

Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços

Silvana Nair Leite^I, Fernanda Manzini^{II}, Juliana Álvares^{III}, Augusto Afonso Guerra Junior^{III}, Ediná Alves Costa^{IV}, Francisco de Assis Acurcio^{III}, Ione Aquemi Guibu^V, Karen Sarmento Costa^{VI,VII,VIII}, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski^{IX}, Orlando Mário Soeiro^X, Mareni Rocha Farias^I

^I Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Farmácia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{III} Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

^V Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{VI} Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{VII} Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{VIII} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{IX} Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^X Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar a infraestrutura das farmácias da atenção básica do Sistema Único de Saúde, visando condição para a humanização dos serviços ofertados.

MÉTODOS: Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa, a partir de dados obtidos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. As informações de 1.175 farmácias/unidades de dispensação foram oriundas de observação direta e mensuração das instalações das unidades de dispensação realizadas por pesquisadores treinados e uso de formulário padronizado. As variáveis analisadas referem-se à estrutura física das farmácias ou unidades de dispensação de medicamentos das unidades de saúde amostradas.

RESULTADOS: A área da farmácia foi superior a 14 m² em 40,3% das unidades pesquisadas, com destaque para as regiões Centro-Oeste (56,9%) e Sudeste (56,2%) e Nordeste com apenas 26,3%. A sala de espera possuía cadeiras para os usuários (80,2%), em 31,8% a área de dispensação era inferior a 5m² e em 46,2% foi superior a 10m². Foram encontradas grades no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário em 23,8% das unidades; havia acesso à internet em 44,1%. Na maioria das unidades, a área destinada ao armazenamento de medicamentos não possuía refrigerador ou geladeira para o seu armazenamento exclusivo e 13,7% apresentavam área para consulta farmacêutica.

CONCLUSÕES: É necessária a estruturação da ambiência dos serviços de farmácia visando a humanização do atendimento e a melhoria das condições de trabalho aos profissionais. Isso propicia melhor qualificação do serviço de farmácia para além da entrega do medicamento. Os dados apresentados pela região Nordeste indicam condições menos favoráveis ao desenvolvimento de serviços de dispensação adequados. Com base no panorama apontado, sugere-se a ampliação dos incentivos para a estruturação física dos serviços farmacêuticos, levando em consideração as especificidades regionais.

DESCRITORES: Assistência Farmacêutica, provisão & distribuição. Infraestrutura. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

Correspondência:

Silvana Nair Leite
Departamento de Ciências Farmacêuticas
Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Trindade
Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n 88.040-900
Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: silvana.nair.leite@ufsc.br

Recebido: 26 abr 2016

Aprovado: 17 jan 2017

Como citar: Leite SN, Manzini F, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:13s.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo Ministério da Saúde como modelo de reorganização da atenção primária no país, com base nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF está estruturada para ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde, por meio do vínculo construído entre o usuário e os profissionais da equipe multiprofissional. A estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS), local destinado ao serviço das equipes de Saúde da Família, deve possibilitar as mudanças das práticas em saúde dos profissionais, promovendo serviços resolutivos, humanizados, com garantia da continuidade da atenção¹³. Entre os serviços realizados nas UBS está a dispensação dos medicamentos.

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde indicam a existência de 51.184 centros de saúde/unidades de saúde e 10.054 postos de saúde no Brasil, com um crescimento no número de unidades de 13% e aumento de farmacêuticos cadastrados nestes estabelecimentos de 75% entre 2008 e 2013⁷. O Ministério da Saúde recomenda a existência de uma farmácia em cada UBS, porém o serviço é não obrigatório em municípios onde a dispensação de medicamentos é realizada de forma centralizada¹³.

As farmácias, sejam elas localizadas em unidades de saúde ou onde não dividem espaços e estruturas com outros serviços de saúde, devem dispor de infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente. Dessa forma, garantem a qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado, a otimização dos recursos e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde¹⁴.

Em 2006, Araújo & Freitas³ apontaram que as farmácias das UBS ocupavam, em geral, um espaço de cerca de 20 m², estruturadas como local de armazenamento, e a dispensação era realizada por uma abertura na divisória que separava o ambiente da farmácia daquele destinado ao usuário. Os autores apontam que essas características independiam da estrutura da unidade da UBS ser antiga, nova ou reformada. Avaliação conduzida pela Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde²¹ identificou problemas quanto à estocagem de medicamentos nas áreas de armazenamento e dispensação de unidades de saúde e de centrais de abastecimento farmacêutico em todas as regiões do país.

Alencar & Nascimento¹ indicam que a maioria das UBS não apresenta uma área específica destinada à farmácia, mas sim armários ou salas para o armazenamento dos medicamentos. Segundo as autoras, esses espaços não atendem aos critérios de boas práticas de armazenamento, tendo sido verificado excesso de luminosidade, pouca higienização e até mesmo a presença de insetos.

Documentos do Ministério da Saúde orientam a concepção e a estruturação de farmácias no âmbito do SUS, como o Manual de Estruturação Física das Unidades de Saúde (1ª edição – 2006¹² e 2ª edição – 2008¹³), a Portaria GM/MS nº 1903/2013 e o documento Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde¹⁴. A estrutura necessária é definida conforme o serviço a ser realizado, conforme dois modelos de farmácia: Modelo A (área para dispensação de medicamentos, de fracionamento e sala de estocagem) e Modelo B (inclui sala para seguimento farmacoterapêutico), e também pelo número de equipes de Saúde da Família da UBS.

Mesmo após a publicação das diversas normatizações em relação à estruturação das farmácias no SUS, o perfil apontado por Araújo & Freitas³ ainda é encontrado em muitas UBS, possivelmente por conta do predomínio do caráter técnico e operacional da assistência farmacêutica. O reforço do entendimento do medicamento enquanto produto, por meio de um modelo esquemático denominado ciclo operativo da assistência farmacêutica, reforçou a compreensão de que o medicamento como tecnologia é mais privilegiado em determinadas concepções de assistência farmacêutica do que os indivíduos, sem o devido reconhecimento dos serviços farmacêuticos¹⁰.

Reforçando a importância da estruturação da assistência farmacêutica, em 2008, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde assinaram Nota Técnica Conjunta (NT)^a, que trata da qualificação da assistência farmacêutica. Segundo a NT (a), o acesso, no contexto do uso racional e seguro, não pode estar restrito ao medicamento, e deve ocorrer por meio da oferta de serviços farmacêuticos qualificados, o que demanda uma estrutura diferenciada da farmácia.

A ambiência dos serviços, entendendo os espaços físicos como espaço social, profissional e de relações interpessoais, tem como princípios: a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; que o espaço possibilite a produção de subjetividades por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; e que o espaço seja utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo¹⁵. Para tanto, o espaço físico dos serviços deve ser ressignificado para oferta de um serviço humanizado¹⁶, proporcionando, assim, a melhoria dos serviços ofertados nos diversos níveis de atenção à saúde^{4,22,24} e no processo de cuidado dos usuários²⁸.

A estrutura física de um serviço também afeta diretamente as condições de trabalho dos profissionais e influencia a saúde e as práticas de saúde exercidas. Maciel, Santos e Rodrigues¹¹ apontam que problemas na organização do trabalho e nas condições físicas das UBS levam o trabalhador a uma adaptação forçada, comprometendo a qualidade do atendimento. Apontam, também, o excesso de demanda como um dos principais fatores que comprometem a qualidade do atendimento a ser prestado.

Desde 2010 os recursos financeiros disponibilizados para a assistência farmacêutica, antes somente destinados à aquisição de medicamentos, puderam ser aplicados também em ações de estruturação das farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica (até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais)¹⁷. Iniciativas como o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS) e Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) possibilitaram a disponibilização de recursos para a estruturação dos serviços em municípios prioritizados.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços teve por objetivo caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária do SUS, com vistas ao acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

O presente estudo integra a PNAUM – Serviços e teve por objetivo caracterizar tanto a estrutura física das farmácias da atenção básica do SUS, como ambiência e condição para a humanização dos serviços ofertados quanto as condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde atuantes nesses locais.

MÉTODOS

A PNAUM é um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, realizado por amplo levantamento de informações em uma amostra representativa de serviços de atenção primária, em municípios de diferentes portes das cinco regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo. Para o presente estudo foram utilizadas informações oriundas de observação direta e mensuração das instalações das unidades de dispensação realizadas por pesquisadores treinados e uso de formulário padronizado. As variáveis analisadas referem-se à estrutura física das farmácias ou unidades de dispensação de medicamentos das unidades de saúde amostradas. A amostragem de municípios foi calculada em 300 (120 municípios em

^a Ministério da Saúde. CONASS. CONASEMS. Nota técnica conjunta sobre qualificação da assistência farmacêutica. Brasília (DF); 2008. 3 p.

cada região, considerando capitais, municípios maiores e municípios menores) e 1.541 unidades de saúde (considerando amostragem de unidades por município).

Os dados foram coletados de julho a dezembro de 2014. A metodologia da PNAUM – Serviços, bem como o processo amostral detalhado e da realização do trabalho de campo estão descritos detalhadamente em Alvares et al². Os resultados são apresentados de acordo com as cinco regiões geográficas brasileiras.

A análise dos dados foi realizada por meio do *software* SPSS® versão 22, utilizando-se o plano de amostras complexas. As análises descritivas foram apresentadas em porcentagem. Foram consideradas diferenças estatisticamente significantes quando $p < 0,01$ para qui-quadrado de Pearson. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o CAAE 18947013.6.0000.0008 e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisadas 1.175 farmácias/unidades de dispensação de medicamentos (86,3% da amostra calculada) da rede de atenção básica em todas as regiões do país, totalizando 273 municípios (91% da amostra calculada).

A área da farmácia foi superior a 14 m² em 40,3% das unidades pesquisadas, com destaque para as regiões Centro-Oeste e Sudeste com 56,9% e 56,2%, respectivamente (Tabela 1).

A área destinada à espera dos usuários para atendimento na farmácia foi encontrada em 89,3% das unidades, em 54,1% delas era exclusiva para esta atividade (Tabela 1).

A maioria das unidades possuía área destinada a dispensação de medicamentos (98,9%), em 66,2% delas era exclusiva para esta atividade. Em 31,8% das unidades esta área era inferior a 5 m², e em 46,2% das unidades, superior a 10 m². A região Nordeste possuía 44,5% das unidades com área de dispensação inferior a 5 m². Já as regiões Centro-Oeste e Sudeste possuíam 57,3% e 54,7% das unidades com área de dispensação superior a 10 m², respectivamente (Tabela 1). Somente 37,3% das unidades possuíam área destinada ao armazenamento de medicamentos, à parte da área de dispensação. Na maioria das unidades, 58,1%, a área de armazenamento era inferior a 10 m² e em 82,0% era exclusiva para o armazenamento de medicamentos (Tabela 1).

Área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico foi encontrada somente em 13,7% das unidades, e a Região Sudeste possuía essa área em 23% das unidades (Tabela 1).

Em 38,9% das unidades foi observada a existência de área destinada ao armazenamento de produtos vencidos ou impróprios para uso, essa proporção na região Norte foi de somente em 15,0%. A maioria das unidades não possuía gerador de energia (Tabela 1).

A sala de espera da maioria das unidades possuía cadeiras (80,2%), quadro de avisos (61,7%), disponibilizam materiais educativos em saúde (58,5%), bebedouro/purificador de água/filtro (68,2%), acesso a sanitários (81,0%) e proteção do sol e chuva (96,6%), e somente 30% possuíam televisão (Tabela 2).

Foi constatado que 23,7% das unidades possuíam guichês individuais de atendimento/mesa com cadeiras para sentar e em 59,0% havia guichês/balcão para atendimento em pé. Ainda foram encontradas grades no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário em 23,8% das unidades. As regiões Centro-Oeste e Sudeste apresentavam grades em 41,4% e 41,8% das unidades, respectivamente. Situação diferente da região Sul, que apresentava 5,4% das unidades com grade (Tabela 3).

O número de unidades que possuía computador na área de dispensação de medicamentos foi de 47,1%; havia acesso à internet em 44,1% das unidades e 39,4% possuía sistema informatizado para registro de atividades de assistência farmacêutica. Na região Nordeste

Tabela 1. Caracterização da infraestrutura das farmácias e unidades de dispensação, por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Regiões brasileiras % (IC95%)					Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Área total da farmácia*						
≤ 14 m ²	68,0 (61,3–74,0)	73,7 (63,8–81,6)	43,1 (31,4–55,8)	43,8 (32,1–56,3)	60,2 (48,2–71,1)	59,7 (53,4–65,7)
> 14 m ²	32,0 (26,0–38,0)	26,3 (18,4–36,2)	56,9 (44,2–68,6)	56,2 (43,7–67,9)	39,8 (28,9–51,8)	40,3 (34,3–46,6)
Área de espera dos usuários para atendimento*						
Sim, exclusiva	13,1 (9,3–18,2)	26,0 (19,0–34,5)	48,6 (35,4–61,9)	53,4 (40,6–65,8)	28,4 (18,3–41,2)	35,2 (29,3–41,6)
Sim, compartilhada	63,0 (56,5–69,1)	62,3 (53,9–70,0)	39,4 (28,3–51,6)	40,0 (29,1–51,9)	62,1 (50,1–72,7)	54,1 (48,3–59,7)
Não	23,9 (18,7–30,0)	11,7 (7,8–17,2)	12,1 (6,5–21,4)	6,6 (3,4–12,3)	9,5 (4,6–18,7)	10,8 (8,4–13,7)
Área para dispensação de medicamentos*						
Sim, exclusiva	60,1 (53,5–66,4)	57,9 (49,6–65,8)	78,1 (64,2–87,6)	72,3 (49,6–65,8)	57,9 (49,6–65,8)	66,2 (61,3–70,7)
Sim, compartilhada	39,3 (33,1–45,9)	39,8 (32,0–48,1)	21,8 (12,3–35,7)	27,6 (19,5–37,5)	26,8 (20,0–35,0)	32,7 (28,2–37,6)
Não	0,6 (0,1–2,4)	2,3 (1,0–5,5)	0,1 (0,0–0,9)	0	0,9 (0,2–3,4)	1,1 (0,5–2,3)
Área de dispensação*						
≤ 5 m ²	24,9 (19,5–31,2)	44,5 (36,3–53,1)	18,0 (11,3–27,4)	28,7 (20,3–38,9)	18,8 (13,4–25,8)	31,8 (27,5–36,6)
> 5 m ²	75,1 (68,8–80,5)	55,5 (46,9–63,7)	82,0 (72,6–88,7)	71,3 (61,1–79,7)	81,2 (74,2–86,6)	68,2 (63,4–72,5)
Área de dispensação*						
≤ 10 m ²	60,3 (53,5–66,7)	68,5 (58,5–77,0)	42,7 (30,3–56,1)	45,3 (33,1–58,0)	53,2 (42,1–64,0)	53,8 (48,4–59,1)
> 10 m ²	39,7 (33,3–46,5)	31,5 (23,0–41,5)	57,3 (43,9–69,7)	54,7 (42,0–66,9)	46,8 (36,0–57,9)	46,2 (40,9–51,6)
Área para consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico*						
Sim, exclusiva	2,1 (1,0–4,2)	3,0 (1,4–6,3)	13,6 (5,4–30,1)	18,6 (8,2–36,7)	5,1 (2,2–11,2)	8,8 (4,9–15,1)
Sim, compartilhada	4,8 (2,6–8,8)	2,4 (0,5–10,3)	3,9 (1,8–8,2)	4,4 (1,7–10,8)	11,6 (3,7–31,2)	4,9 (2,6–8,8)
Não	93,1 (89,0–95,8)	94,6 (88,5–97,5)	82,5 (68,1–91,2)	77,0 (60,3–88,1)	83,3 (66,8–92,5)	86,4 (79,9–90,9)
Área para armazenamento de medicamentos, diferente da área de dispensação						
Área para armazenamento de medicamentos*						
Exclusiva	73,4 (67,3–78,7)	77,3 (70,3–83,0)	91,4 (84,6–95,4)	88,6 (81,4–93,2)	81,3 (74,2–86,7)	82,0 (78,4–85,1)
Compartilhada	26,6 (21,3–32,7)	22,7 (17,0–29,7)	8,6 (4,6–15,4)	11,4 (6,8–18,6)	18,7 (13,3–25,8)	18,0 (14,9–21,6)
Área de armazenamento*						
≤ 10 m ²	62,3 (55,5–68,6)	73,9 (64,4–81,6)	41,9 (32,0–52,5)	42,5 (31,0–54,8)	57,9 (46,1–68,9)	58,1 (52,0–64,0)
> 10 m ²	37,7 (31,4–44,5)	26,1 (18,4–35,6)	58,1 (47,5–68,0)	57,5 (45,2–69,0)	26,1 (18,4–35,6)	41,9 (36,0–48,0)
Área para armazenamento de produtos vencidos/impróprios para uso*						
Possui gerador de energia	4,1 (2,1–7,7)	1,0 (0,3–3,9)	5,8 (2,2–14,1)	3,7 (1,7–8,0)	2,9 (0,8–9,8)	2,7 (1,7–4,3)

Fonte: PNAUM-Serviços, 2015.

*p > 0,01

Tabela 2. Caracterização da área de espera das farmácias e unidades de dispensação, por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Regiões brasileiras % (IC95%)					Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Possui sistema de senha para atendimento*	2,1 (0,7–6,2)	1,3 (0,5–3,7)	0,6 (0,1–2,8)	21,3 (8,3–44,7)	14,1 (9,6–20,1)	10,0 (5,0–19,0)
Possui cadeiras*	80,9 (74,1–86,2)	68,8 (59,8–76,5)	85,5 (72,1–93,1)	88,4 (80,2–93,4)	88,1 (81,4–92,6)	80,2 (75,7–84,1)
Possui quadro de avisos*	57,3 (49,7–64,6)	45,7 (36,8–54,8)	78,9 (69,8–85,7)	75,4 (64,8–83,6)	67,3 (56,8–76,3)	61,7 (56,2–66,9)
Possui televisão*	28,9 (22,5–36,3)	18,7 (13,2–25,8)	30,5 (19,3–44,5)	37,6 (24,9–52,2)	41,1 (31,5–51,4)	30,0 (24,8–35,8)
Disponibiliza materiais educativos em saúde	61,2 (53,8–68,1)	45,5 (36,7–54,5)	68,2 (55,5–78,6)	66,7 (51,1–79,3)	67,6 (54,3–78,6)	58,5 (52,4–64,4)
Possui bebedouro/purificador de água/filtro	70,2 (62,8–76,6)	67,9 (59,4–75,4)	70,6 (49,0–85,8)	70,4 (57,4–80,7)	63,3 (50,8–74,3)	68,2 (62,5–73,5)
Possui acesso a sanitários	84,8 (78,6–89,4)	89,7 (82,8–91,4)	66,1 (43,3–83,3)	73,6 (56,2–85,9)	79,3 (69,2–86,6)	81,0 (74,3–86,3)
Possui proteção do sol e chuva	97,5 (93,6–99,0)	94,6 (85,8–98,1)	98,5 (93,9–99,6)	97,9 (93,0–99,4)	97,4 (92,1–99,1)	96,6 (93,3–98,3)

Fonte: PNAUM-Serviços, 2015.

*p > 0,01

16,4% das unidades possuíam acesso à internet, situação semelhante à encontrada na região Norte (19,3%) (Tabela 3).

A maioria das unidades não possuía telefone, impressora e ar condicionado na área de dispensação de medicamentos; em 9,2% delas havia sistema de senha para atendimento (Tabela 3).

Embora tivessem mesa (77,6%) e cadeira (80,3%) para os atendentes na área da dispensação, a maioria das unidades não dispunha de cadeiras para os usuários (Tabela 3).

Foi mais frequente a observação de que a área destinada ao armazenamento de medicamentos não possuía refrigerador ou geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos, não possuía termômetro digital para verificação da temperatura do ambiente e da geladeira. A maioria das unidades possuía controle de entrada e circulação de pessoas nesta área (Tabela 4).

Tabela 3. Caracterização da área de dispensação das farmácias e unidades de dispensação, por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Regiões brasileiras % (IC95%)					Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Possui sistema de senha para atendimento	2,1 (0,9–5,1)	1,1 (0,3–3,4)	0,5 (0,1–2,4)	20,3 (8,0–42,7)	13,1 (9,0–18,6)	9,2 (4,6–17,4)
Possui guichês individuais de atendimento/ mesa com cadeiras para sentar*	23,4 (18,2–29,4)	12,2 (7,1–20,3)	23,6 (15,0–35,2)	38,4 (24,5–54,6)	22,1 (12,6–35,7)	23,7 (17,8–30,8)
Possui guichês/balcão para atendimento em pé*	48,6 (42,0–55,2)	38,7 (30,8–47,1)	68,0 (54,4–79,1)	76,7 (67,1–84,1)	73,8 (65,6–80,6)	59,0 (54,0–3,9)
Possui grades, no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário*	24,0 (19,2–29,5)	14,3 (8,9–22,1)	41,4 (26,3–58,3)	41,8 (30,3–54,2)	5,4 (3,1–9,0)	23,8 (19,8–28,2)
Possui sistema informatizado para registro de atividades de assistência farmacêutica*	11,4 (8,0–16,0)	15,3 (9,1–25,4)	57,8 (43,4–71,0)	57,7 (44,0–70,3)	66,6 (57,5–74,5)	39,4 (34,0–45,0)
Possui computador*	23,3 (18,8–28,4)	16,4 (10,0–25,7)	65,6 (51,8–77,1)	74,7 (64,9–82,5)	69,9 (61,3–77,2)	47,1 (41,8–52,5)
Possui acesso à internet*	19,3 (15,3–24,2)	16,4 (10,0–25,8)	69,6 (57,1–79,8)	66,7 (52,6–78,4)	66,9 (58,1–74,7)	44,1 (38,7–49,5)
Possui impressora*	12,0 (8,5–16,7)	11,1 (5,5–21,0)	49,2 (36,8–61,6)	39,5 (27,0–53,5)	46,6 (36,2–57,2)	28,3 (23,0–34,2)
Possui telefone*	4,7 (3,0–7,2)	8,2 (3,9–16,7)	50,5 (38,0–63,0)	55,4 (42,6–67,4)	48,3 (37,9–58,9)	31,9 (26,3–38,2)
Possui mesa para o atendente*	72,6 (66,2–78,2)	63,3 (55,3–70,6)	94,3 (89,3–97,1)	91,0 (85,3–94,7)	81,1 (72,4–87,5)	77,6 (73,7–81,0)
Possui cadeira para o atendente	75,4 (69,2–80,7)	68,5 (60,8–75,3)	94,6 (89,7–97,3)	91,3 (84,4–95,3)	83,8 (75,4–89,7)	80,3 (76,5–83,7)
Possui cadeira para o usuário	40,9 (34,6–47,6)	37,9 (30,0–46,5)	47,3 (34,8–60,2)	47,3 (33,9–61,1)	37,4 (27,4–48,7)	41,6 (35,7–47,7)
Tem controle de entrada e circulação de pessoas*	44,4 (37,9–51,1)	64,7 (56,1–72,5)	54,0 (41,1–66,5)	54,2 (40,0–67,7)	79,1 (69,6–86,2)	61,5 (55,4–67,4)
Possui ar condicionado*	62,4 (55,9–68,6)	29,0 (21,2–38,1)	76,3 (67,1–83,5)	43,7 (31,8–56,3)	44,7 (34,1–55,7)	41,7 (36,5–47,2)

Fonte: PNAUM-Serviços, 2015.

*p > 0,01

Tabela 4. Caracterização da área de armazenamento das farmácias e unidades de dispensação, por região no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Variável	Regiões brasileiras % (IC95%)					Total
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Possui refrigerador/geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos*	37,2 (31,0–43,8)	21,3 (16,1–27,6)	50,7 (36,6–64,7)	76,0 (65,9–83,9)	56,8 (46,7–66,4)	47,2 (42,0–52,5)
Possui refrigerador/geladeira para armazenamento compartilhado de outros produtos ou alimentos	5,9 (3,4–10,0)	8,5 (5,3–13,4)	12,7 (7,6–20,6)	9,1 (5,5–14,7)	8,5 (5,3–13,4)	7,8 (5,9–10,1)
Tem controle de entrada e circulação de pessoas	49,5 (42,9–56,1)	63,8 (55,3–71,5)	58,8 (46,0–70,6)	64,4 (49,5–76,9)	81,0 (73,8–86,6)	65,4 (59,4–70,7)
Possui termômetro digital para verificação da temperatura do ambiente*	11,3 (7,9–16,0)	6,1 (3,2–11,4)	39,5 (25,0–56,0)	51,6 (38,3–64,7)	28,9 (19,2–41,0)	26,4 (21,5–32,0)
Possui termômetro para verificação da geladeira*	25,0 (19,7–31,2)	16,2 (11,7–22,0)	43,5 (30,2–57,7)	71,4 (60,4–80,4)	50,2 (39,9–60,6)	41,3 (36,0–46,8)

Fonte: PNAUM-Serviços, 2015.

*p > 0,01

DISCUSSÃO

Desde a criação do PSF o número de unidades de saúde é crescente em todo o país. Entre 2008 e 2013 essa taxa foi maior na região Nordeste⁷. No entanto, os resultados aqui apresentados revelam que a infraestrutura das farmácias ou unidades de dispensação de medicamentos apresenta características diferenciadas entre as regiões, sendo a infraestrutura mais deficiente nas regiões Norte e Nordeste, especialmente quanto à informatização e acesso à internet.

Apesar de constituir insumo essencial para a resolutividade da atenção à saúde, o medicamento foi tardiamente compreendido como parte do processo de atenção e do sistema de saúde. A primeira Política de Medicamentos foi publicada em 1998 e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica somente em 2004, trazendo a concepção dos serviços farmacêuticos relacionados ao uso dos medicamentos na atenção à saúde. Tal histórico permite compreender como os espaços e equipamentos relativos à assistência farmacêutica nas unidades de saúde não tiveram atenção adequada por longo período em que estas unidades foram implantadas e que se reflete ainda hoje.

O espaço mínimo de 14 m² destinado às farmácias nas unidades foi observado em cerca de 60% das unidades de dispensação, mas em quase 80% da Região Nordeste o espaço era inferior ao preconizado. O espaço destinado à dispensação dos medicamentos, que envolve a relação usuário e dispensador, foi menor que 5 m² em mais de 40% das unidades do Nordeste e muitas dessas áreas eram compartilhadas com outras atividades, indicando condições inadequadas para o desenvolvimento de serviços de dispensação como os defendidos por Soares et al.²⁵

Outro fator preocupante são as condições sanitárias das farmácias, como identificado por Dias⁹: foi observada a presença de infiltrações, bolores nas paredes, gotejamento no teto do estabelecimento, fissuras no piso, bem como falta de claridade e ventilação.

É preocupante a alta porcentagem de unidades que não possuíam geladeira exclusiva para medicamentos, termômetros e ar condicionado em um país de condições climáticas críticas para a conservação dos medicamentos. As insulinas humanas NPH e regular integram elenco de medicamentos que devem ser disponibilizados na rede do SUS, conforme a Portaria nº 2.583/2007. Questiona-se, então, qual a real situação de conservação desses medicamentos em unidades onde não há sequer geladeira para o armazenamento ou é feito juntamente a outros produtos ou alimentos. Estudo²⁷ demonstrou que o armazenamento inadequado de insulina em temperaturas superiores a 30°C diminui a potência e, conseqüentemente, a sua ação farmacológica.

A ausência de equipamentos relacionados à oferta de serviços, tanto para o cuidado com os medicamentos quanto para com seus usuários, é especialmente preocupante nas regiões Norte e Nordeste. Como responsabilidade municipal, a atenção básica sempre sofreu as adversidades da restrita disponibilidade de recursos públicos municipais e do baixo preparo técnico-gerencial observado em municípios menores ou em regiões menos desenvolvidas economicamente. Incentivos do Ministério da Saúde como o Programa Requalifica UBS (2011) e o QualifarSUS, iniciado em 2012, possibilitam a disponibilização de recursos para reestruturação dos serviços. Compatível com os resultados aqui relatados, a região Nordeste tem o maior número e proporção de municípios elegíveis para receber recursos do QualifarSUS¹⁸, iniciativas ainda recentes e em implantação no país.

Ao analisar o gasto *per capita* com medicamentos, Viera & Zucchi²⁶ encontraram relação inversa entre o gasto e a população do município. Municípios com população até 5 mil habitantes apresentaram média do gasto *per capita* 3,9 vezes maior que aqueles com mais de 500 mil habitantes. Para as autoras, a hipótese mais plausível para tal diferença está no poder e escala de compra dos municípios. Pode-se inferir que há, desta forma, menor disponibilidade de recursos próprios que possam ser destinados à estruturação dos serviços, como propõe a portaria nº 1.555/2013¹⁷. Reforça-se, assim, a necessidade de ampliação do financiamento destinado à estruturação das farmácias.

Para além das dificuldades financeiras, as deficiências de equipamentos destinados a oferta de serviços (cadeiras, guichês, computadores, acesso à internet e sistema informatizado) sugere dificuldades de entendimento, por parte de gestores e profissionais, da farmácia como espaço de serviço de saúde bem como do serviço de dispensação como parte do processo de atenção à saúde. A ausência ou insuficiência de tais equipamentos inviabiliza ou restringe o desenvolvimento de serviços sob o aspecto técnico: não ter condições de atender um usuário com individualidade e conforto ou com barreiras físicas dificulta a comunicação efetiva e a relação terapêutica. A comunicação pode ser ainda mais prejudicada no atendimento de idosos, gestantes e usuários com necessidades especiais.

Castro, Correa e Climan⁸ apontam que o local de atendimento ao usuário na farmácia deve ter condições adequadas de acolhimento, respeitando a condição física do indivíduo. Fatores como poluição visual, ruídos e iluminação inadequada podem propiciar o desvio de atenção do usuário e prejudicar o processo de atenção. A área física não deve representar uma barreira para a comunicação.

Não dispor de acesso à internet e sistemas de informação isola o atendimento na farmácia em relação aos demais serviços de saúde e cria barreiras ao desenvolvimento do projeto terapêutico do usuário, além de dificultar a consulta de literaturas, diretrizes e prontuários para dar suporte aos serviços realizados. O serviço precisa estar adequadamente estruturado para contribuir com a resolutividade do processo de atenção, conforme apontado em estudo²⁰ sobre a utilização de sistema informatizado e a adoção de protocolos para a dispensação de antimicrobianos em uma unidade básica de saúde, na cidade de Salto Grande/SP, que proporcionou redução da prescrição e utilização irracional destes medicamentos.

A estrutura dos serviços de saúde está diretamente relacionada à condição de acolhimento e vínculo. Para Brehmer & Verdi⁵, situações éticas conflituosas entre trabalhadores e usuários são geradas por espaços inadequados de atendimento, onde os usuários não têm direito à privacidade e atendimento de suas necessidades particulares, constituindo entrave para acolher. Nora & Junges¹⁹ encontraram, em sua revisão, que problemas relacionados à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação em profissionais e desconforto aos usuários. Em grande parte das unidades de dispensação pesquisadas, assim como nas avaliações das unidades de saúde, a ambiência não se mostra propícia para atender as premissas da humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão no SUS¹⁶.

Campese et al.⁶ destacam que a farmácia, por conta do número de estabelecimentos e da presença de farmacêutico como responsável técnico, pode ser um cenário privilegiado na construção de um serviço socialmente útil, visando produzir cuidado em saúde.

No atendimento de um usuário na farmácia não pode apenas prevalecer a entrega de um medicamento, como ato técnico-burocrático. O desenvolvimento sociotécnico do serviço de farmácia envolve a resolutividade como resultado não apenas técnico, mas também da capacidade de acolher, escutar, compreender, responsabilizar-se e dar consequência às queixas e necessidades dos usuários. Requer uma prática humanizada – que depende especialmente das pessoas envolvidas, mas que exige espaços e condições mínimas para que aconteçam.

A insuficiência de equipamentos e recursos materiais nas unidades gera condições de trabalho desfavoráveis⁵. Atender atrás de uma grade, em pé por horas seguidas, em um ambiente inconveniente desfavorecem o comprometimento e a motivação dos profissionais, resultando em ainda piores serviços ofertados para os usuários. A grade ou o vidro, por vezes entendido como uma proteção para o trabalhador em eventuais conflitos com os usuários, é um fator limitante de uma prática humanizada de cuidado.

A organização da farmácia com barreiras estrategicamente posicionadas para garantir um distanciamento conveniente entre profissionais e usuários por vezes visa assegurar a produtividade (seja no serviço público ou privado) e a lucratividade (quando estabelecimento privado)⁶.

As informações aqui apresentadas devem ser consideradas para futuros investimentos em reformas e construção de novas unidades de saúde, assim como para a definição de políticas de financiamento da infraestrutura dos serviços. Para garantir a integralidade e resolutividade do cuidado em saúde por meio dos serviços farmacêuticos, é preciso dispor de uma adequada estrutura física na farmácia²³.

Possíveis limitações do estudo podem incluir a perda de cerca de 13,7% da amostra de unidades sorteadas, sem comprometimento da validade da amostra.

Finalmente, os resultados apontados no estudo indicam a necessidade de estruturação da ambiência dos serviços de farmácia visando à humanização do atendimento ofertado e a melhoria das condições de trabalho aos profissionais. São frequentes as barreiras físicas para a comunicação encontradas no atendimento ao usuário no serviço de farmácia.

A reorganização das farmácias deve proporcionar a individualidade e a privacidade, favorecendo o atendimento e a relação direta do farmacêutico com o usuário. Requer, também, a mudança do entendimento para além da entrega do medicamento, e sim como profissional integrante do processo de cuidado do usuário.

Os dados da região Nordeste indicam condições menos favoráveis ao desenvolvimento de serviços de dispensação adequados, com espaços físicos pequenos e deficiências de equipamentos e acesso à internet. Esse panorama indica a necessidade de incremento da oferta de incentivos para a infraestrutura dos serviços farmacêuticos, levando em consideração as especificidades regionais.

As regulamentações e incentivos recentes à estruturação das unidades de dispensação ainda não permitiram total reformulação das unidades municipais de atenção básica, o que indica a necessidade de ampliação dos recursos existentes destinados à estruturação dos serviços farmacêuticos dos municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Alencar TOS, Nascimento MAA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(9):3939-49. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000031>
2. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>.
3. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev Bras Cienc Farm*. 2006;42(1):137-46. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322006000100015>
4. Bestetti MLT. Ambiência: espaço físico e comportamento. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):601-10. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>
5. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3569-78. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>
6. Campese MC, Soares L, Leite SN, Farias MR. O dever da profissão farmacêutica e a clínica farmacêutica. In: Soares L, et al. Atuação clínica do farmacêutico. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016. p.1-44. (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica, v.5).
7. Carvalho MN, Gil CRR, Dalla Costa EMO, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2016 [citado 27 jan 2017]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/ingles/artigos/artigo_int.php?id_artigo=15457
8. Castro MS, Correa PM, Climan T. Comunicação e adesão à farmacoterapia. In: Soares L, et al. Atuação clínica do farmacêutico. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016. p.183-220. (Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica, v.5).

9. Dias KE. A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS: uma proposta de ações para auxiliar esse processo [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
10. Leite SN, Farias MR, Manzini F, Mendes SJ, Rover MRM. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora UFSC; 2015. p. 40-59.
11. Maciel RHMO, Santos JBF, Rodrigues RL. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Rev Bras Saude Ocup.* 2015;40(131):75-87. <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078613>
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília (DF); 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília (DF); 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2. ed. Brasília (DF); 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF); 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2013 [citado 27 jan 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. QUALIFAR-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde — eixo estrutura: atenção básica: instruções técnicas. Brasília (DF); 2015.
19. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saude Publica.* 2013;47(6):1186-1200. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004581>
20. Obreli Neto PR, Vieira JC, Cuman RK. Impacto da atenção farmacêutica no uso racional de antimicrobianos em uma unidade básica de saúde no interior do Estado de São Paulo. *Acta Sci Health Sci.* 2011;33(2):159-64. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v33i2.8006>
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (DF): OPAS: Ministério da Saúde; 2005. (Série Medicamentos e Outros Insumos essenciais para a Saúde).
22. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehrn MB. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(3):527-36. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020>
23. Rios MC, Cruz AD, Balisa-Rocha BJ, Brito GC, Rios PSS, Lyra Júnior DP. Estruturação de farmácias comunitárias para implementação dos serviços farmacêuticos. *Rev Bras Farm.* 2013 [citado 31 jan 2017];94(1):66-71. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2013-94-1-10.pdf>
24. Sato M, Ayres JRCM. Art and humanization of health practices in a primary care unit. *Interface (Botucatu).* 2015;19(55):1027-38. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>
25. Soares L, Diehl EE, Leite SN, Farias MR. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. *Braz J Pharm Sci.* 2013;49(1):107-17. <https://doi.org/10.1590/S1984-82502013000100012>
26. Vieira FS, Zucchi P. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica.* 2011;45(5):906-13. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000048>
27. Vimalavathini R, Gitanjali B. Effect of temperature on the potency & pharmacological action of insulin. *Indian J Med Res.* 2009 [citado 31 jan 2017];130(2):166-9. Disponível em: http://www.ijmr.org.in/temp/IndianJMedRes1302166-3285936_090739.pdf

28. Willrich JQ, Bielemann VL, Chiavagatti FG, Kantorski LP, Borges LR. Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(2):248-58. <https://doi.org/10.5902/217976927977>

Financiamento: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2), descentralização de Recursos do FNS.

Contribuição dos Autores: Concepção, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo: SNL, FM, JA, AAGJ, EAC, FAA, IAG, KSC, MGOK, OMS, MRF. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Conflito de Interesses: KSC declara conflito de interesses por ser ex-dirigente no Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa. Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.