento de excelência em todos os seus aspectos (BRASIL, 2005). Assim, o Programa Farmácia Popular surgiu, entre outras coisas, como proposta de modelo de Assistência Farmacêutica sendo estruturado no sentido da implementação de serviços de Atenção Farmacêutica permitindo também, a realização de estudos nessa área no âmbito das unidades.

Para o alcance da qualidade dos serviços prestados e padronização das unidades, a Coordenação do Programa estabeleceu diretrizes e procedimentos, publicados ou divulgados por meio de materiais de suporte aos parceiros do Programa, como é o caso do Manual Básico do Programa (BRASIL, 2005). Entre as principais diretrizes pode-se mencionar: *lay-out* padronizado das unidades, número mínimo de funcionários, sendo no caso dos farmacêuticos, no mínimo dois por unidade, uniformes e crachás padronizados, toda estrutura física da unidade, além de disponibilizar também procedimentos operacionais padrões – POPS para o atendimento e prestação de serviços.

Já a proposta de atividades vinculadas a Atenção Farmacêutica idealizada para o Programa visa promover, proteger e recuperar a saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e objetivando o acesso e seu uso racional. Além disso, deve compreender todos os seus macro-componentes: Educação em saúde; orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico; acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. Todas as unidades devem possuir local apropriado para realização desta atividade.

Até o momento não foram realizados estudos para avaliação do real cumprimento por parte dos gestores municipais e estaduais das diretrizes propostas pelo programa, permitindo a tomada de decisão por parte dos gestores do Programa no sentido de qualificar os serviços prestados nas unidades. A FIOCRUZ possui setor responsável pelo monitoramento das unidades e que realiza visitas *in loco* para verificação dos padrões, porém até o momento os dados dos relatórios nunca foram mensurados no sentido de obter indicadores para avaliação do Programa.

O presente estudo se propõe a fazer uma análise do Programa Farmácia Popular do Brasil procurando, através de indicadores, verificar o cumprimento das diretrizes propostas para padronização das unidades e do atendimento, avaliar o treinamento que foi realizado aos funcionários das unidades, antes de seu funcionamento, além de conhecer o perfil dos profissionais farmacêuticos que atuam nas unidades, seus conhecimentos prévios sobre atenção farmacêutica e interesse na prática desse serviço.

A meta do presente trabalho é de que as informações resultantes possam orientar as ações propostas pelo Programa conforme o que é apresentado por suas diretrizes.

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acesso a Medicamentos com promoção de seu uso racional

O acesso a medicamentos pode ser considerado como ponto fundamental para garantia do direito à saúde. Considerando-se que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1990), o direito de acesso aos serviços de saúde, e em especial aos medicamentos, é um importante indicador da legitimação dos direitos de qualquer cidadão em nosso país.

A garantia do acesso aos medicamentos essenciais é considerada como uma das responsabilidades essenciais do Estado e o tema está presente na agenda dos governos de diferentes países e organismos internacionais.

Atualmente a OMS considera que dois terços da população mundial têm acesso aos medicamentos que necessita e estima que o número de pessoas que tem acesso aos medicamentos essenciais aumentou de 2 bilhões em 1977 para 4 bilhões em 1997 (WHO, 2001). Porém, cabe lembrar que um terço da população mundial continua sem acesso regular aos medicamentos.

Nestes contexto, deve-se primeiramente conceituar o termo acesso. Porém, até o momento não existe uma definição operacional sendo o mesmo conceituado de diferentes formas por diferentes autores, os quais têm como ponto de convergência sobre o assunto o fato de que acesso à saúde não pode ser definido apenas com base na existência de serviços ou produtos, mas deve considerar a real utilização dos mesmos (LUIZA *et al.*, 2004).

Penchasnsky e Thomas (1981) definem acesso como “grau de ajuste entre os recursos de saúde ofertados e a população e suas necessidades” sendo ainda, segundo eles, “a relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca de atenção (resistência) e capacidade correspondente da população para superar tais obstáculos (poder de utilização)”.

Ainda, segundo os autores anteriormente citados, acesso à saúde é considerado um conceito formado por um conjunto de dimensões mais específicas de compatibilidade entre o paciente e o sistema de atenção à saúde, a saber:

- Disponibilidade (*availability*): relaciona-se com o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos e com as necessidades dos usuários.
- Acessibilidade ou oportunidade (*accessibility*): refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que é requerido pelos clientes.
- Adequação (*accomodation*): é a maneira como os recursos são organizados para seu fornecimento, a habilidade dos usuários para se adaptar, bem como sua percepção quanto à qualidade dos cuidados.
- Capacidade aquisitiva (*affordability*): relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos clientes.
- Aceitabilidade (*acceptability*): refere-se às atitudes tanto de provedores quanto dos usuários a respeito de suas características e práticas.

Problemas com quaisquer das dimensões influenciam os usuários e o sistema de três formas mensuráveis: (1) utilização dos serviços; (2) redução da satisfação do usuário; e (3) padrões de prática.

Considerando-se, porém, como foco deste trabalho o acesso a medicamentos, adota-se a definição proposta por Bermudez e Bonfim (1999), onde o acesso aos medicamentos essenciais pode ser definido como:

Ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo que for necessário, no momento e no lugar requerido pelo usuário, com garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado, tendo como consequência a resolutividade das ações de saúde.

2.1.1 Estratégias para Promoção do Acesso

A OMS tem definido que a garantia do acesso aos medicamentos essenciais é papel do Estado, e este compromisso deve ser mantido independentemente da orientação política ou econômica.

Quatro fatores são apontados como críticos para a melhoria do acesso (LUIZA *et al.*, 2004):

- Seleção racional de medicamentos e desenvolvimento de produtos;
- Preços acessíveis a governos e consumidores;
- Financiamento sustentável através de arrecadações governamentais gerais e seguro social;
- Sistemas de abastecimento confiável com serviços públicos e privados.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, um elenco de ações foi desencadeado nos últimos anos no sentido de ampliação de acesso aos medicamentos. Destacam-se abaixo algumas dessas medidas:

- Alteração da dinâmica de organização e planejamento dos diferentes programas que envolviam medicamentos e encontravam-se fragmentados na estrutura do Ministério da Saúde.
- Ampliação dos recursos orçamentários para aquisição e distribuição de medicamentos no âmbito do SUS;
- Introdução de mecanismos de regulação da Assistência Farmacêutica, utilizando protocolos clínicos e indicadores de avaliação principalmente no caso de medicamentos excepcionais e de alto custo;
- Incremento do orçamento para o Fomento da Produção Pública de Medicamentos;
- Otimização do Registro Nacional de Preços e do Banco de Preços, na perspectiva de atender as necessidades do SUS;
- Ampliação do Piso da Assistência Farmacêutica Básica
- Aquisição de planta de produção farmacêutica em Jacarepaguá/RJ FIOCRUZ

Uma das ações governamentais mais relevantes no sentido da ampliação do acesso foi a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), onde se estabeleceu um conjunto de medidas que visam promover a Assistência Farmacêutica à população brasileira, fazendo uso de mecanismos que estimulam a oferta de medicamentos e a competitividade do setor, por meio de um novo marco de regulação econômica (BRASIL, 2003).

Portanto, o acesso a medicamentos no SUS ainda é um dos grandes desafios para a melhoria da atenção à saúde, tendo em vista o grau de complexidade que envolve o tema, as diversas interfaces necessárias e os diversos atores envolvidos.

2.1.2 Atenção Farmacêutica e o uso racional de medicamentos

Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos é essencial numa sociedade que os fármacos constituem o arsenal terapêutico mais utilizado (LIPTON et al., 1995).

No Brasil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade, é necessário a implantação de práticas assistenciais que promovam o uso racional de medicamentos propiciando resultados que influenciem diretamente os indicadores sanitários (OPAS, 2002a).

Ao analisar as funções do farmacêutico no sistema de atenção a saúde a OMS reconhece a relevância da participação do farmacêutico, junto com a equipe de saúde, na prevenção de doenças e promoção da saúde. Na ótica da OMS a atenção farmacêutica é

Uma prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o conjunto de atitudes, comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades dos farmacêuticos na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (OMS, 1993).

A OMS apresenta também quatro ações imprescindíveis para uma boa prática de farmácia, a saber: ações profissionais relacionadas à promoção da saúde e prevenção de enfermidades; à dispensação e ao acompanhamento do uso dos

medicamentos; à promoção do auto-cuidado e atividades relacionadas ao estímulo da racionalização das prescrições e do uso de medicamentos (OMS, 1993).

A OMS (1993) também chama a atenção que o aumento da expectativa de vida das populações leva à prevalência de doenças crônicas, enquanto o número de medicamentos aumenta, a farmacoterapia torna-se uma forma de intervenção médica freqüente. Uma farmacoterapia adequada permite obter atenção sanitária segura e econômica. Sendo assim, o uso adequado de medicamentos pode levar a efeitos positivos importantes não só para o indivíduo como para a sociedade em geral, portanto, os farmacêuticos têm um papel fundamental para atender as necessidades de usuários e da sociedade como um todo.

A atenção farmacêutica contribui para o uso racional de medicamentos, na medida em que pode desenvolver um acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa utilizada pelo indivíduo, caso seja necessário, buscando avaliar e garantir a indicação, a segurança e a efetividade no processo de utilização de medicamentos. Satisfaz as necessidades sociais ajudando os indivíduos a obter melhores resultados durante a farmacoterapia (FAUS et al,1999).

A OMS reconhece que existem diferenças nos sistemas de saúde entre diferentes países, mas considera que o conceito de atenção farmacêutica é aplicável em todos esses, mesmo considerando diferenças na situação sócio-econômica (OMS, 1993).

Utilizando referenciais internacionais, análise do contexto sanitário e buscando a promoção da prática da atenção farmacêutica de forma articulada com a assistência farmacêutica, no marco da Política Nacional de Medicamentos foi definido pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica que

Atenção Farmacêutica é modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002a, p.03).

O conceito brasileiro destaca-se por considerar a promoção da saúde como parte essencial da atenção farmacêutica, incluindo a educação em saúde, como componente dessa, o que constitui um diferencial marcante em relação as definições adotadas em outros países, bem como considerar entre os fatores a serem tratados na educação em saúde o uso racional de medicamentos

Também é importante ressaltar que segundo o conceito brasileiro assistência e atenção farmacêutica são distintas. Esta última refere-se a um modelo de prática e as atividades específicas do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, enquanto o primeiro envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais (OPAS, 2002a).

A proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica é um elemento de grande significância para a promoção e implantação deste novo modelo de prática profissional. O consenso é resultado do Grupo de Trabalho “Atenção Farmacêutica no Brasil” nucleado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS com apoio de diversas instituições farmacêuticas.

A Resolução nº 338, de maio de 2004, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, é o documento que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Essa resolução adota o mesmo conceito de Atenção Farmacêutica apresentado pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica e apresenta a definição de Assistência Farmacêutica que engloba o conceito oriundo da Política Nacional de Medicamentos e acrescenta outras definições, a saber:

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A proposta de Consenso de Atenção Farmacêutica apresenta seis macro-componentes, os quais devem orientar essa prática profissional para que os resultados esperados possam ser efetivamente conquistados. É imprescindível que esses macro-componentes sejam desenvolvidos integralmente, uma vez que existe

uma inter-relação dos mesmos. A seguir são apresentados os macro-componentes da Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002a).

- 1) Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos);
- 2) Orientação Farmacêutica
- 3) Dispensação;
- 4) Atendimento Farmacêutico: “É o ato em que o farmacêutico, fundamentado em sua práxis, interage e responde às demandas dos usuários do sistema de saúde, buscando a resolução de problemas de saúde, que envolvam ou não o uso de medicamentos. Este processo pode compreender escuta ativa, identificação de necessidades, análise da situação, tomada de decisões, definição de condutas, documentação e avaliação, entre outros”;
- 5) Acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico: “É um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário”.
- 6) Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

A Atenção Farmacêutica assumiu no Brasil crescente importância nas discussões dos rumos e perspectivas da profissão e na consolidação do processo de integração do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde. Em vários pontos do país, têm sido formados grupos de estudo e pesquisa em Atenção Farmacêutica, bem como vêm sendo desenvolvidas diversas experiências práticas na área (CASTRO et al, 2008).

Ao farmacêutico moderno é essencial conhecimentos , atitudes e habilidades que permitam ao mesmo integrar-se à equipe de saúde e interagir mais com o paciente e a comunidade , contribuindo para a melhoria da qualidade de vida , em especial, no que se refere à otimização da farmacoterapia e o uso racional de medicamentos (MARIN, 2002)

O envolvimento do farmacêutico no processo de atenção à saúde é fundamental para a prevenção dos danos causados pelo uso irracional de medicamentos.

Observa-se que as ações do farmacêutico no modelo de atenção farmacêutica, na maioria das vezes, são atos clínicos individuais. Mas, sistematizações de intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema de informação, composto por outros profissionais de saúde, pode contribuir para um impacto no nível coletivo e na promoção do uso seguro e racional de medicamentos (OPAS 2002a).

2.1.3 Financiamento dos Medicamentos

O reconhecimento de que o direito a saúde é um direito humano fundamental leva a admitir que o Estado seja o responsável de garantir o acesso a assistência sanitária, incluindo os medicamentos essenciais. Segundo Velásquez (2004), isto não significa que o Estado deva necessariamente financiar e proporcionar todos os medicamentos, mas os governos devem garantir que os mecanismos de financiamento, públicos, privados ou ambos, se administrem de modo a garantir um acesso universal aos medicamentos essenciais.

O modelo de financiamento adotado tem um importante papel na questão dos medicamentos, da mesma forma que o tem quanto ao sistema de saúde em geral, dado sua enorme influência na regulação do sistema, interferindo tanto nos aspectos de oferta quanto de demanda (VELÁSQUEZ, 2004).

Velásquez (2004) classifica da seguinte forma o financiamento dos medicamentos:

- Financiamento Público: em geral é dirigido aos mais pobres e pode concretizar-se através do abastecimento central direto ou dos sistemas de seguridade social ou seguro-saúde, sendo que o valor comprometido depende de fatores como a vontade política e a produção econômica.
- Seguro-saúde: neste sistema cada segurado paga um determinado valor que é gerenciado pelo poder público ou por uma empresa privada, e a participação do segurado poderá ser compulsória ou voluntária.
- Pagamento pelo usuário: nos países em desenvolvimento, os gastos privados representam habitualmente mais de 66% do gasto total em medicamentos. Muitos países têm utilizado a venda de medicamentos nos sistemas estatais de seguro-saúde com recuperação de custos e sistemas comunitários de fundos rotativos.
- Financiamento Voluntário e com fundos locais: envolve normalmente a participação de organizações não governamentais.
- Empréstimos de desenvolvimento: se presta apoiar o desenvolvimento de infra-estrutura e capacitação de recursos humanos, mas tem sido usada em alguns países para aquisição de medicamentos e insumos.

No Brasil, onde predomina o financiamento público, surgiram, nos últimos anos, algumas experiências de co-pagamento implementadas tanto em nível federal, como é o caso do Programa Farmácia Popular, como em níveis Estaduais, como é o caso da Farmácia Popular Vital Brazil (Governo do Estado do Rio de Janeiro) e o Programa Farmácia Popular do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE). Estes programas constituem iniciativas públicas na busca de novos modelos de provisionamento de medicamentos.

No caso dos programas de co-pagamento, busca-se garantir à população o acesso a medicamentos básicos e essenciais à saúde, a baixo custo, mediante o seu fornecimento a preços subsidiados pelo governo, por isso a um custo inferior ao praticado no mercado privado (BRASIL, 2005).

Para Vianna *et al* (1998) o co-pagamento pode ser definido como: “Co-pagamento, taxa moderadora, participação no custeio (cost-sharing), ou ainda, contrapartida do usuário. São diferentes maneiras para denominar o mecanismo de recuperação de custos adotado por muitos sistemas de saúde, segundo o qual o paciente arca com parte dos custos dos bens e serviços quando destes fizer uso”.

2.2 O Programa Farmácia Popular do Brasil

O Programa foi criado em junho de 2004, com inauguração oficial das primeiras unidades no dia 07 de junho de 2004. Destina-se ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais. Algumas vezes essas dificuldades levam à não adesão ao tratamento. Nesse caso, quando se trata de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, a eventual utilização irregular de medicamentos compromete os resultados esperados com o tratamento. A consequência natural é o agravamento do quadro e o aparecimento de complicações que, em muitos casos, são tratadas nos serviços ligados ao SUS.

Assim, um dos principais objetivos do Programa é a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, diminuindo, assim, o impacto desses custos no orçamento familiar (BRASIL, 2005).

O Programa se desenvolve por meio de duas ações diferenciadas: a Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil, que trata da implantação de unidades em parceria com estados, municípios e instituições; e o Sistema CoPagamento, criado em 2006, trata-se da parceria com farmácias e drogarias privadas.

Para a operacionalização do projeto da Rede Própria, a FIOCRUZ, que dispõe na sua estrutura do Laboratório Farmanguinhos, e é vinculada ao Ministério da Saúde, é a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, distribuição e dispensação dos medicamentos. (BRASIL, 2004a). As unidades pertencentes a Rede Própria do Programa Farmácia Popular, objeto de estudo deste trabalho,

apresenta dois modelos diferenciados de acordo com a gestão das unidades, ou seja, responsabilidade na contratação de recursos humanos e manutenção do funcionamento:

- Modelo 1: Unidades da própria FIOCRUZ, ou seja, a gestão é responsabilidade da FIOCRUZ.
- Modelo 2: Unidades implantadas em parceria com estados, municípios ou entidades e instituições como universidades, nas quais a gestão é responsabilidade do partícipe.

Segundo documentos oficiais do Programa o ambiente interno padronizado, utilizado na estruturação das unidades próprias, deve privilegiar o conforto do usuário, garantindo instalações de caráter humanizado. A presença de farmacêuticos capacitados, durante todo o período em que a farmácia estiver aberta ao público, deve proporcionar atendimento seguro que garanta suporte necessário para as atividades dos atendentes na sua relação com os usuários (BRASIL, 2005).

Os profissionais que atuam nas unidades devem garantir que todos os usuários sejam acolhidos e recebam o atendimento demandado. Esse atendimento pode ser traduzido na dispensação orientada de medicamentos disponíveis no Programa ou no fornecimento de quaisquer informações relativas à saúde, aos medicamentos ou, ainda, a outras de interesse ou necessidade do usuário (BRASIL, 2005). Prima-se nas unidades, por prestar atendimento personalizado, de acordo com as necessidades de cada usuário, por meio de detecção, prevenção e resolução de problemas e demandas apresentadas.

A estratégia de atendimento dos usuários objetiva, fundamentalmente, a utilização responsável, segura e correta de medicamentos. A adesão ao tratamento deve ser compreendida como atribuição básica do processo de dispensação, orientada segundo técnicas apropriadas e padronizadas que devem ser desenvolvidas sob supervisão permanente do farmacêutico responsável (BRASIL, 2005).

Para tanto, as unidades, além de contarem com efetiva assistência de farmacêutico, devem dispor de instrumentos para obtenção de informações técnicas, tais como livros textos, manuais, revistas técnicas e, se possível, acesso à banco de dados sobre medicamentos (BRASIL, 2005).

A gestão do Programa Farmácia Popular do Brasil conta com uma Coordenação de Monitoramento e suas atribuições estão definidas na Portaria 1.651/2004, onde está prevista a responsabilidade dessa Coordenação de formular indicadores de resultados e impactos do Programa, abrangendo instrumentos de avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços prestados nas unidades (BRASIL, 2005).

O Manual Básico do Programa traz as diretrizes e os padrões estabelecidos para implantação das unidades. Segundo ele, devem existir procedimentos que visem avaliar o desempenho das atividades, a capacitação de pessoal e a satisfação de usuários, no entanto, pelo que se tem de dados, nenhum desses procedimentos foi construído ou colocado em prática nas unidades do programa até o presente momento.

2.2.1 Objetivos do Programa Farmácia Popular do Brasil

O principal objetivo do Programa é a ampliação do acesso da população aos medicamentos através de ações que articulem os setores público e privado, disponibilizando medicamentos e insumos classificados como essenciais, segundo critérios epidemiológicos, a custos inferiores aos praticados atualmente no mercado privado.

Além disso, o programa pretende estabelecer um modelo de assistência e atenção farmacêutica qualificada e adequada à legislação vigente oferecendo aos usuários um atendimento diferenciado e de qualidade visando o uso racional dos medicamentos.

Estabelecer novas ferramentas de monitoramento dos preços de medicamentos, também é um dos objetivos específicos do programa, já que trabalha com a estratégia de fornecimento de medicamentos a preço de custo.

2.2.2 Estimativa da demanda e público alvo

Para o planejamento do suprimento inicial de medicamentos nas Farmácias Populares e, para contratação da produção dos Laboratórios Oficiais, utilizaram-se os dados de demanda e consumo histórico das Farmácias do LAFEPE como base. Como contribuição, também foram utilizados dados de relatórios de comercialização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de pesquisa realizada junto a duas grandes redes de farmácias brasileiras. Essa análise possibilitou determinar como fator limitante da demanda o número de Farmácias instaladas, privilegiando a implantação de farmácias em regiões metropolitanas num primeiro momento.

O público alvo prioritário do Programa é a população com renda entre 4 e 10 salários mínimos que utiliza os serviços privados de atenção à saúde e não consegue adquirir seus medicamentos ou manter seus tratamentos por meio da rede privada de farmácias e drogarias. Isso não limita a utilização do Programa por outras pessoas, ou seja, não é exigido nenhum comprovante de renda ou cadastro do paciente para utilização do programa atendendo tanto receituários provenientes do SUS como de serviços privados. Salienta-se que no caso dos receituários SUS, os atendentes e farmacêuticos das unidades são orientados a prestar esclarecimentos ao usuário sobre o direito a gratuidade do medicamento no SUS¹.

2.2.3 Recursos Humanos

A definição do perfil de recursos humanos e seus quantitativos mínimos, bem como, o processo de contratação, regimes e horários de trabalho estão descritos no Manual Básico do Programa, de acordo com a seção III, item 4.1.1. e adendo G, mencionado no mesmo item. Abaixo está descrito o quantitativo de profissionais necessários para cada cargo além de suas funções na rotina de trabalho:

¹ Fonte Direção Nacional do Programa, Documento interno – Material de treinamento dos funcionários.

- Um (01) **Farmacêutico Gerente**: Além das responsabilidades desempenhadas como responsável técnico também deve supervisionar a unidade em todo seu fluxo de atividades.
- Um (01) **Farmacêutico Co-responsável**: Exerce uma função de apoio nas atividades técnicas farmacêuticas além de ser responsável pela escrituração dos livros de medicamentos sob regime de controle especial, conforme Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 que aprova o regulamento técnico de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Um (01) **Auxiliar de Gestão**: Responsável pelo estoque, acompanhamento de planilhas, vale transporte para os funcionários, solicitação de material de expediente, entre outras atividades relacionadas com a gestão.
- Cinco (05) **Assistentes de Gestão**: são os atendentes propriamente ditos que devem desempenhar suas atividades de forma rotativa, ou seja, atuam tanto no pré-cadastro, quanto nas atividades de caixa e atendimento.
- Um (01) **Auxiliar de Serviços Gerais**: responsável pela limpeza da unidade

O perfil dos profissionais farmacêuticos desejável está descrito no Manual Básico do Programa, conforme apresentado abaixo:

Farmacêutico Gerente: nível superior em farmácia e experiência de dois anos na execução dos serviços de coordenação e gerência de farmácia, dispensação de medicamentos e correlatos de acordo com as normas de assistência e atenção farmacêutica.

Farmacêutico Co-Responsável: nível superior em farmácia e experiência de um ano na execução dos serviços de dispensação de medicamentos e correlatos de acordo com as normas de assistência e atenção farmacêutica, visando auxiliar o Farmacêutico Gerente (BRASIL, 2005).

2.2.4 Elenco de medicamentos

O elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil foi definido mediante critérios epidemiológicos, considerando as principais doenças que atingem a população brasileira e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar. Foram eleitos os medicamentos mais eficazes e seguros indicados para tratar tais doenças. Ou seja, são aqueles que apresentam o melhor resultado e o menor risco para os pacientes².

A lista de medicamentos das Farmácias Populares está baseada na RENAME, que é uma referência de medicamentos para o tratamento dos agravos prevalentes na população do País. Ela é elaborada pelo Ministério da Saúde, onde são selecionados medicamentos seguros, eficazes e mais econômicos para atender às necessidades básicas de saúde da população (BRASIL, 2002). A seleção dos medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil foi proposta de forma a contemplar no mínimo 01 medicamento de cada um dos principais grupos terapêuticos cobertos pela RENAME.

Quando um grupo terapêutico está contemplado com mais de um item, isso se deve ao fato da grande particularidade de uma determinada enfermidade em responder melhor e, mais especificamente, para esse outro item incluso no elenco ou, ainda, pela flexibilidade de ajuste de doses ao tratamento proposto e as particularidades biológicas do indivíduo em tratamento.

Na definição do elenco foram considerados, também, os medicamentos que compõem os Programas Assistenciais do Ministério da Saúde. A capacidade produtiva dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LFO) e a disponibilidade de registro como medicamentos genéricos foram outros fatores determinantes.

Alguns medicamentos que já apresentam dados e informações clínicas suficientes para subsidiar uma proposta de inclusão na RENAME e, têm impacto

²Disponível em
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_farmaciapopular_abril08.pdf>Acessado em 20 de março 2009.

importante nos orçamentos familiares, também foram inclusos. Além disso, foram apresentadas sugestões pela equipe técnica do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids para a inclusão de medicamentos que atendam às enfermidades oportunistas, bem como a de ofertar preservativos masculinos.

A equipe do Ministério da Saúde que avaliou o estatuto do idoso, igualmente, apresentou sugestões de inclusão de medicamentos, bem com o Programa de Saúde da Mulher, com a proposta de inclusão de anticoncepcionais orais e injetáveis.

O anexo 1 apresenta tabela com as enfermidades atendidas pelo atual elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil definidas segundo os critérios citados acima.

O Programa Farmácia Popular do Brasil prevê a inclusão de novos medicamentos, inclusive visando adaptações regionais. Isso deverá ocorrer mediante sugestões e a devida avaliação da sua justificativa. Estava definido um período de 06 meses para que fossem realizadas revisões técnicas do elenco, considerando-se os aspectos epidemiológicos e sociais indicados acima para modificações. (BRASIL, 2005) Porém até o momento apenas duas revisões foram feitas, sendo uma em 2004, com a inclusão de 5 novos itens e outra em 2005 com a inclusão de 4 novos itens.

Atualmente a lista de medicamentos é composta por 95 medicamentos mais o preservativo masculino, correspondendo a aproximadamente duas mil apresentações comerciais, totalizando 107 itens, já que um mesmo medicamento possui diferentes apresentações e está apresentada no anexo 2.

2.2.5 Treinamento

O PFPB realiza um treinamento aos funcionários das unidades como forma de auxiliar o bom desempenho dos serviços prestados. Este treinamento é executado sob a responsabilidade da gerência técnica do programa da FIOCRUZ e ocorre na semana anterior a inauguração de cada unidade, sendo que um

farmacêutico, funcionário de uma das unidades modelo 1, é enviado para a realização do treinamento. O treinamento deve abordar os seguintes aspectos:

- Treinamento Operacional: ensina aos funcionários como se opera o sistema – POD 1 (sistema informatizado de gerenciamento das unidades) e tem como referência o Manual do Sistema elaborado para a Farmácia Popular (BRASIL, 2005);
- Treinamento Administrativo: aborda informações sobre o PFPB tais como: seu funcionamento, como ele foi criado, qual o seu objetivo e a estrutura interna das unidades.
- Treinamento Técnico: Aborda informações técnicas, farmacêuticas, além de procedimentos operacionais do PFPB, como: o que é medicamento, formas farmacêuticas, intoxicação, como é o processo de dispensação, regras estabelecidas pelo programa para a dispensação, entre outras.
- Treinamento Comportamental: técnicas de bom atendimento, ética profissional, qualidades de um bom profissional da saúde entre outras ações referentes a qualidade de atendimento.

Além das atividades acima citadas, são realizados treinamentos mais específicos sobre gerenciamento com o farmacêutico responsável técnico e gerente da unidade. São repassadas informações de como proceder com o controle de estoque, financeiro entre outros.

2.2.6 O Processo de dispensação

Nas unidades do programa existe um fluxo de atendimento padronizado para toda a rede. Quando o usuário chega até a Farmácia ele retira uma senha de atendimento e aguarda em local com cadeiras para espera. Quando chamado, o usuário se dirige até o local de atendimento onde é realizado o cadastro da receita e registrado os medicamentos que serão adquiridos com sua dose e quantidade. Após essa etapa ele segue para o caixa onde efetua o pagamento e posteriormente vai

até o balcão de dispensação onde retira seus medicamentos e recebe adequada orientação quanto à utilização.

A padronização de fluxo de atendimento das unidades tem como objetivo principal garantir o atendimento adequado dos usuários. Segundo o Manual Básico (BRASIL, 2005), os profissionais que atuam nas unidades do PFPB devem garantir que todos os usuários sejam acolhidos e recebam o atendimento demandado. Esse atendimento pode ser traduzido na dispensação orientada de medicamentos disponíveis no PFPB ou no fornecimento de quaisquer informações relativas à saúde, aos medicamentos ou, ainda, a outra do interesse ou necessidade do usuário. Além disso, o ambiente interno padronizado, utilizado na estruturação das unidades do Programa, privilegia o conforto do usuário, garantindo instalações de caráter humanizado.

A única exigência para aquisição de medicamentos nas unidades é a apresentação de receita médica ou odontológica devidamente preenchida. Como forma de padronizar o processo de dispensação em todas as unidades, algumas normas foram estabelecidas e encaminhadas para essas, por meio de ofícios de orientação. São normas que se referem à quantidade de medicamentos a serem dispensados para cada receita, que variam conforme a propriedade terapêutica, casos em que o medicamento prescrito faz parte do elenco, mas em concentração diferente, entre outras.

Recentemente foi disponibilizado para as unidades um Manual de Boas Práticas e Procedimentos Operacionais Padrão, para que todas as diretrizes do programa relacionadas ao bom funcionamento das unidades e ao processo de dispensação sejam padronizadas.

Além disso, todas as unidades do programa estão equipadas com aparelho de televisão e vídeo, onde devem ser exibidas campanhas educativas do Ministério da saúde. O horário de funcionamento é padronizado: das 08:00h às 18:00h, de segunda à sexta-feira, e das 08:00h às 12:00h, aos sábados.

2.2.7 A Expansão do Programa Farmácia Popular – Sistema Copagamento

Em março de 2006, foi criada a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil chamada de Sistema Copagamento, através da Portaria nº 491/06 (BRASIL, 2005). Segundo a Portaria nº 491, a expansão do Programa consiste na subvenção de parte do valor do medicamento pelo Ministério da Saúde. Em realidade, consiste no pagamento de “um percentual do Valor de Referência (VR), por unidade farmacotécnica (UF), do princípio ativo de medicamentos, para dispensação diretamente no comércio farmacêutico, mediante complementação, pelo paciente, da diferença para o preço de venda da correspondente apresentação que lhe foi prescrita ou do genérico equivalente”.(BRASIL, 2005)

Dessa forma, estabelecimentos de comércio farmacêutico, compreendidas as firmas individuais ou as empresas de rede de farmácias e drogarias, poderão ser credenciadas Segundo o Ministério da Saúde, a alternativa visa à conveniência do paciente, não prejudicando, porém a obtenção do medicamento na rede pública de assistência à saúde, onde será dispensado gratuitamente.

Inicialmente foram selecionadas duas doenças a serem contempladas com medicamentos para o seu tratamento: Hipertensão Arterial e Diabetes, abrangendo um elenco de 9 medicamentos. Posteriormente, atendendo a demanda do Planejamento Familiar, foram incluídos contraceptivos no Programa. Os descontos variam de 50 a 90%, inclusive para os medicamentos genéricos.

Recentemente foi publicada nova portaria que dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia, apresentando novas normas de funcionamento do programa e dispensação dos medicamentos pelo Sistema Copagamento (BRASIL, 2009). No anexo 3, está a tabela com medicamentos incluídos na expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, assim como os atuais valores de referência e descontos praticados.

Atualmente, são mais de 6.500 farmácias credenciadas já disponibilizando medicamentos com os descontos propostos.

2.3 Avaliação de Políticas e Programas

Avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço social. Muitas são as noções de *avaliação*: processo essencialmente humano e realizado cotidianamente pelo senso comum. Entre as diversas definições existentes sobre o significado da avaliação, aquelas referentes à avaliação de programas sociais têm conseguido maior consenso. (HARTZ, 2005) Na verdade o conceito de avaliação como um processo fundamentado em premissas científicas e voltado para aferição do desempenho de programas sociais começa a se consolidar após a Segunda Guerra Mundial. Os economistas foram os pioneiros no desenvolvimento de métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas públicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A OMS vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que a avaliação deveria ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas (OMS, 1981). Para Cohen e Franco (1998) a avaliação deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos. Para Contandriopoulos “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”, sendo esta uma das definições mais simples e abrangente. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

O conceito de *avaliação de programas sociais* é um pouco mais restrito e pode ser compreendido como um conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção em sua implantação, implementação e resultados (ROSSI e FREEMAM 1999; AGUILLAR e ANDER-EGG, 1994). Nas palavras de Rossi e colaboradores, a avaliação de programas pode ser definida como:

Utilização de metodologias de pesquisa social para investigar, de forma sistemática, a efetividade de programas de intervenção social, que foi adaptada ao seu ambiente político e organizacional e planejada para conformar a ação social, de maneira que contribua para a melhoria das condições sociais (ROSSI e FREEMAM, 1999).

Assim tem-se que o objeto de uma avaliação pública será sempre uma intervenção ou um dos componentes dessa intervenção. Os efeitos da intervenção poderão ser maiores, menores ou diferentes dos objetivos que motivaram seu planejamento ou implantação e dependerão da interação complexa de seus elementos, que, didaticamente podem ser definidos como: objetivos, recursos, serviços, bens e atividades. (LUIZA, 2003).

Não se pode esquecer que para formular um julgamento, a avaliação deve apreciar o que caracteriza um programa de boa qualidade. A qualidade, portanto, é outro aspecto central na avaliação de programas e serviços. Devido à abrangência do termo, em geral, a qualidade é definida pelos diversos autores como uma composição de atributos ou dimensões.

Diversos autores apresentam propostas de classificação de avaliação, com o objetivo de facilitar a sua aplicação. Scriven (apud MOREIRA, 2002) classificou a avaliação em dois tipos:

- Somativa: dirigida para os efeitos do programa
- Formativa: visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento.

Para Contrandriopoulos (1997), a avaliação pode resultar da aplicação de critérios e normas (*avaliação normativa*) ou se elaborar a partir de um conhecimento científico (*pesquisa avaliativa*).

Segundo Consendey (2000), a pesquisa avaliativa preocupa-se em examinar as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção com o fim de orientar a tomada de decisão, avaliar a efetividade do programa e de seus resultados, medir e demonstrar seu impacto e recomendar ações futuras.

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em 6 diferentes análises:

- 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;
- 3) *Análise da Produtividade*: estuda o modo como os recursos são utilizados para produzir os serviços;
- 4) *Análise dos efeitos*: avalia a influência dos serviços sobre o estado de saúde;
- 5) *Análise do rendimento ou da eficácia*: relaciona a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos;
- 6) *Análise da implantação*: mede a influência da variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos em diferentes contextos;

A análise da intervenção tem como objetivo descrever, explicar ou desenvolver uma intervenção. Por intervenção se entende um conjunto de atividades pressupondo a elaboração de meios organizados de maneira coerente no tempo e no espaço, para modificar uma situação. Estuda a relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados. A pesquisa sobre intervenções pode ser conduzida em diferentes níveis: práticos, técnicos, de programas, de organizações políticas, de sistemas de saúde (CONTANDRIOPOLUS *et al.* 1997).

Por outro lado, a avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), com critérios e normas, que neste caso são as estabelecidas pelas diretrizes do programa (CONTANDRIOPOLUS *et al.* 1997).

Uma das abordagens mais citadas e utilizadas para avaliação em saúde é a proposta por Donabedian (1984) sob o enfoque da tríade “estrutura, processo e resultado”, com a seguinte concepção:

- *Estrutura*: são as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e os lugares

físicos e organizacionais onde trabalham. O conceito de estrutura inclui os recursos humanos, físicos e financeiros de que se necessita para proporcionar a atenção. Esse termo abrange o número, a distribuição e a qualificação da equipe de profissionais, assim como o número, o tamanho, a capacidade e a disposição geográfica de estabelecimentos de saúde ou outras instalações. O conceito inclui também os fatores de produção, englobando a forma como o financiamento e a prestação de serviços estão organizados, tanto formal como informalmente.

- *Processo*: pode ser compreendido como a série de atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes durante as etapas do cuidado. Um juízo acerca de sua qualidade pode ser feito por meio de observação direta ou da revisão da informação registrada, o que permite uma reconstrução com certo grau de precisão de como está seu funcionamento. A base para a atribuição de valor da qualidade é o conhecimento acerca da relação entre as características do processo de atenção e suas conseqüências para a saúde e bem estar dos indivíduos e da sociedade, de acordo com o que eles compreendem por saúde e bem estar.
- *Resultado*: é a diferença entre um estado atual e um estado futuro de saúde do usuário, que se possa atribuir a um dado processo de cuidado. (DONABEDIAN, 1984). Segundo Marin et al. (2003), o objetivo do cuidado pode ser a prevenção, a cura da doença ou a interrupção de sua progressão, a restauração de sua capacidade funcional ou o alívio da dor e sofrimento, além da satisfação do paciente. Assim o sucesso dos cuidados e, portanto, sua qualidade, poderá ser medida pelo alcance desses resultados.

Ainda que o enfoque do resultado seja considerado a medida mais direta da qualidade da atenção, quando se discute uma ação específica, nem sempre é fácil mensurar sua contribuição exata no impacto final. Assim, utilizamos indicadores de processo para esta finalidade (MARIN et al., 2003).

A classificação de um indicador como sendo relativo à estrutura, processo e ao resultado pode variar um pouco em função das características do sistema que está sendo avaliado (MARIN et al., 2003).

2.3.1 Indicadores

Segundo Donabedian (1984), indicador é um componente da estrutura, do processo e do resultado com relação à qualidade. Os indicadores uma vez construídos, por meio de critérios, são compostos por atributos que dizem respeito às questões que estão sendo avaliadas, dentro de uma medida específica que pode ser interpretada (MARIN et al., 2003).

Donabedian (1984) fornece algumas características descritivas dos indicadores que podem ser relativas à estrutura, ao processo ou ao resultado, que são:

1) Quanto à fonte podem ser:

- Normativos – quando baseados em fontes autorizadas;
- Empíricos – quando fundamentados na prática.

2) Quanto à pré-especificação, classificadas como:

- Explícitos – quando claramente pré-especificados. Os indicadores explícitos têm sido mais utilizados por apresentarem menos variabilidade interpessoal e permitirem maior redução de custos, pela possibilidade de utilizar profissionais menos experientes;
- Implícitos – quando baseados no julgamento do profissional que os aplica.

3) Quanto à abordagem podem ser:

- Quantitativos – quando se expressam numericamente. Podem expressar-se como contagem, razão, proporção ou percentagem;

- Qualitativos – quando se expressam como “sim” ou “não”.

No contexto da avaliação de programas e serviços de saúde, indicadores de saúde, além de representarem medidas do impacto dos serviços sobre a saúde de populações, precisam considerar a mensuração da adequação, da infra-estrutura dos serviços e da efetividade dos processos. Indicadores isolados não são capazes de prover um quadro conclusivo acerca do desempenho dos serviços de saúde, sendo necessária a definição de conjuntos de indicadores relevantes para conduzir uma determinada avaliação. Adicionalmente, a avaliação de indicadores quantitativos não deve ser conduzida de forma isolada nem deve encerrar-se em si mesma, mas sim constituir-se em ferramenta que permita a formação de opinião e a tomada de decisões (DONABEDIAN, 1984).

Assim, os indicadores funcionam como expressões objetivas de critérios utilizados para apreciação da qualidade. Eles constituem artifícios aplicáveis em qualquer das abordagens da avaliação. Já os critérios podem ser definidos como os atributos que correspondem a um nível de qualidade desejado ou esperado. Os indicadores devem guardar alguns atributos fundamentais (*Management Sciences For Health* - MSH apud CONSENDEY, 2000):

- Clareza – deve ser fácil de entender e calcular.
- Utilidade – reflete uma importante dimensão do desempenho.
- Mensurabilidade – pode ser definido em termos quantitativos e qualitativos.
- Confiabilidade – permite avaliação consistente ao longo do tempo e entre diferentes observadores.
- Validade – mede realmente o que se propõe a medir.

2.3.2 Modelo Lógico

Existem várias formas de elaborar hipóteses e pressupostos de uma pesquisa antes de selecionar as variáveis que devem ser estudadas. Uma delas é elaboração

de um Modelo Lógico. Este tem sido descrito com uma terminologia diversificada: modelo hipotético causal (BEGHIN et al., 1989), modelo explicativo ou ainda modelo lógico (HARTZ,1999). O termo segundo Beghin et al.(1989), sugere a idéia de “representação simplificada de um processo ou sistema”, enquanto para Graham (1994) é um método estruturado para definir o fundamento lógico do programa.

O objetivo do modelo lógico é o de evidenciar os principais elementos da intervenção e suas principais interações para a produção dos efeitos. Nele, procura-se identificar os elos causais hipotéticos entre o que é feito pelo programa e os objetivos do mesmo.

O modelo teórico de um programa deve explicitar como o programa idealmente funciona, que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas serão afastadas (HARTZ, 1999). Assim, o modelo lógico trata de uma série de eventos organizados de forma hierárquica, onde os componentes do programa dispostos em um diagrama apresentam o seu funcionamento teórico, proporcionando uma explicação dos mecanismos implicados na construção dos resultados do programa (BEGHIN et al., 1989)

Os elementos que compõem um modelo lógico podem variar, entretanto são geralmente considerados os *inputs* (Insumos), os *outputs* (atividades e Produtos) e os *outcomes* (Efeitos imediatos, de médio e de longo prazo). A importância do modelo lógico está no fato de que ele evidencia as estratégias adotadas pelo programa, ao mesmo tempo em que também revela os princípios que dizem respeito às condições para sua efetividade (CDC, 1999).

Um ponto de definição do modelo lógico como parte da avaliação está no fato de que este pode ser usado como uma fonte para definir um conjunto de indicadores, que englobem as atividades do programa e seus efeitos esperados. Assim, a cada etapa no modelo podem ser desenvolvidos indicadores qualitativos ou quantitativos (COSENDEY, 2000).

OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Realizar avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil utilizando indicadores de estrutura e processo baseados em três componentes principais: estrutura física, seguimento farmacoterapêutico e treinamento dos funcionários.

3.2 Objetivos específicos

- Desenvolver modelo lógico para poder identificar indicadores componentes de qualidade do Programa Farmácia Popular do Brasil;
- Desenvolver indicadores para avaliação do Programa.
- Verificar o cumprimento das diretrizes estabelecidas para o Programa Farmácia Popular do Brasil e descritas no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil para padronização das unidades e serviços prestados;
- Conhecer o perfil dos profissionais farmacêuticos das unidades;
- Analisar o treinamento padrão realizado aos funcionários das unidades;
- Avaliar o conhecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil por parte dos farmacêuticos que trabalham nas unidades;
- Verificar o conhecimento dos farmacêuticos sobre Atenção Farmacêutica;
- Verificar o número de unidades que realizam seguimento farmacoterapêutico, conforme previsto pelo Programa;

4 MÉTODOS

4.1 Abordagem metodológica

Este projeto se insere na área da pesquisa avaliativa, mais especificamente na análise de intervenções, possuindo delineamento transversal. O diagnóstico a ser realizado envolve a identificação da estrutura (recursos materiais e humanos) disponível e dos processos (serviços e atividades) envolvidos na produção dos efeitos. Portanto, insere-se também no campo da avaliação normativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

4.1.1 A construção do modelo lógico

Para preparo da análise, em um primeiro momento foi desenvolvido um modelo lógico, que supõe a comparação de uma configuração prévia, com uma configuração real observada. Foi proposto como base para a construção dos tópicos a serem abordados e questionamentos a serem realizados, dando origem aos indicadores e critérios avaliados. Assim, o modelo lógico proposto foi adaptado do modelo de Cosendey (2000) construído para o Programa Farmácia Básica e contempla a avaliação da estrutura e do processo conforme especificado no Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil e Diretrizes da Gerência Técnica do mesmo, considerando os seguintes componentes: estrutura física das unidades, seguimento farmacoterapêutico e treinamento.

4.2 Fontes de dados utilizados

Por problemas operacionais não foi possível realizar visitas *in loco* e entrevista com os usuários do programa, tendo sido utilizado como fonte de dados as informações disponíveis e mencionadas abaixo, permitindo avaliar somente indicadores de estrutura e processo:

- Documentos do Programa: leis, portarias, Manual Básico e demais documentos que apresentam as diretrizes do Programa.
- Banco de dados do programa: forneceu dados sobre os medicamentos mais vendidos, além de prospecção do programa no Brasil.

- Relatórios das visitas técnicas realizadas pela FIOCRUZ: desses relatórios foram consultados os dados referentes à estrutura das unidades e cumprimento das normas e padrões exigidos pelo Programa.
- Questionário aplicado aos farmacêuticos: foram coletadas informações referentes ao perfil dos profissionais que atuam nas unidades, conhecimento sobre atenção farmacêutica e avaliação do treinamento.

4.3 Componentes e Indicadores

Os componentes apresentados no Modelo Lógico e que serão o cerne do estudo, foram definidos com base nos padrões de unidades desejadas e apresentados no Manual Básico do Programa. Posteriormente eles foram divididos em sub-componentes para facilitar a identificação de indicadores adequados. Além disso, foi inserido o componente “Dados gerais do programa” para apresentar indicadores que representarão a evolução do Programa nos quatro anos de sua existência. Conforme mencionado anteriormente, foram avaliados somente indicadores de estrutura e processo, construídos para atender os seguintes questionamentos:

Indicadores de Estrutura:

- a. Dados gerais do Programa: Como estão distribuídas as unidades no Brasil? Qual o número de atendimentos realizados pelas unidades?
- b. Estrutura das unidades: As unidades estão seguindo os padrões de estrutura estabelecidos pelo Programa? As diferentes áreas existentes nas unidades estão sendo utilizadas para o fim proposto?
- c. Recursos Humanos: O quadro de recursos humanos padronizado para o Programa está sendo cumprido pelas unidades? Quais atividades são desempenhadas pelos diferentes profissionais? O uniforme proposto está sendo utilizado pelos funcionários das unidades?

d. Atenção Farmacêutica: As unidades estão estruturadas com sala para realização de seguimento farmacoterapêutico? Os farmacêuticos das unidades conhecem atenção farmacêutica?

Indicadores de Processo:

a. Atendimento: A seqüência lógica de atendimento proposto para o Programa está sendo cumprida? Qual é o tempo de espera para atendimento nas unidades? O atendimento está sendo realizado com a devida qualidade e cordialidade por parte dos funcionários?

b. Documentação fiscal: As unidades possuem toda documentação necessária para seu funcionamento legal?

c. Profissionais das unidades: Qual o perfil dos farmacêuticos que trabalham nas unidades? Quais atividades são desempenhadas pelos farmacêuticos? Os farmacêuticos gostam de trabalhar no Programa Farmácia Popular do Brasil?

d. Atenção farmacêutica: Os farmacêuticos realizam Atenção Farmacêutica nas unidades?

e. Treinamento: Os funcionários das unidades foram devidamente treinados? Qual o conteúdo do treinamento oferecido? Os farmacêuticos conhecem o Programa Farmácia Popular como um todo e entendem o seu funcionamento?

Assim, a construção dos indicadores para o Programa Farmácia Popular foi baseada nas diretrizes do mesmo e no objetivo da avaliação, utilizando-se como referência os indicadores propostos pela OMS para avaliação de políticas de medicamentos (WHO, 1999).

4.4 Unidades de Análise

As unidades estudadas foram as pertencentes ao Programa Farmácia Popular Rede Própria, ou seja, parceria com municípios, estados e instituições de ensino, sendo que no período da realização das entrevistas existiam

aproximadamente 500 unidades em funcionamento em todo país, sendo que destas 37 são unidades Modelo 1. Não foi incluído na análise o Sistema CoPagamento. Foi utilizada uma amostra de conveniência devido fatores a operacionais, sendo analisados unidades de todas as regiões brasileiras.

A coleta de dados ocorreu da seguinte forma:

Indicadores relacionados ao Componente ESTRUTURA: foram analisados 60 relatórios técnicos de visitas da FIOCRUZ a diferentes unidades do Brasil, realizadas no ano de 2007 e 2008, contemplando pelo menos um estado por região brasileira. Os relatórios são compostos por um roteiro de perguntas que são respondidas de forma descritiva pelos técnicos responsáveis pelas visitas *in loco* com base em suas observações e em questionamentos ao farmacêutico responsável pela unidade. Essas visitas são feitas rotineiramente por uma equipe treinada da FIOCRUZ como forma de monitorar e inspecionar o funcionamento do Programa. Para cada pergunta apresentada no Relatório elaborou-se uma codificação para suas repostas, facilitando assim a análise dos dados. Nem todos os itens analisados estavam respondidos em todos os questionários, por isso em alguns indicadores deste componente o “n” utilizado para avaliação não será 60.

Para a análise de alguns indicadores do componente estrutura física, também foram comparados o desempenho dos dois diferentes modelos de unidades da Rede Própria: Modelo 1 e Modelo 2.

Tabela 1: Unidades pesquisadas de acordo com o Modelo

Modelo	Freqüência	Percentual
1	24	40%
2	36	60%
Total	60	100%

Indicadores relacionados a ATENÇÃO FARMACÊUTICA E TREINAMENTO: Para coleta desses dados foi elaborado um questionário semi-estruturado com perguntas fechadas e abertas que foi aplicado por entrevista telefônica nos meses

de novembro e dezembro de 2008. A amostra foi selecionada por conveniência, observando-se a necessidade de conter unidades dos diferentes estados brasileiros. Foi realizado um total de 99 entrevistas com farmacêuticos ou co-farmacêuticos das unidades. O próprio pesquisador e uma auxiliar devidamente treinada, ambas pertencentes à Coordenação Nacional do Programa Farmácia Popular do Brasil no Ministério da Saúde, entraram em contato com os farmacêuticos explicando os motivos da entrevista (conhecimento do perfil dos profissionais que trabalham nas unidades e análise do treinamento realizado pela equipe da FIOCRUZ). Nenhum farmacêutico negou-se em responder o questionário. Em 17 unidades, não estavam presentes o farmacêutico e o co-farmacêutico no momento do contato. Porém, todos retornaram a ligação assim que chegaram à unidade. Não foi possível fazer contato com 11 unidades selecionadas visto o telefone cadastrado nos relatórios da Coordenação do Programa não estarem corretos.

Os demais indicadores foram obtidos através de relatórios e documentos da coordenação do Programa.

Tabela 2: Representatividade da amostra por região

Região	Frequência (n° de unidades avaliadas)	Percentual (Em relação ao total de unidades analisadas)	Percentual (Em relação ao total de unidades em funcionamento)
CO	8	13,30%	28,60%
N	8	13,30%	11,60%
NE	16	26,70%	9,40%
S	6	10%	10%
SE	22	36,70%	12,79%

4.5 Análise dos dados

A descrição do cálculo utilizado para se chegar ao indicador foi descrito detalhadamente junto a apresentação e descrição dos mesmos nos resultados do trabalho, e será rapidamente apresentada abaixo:

Componente 1: Estrutura Física das unidades

No cálculo dos indicadores mencionados neste componente, foi atribuída uma pontuação para os itens que estão de acordo com o preconizado pelo Programa, considerando-se 1 ponto para cada item compatível. Assim, para cada grupo de indicadores (subcomponentes) será atribuída uma nota máxima, sendo que quanto mais próximo do valor máximo, melhor será a avaliação da unidade. A pontuação total que pode ser alcançada neste componente é de 54 pontos, que são divididos da seguinte forma nos demais subcomponentes:

- Características das unidades: 21 pontos
- Recursos Humanos: 17 pontos
- Atendimento ao público: 4 pontos
- Documentação fiscal: 12 pontos

Componente 2: Atenção Farmacêutica

Foi realizada uma análise quantitativa das respostas procurando-se verificar a frequência de cada item e seu percentual.

Para o subcomponente “Conhecimento de Atenção Farmacêutica” durante a entrevista foi realizada a seguinte pergunta aos farmacêuticos: “*Você sabe o que é Atenção Farmacêutica?*”. E no caso de responderem afirmativamente os mesmos deveriam definir o conceito. As respostas foram posteriormente avaliadas por dois profissionais que já trabalharam na área, sendo um deles a pesquisadora. Para avaliação foram utilizados os seguintes argumentos:

- **Correta:** quando o entrevistado respondia algo que envolvesse o acompanhamento do paciente, identificação de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs) e que deve ser feito o registro de toda a prática.

- **Parcialmente correta:** quando o entrevistado mencionava pelo menos um dos itens relacionados com Atenção Farmacêutica e descritos no argumento anterior.
- **Incorreto:** quando o entrevistado demonstrou em sua resposta desconhecer a prática da Atenção Farmacêutica, ou mencionou tratar-se somente da orientação ao paciente que é feita no balcão da farmácia.

Componente 3: Treinamento

Para a maioria dos indicadores deste componente os resultados foram analisados quantitativamente. e para o subcomponente “Avaliação do Conhecimento” foram apresentadas aos entrevistados 11 afirmações sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil sendo que somente 3 delas estavam corretas. O entrevistado deveria fazer a sua avaliação respondendo “correto”, “incorreto” ou “não sabe” e para 3 delas “sim”, “não” ou “não sabe”. Para cada acerto, o entrevistado recebe um ponto, sendo que a pontuação máxima que pode ser feita são de 11 pontos.

Foi criado um banco de dados no aplicativo Microsoft Excel Os dados foram digitados e, após, conferidos por farmacêutica convidada para essa finalidade, a qual não fez parte da coleta de dados. Após serem feitas as devidas correções no banco, os dados foram analisados no pacote estatístico STATA.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados, ou seja, Relatório de Visita Técnica da FIOCRUZ, Questionário para os farmacêuticos e Questionário de Avaliação dos Conhecimentos estão apresentados no anexo 4, 5 e 6 respectivamente.

RESULTADOS

5.1 Modelo Lógico

A Figura 1 mostra o modelo lógico desenhado para o Programa com seus componentes evidenciando o formato e situação ideal do Programa Farmácia Popular o que permitirá comparar posteriormente com os resultados (situação real) encontrados com a aplicação dos indicadores.

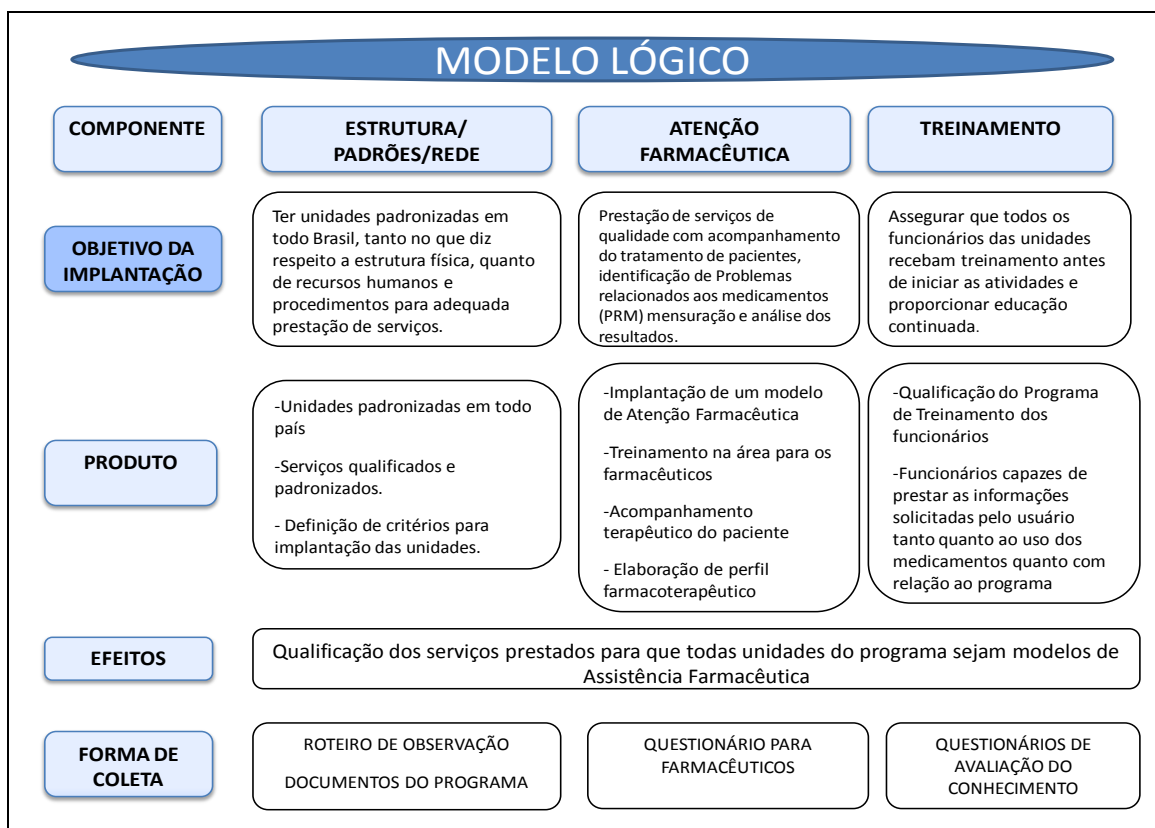


Figura 1: Modelo Lógico para o Programa Farmácia Popular do Brasil

5.2 Dados Gerais do Programa

Os dados apresentados neste componente são referentes ao início do Programa, junho de 2004, porém a data final varia de acordo com o item a ser abordado pois, alguns deles dependem de informações fornecidas pelo sistema da FIOCRUZ, que nem sempre consegue processar a informação mais atualizada. Na tabela 3 estão apresentados os indicadores utilizados para avaliação desses dados.

Tabela 3: Indicadores do componente Dados Gerais

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	N	INDICADORES	CÁLCULO
DADOS GERAIS	Cobertura Territorial	E1.1	Presença das unidades por unidade territorial	Nº de unidades existentes em cada estado e em cada município
	População abrangida	P1.2	Cobertura	População residente nos municípios que possuem unidades do Programa Farmácia Popular
	Utilização	E1.3	Total de atendimentos realizados pelo Programa	Nº de vendas efetivadas no Programa
		P1.4	Medicamentos mais dispensados nas unidades do Programa	Medicamentos mais dispensados para usuários no programa

5.2.1 Cobertura Territorial (indicador E1.1)

A implantação do Programa Farmácia Popular do Brasil ocorreu de forma gradual, priorizando inicialmente núcleos de regiões metropolitanas segundo classificação do IBGE. Além da abrangência populacional destes municípios, outro critério utilizado nesta fase foi o perfil socioeconômico da população, uma vez que se enquadra nos objetivos característicos do Programa, pois há um grande contingente de pessoas que utilizam o setor privado para adquirir os medicamentos que necessitam. (BRASIL, 2005). Assim, as primeiras unidades inauguradas no Brasil contemplaram os seguintes municípios: Rio de Janeiro (1 unidade), São Paulo (9 unidades), Salvador (5 unidades) e Goiânia (1 unidade).

Posteriormente, ainda em 2004 foram selecionados 56 municípios com núcleos de aglomerados urbanos conforme classificação do IBGE e que possuíam hospitais filantrópicos com mais de 100 leitos SUS.

Com a publicação da Portaria GM nº 2.587/ de 06 de dezembro de 2004 que instituiu o incentivo financeiro do Programa, além da abertura das primeiras

unidades também foram realizadas pelo Ministério da Saúde ações de divulgação do Programa, contribuindo assim para a efetivação de novos parceiros.

Após a inauguração das primeiras unidades do Programa estabeleceu-se que o critério a ser utilizado para implantação de unidades deveria atender municípios com mais de 100.000 habitantes no estado de São Paulo e mais de 70.000 habitantes nos demais estados do país. Além disso, a proporção de unidades instaladas deveria ser de 1:100.000 habitantes. Também foi dada uma alternativa para aqueles municípios que não atingiam tais critérios, sendo que estes poderiam possuir unidades que atendessem à microrregião, totalizando uma população superior a 70.000 habitantes, levando-se em consideração a importância regional, a área abrangida e a acessibilidade. O gráfico 1 abaixo mostra a prospecção do Programa ao longo dos anos.

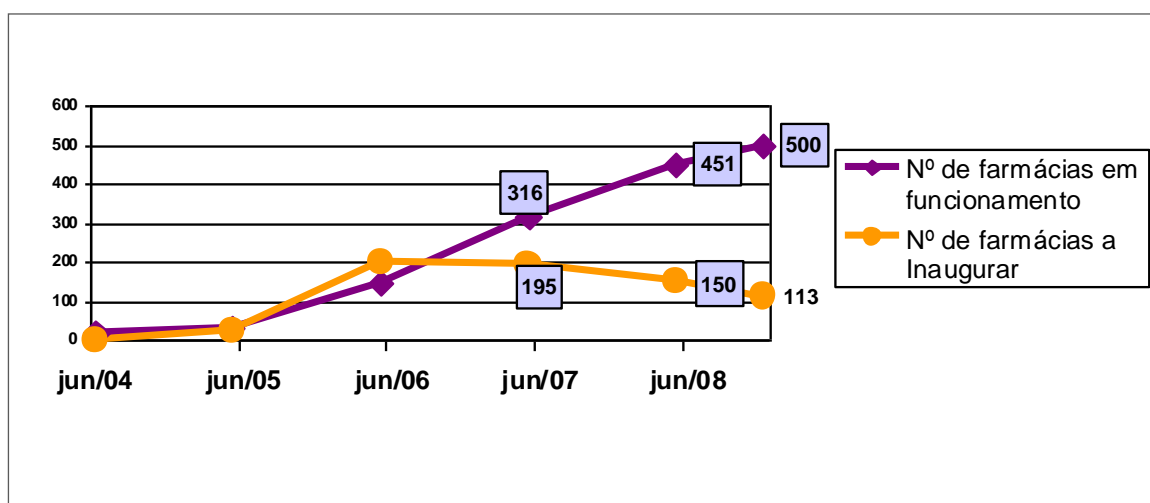


Gráfico 1: Evolução do Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB 2008

Até o final de 2008, 613 unidades foram habilitadas ao Programa, sendo que destas 500 unidades estavam em funcionamento com diferentes parceiros (estados, municípios e instituições). Além disso, destas 37 são unidades modelo 1, ou seja, a gestão está sob responsabilidade da FIOCRUZ.

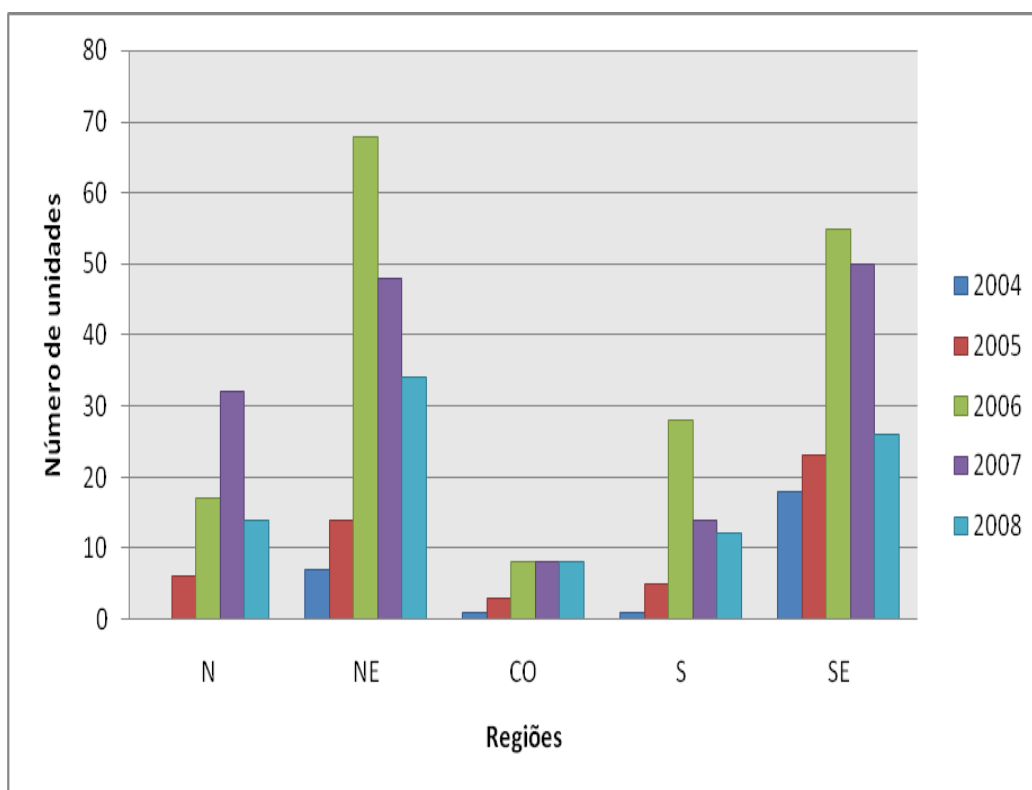


Gráfico 2: Evolução do número de unidades por região - PFPB, 2008.

Como se pode observar no Gráfico 2, as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram um número maior de unidades no início do Programa o que se manteve ao longo dos anos. Já as regiões Sul e Norte apresentaram um aumento significativo no número de unidades no ano de 2006 e 2007, respectivamente. A região Centro Oeste se manteve estável no decorrer dos anos. O aumento proporcional do número de unidades em cada Estado do ano de 2005 para 2008 está demonstrado na tabela 4.

Tabela 4: Incremento de unidades do PFPB entre os anos de 2005 e 2008.
PFPB, 2008

UF	Anos		Incremento	
	2005	2008	Unidades	Percentual
ACRE	1	2	1	100%
ALAGOAS	0	3	3	N/A
AMAPÁ	0	2	2	N/A
AMAZONAS	2	11	9	450%
BAHIA	11	61	50	455%
CEARÁ	1	27	26	2600%
DISTRITO FEDERAL	1	1	0	0%
ESPÍRITO SANTO	0	9	9	N/A
GOIÁS	3	15	12	400%
MARANHÃO	1	22	21	2100%
MINAS GERAIS	2	46	44	2200%
MATO GROSSO DO SUL	0	6	6	N/A
MATO GROSSO	0	6	6	N/A
PARÁ	1	47	46	4600%
PARAÍBA	3	21	18	600%
PERNAMBUCO	3	14	11	367%
PIAUÍ	1	8	7	700%
PARANÁ	3	13	10	333%
RIO DE JANEIRO	11	38	27	245%
RIO GRANDE DO NORTE	0	10	10	N/A
RIO GRANDE DO SUL	2	30	28	1400%
RONDÔNIA	1	2	1	100%
RORAIMA	0	1	1	N/A
SANTA CATARINA	1	17	16	1600%
SÃO PAULO	28	79	51	182%
SERGIPE	1	5	4	400%
TOCANTINS	1	4	3	300%
TOTAL	78	500	422	541%

N/A= Não de aplica

Adaptado de (PINTO, 2008)

Pode-se observar o grande incremento ocorrido em alguns estados como Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Pará, Minas Gerais, Maranhão e Ceará, que foi maior que 1000% entre os anos de 2005 e 2008. Nos estados do Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, também ocorreu um incremento significativo já que no ano de 2005 não possuíam unidades e passaram a ter mais

de 5 unidades em 2008, porém não se pode calcular o percentual de incremento já que o valor inicial é zero.

5.2.2 População Atingida (Indicador P1.2)

Para calcular a cobertura do Programa, foi utilizada a população residente, de acordo com dados do IBGE 2007, em cada um dos municípios que tem unidades em funcionamento, não sendo considerada a população de municípios que pertencem a microrregião do município sede da unidade, que teoricamente, também pode ter acesso ao Programa. Sendo assim, considera-se no valor da cobertura que toda população residente no município que possui uma unidade do Programa pode ter acesso ao mesmo.

Até final de 2008, a população total abrangida, ou seja, população dos municípios que apresentam farmácia popular do Brasil e que efetivamente podem ter acesso ao Programa era de 90.371.531 habitantes.

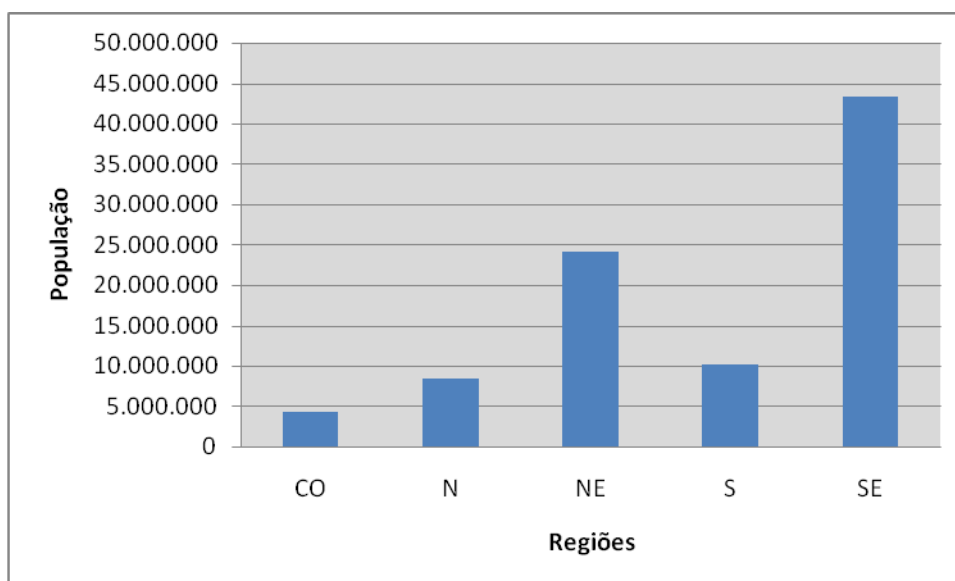


Gráfico 3: População abrangida pelo PFPB por regiões. PFPB, 2008

Pelo gráfico 3 pode-se observar a população abrangida pelo programa em cada região. As regiões Sudeste e Nordeste são as que possuem o maior número de pessoas abrangidas pelo Programa, com cerca de 43 milhões e 24 milhões de pessoas, respectivamente. As demais regiões não ultrapassam 10,5 milhões de pessoas que podem utilizar o Programa. Esse dado deve ser relacionado ao maior

quantitativo de unidades nas regiões Sudeste e Nordeste em decorrência do maior número de municípios que se enquadram nos critérios estabelecidos pelo programa e que demonstraram interesse pelo mesmo. O Estado de São Paulo, com 23.204.184 habitantes, seguido do Estado do Rio de Janeiro com 11.723.733 habitantes, são os que apresentam maior abrangência populacional do Programa.

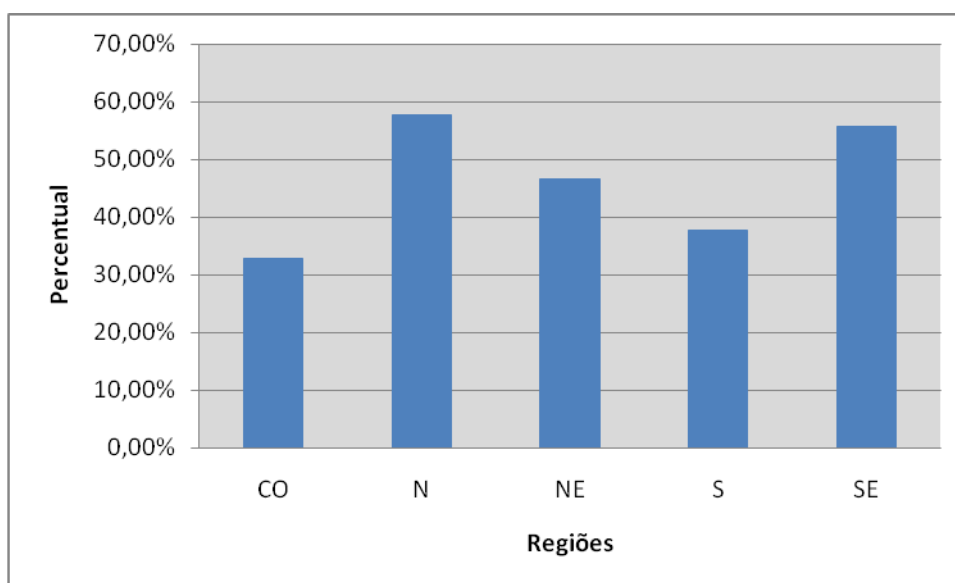


Gráfico 4: População abrangida pelo Programa em relação a população total, por regiões brasileiras. PFPB, 2008

Quando comparada a população abrangida pelo Programa com a população total de cada região, conforme demonstrado no Gráfico 4, pode-se perceber que a região Norte seguida da região Sudeste são as que apresentam, percentualmente, uma maior cobertura do Programa. Nelas a abrangência populacional chega ser maior que 50% da população de toda região.

Os Estados do Rio de Janeiro e do Amapá são os que apresentam, percentualmente, uma maior cobertura, sendo 75,96% e 74,28%, respectivamente a abrangência em cada Estado. Quando se compara, percentualmente, a abrangência populacional do Programa no Brasil, verifica-se que 49,12% da população brasileira pode ter acesso ao Programa.

Quando comparamos a população abrangida com a média dos atendimentos realizados entre os anos 2005 a 2008 (Gráfico 5), percebemos que em nenhuma das regiões o número de atendimentos realizados ultrapassa os 10% da população

abrangida, sendo a região Centro-Oeste a região cuja população coberta mais utiliza o Programa.

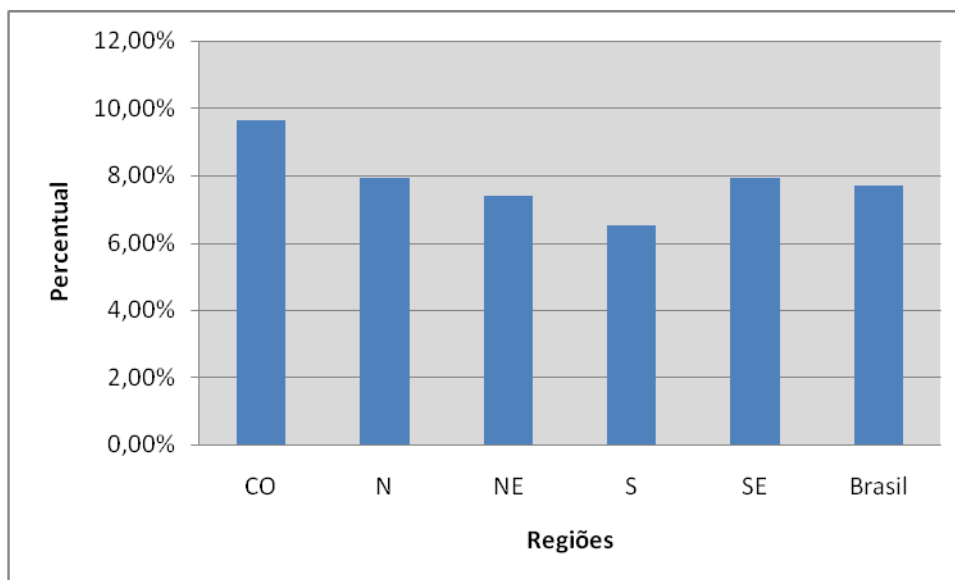


Gráfico 5: Número de atendimentos realizados pelo PFPB (média entre todos os anos), em relação à população abrangida, por região. PFPB, 2009.

5.2.3 Utilização

a) Atendimentos Realizados (Indicador E1.3)

Como foi descrito anteriormente, o principal objetivo do Programa é a ampliação do acesso aos medicamentos e para utilizá-lo, basta o usuário se dirigir até uma das unidades apresentando receita médica, condição indispensável para a dispensação dos medicamentos.

No Programa Farmácia Popular do Brasil atendimento realizado é a venda que foi computada no sistema assim que a mesma é finalizada, ou seja, o paciente necessariamente deve adquirir algum medicamento para ser considerado como um atendimento. Sendo assim, os usuários que vão até a uma unidade e não encontram o seu medicamento (demanda reprimida) ou somente solicitam alguma informação não são considerados no número final de atendimentos. Já no caso de uma mesma pessoa fazer duas compras diferentes, ou seja, para dois pacientes diferentes e

emitindo dois cupons fiscais, considera-se como dois atendimentos realizados, ou seja, o número de atendimentos não reflete, necessariamente, no número de pessoas que utilizam o programa ou foram atendidas em uma das unidades do país e sim diz respeito ao número de vendas efetivadas.

Os dados apresentados no Gráfico VI são referentes aos atendimentos realizados pelas unidades de junho de 2004 até dezembro de 2008, momento em que o Programa contava com 500 unidades em funcionamento. Após o lançamento do Programa, principalmente em 2005 ocorreu um aumento significativo no número de unidades no país refletindo também no aumento do número de atendimentos realizados, como demonstrado no Gráfico 6. Até o final de 2008 o Programa realizou 28.349.820 atendimentos.

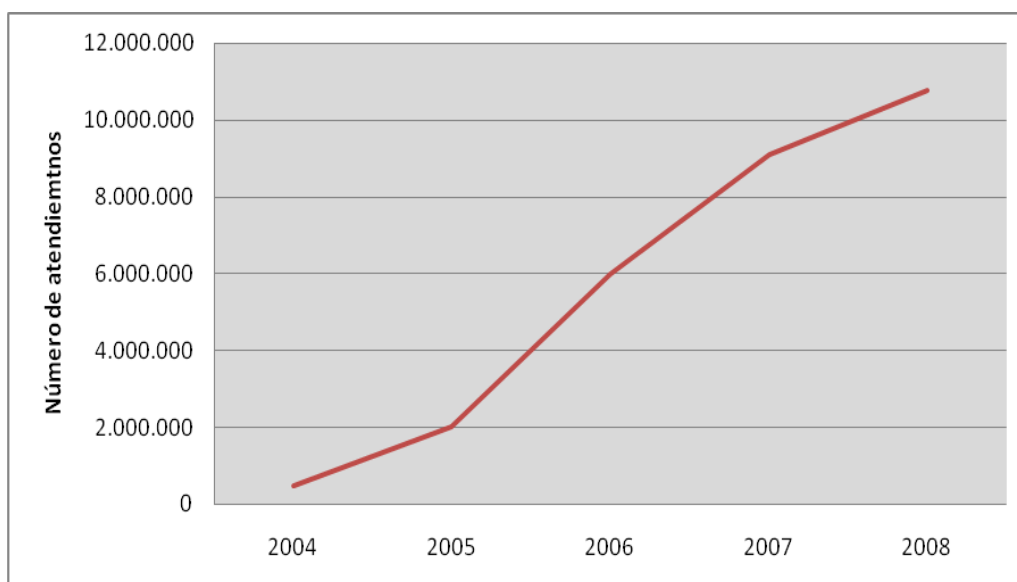


Gráfico 6: Evolução anual dos atendimentos do Programa – PFPB, 2008.

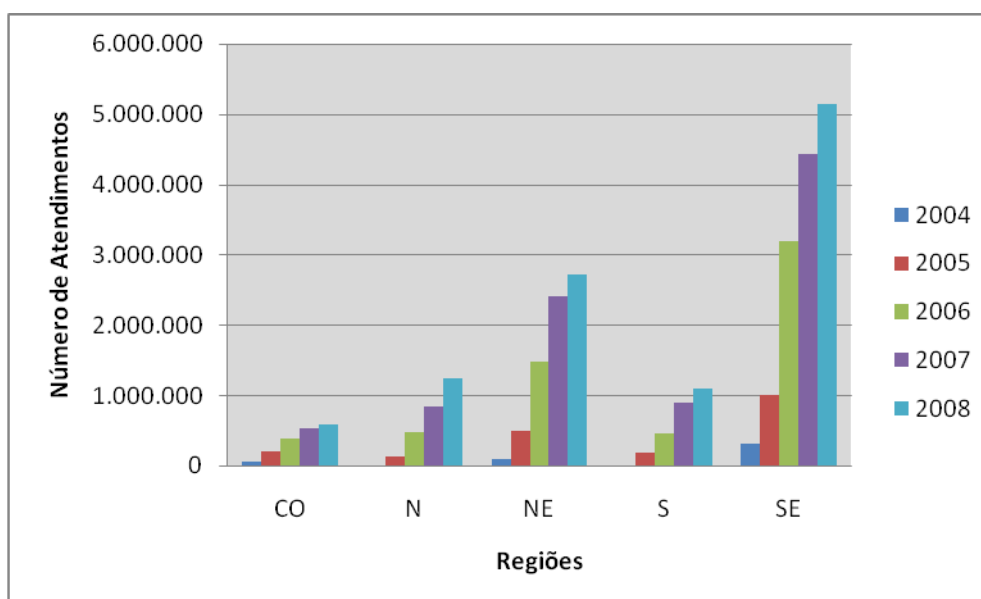


Gráfico 7: Evolução do número de atendimentos realizados pelo Programa ao longo dos anos e por região – PFPB, 2008.

No Gráfico 7, que desmembra o número de atendimentos por região brasileira, pode-se perceber que a região sudeste apresenta o maior número de atendimentos desde o início do Programa, seguida da região nordeste. Porém quando calculamos a média de atendimentos realizados por unidade em cada região, conforme demonstrado na Tabela 5, a região sudeste continua apresentando a maior média de atendimentos, no entanto, é seguida pela região centro oeste.

Tabela 5: Média de atendimentos por unidade por região – PFPB, 2008.

Regiões	Total de atendimentos	Número de Unidades	Média de atendimento por unidade
CO	1.729.807	29	59.649
N	2.684.957	67	40.074
NE	7.221.777	173	41.744
S	2.633.245	59	44.631
SE	14.080.034	172	81.861

b) Medicamentos mais dispensados (indicador P1.4)

O consumo de medicamentos é determinado pelo número de unidades (comprimidos, frascos, ampolas, cápsulas) vendidas. No ano de 2008 foram vendidas 626.202.568 unidades de medicamentos, sendo que os 10 medicamentos mais vendidos representam 62% desse total, conforme demonstrado na tabela 6.

Na tabela 6, também estão apresentados os medicamentos de maior consumo no ano de 2007. Como se pode observar o perfil de consumo não variou com relação ao ano de 2008. Na verdade os medicamentos mais vendidos continuam sendo os mesmos variando apenas no número de unidades de cada um deles. Não serão demonstrados os medicamentos mais vendidos nos outros anos, pois o perfil de consumo segue o mesmo padrão de 2007 e 2008. Desde o início do programa e em todas as regiões brasileiras, os medicamentos mais vendidos são os que atuam no sistema cardiovascular, além da sinvastatina e omeprazol.

Tabela 6: Medicamentos mais vendidos no ano de 2008 e 2007. PFPB, 2008

MEDICAMENTO	2008		2007	
	Quantidade de comprimidos vendidos	Percentual	Quantidade de comprimidos vendidos	Percentual
SINVASTATINA 20MG	74.531.985	12%	56.207.530	9%
OMEPRAZOL 20MG	66.325.518	11%	64.175.412	10%
ATENOLOL 25MG	47.508.710	8%	42.726.310	7%
CAPTOPRIL 25MG	35.877.360	6%	52.521.260	9%
ENALAPRIL 10MG	33.558.240	5%	23.206.320	4%
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	32.776.400	5%	30.295.180	5%
ENALAPRIL 20MG	28.401.600	5%	18.034.510	3%
ACIDO ACETILSALICIL 100MG	26.343.200	4%	19.287.550	3%
NIFEDIPINA 20MG	24.082.580	4%	24.560.800	4%
METFORMINA 850MG	21.749.560	3%	19.981.330	3%

5.3 Estrutura das unidades (Componente 1)

O Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL,2005), apresenta toda estrutura necessária para implantação das unidades. Após habilitado, o município deve encaminhar para equipe técnica da FIOCRUZ um *Layout* adaptado para imóvel escolhido pelo parceiro segundo modelos apresentados no Anexo D do mesmo manual. Além disso, são padronizados o número de funcionários para cada unidade e o perfil ideal para cada um dos cargos.

Segundo o Manual Básico a formalização jurídica das unidades do PFPB é responsabilidade do parceiro, que deve apresentar cópia de toda documentação necessária a equipe técnica da FIOCRUZ.

Para verificação deste componente foi utilizado como fonte de dados o relatório de visitas técnicas realizadas pela FIOCRUZ, lembrando-se que para cada item avaliado e que esteja de acordo os padrões do Programa soma-se um ponto e a pontuação máxima para cada componente é de 54 pontos. No quadro 1 estão listados os subcomponentes que serão utilizados na análise da estrutura das unidades.

Quadro 1: Subcomponentes de Estrutura das Unidades

COMPONENTE	SUBCOMPONENTES	
ESTRUTURA DAS UNIDADES	CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES	Suporte e Manutenção
		Área Física da Unidade
		Refrigeração da área de estoque
		Correta Utilização da Copa
		Condições Gerais de Higiene e Segurança
	RECURSOS HUMANOS	Quadro de RH
		Funções dos Farmacêuticos
		Utilização de Crachá e Uniforme
		Remuneração
	ATENDIMENTO AO PÚBLICO	Tempo de Espera
		Seqüência de atendimento
		Avaliação Geral do Atendimento
	DOCUMENTAÇÃO FISCAL	

5.3.1 Características das unidades

Para este subcomponente a pontuação máxima a ser atingida é de 21 pontos e serão considerados os indicadores mencionados na tabela 7.

Tabela 7: Indicadores do subcomponente Características das Unidades

SUBCOMPONENTE	N	INDICADORES	CÁLCULO	
CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE	Suporte e Manutenção	E2.1	Proporção de critérios atingidos segundo diretrizes do Programa	Soma dos pontos dos itens dentro dos padrões
	Área Física da Unidade	E2.2	Proporção de unidades com todas áreas físicas previstas	Soma dos pontos dos itens dentro dos padrões
	Refrigeração da área de estoque	E2.3	Proporção de unidades que apresentam estoque refrigerado	Soma dos pontos dos itens dentro dos padrões
	Correta Utilização da Copa	E2.4	Proporção de unidades que utilizam a copa adequadamente	Soma dos pontos dos itens dentro dos padrões
	Condições Gerais de higiene e segurança	E2.5	Proporção de unidades que possuem auxiliar de limpeza e segurança	Soma dos pontos dos itens dentro dos padrões

a) Suporte e manutenção das unidades (indicador E2.1)

Utilização e funcionamento da televisão: segundo o Manual Básico do PFPB, a televisão deve permanecer ligada durante todo o período de funcionamento da unidade, devendo ser utilizada exclusivamente para apresentação de vídeos de educação em saúde que são disponibilizados pela FIOCRUZ.

Funcionamento e utilização da impressora e do painel de senhas: todas unidades do Programa recebem esses dois equipamentos, que devem ser utilizados para organizar o atendimento. O usuário quando chega até uma das unidades retira uma senha e aguarda sentado na área de espera até sua senha ser informada no painel.

Funcionamento da impressora da gerência: essa impressora deve ficar localizada na sala da gerência para impressão de relatórios e outros documentos importantes para o programa.

Na tabela 8, estão apresentados os resultados encontrados na avaliação do indicador E2.1.

Tabela 8: Avaliação do indicador de suporte e manutenção

Subitem	Percentual
Utilização e funcionamento da televisão	
Usado como recomendado	10%
Usado não recomendado	55%
Utilização do painel de senhas	66,7
Utilização da impressora de senha	68,3
Impressora da gerência em condições de funcionamento	95

Somente em quatro unidades todos os aspectos estavam de acordo com o previsto pelo Programa, sendo que destas 100% são unidades do Modelo 1.

b) Área física da unidade (indicador E2.2)

Os aspectos considerados para avaliação deste indicador são todas as áreas que devem estar presentes nas unidades de acordo com o Anexo D do Manual Básico do Programa (BRASIL, 2005).

A avaliação dos itens mencionados na tabela 9 foi realizada com base na resposta constante nos Relatórios de visitas técnicas da FIOCRUZ a uma única pergunta aberta sobre as características do imóvel. Sendo assim, nem todos os itens foram mencionados pelos técnicos, e neste caso foi atribuída a resposta NA (não se aplica). Isto explica a baixa porcentagem de unidades (7%) que apresentaram banheiros adaptados para deficientes físicos. Na verdade, 80% dos relatórios não mencionavam este item.

Tabela 9: Requisitos avaliados e percentual de unidades que apresentam o item.

Requisito avaliado	Percentual (unidades que possuem o item)
Área de Atendimento (senha)	100%
Área de Cadastro	100%
Caixa	100%
Área de dispensação	100%
Copa	90%
Banheiro masculino / feminino separados	83%
Banheiro masculino / feminino juntos	12%
Banheiro para deficiente físico	7%
Vestiário	40%
Sala de Atendimento Farmacoterapêutico	52%
Sala do Gerente	98%
Sala da Administração	63%
Área destinada para estoque de medicamentos	97%
Imóvel Comercial	100%

Um dos requisitos avaliados é a presença de sala exclusiva para realização de atendimento farmacoterapêutico, ou seja, uma sala onde o farmacêutico pode orientar e fazer o acompanhamento dos usuários com relação ao uso de medicamentos de forma reservada, respeitando sua privacidade. Conforme mencionado acima 52% das unidades possuem esta sala, destas 13 unidades são do modelo 1 e 18 unidades do modelo 2, sendo que do total de unidades modelo 1 e 2 pesquisadas representam 54% e 50%, respectivamente.

Apenas duas unidades pesquisadas não apresentaram uma área exclusiva para estoque dos medicamentos, sendo as duas do Modelo 1. Nestas unidades os medicamentos são estocados na sala da gerência.

c) Refrigeração da área de estoque (Indicador E2.3)

Segundo o item 4.2.1 do Manual Básico (BRASIL, 2005), devem ser observados os cuidados e práticas que garantam perfeitas condições de armazenamento dos diferentes medicamentos. Dentre estas práticas, pode-se citar a refrigeração e o controle da temperatura da área de estocagem. Dos 60 relatórios analisados, 47 mencionaram quanto à refrigeração da área de estocagem, sendo que destes 74% apresentavam aparelho de ar condicionado nesta área, representando 58% das unidades pesquisadas.

e) Correta utilização da copa (Indicador E2.4)

A copa prevista nas unidades do Programa deve ser utilizada somente para lanches rápidos, não sendo permitida a realização e preparo de refeições, isto para manter adequadas condições de limpeza e higiene das unidades, evitando a proliferação de insetos, roedores e outros.

Das unidades pesquisadas, 54 apresentam copa (90%), conforme tabela 9, acima. Porém somente 40 relatórios apresentaram dados sobre este item, sendo que destes, somente 32,5% das unidades faz utilização correta da copa. Comparando-se com o número total de unidades pesquisadas a probabilidade é de que 21,7% faz uso adequado da copa e 43% não o faz.

e) Condições gerais de higiene e segurança da unidade (Indicador E2.5)

Os aspectos observados neste indicador assim como seus resultados estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10: Resultados do indicador E2.5

Subitem	Percentual	n
<i>Presença de vigilante e/ou segurança (alarme)</i>	81,6%	49
Modelo 1	87,5%	21
Modelo 2	78%	28
<i>Existência de extintores na validade</i>	83%	50
Modelo 1	100%	24
Modelo 2	72%	26
<i>Higienização da unidade (limpeza diária e unidade aparentemente limpa)</i>	90%	54
Modelo 1	96%	23
Modelo 2	86%	31
<i>Dedetização e desratização (dentro da validade):</i>	46%	28
Modelo 1	87,5%	21
Modelo 2	19,4%	7

f) Pontuação geral das características das unidades (indicador E2.6)

O número de pontos deste item variou de 12 a 20, conforme descrito na tabela 11, ou seja, dos aspectos avaliados foram encontrados nas unidades de 12 a 20 itens de acordo com o preconizado. Pode-se observar que nenhuma unidade atendeu a todos os requisitos exigidos neste item, ou seja, 21 pontos. Além disso, as pontuações de maior frequência foram 16 pontos, atingidos por 13 unidades, seguido de 14 pontos atingido por 10 unidades avaliadas.

Tabela 11: Número de unidades por pontuação no item características das unidades.

Pontuação	Frequência (n° de unidades)	Percentual
12	4	6,70%
13	4	6,70%
14	10	16,70%
15	8	13,30%
16	13	21,70%
17	8	13,30%
18	7	11,70%
19	5	8,30%
20	1	1,70%

5.3.2 Recursos Humanos

Neste subcomponente a pontuação máxima a ser atingida é de 17 pontos, sendo que para sua avaliação foram utilizados os indicadores mencionados na tabela 12.

Tabela 12: Indicadores avaliados no subcomponente recursos humanos

SUBCOMPONENTE	N	INDICADORES	CÁLCULO	
RECURSOS HUMANOS	Quadro de RH	E2.7	Porcentagem de unidades que apresentam o quadro de recursos humanos exigidos pelo	N° de unidades que possuem o quadro completo de RH dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
		E2.8	Porcentagem de unidades que apresentam o farmacêutico e o co-farmacêutico	N° de unidades que possuem os dois profissionais dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
	Funções dos Farmacêuticos	E2.9	Principal função desempenhada pelo farmacêutico e pelo co-farmacêutico(segundo análise externa)	Atividade com maior percentual de resposta em cada item
	Utilização de Crachá e Uniforme	E2.10	Porcentagem de unidades onde os funcionários utilizam o uniforme e crachá padrão	N° de unidades onde todos os funcionários estavam devidamente uniformizados e utilizando crachá
	Remuneração	E2.11	Porcentagem de unidades onde a remuneração dos funcionárias é considerada adequada	N° de unidades onde os salários são compatíveis com o mercado de trabalho local dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
	Geral	E2.12	Proporção de critérios atingidos segundo diretrizes do Programa para RH	Pontuação atingida pelas unidades neste subcomponente

a) Quadro de recursos humanos (indicador E2.7 e E2.8)

Com base nos 60 relatórios técnicos utilizados na pesquisa pode-se avaliar o número de unidades que possui o quantitativo necessário de profissionais em cada um dos cargos, sendo que apenas 18 unidades (30%) apresentam todos os profissionais e seus quantitativos, no mínimo, de acordo com o padrão mencionado acima. Destes, 28% são unidades Modelo 1 e 72% unidades modelo 2. Na tabela 13, a freqüência de cada um dos profissionais nas unidades avaliadas.

Tabela 13: Freqüência dos profissionais recomendados nas unidades analisadas

Cargo	Freqüência (n° de unidades)	Percentual
Farmacêutico Gerente	60	100%
Farmacêutico Co-Responsável	54	90%
Auxiliar de Gestão (atendente e caixa)	44	73%
Assistente de gestão	35	58%
Auxiliar de serviços gerais	59	98%

Todas unidades analisadas possuem pelo menos um farmacêutico. Das 60 unidades analisadas, duas apresentam mais de um farmacêutico gerente e em 8 são encontrados dois farmacêuticos co-responsável. Em 54 unidades (90%) são encontrados tanto o farmacêutico gerente quanto o farmacêuticos co-responsável. (indicador E2.8), sendo que 22 destas são unidades de modelo 1(96%) e 34 unidades de modelo 2 (89%).

O número de auxiliares de gestão varia de 1 a 18, sendo que 6 auxiliares é o número de maior freqüência, sendo encontrado em 30,51% das unidades. Seguido deste, o número recomendado pelo programa, 5 auxiliares, é encontrado em 16,95% das unidades. Pode-se perceber que nas unidades analisadas, o profissional menos encontrado é o assistente de gestão. Quanto ao auxiliar de serviços gerais, não é encontrado em somente 1 unidade, e 3 das unidades avaliadas (5%) possui 2 funcionários responsáveis pela limpeza.

Em 90% das unidades com o número de auxiliares de gestão inferiores a 5, exigido pelo Programa, a média de atendimentos diário é inferior a 100 atendimentos. Em somente 3 unidades com atendimento superior a 100 usuários por dia o número de auxiliares é inferior a 5

A mesma análise foi realizada na entrevista ao farmacêutico. Na tabela 14 estão os resultados encontrados para este item de acordo com as respostas dos 99 entrevistas realizadas:

Tabela 14: Frequência dos profissionais recomendados de acordo com entrevista aos farmacêuticos.

Item	Percentual	N(frequência)
Farmacêuticos		
Inferior ao recomendado 1 (um)	11%	11
Como recomendado.2 (dois)	89%	89
Auxiliares de gestão		
-----Inferior ao recomendado (< 5)	42,42%	42
Como recomendado (5)	35,35%	35
Assistente de gestão		
Não possui	18,18%	18
Como recomendado (1)	81,81%	81
Auxiliar de limpeza		
-----Não possui	0%	0
Como recomendado (1)	100%	99

b) Funções dos farmacêuticos (indicador E2.9)

Neste tópico será avaliada a função dos farmacêuticos nas unidades de acordo com os relatórios técnicos da FIOCRUZ, ou seja, de acordo com a visão do técnico que realizou a visita.

Farmacêutico Gerente: em 75% das unidades analisadas, desempenha as atividades de acordo com o padrão do programa. Em 10% das unidades, exerce somente o papel de gerente, não assumindo as atividades técnicas. Ao contrário

disto, em 13% das unidades o farmacêutico não é o gerente da unidade, ficando este cargo sobre a responsabilidade de outro funcionário.

Farmacêutico Co-Responsável: Este profissional normalmente realiza várias funções dentro das unidades sendo que 88% realizam atendimento ao público; 48% cuidam do estoque da unidade; 41% são responsáveis pelo preenchimento do livro de medicamentos de controle especial; 53% realizam abertura e/ou fechamento de caixa; 85% realizam a dispensação de medicamentos; 41% auxiliam o farmacêutico gerente nas atividades gerenciais. Somente 11 unidades (18 %) o co-farmacêutico realiza todas essas atividades.

c) Utilização de crachá e uniforme (indicador E2.10)

No Anexo H do Manual Básico do Programa (BRASIL, 2005) estão os modelos de uniformes e crachás padronizados para todos os funcionários. Os farmacêuticos devem utilizar um jaleco com a logomarca do programa e do Ministério da Saúde que deve estar presente também no uniforme dos demais funcionários, que é uma camiseta pólo.

Em 95% das unidades avaliadas os funcionários estavam uniformizados, porém em duas unidades o uniforme não estava de acordo com o padrão descrito. 78% dos uniformes utilizados estavam em bom estado de conservação.

Com relação ao uso do crachá, em 76% das unidades avaliadas os funcionários estavam utilizando o crachá de acordo com o padrão.

d) Remuneração dos funcionários (indicador E2.11)

A contratação dos funcionários das unidades modelo 2 é responsabilidade do parceiro, assim não é padronizada uma forma de contrato a ser estabelecido com os funcionários, nem mesmo a faixa salarial. Nas unidades modelo 1, a responsabilidade na contratação é da FIOCRUZ, sendo que esta estabeleceu um salário padrão para cada um dos cargos existentes no programa.

Em 83% das unidades avaliadas os salários estão sendo pagos em dia pelo respectivo parceiro e em 81% os salários estão compatíveis com o mercado de

trabalho, sendo que somente em 11% das unidades avaliadas os salários são inferiores a realidade local.

Com relação a carga horária de trabalho, os relatórios avaliaram somente se ocorre rodízio sendo que, 50% das unidades realizam rodízio dos funcionários todos os dias da semana, ou seja, são contratados para trabalhar em meio turno. E 45% das unidades realizam rodízio de funcionários aos sábados.

e) Avaliação Geral do tópico recursos humanos (indicador E2.12)

Segundo avaliação dos técnicos que realizaram as visitas, em 73% das unidades a equipe é comprometida com o trabalho que realizam. Somente em 3 unidades o comprometimento dos funcionários foi avaliado como ruim, sendo que os problemas relatados são no geral de relacionamento e entrosamento da equipe. Porém em uma unidade foram verificadas irregularidades no atendimento e descumprimento das diretrizes. Os medicamentos estavam sendo dispensados sem receita médica e ocorria a venda com receitas vencidas e sem nenhum tipo de registro ou carimbo da receita.

Com relação a pontuação das unidades no item relacionado ao quadro de recursos humanos, esta variou de 7 a 15 pontos, sendo que nenhuma unidade atingiu a pontuação máxima de 17 pontos. A pontuação de maior frequência foi de 14 pontos apresentados por 27% das unidades, seguida de 15 pontos apresentados por 17%.

5.3.3 Atendimento ao Público

A pontuação máxima a ser atingida neste tópico são 4 pontos, sendo que foram analisados os indicadores apresentados na tabela 15.

Tabela 15: Indicadores do subcomponente atendimento ao usuário:

SUBCOMPONENTE	N	INDICADOR	CÁLCULO	
ATENDIMENTO AO PÚBLICO	Tempo de Espera	P2.13	Tempo médio que os usuários ficam aguardando para ser atendidos	Item correspondente ao tempo médio com maior pontuação
	Seqüência de atendimento	P2.14	Porcentagem de unidades que respeitam a seqüência lógica de atendimento estabelecida pelo programa	Nº de unidades que cumprem a lógica de atendimento dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
	Avaliação geral do atendimento	P2.15	Qualidade do atendimento na perspectiva do avaliador e pontuação média	Nº de unidades de acordo com cada avaliação realizada

a) Tempo de espera (indicador P2.13)

Tabela 16: Percentual de unidades de acordo com o tempo de espera por atendimento

Item	Percentual	N(Freqüência)
Atendimento imediato	60%	36
Tempo de espera entre 2 a 10 minutos	30%	18
Tempo de espera superior a 10 minutos	1,6%	1
Tempo de espera superior a 20 minutos	6,7%	4

O desejável para o Programa é que não ocorra formação de filas, o que ocorre nas unidades com atendimento imediato, principalmente. A grande espera que ocorre em algumas unidades se deve a quantidade de atendimentos realizados diariamente nessas unidades que varia de 600 a 1.100 atendimentos por dia. Em

duas unidades, não foi possível verificar o tempo médio de espera, pois no dia da visita técnica elas não estavam em funcionamento.

b) Seqüência de atendimento (indicador E2.14)

Tabela 17: Percentual de unidades que seguem o fluxo preconizado pelo PFPB.

Item	Percentual	N
Cumprem com a seqüência preconizada	73%	44
Não cumprem com a seqüência preconizada	23%	14

Em duas unidades não foi possível observar este aspecto, pois estavam fechadas no dia da visita. No caso das unidades que não cumprem a seqüência de atendimentos, um dos principais pontos descumprido é a retirada da senha.

c) Avaliação geral do atendimento (indicador P2.15)

Segundo os relatórios de visita, em 78% das unidades o atendimento é cordial, ou seja, os atendentes são educados e prestam as devidas orientações aos usuários. Em 15% das unidades observou-se pouco envolvimento dos atendentes com o usuário, automatizando todo o processo, demonstrando desconhecer a importância da orientação ao paciente.

De modo geral, os técnicos consideraram muito boa a qualidade dos atendimentos realizados em 63% das unidades. Em 18% foi considerado de boa qualidade mas com pouca integração da equipe. Em 6 unidades observou-se pouca participação dos farmacêuticos no atendimento avaliado como de má qualidade.

Com relação a pontuação alcançada no tópico atendimento, esta variou de 1 a 4 pontos, sendo que 53% conseguiu a pontuação máxima (4) e 10% fez apenas 1 ponto. Das 32 unidades que fizeram a pontuação máxima, 15 são unidades modelo 1, representando 62,5% destas e 17 unidades são modelo 2, representando 47%, conforme distribuição apresentada na tabela 18. Nela pode-se observar também que a região sudeste apresenta maior representatividade, sendo que 72,75% das

unidades avaliadas nessa região atingiram 4 pontos. Nas unidades com pontuação máxima o número de atendimentos por dia varia de 20 a 550, não ocorrendo relação direta do número de atendimentos dia com a qualidade de atendimento.

Tabela 18 Distribuição por região e modelo das unidades com pontuação máxima no tópico atendimento

Regiões	Nº de unidades com pontuação máxima	Percentual da região	Modelo	
			1	2
N	3	37,50%	0	3
NE	9	56,25%	5	4
SE	16	72,73%	9	7
S	1	16,67%	0	2
CO	3	37,50%	1	2

5.3.4 Documentação fiscal (indicador E2.16)

A pontuação máxima que pode ser feita neste item é de 12 pontos. A Tabela 19 demonstra os documentos avaliados e a frequência de unidades que apresentam esses documentos. Só foram considerados para efeito de pontuação a presença do documento e a validade. No caso dos equipamentos, presença e funcionamento. A pontuação máxima a ser feita neste tópico são 12 pontos.

Tabela 19: Frequência dos documentos e equipamentos fiscais

Documento	Frequência	Percentual
Impressoras fiscais	48	80%
Talonnário D1 e S1	45	75%
CNPJ	60	100%
Inscrição Estadual	56	93%
Alvará de Funcionamento	24	40%
Licença do Corpo de Bombeiros	27	45%
Inscrição no Conselho Regional de Farmácia	48	80%
Licença da autoridade sanitária local.	28	47%
Autorização de Funcionamento	2	3%
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	19	32%
Unidades que apresentaram toda documentação	0	0%

Além disso em 86% das unidades avaliadas o contador da unidade está cumprindo com todas suas obrigações acessórias como a escrituração de livros fiscais.

A pontuação alcançada com relação à documentação fiscal variou de 3 a 10 pontos, sendo que nenhuma unidade apresentou todos os itens de acordo com o solicitado, ou seja, nenhuma completou 12 pontos. A pontuação de maior frequência verificada foi a de 7 pontos, apresentada por 32% das unidades, seguida de 8 pontos apresentada por 18% das unidades. Somente 3% das unidades fez a pontuação mínima (3 pontos) e 5% a máxima (10 pontos).

5.3.5 Pontuação geral do componente estrutura física das unidades

A pontuação total alcançada pelas unidades neste componente variou de 27 a 46 pontos, sendo que nenhuma unidade chegou a pontuação máxima deste componente (54 pontos). A pontuação alcançada com maior frequência, ou seja, por 13% das unidades foram 40 pontos, seguida por 44 pontos alcançada por 8% das unidades. Na tabela 20, estão apresentadas as pontuações alcançadas e sua frequência.

Tabela 20: Frequência dos pontos alcançados no componente estrutura

Pontuação	Frequência	Percentual
27	1	1,67%
29	2	3,33%
30.5	1	1,67%
31	2	3,33%
32	2	3,33%
32.5	1	1,67%
33	2	3,33%
33.5	1	1,67%
34.5	1	1,67%
35	3	5,00%
36	1	1,67%
36.5	4	6,67%
37	3	5,00%
37.5	1	1,67%
38	3	5,00%
39	4	6,67%
40	8	13,33%
40.5	1	1,67%
41	7	11,67%
42	1	1,67%
43	2	3,33%
43.5	1	1,67%
44	5	8,33%
45	1	1,67%
46	2	3,33%

Uma unidade fez apenas 27 pontos, ou seja, cumpriu somente com a metade dos requisitos deste componente (estrutura física) do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Tabela 21: Pontuação média em cada requisito por região

Requisito	Pontuação máxima	Média de pontos por região				
		N	NE	SE	S	CO
Característica da unidade	21	14,75	15,43	16,59	14,66	15,87
Recursos Humanos	17	11,62	12,06	13,45	10,5	12,62
Atendimento	4	2,93	3,25	3,47	2,58	2,75
Documentação Fiscal	12	6,5	7,31	7,36	5,66	5,5
Geral	54	35,81	38,06	40,88	33,42	36,75

Tabela 22: Pontuação média em cada requisito por modelo de unidade

Requisito	Pontuação máxima	Média de pontos por modelo de unidade	
		1	2
Característica da unidade	21	16,91	14,97
Recursos Humanos	17	13,91	11,44
Atendimento	4	3,27	3,08
Documentação Fiscal	12	7,33	6,47
Geral	54	41,43	35,97

De acordo com as tabelas 21 e 22, de maneira geral as unidades da região sudeste apresentaram maior média de pontos em cada um dos requisitos sendo que o mesmo ocorreu para as unidades modelo 1, ou seja, gerenciadas pela FIOCRUZ.

5.4 Atenção Farmacêutica (Componente 2)

Um dos objetivos principais do Programa Farmácia Popular do Brasil é que suas unidades sirvam de modelo no que diz respeito à assistência farmacêutica e principalmente que sejam referenciais na prestação de serviços na área e mais ainda na realização de Atenção Farmacêutica.

Para isto é necessário que o programa tenha profissionais capacitados para a prática da Atenção Farmacêutica e também com perfil e interesse na realização da mesma. Sendo assim, o objetivo de avaliação deste componente é conhecer o perfil dos profissionais que trabalham nas unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil, assim como verificar o seu conhecimento e interesse em Atenção Farmacêutica.

Os dados a serem avaliados neste componente estão apresentados na Tabela 23 e foram coletados por meio de uma entrevista realizada por telefone, com os farmacêuticos das unidades. Ao todo foram realizadas 99 entrevistas distribuídas de acordo com os dados da tabela 24.

Tabela 23: Subcomponentes de “Atenção Farmacêutica”

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE
ATENÇÃO FARMACÊUTICA	Perfil Profissional
	Prestação de serviços
	Satisfação Profissional
	Conhecimento de Atenção Farmacêutica
	Estrutura para realização de Atenção Farmacêutica
	Prática da Atenção Farmacêutica

Tabela 24: Distribuição das entrevistas em cada região por entrevistado e por modelo de unidade

Região	N° de unidades	Percentual	Entrevistado		Modelo da Unidade	
			Farm. Gerente	Co-Farm.	1	2
N	18	18,18%	9	9	1	17
NE	36	36,36%	17	19	3	33
SE	25	25,25%	14	11	2	23
S	12	12,12%	6	6	1	11
CO	8	8,08%	5	3	2	6
Total	99	100,00%	51	48	9	90

As entrevistas foram, preferencialmente, respondidas pelos farmacêuticos gerentes das unidades, porém quando da ausência deste profissional a entrevista foi feita ao co-farmacêutico. Como o número de unidades modelo 1 foi muito baixo no universo das unidades selecionadas, somente em alguns casos será realizada a comparação dos resultados com os dois modelos de unidade isso se deve ao fato de no momento dos contatos telefônicos não terem sido priorizadas as unidades por tipo de modelo.

5.4.1 Perfil Profissional

Para obtenção dos dados quanto ao perfil profissional dos farmacêuticos que trabalham nas unidades, foram utilizados os indicadores descritos na tabela 25 . Neste caso não temos como objetivo verificar se o perfil dos profissionais se enquadra no indicado pelo Programa Farmácia Popular do Brasil e sim conhecer os farmacêuticos que estão no Programa.

Tabela 25: Indicadores para avaliação do subcomponente Perfil Profissional

Subcomponente	N	Indicadores	Cálculo
Perfil Profissional	P3.1	Experiência Profissional dos farmacêuticos das unidades	Freqüência de cada item
	P3.2	Atividades desempenhadas pelos farmacêuticos	Freqüência de cada item
	P3.3	Média de tempo dispensado pelo farmacêutico para atendimento ao público	Freqüência de cada item

a) Experiência profissional (indicador P3.1)

- Mais da metade dos entrevistados (51%) exercem a profissão de farmacêutico de 1 a 5 anos, e apenas 5% trabalham a mais de 20 anos.
- 61% dos entrevistados trabalhavam em drogarias antes de entrar para a equipe do Programa Farmácia Popular do Brasil. Nas demais atividades (farmácia de manipulação, secretaria de saúde, farmácia hospitalar, laboratório de análises clínicas, indústria farmacêutica e outras) o percentual variou de 1 a 9%. O Programa Farmácia Popular do Brasil é o primeiro emprego para apenas 4 dos 99 entrevistados.
- 62% dos farmacêuticos possui título de pós-graduação, porém apenas 6% possui mestrado e 1% doutorado.

b) Atividades desempenhadas pelo farmacêutico no Programa Farmácia Popular do Brasil (indicador P3.2)

As atividades mencionadas na tabela 26 foram citadas aos farmacêuticos no momento da entrevista, sendo que o mesmo deveria responder sim ou não para cada uma delas, ou seja, se desempenha ou não cada uma das atividades.

Tabela 26: Percentual de atividade realizadas pelos farmacêuticos

Atividades desempenhadas	Total	Percentual Total	Percentual por profissional	
			Farmacêutico Gerente	Co-Farmacêutico
Gerenciamento da unidade	72	73%	96%	48%
Atendimento ao usuário	98	99%	98%	100%
Preenchimento do livro de controlados	71	72%	78%	65%
Controle do estoque de medicamentos	93	94%	94%	94%
Orientação aos usuários	99	100%	100%	100%
Auxiliam os demais funcionários	96	97%	98%	96%

O item atendimento ao usuário, refere-se ao atendimento direto na área de dispensação. Já o item orientação aos usuários diz respeito a alguma explicação que o farmacêutico venha a dar, porém para isso ele pode ou não estar atendendo este usuário.

No item gerenciamento da unidade onde 48% dos co-farmacêuticos atuam no gerenciamento, na verdade esses profissionais dividem com o farmacêutico gerente a função de gerenciamento. Além disso, algumas unidades são gerenciadas por outro profissional que não farmacêutico.

c) Tempo dispensado para atendimento aos usuários (indicador P3.3)

- 64% dos entrevistados dizem disponibilizar de 1 a 4 horas por dia para atendimento ao usuário. Destes 36 são farmacêuticos gerentes.

- 5% relataram que passam menos de 1 hora atendendo aos usuários, sendo 4 farmacêuticos gerentes.
- Apenas 9% diz passar mais de 6 horas no atendimento ao usuário, sendo que destes apenas 1 é o farmacêutico gerente.

5.4.2 Prestação de serviços (indicador P3.4 e P3.5)

Um dos principais objetivos da presença integral de farmacêuticos nas unidades é garantir ao usuário do programa um atendimento de qualidade com orientações quanto ao uso correto dos medicamentos. Os indicadores utilizados para avaliação deste tópico estão listados na tabela 27.

Tabela 27: Indicadores para avaliação da prestação de serviços

Subcomponente	N	Indicadores	Frequência
Prestação de serviços	P3.4	Porcentagem de farmacêuticos/co que dizem dar orientações aos usuários	Nº de respostas SIM dividido pelo nº de farmácias analisadas (X100).
	P3.5	Principais orientações dadas pelos farmacêuticos	Frequência de cada item

Quando questionados se prestam algum tipo de orientação aos usuários, 100% dos farmacêuticos entrevistados responderam que sim. As orientações fornecidas com suas respectivas frequências estão descritas na tabela 28. Segundo 41% dos entrevistados as orientações são fornecidas a todos os clientes atendidos por eles, já 56% dos entrevistados afirma fornecer informação quanto ao uso correto dos medicamentos somente aos pacientes que fazem algum questionamento.

Tabela 28: Percentual de componentes de orientações fornecidas aos usuários

Orientações	Percentagem geral	Frequência Farmacêutico Gerente	Frequência Co-farmacêutico
Horário de administração	99%	100%	98%
Como utilizar o medicamento (com que?)	97%	100%	94%
Interações medicamentosas	72%	71%	73%
Onde o medicamento deve ser guardado	89%	88%	89%
Principais reações adversas	81%	82%	79%
Outras informações	4%	2%	6%

5.4.3 Satisfação profissional (indicador P3.6)

Considerando que a qualidade dos serviços prestados está diretamente atrelada a satisfação com o trabalho desempenhado, os farmacêuticos foram questionados quanto a sua satisfação em trabalhar no Programa Farmácia Popular, oferecendo uma nota de 0 (péssimo) a 10 (excelente). As notas oferecidas pelos entrevistados variaram de 6 a 10, sendo que a maioria dos entrevistados (55%) avaliou como ótima (nota 8) a sua satisfação. Já 39% avaliaram como excelente (nota 10) e apenas 5% como bom (nota 6). Alguns farmacêuticos, mesmo não sendo questionados, fizeram sugestões para melhorar o desempenho de suas atividades, entre elas a mais mencionada foi a padronização de um Programa de Atenção Farmacêutica para o Programa Farmácia Popular do Brasil. Somente 1(um) farmacêutico mencionou não gostar muito de trabalhar no programa.

5.4.4 Conhecimento de Atenção Farmacêutica (indicadores E3.7 e E3.8)

Para avaliação deste tópico, foram utilizados os indicadores descritos na tabela 29:

Tabela 29: Indicadores do subcomponente conhecimento de Atenção Farmacêutica

Subcomponente	N	Indicadores	Cálculo
Conhecimento de Atenção Farmacêutica	E3.7	Porcentagem de farmacêuticos que conhecem Atenção Farmacêutica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de farmacêuticos que acertaram o conceito pelo n}^\circ \text{ de farmacêuticos que dizem saber o que é}}{\text{total}} \times 100$
	E3.8	Porcentagem de farmacêuticos que já participaram de cursos na área	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de farmacêuticos que participaram de cursos pelo n}^\circ \text{ total de unidades analisadas}}{\text{total}} \times 100$

Durante a entrevista foi realizada a seguinte pergunta aos farmacêuticos: “Você sabe o que é Atenção Farmacêutica”. Todos os entrevistados responderam saber o que é, porém solicitou-se que os mesmos definissem rapidamente o que entendem por Atenção Farmacêutica. As respostas, conforme descritas em métodos, foram avaliadas como corretas, parcialmente corretas e incorretas. A maioria das respostas apresentadas (75%) foi considerada incorreta. Somente 3% foi classificada como correta e 19% como parcialmente correta. Abaixo estão descritas algumas respostas apresentadas pelos entrevistados com a respectiva avaliação:

“É o conjunto de atividades realizadas pelo farmacêutico que envolvem a orientação, distribuição e armazenamento dos medicamentos” – INCORRETA

“É tudo aquilo que o farmacêutico pode fazer para o paciente no sentido da utilização do medicamento correto” – INCORRETA

“É a prestação de serviço ao cliente informando os benefícios do uso correto dos medicamentos” – INCORRETA

“É aferir pressão e fazer dosagem de glicemia” - INCORRETA

“É o acompanhamento realizado aos pacientes com relação aos seus medicamentos. Pode ser com grupo como de hipertensos assim com outras situações” – PARCIALMENTE CORRETA

“É o acompanhamento dos pacientes, não é necessário ter o medicamento. Entre as ações feitas pelo farmacêutico está o contato com o médico do paciente quando o medicamento não está prescrito corretamente, por exemplo” – PARCIALMENTE CORRETA

“É acompanhar o paciente e dar orientação quanto ao uso dos medicamentos” – PARCIALMENTE CORRETA

“Atenção farmacêutica é orientação prestada ao usuário quanto aos seus medicamentos, seu acompanhamento identificando PRMs. Trata-se de uma atuação maior do profissional no cuidado do paciente buscando o uso racional dos medicamentos” – CORRETA

“É a prestação de serviço dirigida especificamente a um usuário, com estudo dos medicamentos que ele utiliza comparando com sua prescrição médica” - PARCIALMENTE CORRETA

Somente 41% dos entrevistados já realizaram algum curso relacionado com Atenção Farmacêutica, desses 95% lembraram o conteúdo abordado no curso, porém apenas 75% consideraram que o curso realizado atendeu a suas expectativas.

5.4.5 Estrutura para realização de Atenção Farmacêutica (Indicador E3.9)

Neste item foi verificado se a unidade possui estrutura adequada para prática de Atenção Farmacêutica, com sala específica para este fim, embora já tenha sido mencionada anteriormente, quando da avaliação dos questionários da FIOCRUZ.

Das 99 unidades avaliadas através da entrevista com o farmacêutico, 84% das unidades apresentam a sala, porém na maioria dos casos não é utilizada ou está sendo utilizado com outro fim. Na avaliação anterior, somente 54% das unidades apresentavam a sala.

5.4.6 Prática da Atenção Farmacêutica (indicador P3.10 e P3.11)

Quando perguntados se realizam Atenção Farmacêutica na unidade, somente 5 farmacêuticos (5%) responderam que sim. Porém somente um farmacêutico soube dizer qual o método que utiliza, sendo neste caso o modelo canadense (PWDT) adaptado pela Universidade Federal de Minas Gerais. Já 3 farmacêuticos mencionaram fazer registros dos atendimentos, sendo 2 deles por instrumento próprio. Com relação aos resultados obtidos pela prática da Atenção Farmacêutica nessas unidades, somente 1 unidade mencionou a forma como mede os resultados alcançados, sendo neste caso realizado através do acompanhamento da pressão arterial e glicemia dos pacientes.

Embora a prática da Atenção Farmacêutica não seja uma realidade no Programa Farmácia Popular do Brasil, conforme descrito acima, para 71% dos farmacêuticos entrevistados o Programa Farmácia Popular do Brasil proporciona condições técnicas e físicas para a prática da Atenção Farmacêutica e 97% deles disseram ter interesse em desenvolver esta prática na unidade, sendo que 48% acreditam que a prefeitura ou estado parceiro apoiaria esta decisão.

5.5 Treinamento (Componente 3)

O objetivo principal deste componente é avaliar o treinamento que está sendo realizado além de verificar o conhecimento dos farmacêuticos quanto ao programa. Para isto, foram considerados os indicadores descritos na tabela 30, sendo que os dados informados foram coletados durante as 99 entrevistas telefônicas realizadas aos farmacêuticos.

Tabela 30: Indicadores para avaliação do Treinamento

	Subcomponente	N	Indicadores	Cálculo
TREINAMENTO	Avaliação do Treinamento	P4.1	Porcentagem de farmacêuticos / co que realizaram o treinamento	Nº de farmacêuticos que realizaram o treinamento dividido pelo número de unidades entrevistadas
		P4.2	Tempo médio de duração do treinamento	Frequência de cada item
		P4.3	Principais tópicos abordados no treinamento	Frequência de cada item
	Sistema POD	P4.4	Porcentagem de farmacêuticos que tem dificuldade de utilizar o sistema	Nº de farmacêuticos que dizem ter dificuldade dividido pelo número de unidades entrevistadas
	Estabilidade do RH	P4.5	Proporção de unidades que tiveram substituição de funcionários	Frequência de substituição por cargo
	Avaliação do Conhecimento	P4.6	Porcentagem de acertos no teste de avaliação do conhecimento	Pontuação atingida pelas unidades

5.5.1 Avaliação do treinamento (indicador P4.1, P4.2 e P4.3)

Apenas 64,65% dos entrevistados disseram ter realizado o treinamento. Destes 37 são farmacêuticos gerentes e 27 são co-farmacêuticos. Todos responderam que o treinamento durou mais de 4 dias. Somente em oito unidades foi realizado reforço posterior ao treinamento inicial.

Os 64 farmacêuticos que disseram ter realizado o treinamento, foram questionados quanto aos tópicos abordados no mesmo, os quais estão descritos na tabela 31.

Tabela 31: Frequência de abordagem de cada tópico no treinamento

Tópicos	Frequência	Percentual	Modelo		Respondente	
			1	2	Gerente	Co-farmacêutico
Funcionamento do Sistema POD 1	64	100%	4	60	37	27
O que é o PFPB	64	100%	4	60	37	27
Legislação do PFPB	48	75%	3	45	32	16
Funções de cada funcionário na unidade	63	98%	3	60	36	27
Técnicas de atendimento ao usuário	63	98%	4	59	36	27
Noções de Atenção Farmacêutica	49	76%	2	47	26	23
Procedimentos Padrões para dispensação	62	97%	4	58	35	27
História e legislação do SUS	23	36%	2	21	12	11
Critérios para adesão de municípios	28	44%	1	27	15	13

5.5.2 Sistema POD 1 (indicador P4.4)

Dos entrevistados, 94% diz não ter nenhuma dificuldade em utilizar o sistema POD 1, sendo que muitos referiram tratar-se de um sistema prático e fácil de ser utilizado. Além disso, para 79% dos farmacêuticos nenhum funcionário da unidade tem dificuldade em utilizar o sistema e para 18% alguns funcionários da unidade tem dificuldade, principalmente aqueles que não o utilizam diariamente.

5.5.3 Estabilidade do quadro de recursos humanos (indicador P4.5)

Somente em 14% das unidades não ocorreu substituição de nenhum funcionário segundo o farmacêutico entrevistados. Em todas unidades onde houve substituição, além de respostas positivas e negativas ocorreram também casos de o entrevistado não saber especificar qual o cargo do funcionário substituído. O cálculo do percentual mencionado foi realizado utilizando-se o número total de farmacêuticos entrevistados, ou seja, sobre 99.

Tabela 32: Frequência de substituição por cargo

Tópicos	Frequência	Percentual	Modelo	
			1	2
Farmacêutico Gerente	69	70%	6	63
Co-farmacêutico	68	69%	7	61
Assistente de gestão	65	66%	3	62
Auxiliar de gestão (atendentes e caixas)	81	82%	7	74
Auxiliar de limpeza	68	69%	4	64

5.5.4 Avaliação do Conhecimento (Indicador P4.6)

Na tabela 33, estão apresentadas as pontuações alcançadas sobre o conhecimento dos entrevistados sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil.

Tabela 33: Frequência de pontos alcançados na Avaliação do Conhecimento

Pontuação	Frequência (n° de unidades)	Percentual
3	1	1.01%
5	2	2.02%
6	21	21.21%
7	26	26.26%
8	20	20,20%
9	13	13,13%
10	13	13,13%
11	3	3,30%

Pode-se perceber que a maior frequência foi de 7 pontos, sendo que somente 3 entrevistados acertaram todas as questões apresentadas. Na tabela 34, está apresentada a média de acertos de realizada em comparação com o modelo da unidade (1 ou 2) onde o respondente trabalha.

Tabela 34: Média de acertos por modelo de unidade

Modelo	Nº de unidades	Média de acertos	Intervalo de confiança
1	9	8,22	6,96 - 9,48
2	90	7,63	7,31 - 7,95

Nenhuma questão foi respondida corretamente por todos os entrevistados. A questão com a maior número de acertos (97 pontos) foi: *“Qualquer pessoa pode utilizar o Programa Farmácia Popular do Brasil, apresentando ou não receita médica.”* Neste caso a afirmação é incorreta, pois somente podem ser dispensados medicamentos mediante apresentação de receita.

Já a questão que apresentou o menor número de acertos (33 pontos) foi: *“O preço pelo qual os medicamentos são dispensados nas unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil é exatamente o valor do custo pago pela FIOCRUZ para adquiri-los.”* Essa questão está incorreta, pois o valor de dispensação é o valor de custo do medicamento mais o custo logístico, ou seja, gastos com estocagem e transporte do medicamento também são considerados.

DISCUSSÃO

DADOS GERAIS:

Desde sua criação, 2004, foram adotados diferentes perfis de parceiros para implantação de unidades do Programa Farmácia Popular do Brasil, evidenciando a criação de diferentes fases de prospecção do Programa.

As primeiras unidades, implantadas como forma de divulgação do programa no Brasil e com administração da FIOCRUZ, as chamadas unidades modelo 1, foram instaladas em regiões metropolitanas, privilegiando municípios como Salvador, São Paulo e Rio de Janeiro. Após a publicação da Portaria 2.587 de 6 de dezembro de 2004, que instituiu o incentivo financeiro para o Programa, muitos municípios demonstraram interesse na implantação de unidades, contribuindo assim para a expansão do Programa. Além disso, o Ministério da Saúde realizou eventos de divulgação do Programa em todos os estados brasileiros, para os quais foram chamados a participar os municípios que se enquadravam nos critérios utilizados na época para implantação de unidades. Com isso, muitos municípios foram habilitados e receberam os recursos para implantação de unidades, principalmente de junho de 2005 a junho de 2006.

Embora o interesse dos municípios no Programa ficou bastante evidente, os mesmos demoravam muito para instalar as unidades e colocá-las em funcionamento. Entre as dificuldades mencionadas pelos municípios, na época, para a Coordenação do Programa estavam os processos licitatórios para reforma do imóvel e também as dificuldades para regularizar a unidade. Como forma de minimizar essas dificuldades, em 2007 o Ministério da Saúde passou a encaminhar aos municípios consultores, inicialmente terceirizados e posteriormente da própria FIOCRUZ, para auxiliar no processo de implantação das unidades. O reflexo desta ação foi percebido imediatamente com o aumento significativo de unidades em funcionamento, principalmente no período de junho de 2006 a junho de 2007, mantendo-se estável nos anos seguintes, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Ao longo dos anos, as regiões Nordeste e Sudeste, foram as mais contempladas por unidades do Programa, já que as mesmas apresentam uma população superior além de um maior número de municípios quando comparadas com as demais regiões, o que pode ser verificado no Gráfico 2. Também, apresentam uma população que se enquadra no perfil de demanda proposto pelo Programa. Já as regiões Norte e Sul, aderiram ao Programa posteriormente, o que levou a um incremento maior no número de unidades entre os anos de 2005 e 2008, conforme tabela 4. Um exemplo disso, é o Estado do Pará, que teve um incremento superior a 4.000% no número de unidades neste período, pois embora tenha demonstrado interesse no Programa posteriormente, teve uma forte ação do núcleo do Ministério da Saúde do Estado do Pará na divulgação do programa aos municípios, refletindo num rápido aumento de municípios habilitados.

Os Estados do Acre e Rondônia apresentaram um baixo percentual de incremento principalmente pelo fato de possuírem poucos municípios com população superior a 70.000 habitantes, que são alvo das ações do Programa.

Em todas as regiões percebeu-se um número maior de unidades do que municípios habilitados, indicando a implantação de mais de uma unidade por município. O critério utilizado para este caso é uma unidade a cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2005).

O Programa Farmácia Popular do Brasil é um programa de adesão voluntária, ou seja, o parceiro é que deve demonstrar interesse na implantação de unidades. Além disso, por se tratar de um Programa de Governo, fica evidente o vínculo político para solicitação de unidades, ou seja, a maioria dos gestores que demonstram interesse no Programa são aqueles vinculados aos partidos da base de sustentação do governo.

Considerando que o Ministério da Saúde cumpriu, no final de 2008, a meta estabelecida pelo Governo Federal de implantar 500 unidades e ter mais de 600 unidades habilitadas no programa, foi alterado o critério de implantação de unidades.

Atualmente, o Programa trabalha somente com municípios pertencentes aos Territórios de Cidadania³ e com mais de 40.000 habitantes.

O Programa Farmácia Popular do Brasil atingiu até o final de 2008 a marca de 28 milhões de atendimentos no Brasil. O aumento de atendimentos ocorreu principalmente no ano de 2005, coincidindo com o aumento do número de unidades em funcionamento no país, o que pode ser observado no Gráfico 6. Este aumento permaneceu proporcional ao número de unidades até meados de 2006, período em que passou a apresentar um pequeno declínio no número de atendimentos, que pode ter relação com o lançamento do Sistema Copagamento, ou expansão do Programa para farmácias e drogarias da rede privada, iniciado em maio de 2006.

A região sudeste mais uma vez lidera a lista de número de atendimentos realizados, o que era de se esperar devido ao número de habitantes da região e do maior número de unidades. O município do Rio de Janeiro lidera o *ranking* de atendimentos. Isso pode refletir a qualidade da Assistência Farmacêutica municipal e o acesso aos medicamentos gratuitos na rede de Atenção Básica local, necessitando de estudos mais apropriados para verificar esta relação.

Destaca-se, mais uma vez, que a cobertura populacional do Programa não tem relação direta com o número de atendimentos realizados nas unidades, uma vez que todo cidadão de um determinado município pode utilizar a unidade do Programa Farmácia Popular do Brasil, e por isso considera-se população coberta a população residente em um determinado local. A região nordeste e sudeste apresentam maior cobertura populacional, pois são as regiões com maior número de unidades e que atingem um maior número de pessoas.

³ O Territórios da Cidadania tem como objetivos promover o desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania por meio de uma estratégia de desenvolvimento territorial sustentável. A participação social e a integração de ações entre Governo Federal, estados e municípios são fundamentais para a construção dessa estratégia. Disponível em <http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/one-community> Acessado em 25 de maio de 2009.

Quando comparamos a média de atendimentos em cada região, pode-se verificar que a região sudeste permanece em primeiro lugar, porém seguida agora da região Centro-Oeste, o que se deve principalmente ao baixo número de unidades desta região porém que realizam um grande número de atendimentos, como é o caso de Goiânia, que segundo *ranking* de atendimento, disponibilizado pela FIOCRUZ, ocupa as primeiras posições.

Em relação aos medicamentos mais dispensados pelo Programa, o padrão de consumo permaneceu o mesmo nos diferentes anos analisados e nas diferentes regiões brasileiras, conforme demonstrado na tabela 6, embora cada uma delas apresente características bem peculiares. Isso reflete tanto o perfil de prescrição médica no Brasil quanto o seu perfil epidemiológico, onde as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte atual da população brasileira. (BRASIL, 2007), visto que os medicamentos mais dispensados são os que atuam no sistema cardiovascular.

ESTRUTURA DAS UNIDADES:

A análise deste componente foi realizada sob quatro aspectos principais, todos eles mencionados no Manual Básico do Programa, sendo eles: características da unidades (refletindo principalmente os aspectos inerentes a estrutura física), recursos humanos, atendimento ao público e documentação fiscal.

Com relação ao item características das unidades, nenhuma atendeu a todos os requisitos avaliados, refletindo um grande desinteresse, por parte dos parceiros na manutenção dos padrões do Programa, já que, segundo documentos internos do Programa, as unidades somente são liberadas para inaugurar após a realização de um *check-list* de todos os requisitos abordados neste tópico.

Um dos dados interessantes e abordados na tabela 8 é o cumprimento, por somente 10% das unidades da regra de utilização da televisão, destinada exclusivamente para demonstração de filmes de educação em saúde encaminhados pela FIOCRUZ às unidades. Além de uma melhor orientação aos funcionários, torna-se evidente a necessidade de aumentar a variedade de vídeos disponibilizados para

que os usuários assim como a equipe do Programa tenham acesso a mais informações e que as mesmas não se tornem repetitivas.

Com relação a área física das unidades, a maioria delas possui todas as áreas destinadas o que está demonstrado na tabela 9, refletindo o grande controle e aprovação prévia do lay-out das unidades pela FIOCRUZ. Um dado bastante surpreendente, foi o fato de duas unidades não possuírem área exclusiva para o estoque de medicamentos e principalmente pelo fato de serem unidades modelo 1. O motivo disto, provavelmente seja o fato de as unidades modelo 1 terem sido as primeiras a ser inauguradas, sofrendo prováveis alterações de estrutura, posteriormente. A presença da sala de atendimento farmacoterapêutico em somente 52% das unidades, segundo relatório de visitas da FIOCRUZ, deve-se provavelmente, por ser considerada uma sala opcional segundo modelo apresentado no Manual Básico do Programa (BRASIL, 2005), porém não condiz com o interesse descrito pela coordenação do programa na prática da Atenção Farmacêutica, que será melhor discutida posteriormente. Ressalta-se aqui que a sala está presente em 84% das unidades segundo farmacêuticos durante entrevista. Esta diferença percentual pode ser atribuída ao fato de os técnicos da FIOCRUZ somente considerarem a existência da sala quando a mesma está destinada exclusivamente para esse fim, ou a amostragem das 60 farmácias não ser representativa.

Outro dado surpreendente é o fato de somente 74% das unidades apresentarem estoque refrigerado. Isto demonstra não somente o descumprimento das regras do programa como também da legislação sanitária, colocando em risco inclusive a saúde da população, uma vez que, não se pode garantir a qualidade dos medicamentos dispensados nessas unidades, principalmente pelo fato de algumas delas estarem localizadas em regiões com altas temperaturas como Norte e Nordeste.

Todas as unidades do Programa recebem, desde 2008, da Gerência Técnica, vinculada à FIOCRUZ, os Procedimentos Operacionais Padrão do Programa⁴, como forma de garantir o funcionamento uniformizado dos serviços prestados nas Farmácias Populares do Brasil, refletindo desta forma, na garantia da qualidade desses serviços. Segundo o item 6.1.7 do POP GT -009, que trata da estocagem de medicamentos, as áreas de estocagem devem ser mantidas em temperatura compatível com os medicamentos. Além disso, segundo o POP GT – 003, que refere-se ao controle de temperatura das áreas de estocagem e dispensação, menciona-se a necessidade de controle da temperatura devendo-se realizar o registro da mesma diariamente na Planilha de Registro Diário de Temperatura, sendo que a temperatura ambiente deve ser de 15°C a 30°C. Qualquer valor fora desta faixa deve ser comunicado imediatamente ao Farmacêutico-Gerente, para que seja providenciada a correção da refrigeração ambiente. Esta ação torna-se inviável nas unidades que não apresentam estoque refrigerado.

A elaboração do projeto das unidades do Programa foi realizada com base na legislação vigente que regulamenta os estabelecimentos farmacêuticos, como é o caso da Resolução 328/1999 que dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias (ANVISA, 1999). Entre os requisitos abordados nesta resolução, no item 2.1 faz-se referência às instalações físicas, conforme descrito abaixo:

2.1. Instalações físicas:

2.1.1. A farmácia e a drogaria devem ser localizadas, projetadas e construídas com uma infra-estrutura adequada às atividades desenvolvidas.

2.1.2. O acesso às farmácias e drogarias deverá ser independente de forma a não permitir a comunicação com residências ou qualquer outro local distinto do estabelecimento.

2.1.3. As instalações devem possuir superfícies (piso, paredes e teto) lisas e impermeáveis, sem rachaduras, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis.

2.1.4. Os ambientes devem ser protegidos contra entrada de insetos e roedores.

2.1.5. As condições de ventilação e iluminação devem ser compatíveis com as atividades desenvolvidas

⁴ POP`S- GT, documento interno do Programa Farmácia Popular do Brasil

2.1.6.As instalações elétricas devem estar bem conservadas em boas condições de segurança e uso.

2.1.7.O sanitário deve ser de fácil acesso, mantido em boas condições de limpeza e possuir pia com água corrente.

2.1.8.As farmácias e drogarias devem dispor de local para a guarda dos pertences dos funcionários.

2.1.9.Deve possuir equipamentos de combate a incêndio em quantidade suficiente, conforme legislação específica.

A maioria dos itens mencionados acima foram verificados nas unidades pesquisadas, não sendo cumpridos por todas as unidades do programa, conforme demonstra a tabelas 8, 9 e 10. Muitos itens avaliados no tópico características das unidades, tratam-se de materiais ou equipamentos que são fornecidos pela FIOCRUZ ou então que o Ministério da Saúde encaminha recursos para sua aquisição ou adaptação, como é o caso do painel de senhas, impressoras fiscais entre outros. Conforme constatou-se nos resultados apresentados na tabela 10, somente 7 unidades modelo 2 estão com os procedimentos de desratização e dedetização no prazo de validade. Esses dados demonstram também um problema no monitoramento das unidades e na carência de medidas mais efetivas de punição dos gestores que não mantêm a estrutura da Farmácia.

Ressalta-se também a falta de fiscalização das Vigilâncias Sanitárias, responsáveis pela verificação do cumprimento das Boas Práticas de Dispensação. Um dos itens avaliados e que chama atenção para o descaso do cumprimento da legislação vigente, diz respeito aos procedimentos de dedetização e desratização das unidades, sendo que somente 46% delas realizam estes procedimentos com frequência e dentro dos prazos estabelecidos. Obviamente a coordenação do Programa deve fiscalizar essa questão, mas legalmente a responsabilidade é da Vigilância Sanitária local.

Com relação ao tópico *Recursos Humanos*, conforme mencionado anteriormente, o quadro de recursos humanos é definido pelo Adendo G, do Manual Básico do Programa (BRASIL, 2005). Pode-se perceber, na maioria da unidades analisadas, o descumprimento dos quantitativos estabelecidos no Manual. Porém, a grande parte das unidades apresentam todos os profissionais exigidos, encontrando-se somente uma ausência mais significativa do Assistente de Gestão. Em muitas unidades, a atividade deste profissional é executada somente pelo farmacêutico

gerente e em alguns casos apoiado por uma pessoa responsável pelo estoque de medicamentos. A própria FIOCRUZ não tem mais exigido aos gestores a presença obrigatória deste profissional, refletindo nos dados encontrados

Um dos dados mais interessantes é o fato de todas as unidades contarem com pelo menos um farmacêutico. Isso demonstra que um dos objetivos do programa, que é demonstrar a importância deste profissional tem sido cumprida, demonstrando uma maior valorização do profissional farmacêutico.

A presença do profissional farmacêutico nas unidades do Programa é muito importante para um adequado processo de dispensação. Neste aspecto, o Programa Farmácia Popular do Brasil pode alcançar seu reconhecimento no sentido de ratificação do mercado farmacêutico e na qualidade dos serviços prestados, visto que todas as unidades analisadas possuem pelo menos um farmacêutico presente.

A exigência do profissional farmacêutico já é mencionada na Lei nº 5.991, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, em todo o território nacional, e dá outras providências, conforme segue:

Art. 15 - A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

§ 1º - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.

. De acordo com dados de dezembro de 2008 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), existem 122.915 farmacêuticos inscritos nos conselhos regionais de farmácia (CRFs)⁵. Sabe-se porém, que a presença deste profissional em todas as farmácias e drogarias ainda não é uma realidade brasileira. Estudos mencionam que no caso específico da dispensação, a ausência do farmacêutico nas unidades públicas e privadas é um fator crítico para a implementação do uso racional de

⁵ Disponível em: < [http://www.cff.org.br/#\[ajax\]pagina&id=138](http://www.cff.org.br/#[ajax]pagina&id=138)> Acessado em 06 de junho de 2009.

medicamentos (IBDC, 2003 e ANVISA, 2003). Além disso, no estudo realizado pela ANVISA, nas farmácias e drogarias de Fortaleza, a ausência do profissional farmacêutico oscilou entre 68,9 e 75% e era maior entre as redes de farmácias/drogarias, variando entre 82 e 89% (ANVISA, 2003).

Com relação às funções desempenhadas pelos diferentes profissionais das unidades, fica claro um grande envolvimento do profissional farmacêutico com as atividades de gerenciamento da unidade, o que já era de se esperar já que segundo procedimentos do Programa, esta função deve ficar a cargo do farmacêutico. Porém, como grande parte das unidades não apresenta o Co-farmacêutico em tempo integral, as atividades de assistência ao paciente, dispensação e orientação acabam sendo prejudicadas, principalmente pela disponibilidade de tempo do farmacêutico gerente. Isso pode estar relacionado também com o sistema informatizado utilizado pela unidades. Embora, os farmacêuticos não apresentem dificuldades na utilização do mesmo conforme resultados apresentados pelo Indicador P4.4, o sistema deveria ser uma ferramenta para apoiar a gestão das unidades, porém cabe analisar se o mesmo possui todas as ferramentas de gestão necessárias.

Os modelos de uniformes e crachás que devem ser utilizados pelos funcionários das unidades estão disponibilizados no Manual Básico do Programa. Além disso, o POP GT – 002, que trata da higiene pessoal dos funcionários, reforça a necessidade de utilização dos mesmos, no item 6.6. Segundo a Resolução 328/99, no item 4.4, *“os uniformes devem estar limpos e em boas condições de uso”* (ANVISA, 1999). A equipe da FIOCRUZ responsável pelo acompanhamento da implantação das unidades solicita foto tanto dos crachás quanto dos uniformes antes de liberar a unidade para funcionamento. Porém, com o decorrer do tempo verifica-se o descumprimento a estes procedimentos por parte dos gestores locais. Entre os fatores relacionados a este resultado está a troca de funcionários das unidades. Além disso, com o passar do tempo os uniformes devem ser substituídos e muitas vezes o gestor não disponibiliza recursos para confecção de novos uniformes.

Embora a Coordenação Nacional do Programa receba constantemente queixas dos funcionários das unidades quanto aos salários pagos pelos parceiros,

na maioria das unidades avaliadas na pesquisa, não existe reclamação quanto ao salário ou mesmo a atrasos no pagamento.

Os recursos enviados para manutenção do Programa, podem ser utilizados para custear as despesas com recursos humanos. Porém dependendo dos salários estabelecidos e considerando todos os impostos trabalhistas envolvidos, muitas vezes o gestor local deve entrar com contrapartida de recursos. O pagamento do valor de manutenção é feito através de repasse fundo a fundo, até a primeira quinzena do mês seguinte ao da competência, sendo que até o momento poucos atrasos foram verificados no repasse desse recurso, o que pode justificar o baixo número de reclamações quanto ao prazo de pagamento. Quanto ao valor pago pelo gestor, orienta-se seguir o valor estabelecido pelos órgãos de classe de cada estado. Porém, isso nem sempre é feito. Como forma de balizar os salários pagos aos funcionários das unidades, sugere-se a padronização de valor mínimo a ser pago a cada um dos cargos existentes, como ocorre nas unidades de modelo 1.

O *Atendimento ao Público* previsto para as unidades do Programa deve ser feito de forma cordial e respeitosa como devido acolhimento aos usuários de acordo com o estabelecido no item 4.2 do Manual Básico do Programa (BRASIL, 2005), e deve seguir o fluxo previsto e definido no POP GT – 004, conforme mencionado abaixo:

6.1 O atendente deve fazer a triagem dos usuários através de uma breve avaliação de sua prescrição, conferindo a data de validade, os medicamentos prescritos, quanto à existência destes no elenco, a dosagem e a posologia, e encaminhá-los diretamente ao setor de pré-venda de posse de uma senha.

6.2 O atendente deve orientar o usuário a aguardar sua chamada por meio do painel e assim dirigir-se ao setor de pré-venda onde receberá informações sobre as quantidades que podem ser dispensadas e o preço final do seu pedido.

6.3 Após a finalização da pré-venda, o atendente deve orientar o usuário a dirigir-se ao caixa portando sua senha.

6.4 O atendente do caixa deve solicitar a senha ao usuário e avisá-lo do valor da compra para então finalizar a venda emitindo o cupom fiscal.

6.5 O operador de caixa deve orientar o usuário a se dirigir, portando a receita e o cupom fiscal, ao setor de entrega de medicamentos, onde ocorrerá a dispensação dos medicamentos adquiridos.

6.6 O atendente do setor de dispensação deve solicitar ao usuário o cupom fiscal e a prescrição para realizar a conferência dos medicamentos em relação à forma farmacêutica e a dosagem, a validade da prescrição e para carimbá-la identificando os medicamentos e as quantidades dispensadas, datando e assinando.

6.7 O atendente do setor de dispensação deve verificar com o usuário a existência de dúvidas quanto ao uso do medicamento. Havendo dúvidas encaminhá-lo ao Farmacêutico.

Nas unidades analisadas foram verificados o descumprimento de alguns passos do fluxo descrito acima. Em sua maioria o descumprimento diz respeito ao item 6.1 e 6.2, ou seja, nem sempre existe um funcionário disponível para a realização da triagem da prescrição e devido a baixa demanda de algumas unidades o painel de senha não é utilizado para chamar o usuário ao setor de pré-venda.

No fluxo descrito acima e apresentado nos Procedimentos Operacionais do Programa, o item 6.7, menciona que o farmacêutico deve ser chamado para atendimento somente caso o paciente tenha dúvida com a utilização do medicamento prescrito. Segundo a resolução 328/99 no item 6.1 "O farmacêutico é o responsável pela supervisão da dispensação, deve possuir conhecimento científico e estar capacitado para a atividade" (ANVISA, 1999). Já segundo o CFF, na resolução 327/01, "a dispensação é um ato do farmacêutico de orientação e fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não."

Na cadeia do medicamento, o farmacêutico é o último elo de contato do sistema de saúde com o cliente, que anteriormente havia buscado o médico para tratar de seu problema de saúde, a quem compete a distribuição/aquisição do medicamento prescrito para tal. É, portanto, "uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica"(PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O, 2000)

Estudo realizado em Fortaleza no Ceará, observou que a dispensação é efetuada principalmente, pelo balconista, mencionando que a ausência do farmacêutico no processo da dispensação é preocupante, pois a dispensação "é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado", no qual ele "informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento"(ARRAIS P.S.D; BARRETO, ML; COELHO, H.L.L, 2007).

O mesmo estudo conclui que a grande dificuldade de se implantar um bom serviço de dispensação é a ausência do profissional farmacêutico nos estabelecimentos de saúde.

A dispensação não configura apenas a ocasião em que determinada receita ou prescrição é aviada. Não é troca de mercadorias por receita médica. Tão, ou mais, importante que o medicamento recebido pelo paciente, é a informação envolvida (PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O, 2000).

Segundo Brown, 1997, as responsabilidades do profissional farmacêutico no momento da dispensação, são múltiplas. Envolvem questões de cunho legal, técnico e clínico. No momento que antecede o aviamento da receita/prescrição, o farmacêutico pode examiná-la atentamente, cruzando estas informações com dados da história clínica do paciente. É imprescindível o total entendimento das informações constantes na prescrição (BROWN, T. A., 1997).

Assim, sugere-se, para que realmente ocorra a dispensação e orientação adequada que seja exigida a presença constante de um farmacêutico para a área de dispensação, sendo que o mesmo deve acompanhar a entrega do medicamento que é realizada pelo atendente e também, participar ativamente do processo de dispensação. Salientamos que este profissional, Co-farmacêutico, já é previsto no quadro de recursos humanos da unidade, porém nem sempre é contratado pelo partícipe e quando contratado, na maioria das vezes, somente por quatro ou seis horas por dia.

Com relação a qualidade dos atendimentos verificadas nas unidades pelos técnicos da FIOCRUZ que realizaram as visitas, na maioria dos casos ele ocorre dentro dos padrões exigidos pelo Programa. Porém percebe-se muitas vezes, o desinteresse de alguns funcionários, o não entrosamento das equipes, o desconhecimento da importância da orientação ao paciente. Um dos aspectos que pode ser responsável por esses problemas é o perfil dos funcionários que trabalham nas unidades. Embora o programa mencione no Manual Básico um perfil desejável, este não é cumprido pela maioria dos gestores que muitas vezes indicam pessoas que não conhecem medicamentos e que nunca trabalharam na área.

A região sudeste apresentou o maior número de unidades com pontuação máximo no item atendimentos, isso se deve ao fato de contar com um elevado número de unidades modelos 1 em relação as demais regiões.

Nos itens 3.5 e 3.6 do Manual Básico do Programa estão descritos todos os documentos necessários tanto para regularização da localização da unidade, quanto para regularização sanitária. Nenhuma unidade analisada apresentou todos os itens necessários para regularização da unidade conforme resultados demonstrados na tabela 19, refletindo tanto o desconhecimento dos profissionais farmacêuticos quanto a necessidade de se manter toda documentação em dia assim como a falta de fiscalização por parte das autoridades sanitárias nos itens exigidos pela legislação. Chama atenção o fato de somente 3% das unidades analisadas possuírem a autorização de funcionamento que é emitida pela Anvisa.

O fato de nenhuma unidade analisada ter cumprido todos os requisitos avaliados no componente Estrutura Física, demonstra a necessidade de um maior controle, ou mesmo da impunidade frente ao descumprimento das exigências do Programa e das exigências legais.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA:

O objetivo principal deste componente foi verificar se os profissionais farmacêuticos que trabalham nas unidades do programa apresentam perfil para a prática de Atenção Farmacêutica, assim como para verificar se os mesmos conhecem esta prática.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais farmacêuticos das unidades, ficou mais uma vez evidenciado o grande envolvimento do profissional com as atividades relacionadas ao gerenciamento das unidades. Somente 9% dos farmacêuticos passam mais de 6 horas no atendimento ao usuário, e embora 100% dos entrevistados afirmam prestar orientações aos usuários, 56% deles fornecem informações quanto ao uso correto dos medicamentos somente aos usuários que solicitam maiores esclarecimentos.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos com 2250 farmacêuticos em que se avaliou o tempo dedicado para determinadas atividades da farmácia, as atividades de dispensação foram as que ocuparam mais tempo (56%) e as de acompanhamento farmacoterapêutico menos tempo (9%) (SCHOMMER *et al.*, 2002).

Esses dados reforçam, mais uma vez, a necessidade de dois farmacêuticos em tempo integral na unidade, um com atividades mais direcionadas ao gerenciamento e outro para o atendimento ao público, dispensação e prática da atenção farmacêutica.

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática profissional recente no cenário mundial e foi incluída como disciplina na maioria dos cursos de farmácia a partir de 2002, com a reforma curricular que instituiu a formação generalista do farmacêutico (Conselho Nacional de Educação, 2002). Considerando que cerca de 51% dos farmacêuticos entrevistados exercem a profissão a 1 ou 5 anos e 62% cursaram pós-graduação, esperava-se que já possuíssem conhecimentos sobre Atenção Farmacêutica, porém 75% dos entrevistados não souberam definir corretamente o conceito de Atenção Farmacêutica, reforçando o que outros autores já demonstraram com relação a falhas de formação nessa área (SILVA, L.R.; VIEIRA, E.M, 2004; CORRER *et al.*, 2004) e esses novos dados alertam para a necessidade de preenchimento dessa lacuna de formação.

Outro fator importante para verificação da prática da Atenção Farmacêutica, especialmente um dos seus componentes – o seguimento farmacoterapêutico - é a presença estrutura física adequada com espaço para atendimento privado. Este indicador de estrutura estava presente em 84% das unidades pesquisadas, segundo informação do farmacêutico responsável, já nas visitas técnicas realizadas pela FIOCRUZ, somente 54% das unidades apresentam sala específica para a prática da Atenção Farmacêutica. Essa diferença percentual pode ser explicada, entre outros fatores, pelo entendimento da questão feita ao farmacêutico, sendo que muitas unidades apresentam a sala, porém não é utilizada para tal função, ou conforme mencionado anteriormente a amostra de 60 unidades utilizada nas visitas técnicas pode não ser representativa.

Embora nem todas unidades apresentem sala específica, o resultado encontrado nas unidades do Programa é bastante significativo quando comparado com estudos realizados em farmácias. Um estudo realizado em 2004, em 10% das farmácias comunitárias de Santa Catarina, demonstrou que somente 11,4% das farmácias apresentavam estrutura física adequada para a prática da Atenção Farmacêutica, uma frequência bem menor do que a relatada no estudo de Curitiba (92%) (CORRER et al., 2004) e bem maior do que 1% relatado em estudo realizado na Espanha (ACOSTA-GÓMEZ et al., 2003).

O estudo evidenciou que a prática da Atenção Farmacêutica ainda não é uma realidade do Programa, sendo que somente 5% do entrevistados afirmaram realizar Atenção Farmacêutica, porém apenas um deles soube dizer o método utilizado e somente 3 mencionaram que fazem registro das atividades desempenhadas. Ao contrário de muitos outros locais, o motivo da não realização da Atenção Farmacêutica nas unidades da Farmácia Popular do Brasil não pode ser atribuído a falta de estrutura física. Verifica-se porém, a necessidade de uma adequação da formação profissional, direcionada para esta área específica, já que este é um requisito essencial para a implantação desta nova prática.

Sendo assim, cabe a Coordenação Nacional e a Gerência Técnica do Programa, adequar o perfil dos profissionais que trabalha nas unidade e também possibilitar o acesso dos mesmos a cursos de qualificação profissional que podem ser desenvolvidos em parceria do Ministério da Saúde com Instituições de Ensino e entidades de Classe. Neste sentido, já estão sendo realizados alguns curso, como é o caso do curso realizado pelo Conselho Federal de Farmácia em parceria com o Ministério da Saúde, “O Exercício Profissional Diante dos Desafios da Farmácia Comunitária”, destinado exclusivamente aos profissionais que trabalham no Programa Farmácia Popular do Brasil⁶. Porém até o momento não foi avaliado o resultado desse curso.

⁶ Disponível em < <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/3/58a59.pdf> > Acessado em 06 de junho de 2009.

Isto torna-se mais evidente com os dados da pesquisa onde 97% dos farmacêuticos entrevistados demonstram ter interesse na prática da Atenção Farmacêutica e a maioria dos entrevistados (55%) avaliou como ótima a sua satisfação em trabalhar no Programa. Esse contexto evidencia ambiente propício para efetivação desta prática nas unidades da Farmácia Popular do Brasil, o que contribuirá significativamente para que as mesmas se tornem referência em prestação de serviços farmacêuticos.

TREINAMENTO

Conforme mencionado anteriormente, o Programa preconiza a realização de treinamento para todos os funcionários das unidades antes que as mesmas entrem em funcionamento. Porém os resultados encontrados na pesquisa demonstram que o treinamento realizado atualmente não está abordando todos os conteúdos necessários para a efetiva Assistência Farmacêutica das Unidades.

Segundo entrevistas realizadas com os farmacêuticos, somente 76% relatou a abordagem do tópico Noções de Atenção Farmacêutica durante o treinamento. Além disso, considerando que o Programa é integrante das ações de Assistência Farmacêutica e ampliação do acesso aos medicamentos no SUS, torna-se fundamental o conhecimento deste Sistema de Saúde, o SUS, para a compreensão mais adequada do programa, porém somente 36% dos entrevistados, mencionaram a abordagem do tópico História e legislação do SUS durante o treinamento realizado.

Os tópicos mais abordados foram o funcionamento do Sistema POD 1 ,sistema operacional utilizado para a logística das unidades (100% dos entrevistados) e o que é o Programa Farmácia Popular do Brasil (100%). Também foram abordados os procedimentos operacionais para a dispensação nas unidades (97%).

Um dos gargalos encontrados neste processo é o fato de que somente em 14% das unidades avaliadas não ocorreu substituição do quadro inicial de recursos humanos, o que pode explicar o dado encontrado quanto a realização do treinamento por apenas 64,65% dos entrevistados. Embora exista a garantia inicial

do treinamento, infelizmente, na maioria das vezes a FIOCRUZ não é comunicada da troca do quadro de recursos humanos, não sendo possível realizar um reforço do treinamento inicial. Este reforço é previsto, principalmente quando ocorre substituição dos farmacêuticos das unidades, que segundo esta pesquisa ocorreu em 70% das unidades analisadas.

A situação torna-se mais preocupante, quando da avaliação dos conhecimentos dos farmacêuticos com relação ao programa. Somente 3,30% dos entrevistados acertaram todas as questões apresentadas, sendo que 26,26% acertaram 7 das 11 questões apresentadas. Além disso, nenhuma questão foi respondida corretamente por todos os entrevistados.

Esses dados reforçam a necessidade de uma revisão do treinamento oferecido atualmente, assim como ampliação dos tópicos abordados e maior controle por parte da Coordenação do Programa nas mudanças do quadro de recursos humanos das unidades com realização de reforço do treinamento. Por outro lado, também é recomendável realizar treinamentos periódicos e análise das atividades realizadas para avaliar problemas com as mesmas.

Considerando que todas unidades possuem internet, a realização de cursos de atualização e aperfeiçoamento à distância, pode ser uma alternativa interessante, principalmente nos aspecto financeiro, já que os treinamento atuais envolvem despesas com passagem aérea e diárias dos técnicos encaminhados pela FIOCRUZ.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo a realização de uma avaliação do Programa Farmácia Popular do Brasil Rede Própria no que diz respeito a estrutura e a processos como, por exemplo, realização de atenção farmacêutica e treinamento, por meio do desenvolvimento de modelo lógico e indicadores para facilitar a avaliação dos tópicos.

Percebeu-se que o Programa de forma geral, está implantado em todos os estados brasileiros e atingiu sua meta de implantação de 500 unidades até o final de 2008. Porém observou-se que a estrutura padronizada proposta para o Programa não é seguida por todas as unidades, principalmente nas unidades em que a gestão está sob responsabilidade do parceiro, municípios, estados e instituições. Isso pode estar associado a uma política de monitoramento pouco eficiente, que não utiliza mecanismos adequados de avaliação e correção de rumos por meio dos parceiros.

O não cumprimento das diretrizes em alguns casos é muito preocupante, como é o caso de que algumas unidades não possuem estoque de medicamentos com controle de temperatura e ar condicionado, o que pode interferir diretamente na qualidade dos medicamentos dispensados para a população. Além disso, as unidades não estão funcionando com toda documentação legal necessária, demonstrando mais uma vez a grande necessidade de um melhor monitoramento das mesmas.

Percebeu-se ainda, que tanto o quantitativo de profissionais que trabalham nas unidades quanto seu perfil profissional não está de acordo com o exigido pelo Programa. Porém destaca-se aqui um importante resultado demonstrado pelo estudo: todas as unidades possuem pelo menos um farmacêutico e a maioria das unidades possui os dois farmacêuticos exigidos pelo Programa, diferente da realidade geral das farmácias privadas do Brasil. Além disso, os profissionais demonstraram satisfação com seu trabalho nas unidades do Programa.

Com relação à prática de Atenção Farmacêutica percebeu-se que esta ainda não é uma realidade do Programa Farmácia Popular do Brasil. Até o momento, apenas alguns projetos pilotos de Atenção Farmacêutica foram desenvolvidos nas unidades, além de algumas iniciativas isoladas. Verificou-se também que os profissionais farmacêuticos não possuem conhecimento adequado sobre Atenção Farmacêutica. Assim, para que essa estratégia ocorra em todas as unidades do Programa, faz-se necessário a presença de profissionais farmacêuticos com perfil para prática daquela, além de treinamento apropriado. O presente estudo observou, porém, que as unidades do Programa demonstraram ser ambientes propícios para prática de Atenção Farmacêutica, com estrutura no geral adequada e com interesse por parte dos profissionais farmacêuticos na realização desta prática.

Além disso, deve-se qualificar o treinamento oferecido aos funcionários das unidades antes de iniciar seu funcionamento. Observou-se que o treinamento atual está apenas focado para a logística da unidade e rotinas de atendimento aos usuários, sendo necessário ampliar essas ações para o melhor conhecimento do Programa enquanto política pública, seu papel no âmbito do SUS, de acordo com a proposta apresentada pela Coordenação do Programa no lançamento do mesmo. Os farmacêuticos em especial, devem receber cursos e capacitação para prática de Atenção Farmacêutica.

Enfim, o Programa tem demonstrado ser uma importante política pública que tem por objetivo a ampliação do acesso da população aos medicamentos. Por outro lado, devem ser feitos novos estudos no sentido de verificar se o Programa realmente é um mecanismo eficiente de ampliação do acesso aos medicamentos e conhecer o perfil dos usuários do programa além da satisfação dos mesmos com esse novo modelo de acesso proposto, principalmente por tratar-se o presente estudo de uma amostra por conveniência. Além disso, para que o programa realmente cumpra o seu papel de ser um novo modelo de atuação para as farmácias sendo referência em educação individual e coletiva sobre saúde, uso racional de medicamentos, informações sobre uso correto de medicamentos, entre outros se sugere um melhor monitoramento das unidades e criação de mecanismos de correção de atividades e mesmo de descredenciamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA GÓMEZ, J.; ALZAGA LIZARRALDE, A.; ÁLVAREZ MOZOS, L.; GUDIÉL URBANO, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. **Estructura y servicios de atención farmacéutica ofrecidos en farmacias de Alcorcón** (Madrid) y Bilbao. *Seguim. Farmac.*, v.1, n.3, p.120-123, 2003.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Resolução 328 de 22 de julho de 1999: Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias**. Brasília; 1999. Disponível em <URL:http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/328_99.htm > [2003 fev 16].

AGUILAR, J. M. & ANDER-EGG, E.. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis:Vozes; 2004.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Disponibilidade de medicamentos genéricos: Fortaleza e Interior do Ceará**. Brasília: Gerência Geral de Regulação Econômica e Monitoramento do Mercado, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2003.

ARRAIS P.S.D; BARRETO, ML; COELHO, H.L.L. **Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil**. Caderno de Saúde Pública 2007; 24(4):927-937.

BEGHIN, I.; CAP, M. & DUJARDIN, B., 1989. **Guia para Evaluar el Estado de Nutrición**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. (OPAS- Publ. científ, 515)

BERMUDEZ, J.A.Z.; BONFIM, J.R.A. **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobrevime, 1999. p.151-178.

BRASIL. Coleção Progestores. Vigilância em Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 278p.

BRASIL. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 97, 21 mai. 2004a, seção I, p.6.

BRASIL. Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Brasília; 1973. In: Lima LFM et al. **Vigilância**

sanitária de medicamentos e correlatos. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed.;1994. p. 78.

BRASIL. Lei nº10.858 de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 71, 14 abr. 2004b, seção I, p.1.

BRASIL. Medida Provisória nº123, de 26 de junho de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências.. Convertida pela Lei nº10.742 de 06 de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 out. 2003, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assessoria de Comunicação.** Farmácia popular: programa amplia disponibilização de medicamentos. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa farmácia popular do Brasil:** manual básico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 102p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 96p.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 206p.

BRASIL. PORTARIA 2.587 de 6 de dezembro de 2004. Institui o incentivo financeiro do Programa Farmácia Popular do Brasil, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 236, 09 dez. 2004d, seção 1

BRASIL. Portaria nº 344. Aprova o regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 mai. 1998.

BRASIL. Portaria nº 491 de 09 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasil: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 48, 10 mar.2006. p.59, seção 1.

BRASIL. PORTARIA nº 749 de 15 de abril de 2009. Dispõe sobre a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 82, 04 mai. 2009, p.70-71, seção 1.

BRASIL. Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde de 6 de maio de 2004. Institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mai. 2004d, seção I.

BROWN, T. A., 1997. Reviewing and dispensing prescription and medication orders. In: *Comprehensive Pharmacy Review* (L. Shargel, A. H. Mutnick, P. F. Souney, L. N. Swanson & L. H. Block, eds.), pp. 428-435, Baltimore: Williams & Wilkins.

CASTRO M.S.; FUCHS, F.D.; FERREIRA, M.B.C. **Reflexão sobre a Prática e o Ensino do Seguimento Farmacoterapêutico de Pacientes.** P. 360-366. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. *Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica.* RJ, Guanabara Koogan, 2008. 490 p

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

CFF (Conselho Federal de Farmácia). **Farmacêuticos do Farmácia Popular fazem curso de qualificação do CFF.** Revista Pharmacia Brasileira. Ano XI, Número 65, maio/junho, 2008. P. 58-59.

CFF (Conselho Federal de Farmácia). Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas em farmácia [on line]. Brasília: CFF; 1997. Disponível em <http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_357_2001.htm> [2003 ago 26]

CHEIBUB, Z.B.; SIMAS, M.; MOLHANO, L. **Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação (IPPS),** 2000.

CNE (Conselho Nacional de Educação). Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 Mar. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 06 de junho de 2009.

COHEN, E.; FRANCO R 1998. **Avaliação de projetos sociais**. Editora Vozes, Petrópolis, 312 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde, conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

CORRER, C.J.; ROSSIGNOLI, P.; SOUZA, R.A.P.; PONTAROLO, R. **Perfil de los farmacéuticos e indicadores de estructura y proceso en farmacias de Curitiba – Brasil**. *Seguim. Farmac.*, v.2, n.1, p.37-45, 2004

COSENDEY, M.A.E. **Análise da implantação do programa farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. 2000, 358p Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2000.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición e métodos de evaluación**. México: S.A.LPMM, 1984

ENAP (Escola Nacional de Administração Pública). **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá**: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília: ENAP, 2000. v. 20. 165 p.

FARMÁCIA Popular passa a ter droga contra colesterol. **Jornal do Comércio** (PE) em 17/05/2005, Economia.

FARMÁCIA Popular. **O Globo** em 25/10/2004, Coluna "X": panorama político.

FARMÁCIAS populares com mais remédio. **Jornal do Brasil** em 17/05/2005b, Brasil.

FARMÁCIAS populares fornecem medicamentos para reduzir colesterol. **Agência Saúde** em 16/5/2005a.

FAUS, M.J., MARTINEZ, F. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. **Pharm. Care Esp.** v. 1, p. 56-61, 1999.

FERREIRA, R.L.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. **Análise da implantação do programa farmácia popular do Brasil no Rio de Janeiro e no Distrito Federal**: um estudo de casos. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

FILHO, J.B.F.; CORRER, C.J.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHIORS, A.C; LLIMÓS, F.F.; PONTAROLO, R. **Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo**. Rev. Bras. Cienc. Farm. vol.44 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2008.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GRAHAM, J.R.Blease. **Para administrar a organização pública**. R.J. Zahar. 1994

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Organizadoras) Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

IBDC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor). **Faltam remédios essenciais no SUS**. Consumidor SA 2003; 69:14-9.

LIPTON, H.L., BYRNS, P.J., SOUMERAJ, S.B. et al. Pharmacists as agents of change for rational drug therapy. **Int. J. Tech. Ass. Health Care**. v. 11, n.3, p. 485-508, 1995.

LUIZA, V.L. **Acesso a medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado), Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2003.

LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. Acesso a Medicamentos: Conceitos e Polêmicas. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; ESHER, A. Acesso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado. 1th ed. Rio de Janeiro:ENSP, 2004. p. 45-64.

MARIN, N. Educação farmacêutica nas Américas. **Olho Mágico**. v. 9, n.1, p. 41-43, 2002.

MARIN,N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**, Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

MONTEIRO, O. **Farmácia Popular e Equidade**. Nota publicada no site do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems, 19 nov. 2004.

MOREIRA, T.M.A. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase**. 2000, 184p. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

MSH (Management Sciences For Health). **Managing drug supply**: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals. USA: Kumarian Press, 1997.

NAVES, J.O.S.; SILVER, L.D. **Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal**. Rev. Saúde Pública 2005; 39(2):223-30

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta.** Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, 24 p, 2002a.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Termo de Referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância.** Brasília, OPAS, 28 p, 2002b.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio, Ginebra, 1993.

OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S; CASTILHO, S.R.(organizadoras). **Diagnóstico da farmácia hospitalar no Brasil.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. **A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico.** Caderno de Saúde Pública 2000; 16:815-22.

PESQUISA aponta que 91% dos usuários aprovam farmácias populares. **Folha On Line** em 09/12/2004b, Cotidiano.

PESQUISA revela que Farmácia Popular é aprovado por 91% da população. **Agência JB** em, 07/12/2004a, Manchetes.

ROSSI P.H., FREEMAN H.E. **Evaluation: a systematic approach**. Beverly Hills: Sage Publications, 1999, 500 pp.

SANTOS, C.D.B. **O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos**. 2008. 153p. Tese (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, Rio de Janeiro, 2008.

SCHOMMER, J.C.; PEDERSEN, C.A.; GAITHER, C.A.; DOUCETTE, W.R.; KRELING, D.H.; MOTT, D.A. **Community Pharmacists' Work Activities in the United States During 2000**. *J. Am. Pharm. Assoc.*, v.42, p.399-406, 2002.

SILVA, L.R.; VIEIRA, E.M. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. *Rev. Saúde Pública*, v.38, n.3, p.429-437, 2004.

SILVA, N. S.; HOLLANDA, E. **Avaliação do Perfil e da Satisfação de Usuários do Programa Farmácia popular do Brasil**. 2006. 130 p. Monografia (Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde) Escola Nacional de Administração Pública - ENAP e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, Brasília, 2006.

VELASQUEZ, G. El papel del Estado em el financiamiento de los medicamentos. In: BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; ESHER, A. **Acceso a Medicamentos: Derecho Fundamental, Papel del Estado**. 1th ed. Rio de Janeiro:ENSP, 2004. p. 25-40.

VIANNA, S.M.; PIOLA, S.F.; REIS, C.O.O. **Gratuidade no SUS**: controvérsias em torno do co-pagamento. IPEA. Brasília, 1998. (Série Texto para Discussão nº 587).

WHO (World Health Organization), 1999. **Indicators for monitoring national drug policies: a practical manual**. Geneva: WHO 250pag.

WHO (World Health Organizations). **Bulletin of the World Health Organizations**. Genebra, Suíça, n.79, p 713-720, 2001

ANEXOS

ANEXO 1

Tabela: Principais enfermidades atendidas pelos medicamentos do PFPB

DOENÇAS ATENDIDAS		
Artrite Reumatóide	Dor de cabeça	Insuficiência Cardíaca
Alcoolismo	Depressão	Irritações da Pele
Alergias	Diabetes	Lombalgia
Amidalite	Enxaqueca	Meningite Tuberculosa
Abscesso Dentário	Epilepsia	Micoses
Ansiedade	Enjôo	Mal de Parkinson
Arritmias Cardíacas	Eczema	Otite
Angina	Furúnculo	Piolho
Anemia	Gota	Queimaduras
Asma	Gastroenterite	Sinusite
Bursite	Gastrite	Sarna
Bronquite	Hipertensão Arterial	Tendinite
Cólicas	Hiperlipidemia	Tricomoníase
Disenteria	Infecções da pele	Úlcera Gástrica
Infecções Urinárias		

*Fonte: Direção Nacional do PFPB⁷

⁷ Fonte Direção Nacional do Programa, Documento interno – Material de treinamento dos funcionários

ANEXO 2

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	PROPRIEDADE TERAPÊUTICA E
		LOCAL DE AÇÃO
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA	Ampola 150 mg/ml	Contraceptivo hormonal (Sistema Geniturinário e Hormônios sexuais)
ACICLOVIR	Comprimido 200 mg	Antivirais de uso sistêmico
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Comprimido 500 mg	Analgésico e Antipirético / Antirreumático / Antiinflamatório não esteroideal
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	Comprimido 100 mg	Analgésico e Antipirético / Antitrombótico Sistema Nervoso / Sangue e Sistema Hematopoético)
ÁCIDO FÓLICO	Comprimido 5 mg	Anti anêmicos e deficiência de Ácido Fólico (Sangue e Sistema Hematopoético)
ALBENDAZOL	Comprimido mastigável 400 mg	Antiparasitários: Anti-helmínticos
ALOPURINOL	Comprimido 100 mg	Antigotosos e Anti-hiperuricêmico
AMIODARONA	Comprimido 200 mg	Antiarrítmicos (Sistema Cardiovascular)
AMITRIPTILINA	Comprimido 25 mg (cloridrato)	Antidepressivos (Sistema Nervoso Central)
AMOXICILINA	Cápsula 500 mg	Antimicrobiano de Uso Sistêmico
AMOXICILINA	Pó p/susp. oral 250 mg/5 ml	Antimicrobiano de Uso Sistêmico
ATENOLOL	25mg/comp	Anti-hipertensivo (Sistema Cardiovascular)
AZATIOPRINA	Comprimido 50 mg (R)	Imunomoduladores / Imunossupressores, antireumático (Sistema Imune)
AZITROMICINA	Comprimido 500 mg	Antimicrobiano de Uso Sistêmico
BENZILPENICILINA BENZATINA	Pó p/ suspensão injetável 1.200.000 UI	Antimicrobiano de Uso Sistêmico
BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTÁSSICA	Suspensão Injetável 300.000+100.000 UI	Antimicrobiano de Uso Sistêmico
BENZOATO DE BENZILA	Emulsão tópica 250mg/ml	Ectoparasiticidas/ Antiprotozoários: Acaricida e sarnicida (Pele e mucosas)
BIPERIDENO	2mg/comp	Antiparkinsonianos (Sistema Nervoso Central)
BROMETO DE N – BUTILESCOPOLAMINA	Comprimido 10 mg	Antiespasmódico (Sistema Digestivo)

CAPTOPRIL	Comprimido 25 mg sulcado	Anti-hipertensivo, vasodilatador, terapia Cardíaca- sistema renina- Angiotensina (Sistema Cardiocascular)
CARBAMAZEPINA	Comprimido 200 mg	Antiepilético, Anticonvulsivante, Antineuralgico, Antimania, Anti-diurético, Antipsicótico (Sistema Nervoso Central)
CARBIDOPA + LEVODOPA	Comprimido 25+ 250 mg	Antiparkisonianos (Sistema Nervoso Central)
CEFALEXINA	Cápsula 500 mg (cloridrato ou sal sódico)	Antimicrobiano de uso Sistêmico
CEFALEXINA	Susp.oral 250 mg (clori- drato ou sal sódico)/5ml	Antimicrobiano de uso Sistêmico
CETOCONAZOL	Comprimido 200 mg	Antimicótico de Uso Sistêmico
CIPROFLOXACINO	Comprimido 500 mg	Antimicrobiano de uso Sistêmico
CLORETO DE POTÁSSIO	Xarope 60 mg/ml	Suplemento Mineral, eletrólito
CLORETO DE SÓDIO 0,9%	Solução Nasal 9 mg/ml	Descongestionante Nasal
CLORPROMAZINA	Comprimido 100 mg (cloridrato)	Antipsicótico-Neuroléptico (Sistema Nervoso Central)
CLORPROMAZINA	Comprimido 25 mg (cloridrato)	Antipsicótico-Neuroléptico (Sistema Nervoso Central)
DEXAMETASONA	Creme 0,1%	Antiinflamatório e Antipruriginoso, Alergopatias e Dermatopatias (Pele e Mucosas)
DEXCLORFENIRAMINA	Comprimido 2 mg (maleato)	Anti-histaminico de uso Sistêmico (Sistema Respiratório, Pele e Mucosas)
DEXCLORFENIRAMINA	Solução Oral 0,4 mg (maleato)/ml	Anti-histaminico de uso Sistêmico (Sistema Respiratório, Pele e Mucosas)
DIAZEPAM	Comprimido 5 mg sulcado ®	Ansiolítico / Anticonvulsivante / Miorrelaxante (Sistema Nervoso Central)
DIAZEPAM	Comprimido 10 mg sulcado ®	Ansiolítico / Anticonvulsivante / Miorrelaxante (Sistema Nervoso Central)
DIGOXINA	Comprimido 0,25 mg	Cardiotônico / AntiarritmicoTerapia Cardíaca (Sistema Cardiovascular)
DIPIRONA	Gotas 500mg/ml	Analgésico / Antipirético / Espasmolítico (Sistema Nervoso)
DOXICICLINA	Comprimido 100 mg	Antimicrobiano de Uso Sistêmico Antimalárico, antiprotozoário
ENALAPRIL	Comprimido 5 mg	Sistema renina-angiotensina / Vasodilatador-Tratamento da Hipertensão (Sistema Cardiovascular)
ENALAPRIL	Comprimido 20 mg	Sistema renina-angiotensina / Vasodilatador Tratamento da Hipertensão (Sistema Cardiovascular)

ENANTATO DE NORETISTERONA + VALERATO DE ESTRADIOL	Drágeas 50 mg + 5 mg	Contraceptivo hormonal (Sistema Geniturinário e Hormônios sexuais)
ERITROMICINA	compr./cáps. 500 mg (estearato ou etilsuccinato)	Antimicrobiano de Uso Sistêmico Tratamento de Acne
ERITROMICINA	susp. oral 125 mg/5 ml (estearato ou etilsuccinato)	Antimicrobiano de Uso Sistêmico Tratamento de Acne
ETINILESTRADIOL+ LEVONORGESTREL	Drágeas 0,03 mg+0,15 mg	Contraceptivo hormonal (Sistema Geniturinário e Hormônios sexuais)
FENITOÍNA	Comprimido 100 mg (sal sódico)	Anticonvulsivante/Antiepilético/Antiaritmico (Sistema Nervoso Central)
FENOBARBITAL	Comprimido 100 mg (R)	Anticonvulsivante / Antiepilético / Sedativo-hipnótico (Sistema Nervoso Central)
FLUCONAZOL	Cápsula 100 mg (R)	Antimicótico de Uso Sistêmico
FLUCONAZOL	Cápsula 150 mg (R)	Antimicótico de Uso Sistêmico
FUROSEMIDA	Comprimido 40 mg	Diurético e Anti-hipertensivo (Sistema Urinário)
GLIBENCLAMIDA	Comprimido 5 mg	Antidiabético (Sistema endócrino)
HALOPERIDOL	Comprimido 1 mg	Antipsicótico (Sistema nervoso central)
HALOPERIDOL	Comprimido 5 mg	Antipsicótico (Sistema nervoso central)
HALOPERIDOL	Solução Oral 2 mg/ml	Antipsicótico (Sistema nervoso central)
HIDROCLOROTIAZIDA	Comprimido 25 mg	Diurético e anti-hipertensivo (Sistema urinário)
IBUPROFENO	Comprimido 300 mg	Antiinflamatório não esteróide / Analgésico / Anti-Reumático / Anti-Gotoso / Anti-Desmenorreico / Antiemético
LEVONORGESTREL	Drágea 0,75 mg	Contraceptivo hormonal oral (Sistema Geniturinário e Hormônios sexuais)
MEBENDAZOL	Comprimido Mastigável 100 mg	Antiparasitário intestinal
MEBENDAZOL	Susp. Oral 100 mg/5 ml	Antiparasitário intestinal
METFORMINA	Comprimido 500 mg (cloridrato)	Antidiabético (Sistema endócrino)
METFORMINA	Comprimido 850 mg (cloridrato)	Antidiabético (Sistema endócrino)
METILDOPA	Comprimido revestido 250 mg	Bloqueador adrenérgico (Anti-hipertensivo)
METILDOPA	Comprimido revestido 500 mg	Bloqueador adrenérgico (Anti-hipertensivo)
METOCLOPRAMIDA	Comprimido 10 mg (cloridrato)	Antiemético e estimulante gastrointestinal (Sistema digestivo)

METOCLOPRAMIDA	Solução Oral 4 mg (cloridrato)/ml	Antiemético (Sistema digestivo)
METRONIDAZOL	Comprimido 250 mg	Antimicrobiano e antiparasitário intestinal (Sistema digestivo)
METRONIDAZOL	Suspensão Oral 200 mg (benzoato)/5 ml	Antiparasitário intestinal
METRONIDAZOL	Creme vaginal 5%	Antiinfecioso tópico (Pele e mucosas)
MICONAZOL	loc. 2% (nitrato)	Antiinfecioso tópico (Pele e mucosas)
MONONITRATO DE ISOSSORBIDA	Comprimido 20 mg	Antianginoso (cardiovascular)
NEOMICINA + BACITRACINA	pomada 5 mg (sulfato) + 250 UI(zíncica)/g	Antiinfecioso tópico (Pele e mucosas)
NIFEDIPINA	Comprimido - liberação controlada 20 mg	Antianginoso e bloqueador do canal de cálcio e anti-hipertensivo (Sistema cardiovascular)
NISTATINA	Creme vaginal 25.000 UI/g	Antiinfecioso tópico (Pele e mucosas)
NISTATINA	Suspensão Oral 100.000 UI/ml	Antifúngico e antibacteriano
OMEPRAZOL	Cápsula 20 mg	Antisecretor, Antiulceroso (Sistema digestório)
NORETISTERONA	Drágea 0,35 mg	Hormônios sexuais (Sistema Endócrino e Reprodutor)
PARACETAMOL	Comprimido 500 mg	Analgésico não opióide / Antiemxiaqueca
PARACETAMOL	Solução Oral gotas 100 mg/ml	Analgésico não opióide / Antiemxiaqueca
PARACETAMOL	Solução Oral gotas 200 mg/ml	Analgésico não opióide / Antiemxiaqueca
PREDNISONA	Comprimido 20 mg	Antiinflamatório esteróide / Broncodilatador e Antiasmático (Sistema respiratório), corticoesteróide (Adjuvante na terapia antineoplásica) e Imunossupressor
PREDNISONA	Comprimido 5 mg	Antiinflamatório esteróide / Broncodilatador e Antiasmático (Sistema respiratório), Corticoesteróide (Adjuvante na terapia antineoplásica) e Imunossupressor
PRESERVATIVO MASCULINO	Unidade	Dispositivo de contracepção
PROMETAZINA	Comprimido 25 mg (cloridrato)	Anti-histamínico (antialérgico), utilizado em anafilaxia, antiemético e antivertiginoso (Sistema digestivo)
PROPRANOLOL	Comprimido 40 mg (cloridrato)	Antiemxiaqueca, Antianginoso, Antiarrítmico, Anti-hipertensivo (Sistema cardiovascular) e Antitireoidiano (Sistema Endócrino)
RANITIDINA	Comprimido 150 mg	Antisecretor e antiulceroso (Sistema digestivo)
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	pó p/ sol. oral env. p/ 1 L	Eletrólitos / Reposição Hidroeletrólítica

SALBUTAMOL	Comprimido 2 mg (sulfato) sulcado	Broncodilatador e Antiasmático (Sistema respiratório)
SALBUTAMOL	xarope. 2 mg (sulfato) / 5 ml	Broncodilatador e antiasmático (Sistema respiratório)
SINVASTATINA	Comprimido 20 mg	Hipolipemiante (Sistema cardiovascular)
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	Comprimido 400mg + 80 mg	Antibacteriano
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	Susp. oral 200 mg + 40 mg/5 ml	Antibacteriano
SULFASALAZINA	Comprimido 500 mg	Antiinflamatório Gastrointestinal
SULFATO FERROSO	Compr. rev. 40 mg Fe (II)	Antianêmico
SULFATO FERROSO	Sol. oral 25 mg/ml Fe (II)	Antianêmico
TIABENDAZOL	Pomada 5%	Antiinfecioso tópico, Antiparasitário / Antiprotozoários (Pele e mucosas)
VALPROATO DE SÓDIO	Xarope 50 mg/ml	Anticonvulsivante (Sistema nervoso central)
VERAPAMILA	Comprimido 40mg (cloridrato)	Antianginoso, Antiarrítmico e bloqueador do canal de cálcio, anti-hipertensivo (Sistema Cardiovascular)

*Fonte: Direção Nacional do PFPB

ANEXO 3

**ELENCO DE MEDICAMENTOS DA EXPANSÃO DO PROGRAMA
FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL**

Indicação: Hipertensão

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Captopril 25mg,	1(um) comprimido	0,31	0,28
Maleato de enalapril 10mg	1(um) comprimido	0,43	0,39
Cloridrato de propranolol 40mg	1 (um) comprimido	0,09	0,08
Atenolol 25mg,	1 (um) comprimido	0,21	0,19
Hidroclorotiazida 25mg,	1 (um) comprimido	0,09	0,08

Indicação: Diabetes

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Glibenclamida 5mg	1 (um) comprimido	0,14	0,12
Cloridrato de metformina 500mg,	1 (um) comprimido	0,15	0,13
Cloridrato de metformina 850mg	1 (um) comprimido	0,20	0,16
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável	1 (um) frasco/ampola 10ml	29,50	26,55
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável	1 (um) frasco/ampola 5ml	14,75	13,27
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável	1 (um) refil 3ml	8,85	7,96
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável	1 (um) refil 1,5ml	4,43	3,99

Indicação: Contraceção

Princípio Ativo e concentração	Unidade Farmacotécnica	Valor de referência por unidade farmacotécnica	Valor máximo para pagamento pelo MS
Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg, ampola	1 (uma) ampola	11,31	10,17
Noretisterona 0,35 mg, comprimido - cartela com 35 comprimidos	1 (uma) cartela	4,96	4,46
Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg, comprimido - cartela com 21 comprimidos	1 (uma) cartela	4,19	3,77
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, ampola	1 (uma) ampola	12,36	11,12

*Fonte: Ministério da Saúde – DAF/SCTIE

ANEXO 4

Quadro X: Indicadores para análise dos aspectos relacionados à estrutura e processo do PFPB

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE		N	INDICADORES	CÁLCULO
DADOS GERAIS	Distribuição Territorial/Cobertura Territorial		E1.1	Presença das unidades por unidade territorial	Nº de unidades existentes em cada estado e em cada município
	Utilização		E1.2	Total de atendimentos realizados pelo Programa	Nº de vendas efetivadas no Programa
			P1.3	Medicamentos mais dispensados nas unidades do Programa	Medicamentos mais dispensados para usuários no programa
	População atingida		P1.4	Cobertura	População coberta pelo Programa Farmácia Popular
ESTRUTURA DAS UNIDADES	CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE	Suporte e Manutenção	E2.1	Proporção de critérios atingidos segundo diretrizes do Programa	Soma dos pontos dos itens dentro dos padrões
		Área Física da Unidade	E2.2	Proporção de unidades com todas áreas físicas previstas	Nº de unidades que apresentam todas áreas exigidas, divididas pelo Nº de farmácias analisadas (X100)
		Refrigeração da área de estoque	E2.3	Porcentagem de unidades que apresentam estoque refrigerado	Nº de unidades que apresentam estoque refrigerado dividido pelo Nº de farmácias analisadas (X100)
		Correta Utilização da Copa	E2.4	Porcentagem de unidades que utilizam a copa adequadamente	Nº de unidades que possuem copa e não utilizam a mesma para alimentação dividido pelo número de farmácia que possuem copa (X100)

		Condições Gerais de higiene e segurança	E2.5	Porcentagem de unidades que possuem auxiliar de limpeza e segurança	Nº de unidades que possuem auxiliar de limpeza diariamente dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
		Geral	E2.6	Proporção de critérios atingidos segundo diretrizes do Programa	Pontuação atingida pelas unidades
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE		N	INDICADORES	CÁLCULO
ESTRUTURA DAS UNIDADES	RECURSOS HUMANOS	Quadro de RH	E2.7	Porcentagem de unidades que apresentam o quadro de recursos humanos exigidos pelo	Nº de unidades que possuem o quadro completo de RH dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
			E2.8	Porcentagem de unidades que apresentam o farmacêutico e o co-farmacêutico	Nº de unidades que possuem os dois profissionais dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
		Funções dos Farmacêuticos	E2.9	Principal função desempenhada pelo farmacêutico e pelo co-farmacêutico(segundo análise externa)	Atividade com maior percentual de resposta em cada item
		Utilização de Crachá e Uniforme	E2.10	Porcentagem de unidades onde os funcionários utilizam o uniforme e crachá padrão	Nº de unidades onde todos os funcionários estavam devidamente uniformizados e utilizando crachá
		Remuneração	E2.11	Porcentagem de unidades onde a remuneração dos funcionárias é considerada adequada	Nº de unidades onde os salários são compatíveis com o mercado de trabalho local dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
		Geral	E2.12	Proporção de critérios atingidos segundo diretrizes do Programa para RH	Pontuação atingida pelas unidades neste subcomponente
	DIME NTO AO PÚBLI	Tempo de Espera	P2.13	Tempo médio que os usuários ficam aguardando para ser atendidos	Item correspondente ao tempo médio com maior pontuação

		Seqüência de atendimento	P2.14	Porcentagem de unidades que respeitam a seqüência lógica de atendimento estabelecida pelo programa	Nº de unidades que cumprem a lógica de atendimento dividido pelo número de farmácias analisadas (X100)
		Avaliação geral do atendimento	P2.15	Qualidade do atendimento na perspectiva do avaliador e pontuação média	Pontuação atingida pelas unidades neste subcomponente
	Documentação Fiscal		P2.16	Freqüência de cada um dos documentos necessários nas unidades	Pontuação atingida pelas unidades neste subcomponente
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE		N	INDICADORES	CÁLCULO
ATENÇÃO FARMACÊUTICA	Perfil Profissional		P3.1	Experiência Profissional dos farmacêuticos das unidades	Freqüência de cada item
			P3.2	Atividades desempenhadas pelos farmacêuticos	Freqüência de cada item
			P3.3	Média de tempo dispensado pelo farmacêutico para atendimento ao público	Freqüência de cada item
	Prestação de serviços		P3.4	Porcentagem de farmacêuticos/co que dizem dar orientações aos usuários	Nº de respostas SIM dividido pelo nº de farmácias analisadas (X100).
			P3.5	Principais orientações dadas pelos farmacêuticos	Freqüência de cada item
	Satisfação Profissional		P3.6	Satisfação dos profissionais com as atividades desempenhadas no Programa	Item de maior freqüência
	Conhecimento de Atenção Farmacêutica		E3.7	Porcentagem de farmacêuticos que conhecem Atenção Farmacêutica	Nº de farmacêuticos que acertaram o conceito pelo nº de farmacêuticos que dizem saber o que é(X100)
			E3.8	Porcentagem de farmacêuticos que já participaram de cursos na área	Nº de farmacêuticos que participaram de cursos pelo nº total de unidades analisadas(X100)

	Estrutura para realização de Atenção Farmacêutica	E3.9	Porcentagem de unidades que possuem sala de atendimento farmacoterapêutico	Nº de unidades que possuem sala dividido pelo número de unidades entrevistadas (Comparar com resultado dos relatórios)
	Prática da Atenção Farmacêutica	P3.10	Porcentagem de farmacêuticos que realizam Atenção Farmacêutica	Nº de farmacêuticos que realizam AF documentada dividido pelo número de unidades entrevistadas
		P3.11	Porcentagem de farmacêuticos que gostariam de trabalhar com Atenção Farmacêutica	Nº de farmacêuticos gostariam de realizar AF dividido pelo número de unidades entrevistadas
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	N	INDICADORES	CÁLCULO
TREINAMENTO	Avaliação do Treinamento	P4.1	Porcentagem de farmacêuticos / co que realizaram o treinamento	Nº de farmacêuticos que realizaram o treinamento dividido pelo número de unidades entrevistadas
		P4.2	Tempo médio de duração do treinamento	Frequência de cada item
		P4.3	Principais tópicos abordados no treinamento	Frequência de cada item
	Sistema POD	P4.4	Porcentagem de farmacêuticos que tem dificuldade de utilizar o sistema	Nº de farmacêuticos que dizem ter dificuldade dividido pelo número de unidades entrevistadas
	Estabilidade do RH	P4.5	Proporção de unidades que tiveram substituição de funcionários	Frequência de substituição por cargo
	Avaliação do Conhecimento	P4.6	Porcentagem de acertos no teste de avaliação do conhecimento	Pontuação atingida pelas unidades

E = ESTRUTURA

P = PROCESSO

ANEXO 5**RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA - FIOCRUZ****ANANINDEUA COQUEIRO/PA****EQUIPE DE VERIFICAÇÃO: Sandro Moura, Luiz Carlos, Gustavo Antunes****DATA: 09 e 10/07/08****UNIDADE: Ananindeua Coqueiro/PA****SUPORTE E MANUTENÇÃO**

- 1) A televisão estava ligada e passando os programas de saúde recomendados pela Coordenação do Programa Farmácia Popular do Brasil?

A televisão estava ligada, passando a programação da tv local. Orientamos a todos os envolvidos na gerência a correta utilização destes aparelhos no Programa. A televisão estava fora do suporte, porém a parceria já está providenciando o reparo.

- 2) O painel de senha estava sendo utilizado para o atendimento?

Sim, conforme o padrão.

- 3) A impressora de senha estava sendo utilizada para o atendimento?

Sim, conforme o padrão.

- 4) A impressora da gerência estava funcionando?

Sim, a impressora operava normalmente.

- 5) Quais são as características do imóvel da farmácia (comercial/residencial)? E o respectivo acesso a população?

Comercial. A unidade fica próximo ao comércio local, com fácil acesso a população.

A unidade possui dois pavimentos divididos da seguinte forma:

1 pavimento: área de atendimento, com 9 assentos disponíveis para os clientes, três pontos de pré-venda ativos, dois guichês de caixa, porém somente um kit pdv está ativo. A outra impressora está dependendo de lacração que será providenciada em conjunto com os setores da Fiocruz. Além do balcão de dispensação.

Ainda no primeiro pavimento, a unidade possui uma sala de gerência e um banheiro. Toda a loja é refrigerada.

2 pavimento: No segundo andar a unidade possui seu estoque, devidamente refrigerado, uma sala com o servidor, uma copa e um banheiro, além de uma área de depósito de materiais de limpeza.

A unidade está com problemas de infiltrações nas paredes do atendimento. Será cobrado via ofício reparo.

- 6) A unidade possui algum tipo de vigilância ou segurança, como agentes ou sistema de alarme eletrônico?

A unidade atualmente não possui nenhum sistema de segurança ativo. O instalado no passado com sensores de movimento, está pendente de renovação do serviço com uma empresa de segurança. Será cobrado via ofício a validação do serviço.

7) Quantos extintores existem na unidade, e suas respectivas validades?

Quatro, com validades vencidas em 2007. Será cobrado via ofício à manutenção dos mesmos.

8) Como é feita a higienização da unidade? Existe serviço de limpeza contratado? E qual sua periodicidade?

A unidade possui uma ASG que trabalha em regime integral. Avaliamos como boa a limpeza da unidade.

9) Qual a validade e periodicidade da dedetização e desratização da unidade?

O serviço foi realizado em janeiro de 2008. Será cobrado via ofício a regularização e manutenção do serviço.

OUTRAS AVALIAÇÕES

10) A copa da unidade é utilizada para alimentação? Justifique.

Sim. A unidade utiliza a copa que fica no segundo andar, próximo ao estoque, para alimentar-se, porém as refeições não são feitas na unidade.

RECURSOS HUMANO

11) Como é formado o quadro funcional da unidade visitada?

05 atendentes em horário integral, 1 assistente de gestão, 1 ASG, 1 farmacêutica e 1 co-farmacêutico em horário integral.

12) A equipe é comprometida com a missão do Programa da Farmácia Popular?

A equipe é a mínima necessária para o atendimento. Todos demonstraram habilidades em suas funções e sincronismo no atendimento.

13) Quais as responsabilidades atribuídas ao farmacêutico (a) nesta unidade?

A farmacêutica é responsável pela composição dos depósitos, controle financeiro, e demais rotinas administrativas da unidade, além de atendimento ao público.

14) Quais as responsabilidades atribuídas ao co-farmacêutico (a) nesta unidade?

O co-farmacêutico somente trabalha no atendimento direto ao público, não se envolvendo na gerência da unidade.

15) Existe rodízio de funcionários nesta unidade aos sábados? Como ele funciona?

Sim. A equipe fica com um atendente em cada setor.

16) Os salários estão sendo pagos em dia? E estão compatíveis com o mercado de trabalho local?

Sim, segundo as informações da farmacêutica os salários estão em dia porém abaixo do mercado de trabalho local.

17) Existe o Programa da Atenção Farmacêutica nesta unidade? Qual a frequência de atendimentos?

Não. Não existe nem o espaço reservado.

18) Os funcionários cumprem com o horário de trabalho e atendimento da unidade?

Segundo a farmacêutica, todos cumprem o horário de atendimento e frequência.

19) Todos os funcionários estavam uniformizados? Os uniformes seguem o padrão indicado? E qual o estado de conservação dos mesmos?

Sim, conforme o padrão.

20) Os funcionários estavam devidamente identificados por crachás? Estes seguem o padrão estabelecido pelo Programa? E qual seu estado de conservação?

Alguns funcionários não utilizavam. Reforçamos a obrigatoriedade com a gerência.

ATENDIMENTO AO PÚBLICO

21) Qual o tempo médio de espera do cliente nesta unidade?

O atendimento é feito de forma imediata, devido ao baixo número de atendimentos e o espaçamento entre os clientes.

22) O atendimento é cordial? O cliente recebeu a atenção necessária dos funcionários?

Sim. Os clientes são bem recepcionados e recebem a atenção necessária dos atendentes e do co-farmacêutico.

23) Qual é a seqüência de atendimento de um cliente nesta unidade? Descreva os passos do cliente de sua chegada até o final de seu atendimento na unidade.

O cliente ao entrar na loja recebe a senha e é chamado para o atendimento na pré-venda, logo após passa para o caixa e a dispensação.

24) Qual é a média de atendimentos nesta unidade? E quais são os períodos e horários de pico no mês?

Os picos de venda concentram-se no período de 01 até 10 de cada mês. A média de atendimento fica em torno de 80 atendimentos/dia.

25) Qual sua avaliação geral da qualidade de atendimento desta unidade?

O atendimento é bom, porém a unidade necessita de algumas reformas para solução das infiltrações.

DOCUMENTAÇÃO FISCAL

26) As impressoras fiscais estão em perfeito funcionamento? Quantas são utilizadas normalmente por dia?

Somente uma impressora estava operacional. A outra está pendente de lacração para o funcionamento.

27) Existem talonários D1 e S1 na unidade? Quantos talões a unidade possui de cada um?
E quais seus prazos de validade?

D1 – 03 blocos (50 notas cada) Validade: 30/05/10.

S1 – 01 blocos (somente 7 folhas disponíveis p/ o uso) Validade: 25/01/10.

Será cobrado via ofício, a imediata emissão de novos talões de série 1.

28) O contador da unidade está cumprindo com as obrigações acessórias da farmácia como: Declaração de ICMS e escrituração de livros fiscais (entradas e saídas; apuração de ICMS; termo de ocorrência)?

Segundo o farmacêutico, existe um contador da parceria que, fornece suporte necessário a unidade.

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO FISCAL

CNPJ: 05.058.441/0004-00	
ALVARÁ: 6345	VALIDADE: 31/12/08
INSCR. MUNIC.:	EMISSÃO:
VISA: 5754/07 Providenciando renovação	VALIDADE: 2007 (VENCIDO)
INSCR. EST.: 15255171-9	INSCR:
CNAE:	
REG. ESP.:	
C. BOMB.:	VALIDADE:
ANVISA:	VALIDADE:
CRF: 7935 (VENESSA DE SOUZA GUIMARÃES) Providenciando renovação	VALIDADE: 31/12/07 (VENCIDO)

Ananindeua, 10 de julho de 2008.

Equipe de verificação:

Sandro Moura

Luiz Carlos Martins

Gustavo Antunes

ANEXO 6**QUESTIONÁRIO PARA FARMACÊUTICO
(Componente Seguimento Farmacoterapêutico)**

Unidade:

Estrato:

Farmacêutico Entrevistado: ___ Co – Responsável ___ Responsável Técnico

Formação Profissional

P18 Quantos anos você tem de profissão?

1. ___ Entre 1 e 5
2. ___ Entre 5 e 10
3. ___ Entre 10 e 20
4. ___ Mais de 20

P19 Onde você trabalhou antes de vir para a Farmácia Popular? (considerar a de maior tempo)

1. ___ Drogeria
2. ___ Farmácia de Manipulação
3. ___ Assistência Farmacêutica Municipal / Estadual
4. ___ Farmácia Hospitalar
5. ___ Laboratório de Análises Clínicas
6. ___ Indústria Farmacêutica
7. ___ Outras

P20 Qual a sua Titulação? (Anotar somente a maior)

1. ___ Graduação
2. ___ Especialização / Aperfeiçoamento
3. ___ Mestrado
4. ___ Doutorado

Atividades desempenhadas na Farmácia Popular

P21 Quais atividades você desempenha na Farmácia Popular?

1. ___ Gerenciamento da Unidade
2. ___ Atendimento aos usuários
3. ___ Preenchimento do Livro de Controlados
4. ___ Controle do Estoque de Mediamentos

5. ___ Prestação de Orientação aos Usuários
6. ___ Auxilia Funcionários
7. ___ Outras

P22 Quanto tempo você passa atendendo ao público diariamente?

1. ___ Menos de 1 hora
2. ___ De 1 a 4 horas
3. ___ De 4 a 6 horas
4. ___ Mais de 6 horas

P23 Você costuma dar orientações aos usuários quanto ao uso correto dos medicamentos?

1. ___ Sim
2. ___ Não → **Ir para P26**

P24 O que você orienta?

1. ___ Horário de usar
2. ___ Como usar / Com que?
3. ___ Interações
4. ___ Onde guardar
5. ___ Reações Adversas
6. ___ Outros

P25 Essas orientações você fornece a quem?

1. ___ Todos os pacientes atendidos
 2. ___ Somente para quem pergunta
-

Conhecimentos de Atenção Farmacêutica

P26 Você sabe o que é Atenção Farmacêutica?

1. Sim
2. Não → Encerrar entrevista

P27 Você poderia definir rapidamente Atenção Farmacêutica?

Avaliação do conceito dado (posteriormente por duas pessoas que fazem a avaliação individual e discutem o resultado para chegar a acordo)

1. Correto
2. Parcialmente correto
3. Incorreto

P28 Para você existe diferença entre Seguimento/Acompanhamento Farmacoterapêutico e Orientação Farmacêutica?

1. Sim
2. Não

P29 Você já fez algum curso ou participou de evento relacionado a esse assunto (AF)?

1. Sim
2. Não → Ir para P32

P30 Qual foi o conteúdo do curso?

1. Entrevistado lembrou
2. |Entrevistado não lembrou

P31 O curso atendeu a suas expectativas?

1. Sim
2. Não

P32 O Programa Farmácia Popular proporciona condições para a prática da Atenção Farmacêutica?

1. Sim
2. Não
3. Parcialmente

P31 Esta unidade tem sala de Atendimento Farmacoterapêutico?

1. Sim
2. Não

P32 Você realiza Atenção Farmacêutica aqui na Farmácia Popular?

1. Sim
2. Não → Ir para P36

P33 Qual o método utilizado _____

P34 Você faz registros dos atendimentos?

1. Sim → Verificar os registros para conferir a resposta
2. Não → Ir para P35

P35 Como você mede os resultados obtidos (Ir para P39)

→ Ir para P39

P36 Você já participou de algum projeto de implantação de Atenção Farmacêutica?

1. Sim
2. Não

P37 Caso você fosse convidado a implantar esse serviço nessa unidade você aceitaria?

1. ___ Sim

2. ___ Não

P38 Você teria apoio da prefeitura ou secretaria de saúde para desenvolver projeto nessa área?

1. ___ Sim

2. ___ Não

P39 Você gosta de trabalhar no Programa Farmácia Popular do Brasil?

1. ___ Sim

2. ___ Não

3. ___ Parcialmente

P40 Que avaliação você faria quanto a sua satisfação em trabalhar no Programa?

Nota	Excelente (10)	Ótimo (8)	Bom (6)	Regular (4)	Ruim (2)	Péssimo (0)
Avaliação	()	()	()	()	()	()

ANEXO 7**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO
(Componente: Treinamento)**

Unidade:

Estrato:

Farmacêutico Entrevistado: ___ Co – Responsável ___ Responsável Técnico

Sobre o Treinamento

P35 Você foi treinado por um profissional enviado pela Fiocruz?

1. ___ Sim 2. ___ Não

P36 Qual foi a duração do treinamento?

1. ___ De 1 a 2 dias
-
2. ___ De 2 a 4 dias
-
3. ___ Mais de 4 dias

P37 Foi realizado um reforço posteriormente?

1. ___ Sim 2. ___ Não

P38 Quais dos tópicos abaixo foram abordados durante o treinamento:

1. ___ Funcionamento do sistema POD
-
2. ___ O que é o Programa Farmácia Popular
-
3. ___ Legislação do Programa Farmácia Popular
-
4. ___ Funções de cada funcionário na unidade
-
5. ___ Noções de atendimento ao usuário
-
6. ___ Noções de Atenção Farmacêutica
-
7. ___ Procedimentos Operacionais Padrões
-
8. ___ História e Legislação do SUS
-
9. ___ Critérios para adesão de municípios ao Programa

P39 Você tem dificuldades para utilizar os sistema POD?

1. Sim
2. Não
3. Parcialmente

P40 E os demais funcionários da unidade?

1. A maioria tem dificuldade
2. A maioria não tem dificuldade
3. Ninguém tem dificuldade
4. Todos tem dificuldade

P41 Algum funcionário da unidade foi substituído após a inauguração da mesma?

1. Sim
2. Não → Ir para questão 43

P42 Quantos e qual o cargo de cada?

- Farmacêutico
- Farmacêutico Co – responsável
- Auxiliar de Gestão (Atendente)
- Assistente de Gestão
- Auxiliar de limpeza

Avaliação do Conhecimento

Para as questões abaixo, será feita uma afirmação e você deve dizer se está correta ou incorreta.

P43 O Programa Farmácia Popular do Brasil está inserido (faz parte) no Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Correto
2. Incorreto

P44 Os medicamentos dispensados nas unidades são adquiridos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) através de processos licitatórios.

1. Correto 2 Incorreto

P45 Qualquer pessoa pode utilizar o Programa, apresentando ou não a receita médica.

1. Correto 2 Incorreto

P46 Segundo a Lei 10.858 que cria o Programa Farmácia Popular, o Governo vai reduzir os investimentos para aquisição de medicamentos dos Postos de Saúde para investir na Farmácia Popular.

1. Correto 2 Incorreto

P47 O preço pelo qual os medicamentos são dispensados nas unidades são exatamente o valor do custo para adquiri-los.

1. Correto 2 Incorreto

P48 O Programa Farmácia Popular do Brasil é reconhecido como uma atividade comercial uma vez que visa lucro na dispensação dos medicamentos.

1. Correto 2 Incorreto

P49 O principal critério de seleção do elenco de medicamentos do Programa foi baseado na demanda de medicamentos e solicitação dos usuários nos Postos de Saúde.

1. Correto 2 Incorreto

P50 O programa Farmácia Popular representa a única alternativa de acesso aos medicamentos para os usuários do Sistema único de Saúde.

1. Correto 2 Incorreto

P51 Suponha que um usuário vem até esta unidade com uma receita de médico particular e de outro município. Você pode dispensar o medicamento?

1. Sim 2. Não

P52 Suponha que um usuário venha até a unidade e adquira 3 medicamentos diferentes. Ao chegar em casa o mesmo percebe que já tinha um dos medicamentos. Ele volta até a unidade e solicita a devolução do medicamento. Você faz a devolução?

1. Sim 2. Não

P53 O medicamento devolvido será colocado novamente para dispensação?

1. Sim 2. Não