



# Avaliação da estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Pernambuco

## *Evaluation of the structure of the pharmacies in the family health units for the attendance of patients' systemic arterial hypertension and diabetes mellitus in Pernambuco*

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa<sup>1,2</sup> , Maria Nelly Sobreira de Carvalho Barreto<sup>2</sup>, Mariana Farias Gomes<sup>2</sup>, Annick Fontbonne<sup>3</sup> , Eduarda Ângela Pessoa Cesse<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Núcleo de Ciências da Vida, Centro Acadêmico do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Caruaru (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Recife (PE), Brasil.

<sup>3</sup>Institut de Recherche pour le Développement, UMR 204 Nutripass - Montpellier, França.

**Como citar:** Costa JMBS, Barreto MNSC, Gomes MF, Fontbonne A, Cesse EÂP. Avaliação da estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em Pernambuco. *Cad Saúde Colet*, 2020;28(4):609-618. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040243>

### Resumo

**Introdução:** A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são enfermidades crônicas que necessitam de cuidados contínuos e uso adequado de medicamentos para seu efetivo controle. A estrutura existente nas farmácias influencia no acesso, dispensação e armazenamento dos medicamentos e interfere na qualidade final da atenção. **Objetivo:** Avaliar a estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família no cuidado à hipertensão arterial e diabetes mellitus em Pernambuco, 2016. **Método:** Estudo avaliativo do componente estrutura do modelo proposto por Donabedian. Entrevistou-se o responsável pela farmácia de uma amostra probabilística das equipes de saúde da família com questões sobre estrutura física, insumos e recursos humanos. Realizaram-se análises descritiva e de associação para verificar diferenças entre capital e interior. **Resultados:** Mais de 90% das farmácias funcionavam nos turnos de manhã e tarde. Apenas 5,7% na capital e 2,7% no interior possuíam farmacêutico como responsável pelo serviço; essa atividade era desempenhada por outros profissionais, a maioria de nível médio e sem capacitação. A capital possuía maior variedade de medicamentos, contudo eles não eram suficientes para a demanda. **Conclusão:** Identificaram-se problemas na estrutura das farmácias, principalmente na capacitação de recursos humanos e disponibilidade de insumos com poucas diferenças entre capital e interior. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; estrutura dos serviços; avaliação de serviços de saúde.

### Abstract

**Background:** Hypertension and diabetes mellitus are chronic diseases that require continuous care and the adequate use of medicines for effective control. The existing structure of pharmacies influences the access, dispensing, and storage of medicines and influence the quality of care. **Objective:** To evaluate the



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado nos municípios sede das quatro macrorregiões de saúde de Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina) – Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina (PE), Brasil.

Correspondência: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa. E-mail: [julimartins.costa@gmail.com](mailto:julimartins.costa@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar.

Recebido em: Maio 22, 2018. Aprovado em: Out. 20, 2019

structure of the pharmacies in the family health units in the care of arterial hypertension and diabetes mellitus in Pernambuco, 2016. **Method:** This study is an evaluation of the structure component according to a model proposed by Donabedian. The person responsible for pharmacy from a probabilistic sample of family health teams was interviewed with questions about the physical structure, supplies, and human resources. A descriptive and association analysis was carried out to verify the differences between capital and interior. **Results:** More than 90% of the pharmacies were operating in the mornings and afternoon shifts. Only 5.7% of the pharmacies in the capital and 2.7% in the interior had a pharmacist as responsible for service; this activity was performed by other professionals, most of whom were middle-level and without qualification. The capital had a greater variety of medicines; however, the quantities were insufficient for demand. **Conclusion:** Problems in the pharmacies structure were identified, mainly in the training of human resources and supplies' availability with few differences between capital and interior. **Keywords:** Primary Health Care; Family Healthcare Strategy; services structure; health services evaluation.

## INTRODUÇÃO

Desde a Conferência de Alma Alta<sup>1</sup>, o abastecimento dos medicamentos essenciais é considerado um dos oito elementos básicos da Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, o direito à saúde é garantido constitucionalmente; para tanto, a estruturação legal do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece, entre outras atribuições, a garantia à assistência terapêutica integral, que inclui a assistência farmacêutica<sup>2,3</sup>.

A assistência farmacêutica é considerada parte indissociável do modelo assistencial existente, sendo de caráter multiprofissional e intersetorial<sup>4</sup>. O Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido várias estratégias para fortalecer a Política Nacional de Medicamentos<sup>5-8</sup> com aplicação de investimentos crescentes. Os gastos passaram de R\$ 2 bilhões em 2003 para mais de R\$ 12 bilhões em 2013, suscitado à necessidade de uma gestão qualificada de medicamentos e insumos<sup>8</sup>.

Dentro desse contexto, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças que se destacam no cenário epidemiológico nacional por apresentarem elevada incidência e prevalência<sup>9</sup>. Essas enfermidades são os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Assim, o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos é fundamental para prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas, especialmente danos aos órgãos-alvo que requerem uma terapêutica mais onerosa, além de aumentar a carga de sofrimento desses indivíduos<sup>10-13</sup>.

Pessoas com diagnóstico de HAS e DM necessitam de acompanhamento e tratamento contínuo, realizados prioritariamente na APS<sup>10,13,14</sup>. Para assegurar um atendimento integral, é necessário dispor de estrutura física adequada ao acolhimento dos usuários, recursos tecnológicos (equipamentos, medicamentos, instrumentos e instalações) e profissionais qualificados para fazer a dispensação e orientação quanto ao uso correto de medicamentos<sup>15</sup>. Todavia, observam-se indisponibilidade de medicamentos, um inadequado acondicionamento e dificuldades do usuário em compreender o tratamento e lidar com as reações adversas, o que dificulta a adesão ao tratamento<sup>15</sup>.

Na tentativa de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica da Assistência Farmacêutica, os estudos de avaliação são fundamentais para identificar as dificuldades e fortalezas na implantação dessa política<sup>16</sup>. Nessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo avaliar a estrutura das farmácias das Unidades de Saúde da Família (USF) no cuidado à HAS e ao DM nos municípios-sede das Macrorregiões de Saúde de Pernambuco.

## MÉTODO

Estudo avaliativo, transversal, realizado de agosto de 2015 a agosto de 2016, nas sedes das quatro Macrorregiões de Saúde de Pernambuco (I- Recife, II- Caruaru, III- Serra Talhada e IV- Petrolina). Essas macrorregiões congregam as 12 Regiões de Saúde que compõem o estado, e estas por sua vez albergam 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha.

Selecionou-se uma amostra probabilística de 25% das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de uma lista disponibilizada pelas Secretarias Municipais de Saúde,

totalizando 100 equipes, assim distribuídas: 60 em Recife, 16 em Caruaru, 5 em Serra Talhada e 19 em Petrolina.

Nas unidades onde havia farmácia foram entrevistados o farmacêutico ou, na ausência deste, o profissional responsável pela farmácia. Utilizou-se um questionário estruturado, testado em estudo piloto nos meses de junho e julho de 2015. O questionário é composto por perguntas sobre a estrutura das farmácias das USF para o atendimento à HAS e ao DM, com base no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian<sup>17</sup>.

Segundo esse autor, a avaliação da qualidade do cuidado se dá a partir de três componentes: estrutura, processo e resultado. Parte-se do pressuposto que uma estrutura adequada leva a um processo adequado e esse, por vez, a resultados favoráveis<sup>17</sup>. Esse modelo vem sendo bastante utilizado em sua totalidade, ou a partir de um ou da combinação de seus componentes.

A avaliação da estrutura consiste em saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado, a partir de padrões ou normas. Estão incluídos na estrutura a organização administrativa (existência de fluxos, protocolos e normas), os insumos (material educativo, medicamentos, entre outros), a estrutura física (características das instalações, maquinário e equipamentos) e da equipe (quantitativo, perfil, preparação e experiência)<sup>17</sup>.

A estrutura foi avaliada considerando-se os seguintes subcomponentes: física, recursos humanos e insumos. Na estrutura física verificou-se se as USF possuíam farmácia ou referência para a Farmácia da Família, além dos turnos de funcionamento (matutino ou vespertino ou integral) e a existência de geladeira para acondicionar insulina. Nos recursos humanos verificaram-se o perfil do responsável pela farmácia (cargo, vínculo, tempo que atua na função, escolaridade) e a realização de treinamento. Nos insumos foram verificadas: a disponibilidade de anti-hipertensivos (hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona, atenolol, metoprolol, carvedilol, propranolol, enalapril, verapamil, losartana) e hipoglicemiantes (metformina, glibenclamida, gliclazida, insulina NPH, insulina regular); a quantidade adequada desses medicamentos para suprir a demanda dos usuários; e a disponibilização de glicosímetros e fitas reativas para o automonitoramento de glicemia (portadores de DM tratados com insulina).

As respostas foram codificadas e digitadas. Utilizou-se o *software* SPSS para *Windows*® versão 19. Foram realizadas análises descritiva e de associação com o teste de qui-quadrado, teste exato de Fisher ou o teste t de Student (significância de 5%) para verificar a diferenças da estrutura disponível entre a sede da I Macrorregião de Saúde (Recife), denominada “capital”, e as demais Macrorregiões (Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), que constituíram um agrupamento denominado “interior”.

O presente estudo faz parte do projeto “RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz) e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisas (Conep/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde) sob registro CAAE: 21989413.0.00005.5190.

## RESULTADOS

As USF estudadas albergavam de uma a quatro equipes da ESF que compartilhavam a estrutura de setores como sala de vacina, curativo e farmácia. Nessas USF com mais de uma equipe foi realizada apenas uma entrevista, por se tratar de um mesmo serviço e as equipes compartilharem das mesmas facilidades e dificuldades, sendo identificadas 18 equipes nessa situação.

Além disso, na capital, 19 USF não dispunham de farmácias. Os usuários eram referenciados para um serviço denominado de Farmácia da Família para ter acesso aos medicamentos prescritos na ESF. Esses serviços foram excluídos da amostra por serem albergados em outros estabelecimentos de saúde como centros de saúde e policlínicas, fugindo do escopo do estudo. Assim, realizaram-se 35 entrevistas na capital e 37 no interior, totalizando 72 entrevistas.

Em relação à estrutura física, mais de 90% das unidades funcionavam em dois turnos, manhã e tarde, não havendo diferença entre capital e interior. Em relação à existência de

geladeira para acondicionar insulina, tanto a capital como o interior apresentaram situação problemática com 48,6% das USF da capital e 59,5% do interior sem esse equipamento (tabela 1).

**Tabela 1.** Avaliação da estrutura física das farmácias das Unidades de Saúde da Família para atendimento ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, capital e interior. Pernambuco, 2015 e 2016

Variáveis	Capital		Interior		Total		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Horário de funcionamento</b>							
Manhã e tarde	32	91,4	35	94,6	67	93,1	0,670 <sup>1</sup>
Somente manhã	2	5,7	2	5,4	4	5,5	
Somente tarde	1	2,9	0	0,0	1	1,4	
<b>Possui geladeira para insulina</b>							
Sim	18	51,4	15	40,5	33	45,8	0,354 <sup>2</sup>
Não	17	48,6	22	59,5	39	54,2	

<sup>1</sup>Teste exato de Fisher após agrupamento: manhã e tarde; somente manhã ou somente tarde; <sup>2</sup>Teste qui-quadrado

Das USF contempladas no estudo, apenas duas unidades (5,7%) possuíam farmacêutico na capital e uma (2,7%) no interior (tabela 2). O atendimento nas farmácias era realizado por outros profissionais, como técnico de enfermagem, auxiliares administrativos e de serviços gerais que não possuíam formação específica para exercer essa atividade. Além disso, 62,9% dos entrevistados na capital e 64,9% no interior afirmaram não ter recebido nenhum treinamento para trabalhar na farmácia (tabela 2).

Observou-se diferença significativa ( $p < 0,001$ ) no cargo ocupado pelos profissionais responsáveis por esse serviço. Enquanto na capital predominaram os auxiliares de serviços gerais e administrativos (62,9%), no interior prevaleceram os técnicos/auxiliares de farmácia ou enfermagem (86,5%). Em relação à escolaridade a maioria possuía o ensino médio completo (51,4% na capital e 59,5% no interior). Observou-se ainda um maior percentual de profissionais com nível superior na capital do que no interior, 48,6% e 27%, respectivamente (Tabela 2).

O vínculo profissional e o tempo médio que os entrevistados eram responsáveis pela farmácia não apresentaram variações significativas entre os grupos estudados, apesar de se observar um percentual maior de responsáveis pela farmácia com concurso público na capital (60%) do que no interior (40,5%), e o interior apresentar profissionais respondendo pela farmácia com um tempo médio um pouco maior ( $5,3 \pm 5,4$  anos) do que os da capital ( $3,9 \pm 3,4$  anos) (Tabela 2).

Em relação à disponibilização de medicamentos para o controle da HAS e do DM, apenas propranolol, verapamil e gliclazida mostraram diferença estatística entre os dois grupos analisados, com a capital apresentando maior percentual de farmácias que disponibilizavam esses medicamentos. Destaca-se que apesar de as insulinas NPH e regular não terem apontado diferença entre os grupos, ambos (capital e interior) apresentaram um percentual bastante elevado de farmácias que não disponibilizavam esses medicamentos (Tabela 3).

Quando questionados sobre a suficiência dos medicamentos para o atendimento no mês, em 97,1% das farmácias da capital e em 56,8% do interior ( $p < 0,001$ ) ocorreu falta de algum medicamento para o controle da HAS ou DM no mês anterior à entrevista. Os principais medicamentos que estavam em falta foram a furosemida, metoprolol, caverdilol, verapamil, metformina e gliclazida, com destaque para a capital, que apresentou um percentual mais elevado de farmácias com falta desses medicamentos (Tabela 3).

**Tabela 2.** Avaliação dos recursos humanos das farmácias das Unidades de Saúde da Família para atendimento ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, capital e interior. Pernambuco, 2015 e 2016

Variáveis	Capital		Interior		Total		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Cargo</b>							<0,001 <sup>1</sup>
Farmacêutico	2	5,7	1	2,7	3	4,2	
Enfermeiro	3	8,6	0	0,0	3	4,2	
ACS	3	8,6	1	2,7	4	5,6	
Auxiliar/técnico de farmácia	2	5,7	6	16,2	8	11,1	
Auxiliar/técnico de enfermagem	3	8,6	26	70,3	29	40,3	
Auxiliar administrativo	10	28,6	0	0,0	10	13,9	
Serviços gerais/outros	12	34,3	3	8,1	15	20,8	
<b>Funcionário público concursado</b>							
Sim	21	60,0	15	40,5	36	50,0	0,099 <sup>2</sup>
Não	14	40,0	22	59,5	36	50,0	
<b>Tempo responsável pela farmácia (anos)</b>	3,9 ± 3,4		5,3 ± 5,4		4,6 ± 4,6		0,188 <sup>3</sup>
<b>Escolaridade responsável pela farmácia</b>							
Ensino fundamental completo	0	0,0	5	13,5	5	6,9	0,023 <sup>4</sup>
Ensino médio completo	18	51,4	22	59,5	40	55,6	
Ensino superior incompleto	4	11,4	5	13,5	9	12,5	
Ensino superior completo	5	14,3	4	10,8	9	12,5	
Pós-graduação	8	22,9	1	2,7	9	12,5	
<b>Treinamento para trabalhar na farmácia</b>							
Sim	13	37,1	13	35,1	26	36,1	0,859 <sup>2</sup>
Não	22	62,9	24	64,9	46	63,9	

<sup>1</sup>Teste exato de Fisher após agrupamento: farmacêutico e enfermeiro (nível superior); auxiliar/técnico de farmácia e enfermagem; ACS, auxiliar administrativo de serviços gerais/outro; <sup>2</sup>Teste qui-quadrado; <sup>3</sup>Teste t de Student; <sup>4</sup>Teste exato de Fisher após agrupamento: ensino fundamental completo; ensino médio completo; ensino superior (incompleto, completo e pós-graduação)

Em relação à disponibilização de glicosímetros aos portadores de DM tratados com insulina, encontrou-se diferença estatística entre os grupos analisados. Apesar de a capital ter apresentado melhor situação do que o interior, 48,6% das farmácias na capital e 94,4% do interior não disponibilizam esse insumo. Situação inversa foi observada quanto à disponibilização de fitas reagentes para o automonitoramento da glicemia, onde o interior apresentou uma situação melhor do que a capital, com 86,1% e 37,1%, respectivamente (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

A estrutura das farmácias das USF da capital e do interior de Pernambuco mostrou características semelhantes em grande parte dos itens avaliados. Devido à capital dispor de mais recursos para investimento, esperava-se que as farmácias apresentassem uma estrutura mais adequada quando comparado com as farmácias do interior. Identificaram-se problemas na disponibilidade de insumos e recursos humanos, corroborando com o estudo

**Tabela 3.** Avaliação dos insumos das farmácias das Unidades de Saúde da Família para atendimento ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, capital e interior. Pernambuco, 2015 e 2016

Variável	Capital		Interior		Total		P valor <sup>1</sup>
	N	%	N	%	N	%	
<b>Medicamentos*</b>							
Hidroclorotiazida	35	100,0	36	97,3	71	98,6	1,000
Furosemida	32	91,4	37	100,0	69	95,8	0,110
Espiranolactona	33	94,3	33	89,2	66	91,7	0,675
Atenolol	31	88,6	29	78,4	60	83,3	0,246
Metoprolol	13	37,1	12	32,4	25	34,7	0,675
Caverdilol	29	82,9	26	70,3	55	76,4	0,209
Propranolol	35	100,0	29	78,4	64	88,9	<b>0,005</b>
Enalapril	35	100,0	37	100,0	72	100,0	-
Verapamil	33	94,3	2	5,4	35	48,6	<b>&lt;0,001</b>
Losartana	32	91,4	36	97,3	68	94,4	0,350
Metformina	31	88,6	35	94,6	66	91,7	0,423
Glibenclamida	35	100,0	33	89,2	68	94,4	0,115
Gliclazida	31	88,6	22	59,5	53	73,6	<b>0,005</b>
Insulina NPH	18	51,4	17	45,9	35	48,6	0,642
Insulina Regular	17	48,6	15	40,5	32	44,4	0,493
<b>Quantidade insuficiente (Mês)</b>							
Sim	34	97,1	21	56,8	55	76,4	
Não	1	2,9	16	43,2	17	23,6	<b>&lt;0,001<sup>2</sup></b>
<b>Medicamentos com quantidade insuficiente (Mês)</b>							
Hidroclorotiazida	5	14,7	4	19,0	9	16,4	0,719
Furosemida	23	67,6	0	0,0	23	41,8	<b>&lt;0,001</b>
Espiranolactona	10	29,4	4	19,0	14	25,5	0,391
Atenolol	22	64,7	10	47,6	32	58,2	0,212
Metoprolol	13	38,2	1	4,8	14	25,5	0,006
Carvedilol	27	79,4	7	33,3	34	61,8	<b>&lt;0,001</b>
Propranolol	4	11,8	2	9,5	6	10,9	1,000
Enalapril	8	23,5	1	4,8	9	16,4	0,131
Verapamil	15	44,1	1	4,8	16	29,1	<b>0,002</b>
Losartana	21	61,8	10	47,6	31	56,4	0,304
Metformina	31	91,2	1	4,8	32	58,2	<b>&lt;0,001</b>
Glibenclamida	3	8,8	4	19,0	7	12,7	0,408
Gliclazida	25	73,5	1	4,8	26	47,3	<b>&lt;0,001</b>
Insulina NPH	2	5,9	2	9,5	4	7,3	0,632
Insulina Regular	2	5,9	3	14,3	5	9,1	0,359
<b>Disponibiliza glicosímetro aos pacientes que utilizam insulina</b>							
Sim	18	51,4	2	5,6	20	28,2	
Não	17	48,6	34	94,4	51	71,8	<b>&lt;0,001</b>
<b>Disponibiliza tiras reativas para automonitoramento da glicemia</b>							
Sim	13	37,1	31	86,1	44	62,0	
Não	22	62,9	5	13,9	27	38,0	<b>&lt;0,001</b>

\*Resultados correspondem à resposta sim; <sup>1</sup>Teste qui-quadrado; <sup>2</sup>Teste t Student



de Pimentel et al.<sup>18</sup>, que revelou falhas nas USF de Pernambuco como infraestrutura precária e falta de insumos e medicamentos.

De acordo com dados do MS, grande parte das farmácias no SUS apresenta problemas em sua estrutura. Entre estes se destacam o espaço físico, muitas vezes improvisado, ausência de controle de temperatura e umidade, modelos que dificultam o contato com os usuários para entrega dos medicamentos e orientações para seu uso correto<sup>8</sup>. Estudo realizado por Silva Oliveira e Nascimento<sup>19</sup> evidenciou problemas na estrutura, armazenagem e acondicionamento dos medicamentos nas farmácias da USF de um município da Bahia. As USF não possuíam área específica para farmácia, os medicamentos eram acondicionados em armários ou em salas improvisadas que não atendiam aos critérios de boas práticas de armazenamento com excesso de luminosidade, pouca higienização e presença de insetos.

Entre as variáveis estudadas chamou atenção a disponibilidade de medicamentos e insumos, devido à insuficiente quantidade para atender a demanda mensal com diferença estatisticamente significativa entre a capital e o interior. A capital apresentou maior diversidade no rol de medicamentos disponíveis. Contudo, a quantidade era insuficiente para atender a demanda dos usuários. Situação semelhante foi identificada em estudo realizado por Costa et al.<sup>20</sup>, que avaliou a implantação da atenção à HAS no município de Recife. A diversidade de estratégias na disponibilização de medicamentos para HAS e DM em curso na capital, como Farmácia da Família e Farmácia Popular, aumenta a complexidade na gestão farmacêutica, exigindo maior investimento nesse setor.

No interior, apesar de uma diversidade menor de medicamentos, os que eram disponibilizados, em grande parte, apresentaram-se suficientes para atender a demanda, demonstrando melhor gestão na sua provisão e distribuição. Esse é um ponto essencial para o controle da HAS e do DM. A descontinuidade no tratamento gera complicações como doenças cardiovasculares e renais, e mais especificamente no caso do DM, complicações oculares e dos nervos, que podem conduzir à cegueira e a amputações<sup>21</sup>.

Estudo realizado por Gontijo et al.<sup>22</sup> identificou que 22,5% dos idosos autodeclarados com HAS e/ou DM deixaram de tomar a medicação por falta do medicamento na farmácia do SUS e por dificuldades financeiras para sua aquisição. Barreto et al.<sup>14</sup> identificaram dificuldade no acesso a anti-hipertensivos, antidiabéticos e insumos para o controle glicêmico em uma amostra de hipertensos e diabéticos atendidos pela ESF em Pernambuco. Estudo realizado com hipertensas idosas atendidas pela ESF identificou um índice de controle de 56,8%<sup>23</sup>.

Essas dificuldades estruturais confirmam os encontrados no presente estudo. Mais de 50% das farmácias não disponibilizavam insulina, encontravam dificuldades em seu acondicionamento, pela ausência de geladeira, e na disponibilidade de insumos para o automonitoramento da glicemia em pacientes tratados com insulina.

Essa situação compromete o controle glicêmico dos portadores de DM, corroborando com os resultados do estudo de Lima et al.<sup>24</sup>, no qual em mais de 65% dos diabéticos acompanhados pela ESF em Pernambuco o controle glicêmico estava inadequado, e o de Silva et al.<sup>25</sup>, que identificou um controle inadequado em 30,4% dos portadores de DM atendidos pela ESF de Porto Alegre (RS).

O uso adequado do glicosímetro em diabéticos tratados com insulina permite o automonitoramento dos níveis glicêmicos, possibilitando verificar a adequação e efetividade do plano terapêutico<sup>12</sup>. Estudo realizado por Yomeda et al.<sup>26</sup> demonstrou redução nos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) após seis meses do início do uso do glicosímetro por portadores de DM tratados com insulina, demonstrando a importância do automonitoramento dos níveis glicêmicos para o controle do DM.

Outro aspecto que chama atenção é o cargo ocupado pelo responsável pela farmácia. Observaram-se diferenças no perfil do profissional que desenvolve essa atividade entre a capital e o interior. Nas farmácias da capital predominaram os auxiliares administrativos ou de serviços gerais, no interior os auxiliares de enfermagem. Destaca-se o fato desses profissionais não terem formação adequada para desempenhar tal função, e a maioria relatou não ter tido qualquer tipo de treinamento. Esses resultados estão em consonância com estudo realizado por Rodrigues et al.<sup>27</sup>, que avaliou a implantação do eixo estrutural do Programa Nacional de

Qualificação da Assistência Farmacêutica do SUS (Qualifar-SUS) e identificou que 54% dos municípios estudados não possuíam farmacêuticos em número suficiente para a manutenção dos serviços.

Os responsáveis pela farmácia nas USF estudadas basicamente organizam o espaço físico e dispensam os medicamentos. De acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica<sup>7</sup>, as ações logísticas devem ser realizadas por farmacêuticos com o apoio de outros profissionais preparados para essa atividade, de forma a dirimir problemas relacionados ao gerenciamento dos medicamentos, à não adesão ao tratamento e ao uso racional de medicamentos<sup>15</sup>.

Conhecer as fragilidades na estrutura das farmácias permite aos gestores implementar ações corretivas bem como compreender a sua influência sobre o processo de trabalho e, assim, favorecer o controle adequado da HAS e do DM. Segundo o modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian<sup>17</sup>, embora seja difícil quantificar a influência exata da estrutura na qualidade final da assistência prestada, é possível verificar tendências, na medida em que uma estrutura adequada aumenta as chances de uma assistência de melhor qualidade.

Como limitações do estudo têm-se as inferências sobre a influência da estrutura das farmácias sobre o cuidado (processo) aos portadores de HAS e DM. Entende-se que uma estrutura adequada pode não condicionar um processo adequado, contudo uma estrutura inadequada dificilmente favorecerá um processo adequado. Para confirmar tais relações são necessários novos estudos que analisem a implantação da assistência farmacêutica na APS, voltada à atenção a esses agravos. Essa também é uma limitação dos estudos transversais, delineamento adotado nesta pesquisa. Além disso, as informações foram colhidas diretamente com os responsáveis das farmácias, representando, assim, seu entendimento e percepção sobre as questões avaliadas e, por fim, o estudo foi realizado nos municípios-sede das quatro macrorregiões de Pernambuco, podendo não representar a realidade dos demais municípios do estado.

Diversos estudos vêm sendo realizados no intuito de avaliar a estrutura das USF<sup>18,20</sup>. Espera-se que os resultados apresentados contribuam com a discussão sobre a necessidade de qualificar a estrutura das farmácias das USF, servindo de base para futuras avaliações. É essencial reconhecer esses problemas, definir políticas e alocar os recursos necessários, não apenas à expansão, mas na manutenção desses serviços, especialmente em períodos de crise econômica, quando as necessidades de saúde da população se agudizam.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento, às Secretarias Municipais de Saúde de Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina pelo apoio, aos profissionais das USF desses municípios pela prestação e colaboração na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Fundo das Nações Unidas para a infância. Cuidados Primários de Saúde: Alma Ata 1978. Brasília: UNICEF, 1979.
2. Costa KS, Tavares NU, Mengue SS, Pereira MA, Malta DC, Silva JB Jr. Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 jan-mar;25(1):33-44. PMID:27861676.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [citado em 2018 Feb 2]. 498 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
4. Onocko-Campos RT, Campos GW, Ferrer AL, Corrêa CR, Madureira PR, Gama CA, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2012 fev;46(1):43-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>. PMID:22252789.



5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 30 de dezembro de 2010; Seção 1, p. 88.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
9. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva JB Jr, Dos Reis AA. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis n Brasil – Pesquisa Nacional de Súde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 dez;18(Supl 2):3-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>. PMID:27008599.
10. Radigonda B, Kazue Tanno de Souza R, Cordoni L Jr, Maria Rigo Silva A. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 jan-mar;25(1):115-26. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100012>. PMID:27861684.
11. Malachias M, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016 set;107(Supl. 3):1-6. PMID:27819380.
12. Oliveira JEP, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016 [Internet]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016 [citado em 2018 Fev 2]. 348 p. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
13. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. *Epidemiol Serv Saude*. 2010 abr-jun;19(2):133-41. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000200006>.
14. Barreto MN, Cesse EÂ, Lima RF, Marinho MG, Specht YS, de Carvalho EM, et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 abr-jun;18(2):413-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020010>. PMID:26083512.
15. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2011 set;2(3):41-9. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000300006>.
16. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Lyra-Junior DP. Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. *Rev Farm Basica Apl*. 2013, jan;34(3):401-10.
17. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 set;260(12):1743-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>. PMID:3045356.
18. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate*. 2015 jan-mar;39(104):88-101. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040138>.
19. Silva Oliveira TA, Alves do Nascimento AM. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Cien Saude Colet*. 2011 set;16(9):3939-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000031>. PMID:21987338.
20. Costa JMBS, Silva MJF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011 fev;16(2):623-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200026>. PMID:21340338.
21. Dib MW, Riera R, Ferraz MB. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):125-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200006>. PMID:20339616.
22. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012 jul;28(7):1337-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700012>. PMID:22729264.
23. Moroz MB, Kluthcovsky ACGC, Schafranski MC. Controle da pressão arterial em idosas hipertensas atendidas em uma Unidade de Saúde da Família e fatores associados. *Cad Saude Colet*. 2016 jan-mar;24(1):111-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010276>.

24. Lima RF, Fontbonne A, Carvalho EM, Montarroyos UR, Barreto MN, Cesse EÂ. Fatores associados ao controle glicêmico em pessoas com diabetes na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 nov-dez;50(6):937-45. <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000700009>. PMID:28198958.
25. Silva AB, Engroff P, Sgnaolin V, Ely LS, Gomes I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre. *Cad Saude Colet*. 2016 jul-set;24(3):308-16. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600030017>.
26. Yomeda EP, Souza SCAL, Zuchi P. Introdução do glicosímetro como ferramenta de automonitoramento glicêmico aos pacientes em tratamento com insulina no município de Santos. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba*. 2014;16(1):15-8.
27. Rodrigues PS, Cruz MS, Tavares NUL. Avaliação da implantação do eixo estrutura do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica no SUS. *Saude debate*. 2017 mar;41(N. esp.):192-208. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s15>.