

# Acesso ao Tratamento Medicamentoso na Rede de Atenção Básica no Município de Campina Grande / PB

## Access to Drug Treatment in Primary Care in the Municipality of Campina Grande / PB

LUANA COUTO ASSIS<sup>1</sup>  
DANILSON FERREIRA CRUZ<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Neste artigo é feita uma análise de como ocorre o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso na rede de serviços da Atenção Básica, utilizando o relato de caso do município de Campina Grande/PB. **Material e Métodos:** Foi realizado um estudo observacional em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) utilizando como ferramentas o Formulário de Assistência Farmacêutica e na Unidade de Saúde do relato foi implantado o Fluxograma Analisador. **Resultados:** No período do estudo (março de 2009) foram avaliadas 5.887 solicitações de medicamento em treze Unidades de Saúde da Família. A partir da análise dos dados obtidos foram identificados alguns dos condicionantes restritivos do acesso ao medicamento, como: baixa responsabilização da equipe quanto ao uso racional do medicamento; não há comunicação com outros setores da saúde que são parceiros; e resistência da equipe em discutir sobre processo de trabalho. Foi possível observar, ainda, que dificuldades de acesso do usuário ao serviço não ocorrem, necessariamente, por descaso da equipe, mas ela ocorre principalmente quando o profissional molda esse acesso a sua disponibilidade. **Conclusão:** O trabalho em equipe multidisciplinar com a inclusão de novos atores, inclusive da comunidade, co-responsabilizando-se pelo cuidado pode favorecer o acesso e Uso Racional dos Medicamentos e consequente à melhoria da qualidade de saúde da população.

### DESCRIPTORIOS

Atenção Farmacêutica. Atenção Primária a Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

### SUMMARY

**Objective:** this article aims to analyze, from a case report of the city of Campina Grande / PB, how users' access to drug treatment occurs in the Primary Health Care Services. **Materials and methods:** an observational study was conducted in Family Health Units by using tools such as Flow Analyzer and Pharmaceutical Assistance Form. **Results:** During the study period 5,887 requests for medicine in thirteen Health Units were evaluated. From data analysis were identified some of the limitations leading to inaccessibility to medicine, as follows: little responsibility of the team concerning the reasonable use of drugs, lack of communication with other partner health sectors, and resistance to discussing changes in the work process. It was also observed that user's access difficulties to the service don't necessarily occur due to team's negligence, but it mostly occurs when the professionals mold the access to their availability. **Conclusion:** working in a multidisciplinary team with the inclusion of new actors, including the community, and sharing care responsibility can favor access and rational use of medicines, and thereby improve the health quality of the population.

### DESCRIPTORS

Pharmaceutical care. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

1 Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFPB/NESC), Mestranda em Saúde Pública UEPB, Gerente de Assistência Farmacêutica no Município de Campina Grande/PB.

2 Docente do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFPB/NESC), Mestre em Modelos de Decisão em Saúde (UFPB), Diretor Geral do Centro de Atenção à Saúde, Jaguaribe, João Pessoa/PB.

A lei nº 8.080 juntamente à lei nº 8.142, representam um marco para a saúde pública do Brasil, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como base a determinação da Constituição Federal na qual Saúde é um direito de todos, e dever do Estado. Iniciou-se, assim, uma nova perspectiva para milhares de brasileiros que não tinham acesso ao tratamento de saúde. No referido documento assegurava-se, no seu artigo 6º, o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1988).

Contudo, a realidade vivenciada nos serviços e a redução da Assistência Farmacêutica (AF) à aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, se for considerado o princípio da integralidade das ações e dos serviços de saúde, um dos pilares que rege o SUS, tem-se que pensar, também, sobre as ações e os serviços de assistência farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que tal uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a assistência farmacêutica seja vista sob ótica integral. Acima de tudo, é preciso que as etapas que a constituem estejam bem estruturadas e articuladas para garantir de fato a atenção integral à saúde (BRASIL, 2006).

Ressalta-se quem, apesar da escassez de recursos financeiros ser um entrave, apontados por muitos gestores, para consolidar a política de Assistência Farmacêutica, deve-se considerar: a) o recurso financeiro que não é investido na organização dos serviços resultam em custos altos para o sistema como, por exemplo, perdas, uso de medicamentos mais caros quando há alternativas com melhor relação custo-efetividade, erros de medicação, entre outros; e a assistência farmacêutica permanece com seus problemas. b) o fato de que não se dispõe de recursos financeiros suficientes para uma transformação total da assistência farmacêutica não impede de se adotar algumas medidas que podem melhorar o seu desempenho. Surge aí à importância de otimizar o uso dos recursos (financeiros, humanos, entre outros) que se dispõe e, para tanto, o planejamento é fundamental para pensar a realidade e agir sobre ela (BRASIL, 2006).

No contexto do cuidado farmacêutico, a ênfase muda do produto para a pessoa; do medicamento para o paciente. Partimos do conceito de que os fármacos não têm doses, são as pessoas que as recebem. (CIPOLLE, 2006).

Mas este cuidado deve estar num contexto de integração dos diversos atores envolvidos nos processos de trabalho dos serviços. CAMPOS (1992) propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, a estas se adscrive um dado número de usuários. Esta organização justifica-se em dois sentidos: o de “quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais” (...) “responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos” (CAMPOS, 1992).

Nesse espaço de vários saberes e atores, é importante citar CECÍLIO o qual fala sobre a autonomia e controle dentro da gestão dos serviços de saúde, observando que, mesmo nos modelos pensados como mais participativos e democráticos, os trabalhadores em saúde têm se posicionado muitas vezes em resistência à sua efetivação, denunciando seu caráter controlista. Salienta, ainda, a dificuldade de redistribuição do poder dentro das organizações. Isto, inclusive, se torna um obstáculo ao controle social dos serviços de saúde, na medida em que a população tem que enfrentar não só as distâncias estruturais e culturais de percepção sobre o objeto, como também a situação política interna das organizações (CECÍLIO, 1999).

O objetivo principal deste trabalho é produzir análise da acessibilidade dos usuários ao tratamento medicamentoso na rede de serviços da Atenção Básica no município de Campina Grande/PB. Avaliando o perfil da dispensação nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde do município; avaliar os aspectos do processo

de trabalho das Equipes de Saúde da Família a partir da utilização do Fluxograma Analisador; e identificar condicionantes do acesso dos usuários ao medicamento. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba.

## RELATO DE CASO

Tomou-se como partida um relato de situação identificado a partir do cotidiano da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no município de Campina Grande. No qual uma usuária foi até a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), exigir que os medicamentos anti-hipertensivos (enalapril e anlodipino) fossem a ela entregues. A Central é um setor de distribuição sendo vedada a dispensação direta ao usuário, entretanto a coordenadora do CAF, visando garantir a integralidade na assistência, dispensou a medicação, orientando que no mês subsequente a usuária deveria receber na USBF do bairro; e entrou em contato com a Gerência de Assistência Farmacêutica para comunicar o ocorrido.

A Gerência ao analisar o caso identificou que a medicação havia sido entregue naquele mês na quantidade pedida pela unidade. Em contato com a Gerência de Distrito Sanitário I, a mesma afirmou estava tendo problema no funcionamento da unidade. Em contato com a farmacêutica responsável, está afirmou que a equipe não implantou o Protocolo de Assistência Farmacêutica e não seguia as orientações dispensadas por ela.

Visando identificar qual o problema do relato de caso, foram agendadas reuniões na própria unidade. Com a realização da primeira reunião foi possível transpassar a primeira barreira da intercessão equipe/gestão, que por vezes se torna conflituosa. Foi possível identificar problemas estruturais; no controle de estoque; no fluxo de atendimento e na comunicação entre os membros da equipe. Outro fato que chama a atenção é que a equipe havia identificado qual a usuária que procurou a Secretaria de Saúde e informaram que não dispensaram a medicação na época porque fazia

pouco tempo que tinham sido inseridas essas medicações na REMUME. Portanto apesar de terem recebido da CAF, por falta de costume, não conferiram se havia aqueles itens na farmácia, limitando-se a dispensar a usuária afirmando que não havia aquela medicação no posto. Como resultado, marcamos novo encontro para fevereiro, data de retorno dos demais membros da equipe.

Na segunda reunião foi realizada a discussão do fluxograma analisado no processo de dispensação do medicamento na referida unidade. Estavam presentes os membros da equipe (médicas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, recepcionistas, vigilante e ACS), Gerente de Atenção Básica, Gerente de Assistência Farmacêutica e a farmacêutica distrital. Nesta, houve um debate sobre o processo de trabalho, com a participação de profissionais da equipe e da gestão municipal; ocorreu no espaço onde está localizada a “espera” da unidade. Esta foi uma proposta feita pela equipe do Saúde da Família para favorecer a compreensão das dificuldades por eles enfrentadas.

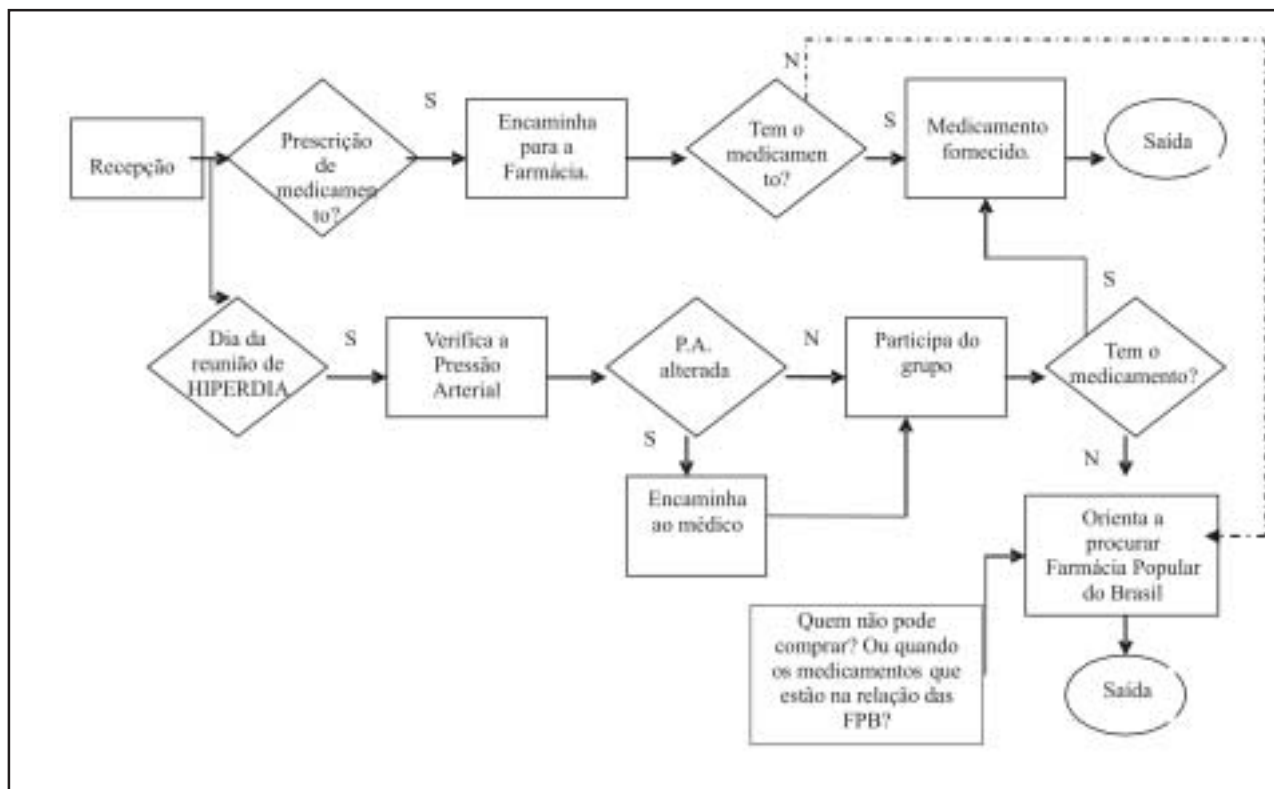
Após breve apresentação, iniciou-se uma conversa sobre como tem ocorrido o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nesse momento a equipe relatou alguns problemas que geravam conflitos entre ela e a comunidade. Como exemplo foi citado a fixação de datas para a entrega da medicação aos cadastrados na unidade.

Com a utilização do Fluxograma Analisador foi possível a visualização, graficamente, dos principais nós-críticos do processo de dispensação dos medicamentos na ESF, figura 01.

No fluxograma destacamos uma situação de descontinuidade do cuidado: quando não há o medicamento na unidade o usuário é orientado a comprar na rede privada ou na Farmácia Popular do Brasil, ou sendo uma medicação da REMUME orienta-se que o mesmo retorne após sete dias.

Outra situação relatada foi referente aos dias de reunião de grupo para hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), na qual o usuário cadastrado procura a unidade. Antes da reunião é aferida a pressão arterial do usuário, havendo alteração na pressão arterial do

**Figura 1:** Fluxograma Analisador da unidade de dispensação de medicamentos da UBSF estudada, 2009.



mesmo, este é encaminhado ao médico que após atendimento o reencaminha a reunião do grupo de HIPERDIA. Não havendo alteração da pressão arterial o usuário permanece esperando o início da reunião, na qual será entregue a medicação.

Ressalta-se a descontinuidade do cuidado com a falta do acesso, fato que foge à governabilidade da equipe, estando ligado a fatores gerenciais e administrativos como o desabastecimento de medicamentos.

Por outro lado, relatos dos membros da equipe narram um cenário que “eles – os usuários – acham que a farmácia é bodega” “agente – ESF – marca os grupos de hipertenso às nove horas e eles só chegam as onze para pegar a medicação”, “até sorteio já fizemos, mas eles não querem participar”, “eles só vinham quando oferecíamos comida”, fala de membros da equipe.

Os profissionais afirmam que todas as ações propostas pouco geravam o interesse da comunidade.

A formação de grupos, como o caso dos hipertensos e diabéticos – HIPERDIA –, tinha como objetivo esclarecer a comunidade sobre os cuidados com a saúde, bem como, entregar a medicação prescrita. Contudo a proposta não foi “absorvida” pelos usuários. Visando garantir a participação do maior número de pessoas o dia dos encontros foi transferido de horário; foi ofertado sorteio de brindes; realizadas brincadeiras; mas as únicas formas de “fidelizar” os usuários foi através da oferta de comida e da entrega da medicação, que tem ocorrido até o presente momento.

A análise gerada possibilitou que a equipe repensasse o processo de trabalho, pois identificou-se que o fluxo de atendimento estava voltado a um modelo centrado no médico e no medicamento e que pouco refletia as necessidades dos usuários.

Identificou-se, ainda, que estavam se inserindo algumas barreiras de acesso como potencializadoras do

controle da equipe sobre os usuários. Portanto, aquele que não participasse do grupo, como forma de punição, teria dificuldade em receber a medicação. Outros temas abordados foram a estrutura física inadequada, espaço pequeno; a falta de alguns instrumentos de trabalho e a demora do retorno de equipamentos encaminhados a manutenção.

## COMENTÁRIOS

Fica evidente a fragilidade do acesso do paciente ao medicamento onde a conformação do processo de trabalho da ESF não prioriza os espaços de conversação que poderiam ser utilizadas. Mesmo havendo o momento do grupo de HIPERDIA este não é suficiente para estabelecer a co-responsabilização do usuário na promoção de sua saúde, análise que pode ser feita a partir do baixo número de usuários que participam dos grupos.

Há, então, o questionamento sobre qual o objetivo dos grupos de hipertensos e diabéticos, de planejamento familiar, de tabagismo, de criança e do adolescente, entre outros, e até que ponto eles estão sendo pensados e construídos como linhas de cuidado a partir da demanda da comunidade. Enquanto o cuidado do usuário não for entendido como o objetivo central do processo de trabalho das equipes, vamos continuar enfrentando questionamento, de como atender á necessidade do usuário, considerando sua rotina de vida.

A partir do estudo observou-se alguns condicionantes do acesso ao medicamento, podendo

citar: pouca responsabilização da equipe em orientar a comunidade quanto ao uso racional do medicamento; desarticulação da equipe com demais setores (outras UBSF, gestão, sociedade organizada, etc.) que poderiam ser parceiros; e resistência em discutir mudanças no processo de trabalho. Observamos também que as barreiras de acesso não ocorrem, principalmente, quando o profissional molda esse acesso à sua disponibilidade.

Conclui-se que as práticas de saúde na Estratégia da Saúde da Família, no que concerne à Política de Assistência Farmacêutica, não refletem as necessidades dos usuários. Há, então, a necessidade de intervenção de gestão, por exemplo, como a elaboração de Protocolos Terapêuticos com a participação da gestão, de profissionais da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, da academia (Universidades), e da sociedade organizada; ações educativas com profissionais e usuários, através de palestras e reuniões, sobre a importância do Uso Racional dos Medicamentos; revisão constante dos Protocolos; elaboração e implantação de indicadores para monitoramento das ações de AF.

Entende-se que embora o medicamento seja um item indispensável ao tratamento de determinadas doenças, este não deve ser a causa, mas sim, a consequência do atendimento prestado nas Unidades Básicas de Saúde da Família. O profissional farmacêutico junto aos demais membros da equipe podem fortalecer a estratégia de ações multiprofissionais esclarecendo e construindo com a equipe e a comunidade a consciência do Uso Racional dos Medicamentos – URM.

**REFERÊNCIAS**

1. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1988.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76p
3. BRASIL. Planejar é Preciso: uma proposta de método para a aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. CAMPOS GWS. Reforma da Reforma, repensando a saúde. HUCITEC, S. Paulo, 1992.
5. CECILIO LCO. "Autonomia versus controle dos trabalhadores: a 'gestão' do poder do poder no hospital". Rio de Janeiro: ABRASCO. Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2):315-329, 1999.
6. CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. O Exercício do Cuidado Farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 396p, 2006

**CORRESPONDÊNCIA**

Luana Couto Assis  
Rua Henrimar Castro de Oliveira, 795 - Alto Branco  
58401-714 Campina Grande – Paraíba - Brasil

**E-mail**

luana.cal@hotmail.com