AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL: ESTUDO PILOTO

Israel Murakami[1]; Luciane Maria Ribeiro Neto[2*].

[1] Farmacêutico, Prefeitura Municipal de Cotia, Av. Prof. Manoel J. Pedroso, 1401, Cotia – SP, 06717-900.
[2] Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP. Av. Nazaré, 1501 - Ipiranga, São Paulo - SP, 04263-200.
*Autor correspondente: lumrn@hotmail.com

recebido em 10/01/2018
aceito em 26/11/2018

Resumo: Este estudo teve como objetivo estimar o impacto do programa "Saúde não tem preço" ao acesso de medicamentos ofertados pela rede pública para a farmacoterapia de hipertensão e diabetes mellitus. Analisou-se 141 prescrições atendidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Atalaia, Cotia/SP, durante o período de fevereiro a junho de 2012, que continham especialidades farmacêuticas relacionadas no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) e na lista de medicamentos padronizada pelo Município, tais como: Captopril 25 mg; Hidroclorotiazida 25 mg; Losartana 50 mg; Propranolol 40 mg; Glibenclamida 5 mg; Metformina 500 mg e 850 mg e Insulina NPH 100. Foram consideradas as prescrições que apresentavam a validade de seis meses a partir da data indicada pelo prescritor. A cada atendimento verificou-se a data e o local da última dispensação para identificar se o paciente retornara no período previsto e se fora atendido pela UBS Atalaia. Observou-se que os pacientes retornaram à UBS para novas retiradas de medicamentos com frequência irregular. Os medicamentos foram retirados de cinco a seis vezes, correspondendo, respectivamente, a 91,49 e 95,03% dos atendimentos realizados. Cerca de 53,90% dos pacientes retiraram os medicamentos até o terceiro mês de tratamento e 4,96% não retornaram após a primeira dispensação. Foi possível identificar que 4,26% das prescrições foram também atendidas pelo PFPB, indicando dupla dispensação de medicamentos. Os resultados apontaram para a necessidade de uma identificação efetiva do impacto do PFPB na Gestão da Assistência Farmacêutica, para evitar o desperdício de recursos financeiros destinados ao município para a dispensação de medicamentos e garantir o uso racional do medicamento.

Palavras Chave: Assistência Farmacêutica, Prescrição de Medicamento, Sistema Único de Saúde.

Abstract: This study aims to estimate the impact of the program "Health is priceless" to the access of drugs offered by the public network for the pharmacotherapy of hypertension and diabetes mellitus. A total of 141 prescriptions attended by the Basic Health Unit (UBS) Atalaia, Cotia / SP, were analyzed during the period from February to June 2012, which contained pharmaceutical specialties related to the Brazilian Popular Pharmacy Program (PFPB) and the standardized drug list by the Municipality, such as: Captopril 25 mg; Hydrochlorothiazide 25 mg; Losartan 50 mg; Propranolol 40 mg; Glibenclamide 5 mg; Metformin 500 mg and 850 mg and Insulin NPH 100. The prescriptions that had a validity of six months from the date indicated by the prescriber. At each visit, the date and place of the last dispensation were verified to identify if the patient had returned within the expected period and had been attended by UBS Atalaia. It was observed that the patients returned to the UBS for new dispensations of drugs with irregular frequency. The drugs were withdrawn five to six times, corresponding

respectively to 91.49 and 95.03% of the visits performed. About 53.90% of the patients took the drugs by the third month of treatment and 4.96% did not return after the first dispensation. It was possible to identify that 4.26% of the prescriptions were also attended by the PFPB, indicating double dispensing of medications. The results pointed to the need for an effective identification of the impact of PFPB in Pharmaceutical Assistance Management, to avoid wasting financial resources destined to the municipality for the dispensation of medicines and to guarantee the rational use of the medicine.

Keywords: Pharmaceutical care, Prescription of Medication, Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica surgiu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8.080/90 (1). É definida pela Resolução CNS 338 de 06 de maio de 2004 (2) como:

> *Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto na forma individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. A Assistência Farmacêutica 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*.

Como política de Estado, a Assistência Farmacêutica garante ao cidadão o acesso a medicamentos considerados essenciais para o tratamento das principais doenças do país. Estes medicamentos são disponibilizados gratuitamente à população nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (2) e compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, relação esta que consta de todos os medicamentos aprovados pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, utilizados nos programas de saúde do referido Ministério (3).

Cada município, baseado no seu perfil epidemiológico e na RENAME constitui sua lista de medicamentos chamada de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME ou outra denominação que o município queira atribuir a esta relação. A lista contém minimamente medicamentos básicos para o tratamento da hipertensão, diabetes, febre, inflamação, infecção, anemia, dentre outros.

Dentro do ciclo de Assistência Farmacêutica, a etapa da programação tem um grande impacto para a saúde. É nesta etapa que o serviço público planeja as aquisições. A programação tem como principal objetivo prever a quantidade de medicamento que será dispensada em um determinado espaço de tempo, sem que comprometa o atendimento à população (4).

Uma programação inadequada pode ser prejudicial, tanto para o serviço, quanto para o paciente, pois se a aquisição for além do necessário o medicamento pode perder a sua validade, ocorrendo desperdício e comprometendo um recurso financeiro que poderia ser utilizado para a aquisição de outras especialidades farmacêuticas. Ou então, adquirir menos do que o necessário pode gerar um abastecimento insuficiente e a população não seria atendida.

Para que a programação seja efetiva é necessário conhecer o consumo médio de todos os medicamentos dispensados no serviço público, além do espaço de tempo entre a compra e a entrega desses medicamentos e contar com uma margem de segurança de modo a evitar a sua falta caso a dispensação supere o previsto. Pode-se dizer que a programação é uma atividade associada ao planejamento que tem como base o perfil demográfico e epidemiológico dos seus usuários (5).

Com o início da campanha "Saúde não tem preço", em fevereiro de 2011, possibilitou-se o acesso gratuito da população a medicamentos para o tratamento de doenças como hipertensão e diabetes mellitus no Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB, disposto pela Portaria MS 971/2012 (6). A campanha consiste em disponibilizar os medicamentos à população por meio de sua "Rede Própria"[1] e da rede descentralizada "Aqui tem Farmácia Popular", cujo custo é subsidiado integralmente pelo Ministério da Saúde.

Com a possibilidade de acesso da população a medicamentos tanto pela rede de farmácias próprias quanto do SUS pela rede privada descentralizada, sugere-se um comprometimento na gestão da assistência farmacêutica municipal principalmente no que diz respeito à fase de programação da aquisição de medicamentos para abastecimento das farmácias das UBS.

Este estudo-piloto teve como objetivo avaliar o possível impacto do programa "Saúde não tem preço" ao acesso de medicamentos já ofertados pela rede pública de saúde do município de Cotia/SP para a farmacoterapia de hipertensão e diabetes mellitus além de detectar a ausência de retorno do paciente para a retirada do medicamento para o adequado tratamento.

METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada na UBS Atalaia, localizada no município de Cotia/SP, principal unidade de saúde do município, pois presta serviços nas diversas especialidades médicas e odontologia. A farmácia desta UBS funciona por 24h e atende, em média 850 prescrições/dia, provenientes do ambulatório, pronto atendimento e consultório odontológico da própria UBS, Hospital Regional de Cotia e outras UBS[2].

Analisou-se as prescrições atendidas pela UBS Atalaia, Cotia/SP, durante o período de 09 de fevereiro a 27 de junho de 2012 visando contemplar o período de validade da prescrição, que apresentavam medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus e que totalizaram 141 prescrições. Identificou-se as especialidades farmacêuticas dispensadas para o tratamento da hipertensão e diabetes mellitus, consideradas de uso contínuo e relacionadas no PFPB e na relação padronizada pelo Município. As especialidades farmacêuticas dispensadas foram: Captopril 25 mg; Furosemida 40 mg; Hidroclorotiazida 25 mg; Propranolol 40 mg; Glibenclamida 5 mg; Metformina 500 mg e 850 mg e Insulina NPH 100. Foram consideradas as prescrições que tinham a validade de seis meses a partir da data indicada pelo prescritor. Registrou-se a data da primeira dispensação dos medicamentos no verso da prescrição por meio de carimbo da UBS. A cada atendimento verificou-se a data e o local da última dispensação para identificar se o paciente retornava no período previsto e se foram atendidos pela UBS Atalaia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As prescrições atendidas foram provenientes dos atendimentos medico-odontológicos da UBS Atalaia. Observou-se que os pacientes retornaram à UBS para novas retiradas de medicamentos com frequência irregular. Os medicamentos foram retirados de cinco a seis vezes, correspondendo, respectivamente, a 91,49 e 95,03% dos atendimentos realizados (Tabela 1). Cerca de 53,90% dos pacientes retiraram os medicamentos até o terceiro mês de tratamento e 4,96% não retornaram após a primeira dispensação, como pode ser visto na Tabela 2. Todavia, devido à metodologia empregada neste estudo, não foi possível identificar as causas que levaram a este comportamento.

1 Rede Própria: constituída por Farmácias Populares, em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos (6).

[2] Fonte: Secretária de Saúde de Cotia – UBS Atalaia, 2011.

Tabela 1. Frequência de dispensação mensal de medicamentos realizada pela farmácia da UBS Atalaia, Cotia, SP, para a farmacoterapia de diabetes mellitus e/ou hipertensão, durante o período 09 de Fevereiro a 27 de Junho de 2012.

NÚMERO DE DISPENSAÇÃO POR PRESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	P (%)
2	82	58,16
3	76	53,90
4	93	65,96
5	129	91,49
6	134	95,03

Fonte: UBS Atalaia – Cotia/SP, 2012.

Considerando os dados apresentados na Tabela 1, ter-se-ia uma sobra de especialidades farmacêuticas de 22,6% do total necessário para atender as 141 prescrições. Isso pode acarretar em desperdício ou indicar uma utilização inadequada dos recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica do município.

Conforme a Tabela 2, foi possível identificar que 4,26% das prescrições foram também atendidas pelo PFPB, indicando dupla dispensação de medicamentos. Ou seja, pode ocorrer desperdício de recursos financeiros destinados para gestão da Assistência Farmacêutica, quanto ao financiamento de medicamentos para a população.

Tabela 2. Frequência de dispensações mensais realizadas pela farmácia da UBS Atalaia e pelo PFPB, Cotia, SP, para a farmacoterapia de diabetes mellitus e/ou hipertensão, durante o período de 9 de fevereiro a 27 de junho de 2012.

NÚMERO DE DISPENSAÇÃO POR PRESCRIÇÃO	FREQUÊNCIA	P (%)
2	2	1,42
3	1	0,71
4	3	2,13
5	0	0,00
6	0	0,00

Fonte: UBS Atalaia – Cotia/SP, 2012.

Santos-Pinto e colaboradores (7), em um estudo que analisou o PFPB, no período de 2004 a 2007, identificaram a origem da população que utilizou este programa no período avaliado. Os autores observaram grande demanda por parte dos usuários do SUS, mas também não conseguiram determinar as causas da busca por medicamentos no PFPB. Ainda, esses abordaram hipóteses positivas como a presença contínua de medicamentos nas unidades ou o bom atendimento oferecido para explicar essa tendência.

Os dados analisados e discutidos nesse estudo foram obtidos por entrevistas com atores-chave, análise documental e registros de atendimentos correspondentes ao período compreendido entre 2004 e 2007. Durante este período, os medicamentos para a farmacoterapia de diabetes mellitus e hipertensão ainda não eram fornecidos gratuitamente à população.

Nesse estudo-piloto foi possível também detectar a ausência de retorno do paciente para as retiradas subsequentes representando 7 casos dos 141 avaliados (4,96%). O paciente não mais retornou após a primeira dispensação para adquirir novamente os medicamentos prescritos. Pode-se inferir que o paciente tenha interrompido o seu tratamento, comprometendo o seu quadro de saúde.

Pela análise das prescrições, conforme apresentado na Tabela 2, foi possível identificar que 4,26% foram também atendidas pelo PFPB. Isso contraria as diretrizes do Programa conforme descrito no artigo 40, inciso XVII – "dispensar medicamentos e/ou correlatos cuja prescrição, laudo ou atestado médico que já tiverem sido dispensados ou fornecidos, cuja comprovação se dê por meio da presença de carimbo com a inscrição fornecido" (6). Além disso, a dupla dispensação/aquisição pode favorecer o uso não racional de medicamentos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que há uso racional do medicamento quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (8).

Os dados desse estudo piloto sugerem que os pacientes, mesmo tendo acesso integral aos medicamentos prescritos pela UBS, podem ter utilizado serviço privado por meio das redes – "Aqui tem Farmácia Popular" – "Saúde não tem preço". Isso de fato pode impactar a Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal, pois esta prática pode dificultar a programação para repor os medicamentos e consequentemente pode implicar em desperdício de recursos financeiros destinados ao SUS para a dispensação de medicamentos.

Esse estudo-piloto, além de detectar a possível não aderência ao tratamento pelo paciente sugeriu a necessidade de uma identificação efetiva do impacto do PFPB na Gestão da Assistência Farmacêutica, como também evidenciou a dupla dispensação/acesso aos medicamentos prescritos, seja pela UBS ou PFPB, podendo contribuir assim, para o uso não racional de medicamentos.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, a partir desse estudo piloto, que se deve conduzir a avaliação do real impacto do PFPB na Gestão da Assistência Farmacêutica por meio de estudos com metodologia que garanta validade estatística ao estudo e contemple entrevista dos usuários/pacientes para evidenciar as reais causas da busca por medicamentos também no PFPB e, assim, propor estratégia para que não haja duplo atendimento de um paciente/usuário e que garanta o uso racional do medicamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 30/11/2016.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF; 2004. Disponível em: https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-185-34-2004-05-06-338. Acesso em: 15/03/2016.
3. BRASIL. Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.
4. NUNES JT, SILVA LA. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

5. BRASIL. Saúde Pública. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, 2013. 79 p.
6. BRASIL. Portaria GM 971, de 15 de maio de 2012. Diário Oficial da União. Ministério da saúde, Brasília, DF, 17 de mai. 2012. Seção 1, p.67.
7. SANTOS-PINTO CDB, COSTA NR, OSORIO-DE-CASTRO CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. Cien Saude Colet. 2011; 16(6): 2963-73.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos. Uso racional de los medicamentos: informe de la conferencia de expertos. Genebra, 1986.