

Alexandra Mariano Fidêncio Casarini

Atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos  
Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:  
proposta de critérios

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde  
Coletiva da Coordenadoria de Recursos  
Humanos da Secretaria de Estado da  
Saúde de São Paulo, para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Alexandra Mariano Fidêncio Casarini

Atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos  
Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:  
proposta de critérios

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde  
Coletiva da Coordenadoria de Recursos  
Humanos da Secretaria de Estado da  
Saúde de São Paulo, para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração: Gestão e  
Práticas de Saúde**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luiza Sterman  
Heimann**

São Paulo  
2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Casarini, Alexandra Mariano Fidêncio  
Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos  
Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:  
proposta de critérios/Alexandra Mariano Fidêncio Casarini. São  
Paulo, 2013.  
161p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em  
Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria  
de Estado da Saúde de São Paulo.  
Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde  
Orientadora: Luiza Sterman Heimann

1.Políticas Públicas de Saúde 2.Assistência Farmacêutica 3.  
Serviços de Atendimento 4.Farmácias I. Título.



## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos filhos Gabrielli e Nicolas, que ao longo dos dois últimos anos se privaram da minha companhia nos momentos de lazer, apoiando-me incondicionalmente, mesmo sendo tão jovens para compreender os desafios da vida.

Ao meu querido esposo Cláudio, que com muito amor e carinho, cuidou da nossa família e de "todas as outras coisas" com extrema dedicação e paciência para que eu pudesse cumprir a extensa jornada de trabalho e estudos diários.

Aos meus queridos e amados pais Nadir e Neto, que venceram inúmeros obstáculos para me dar acesso à "educação" e que, com muito amor e caridade se dedicam no cuidado da minha família, meus exemplos de vida.

A minha querida irmã Sílvia e às minhas queridas sobrinhas Nathália e Nábilli pelo carinho e apoio de sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por guiar meus passos, iluminar meu caminho e me conceder sabedoria, bom ânimo, disposição, perseverança e saúde para trabalhar e estudar, numa longa jornada diária.

A Dra. Sonia L. Cipriano por reconhecer a importância da pesquisa e autorizar os afastamentos necessários para que eu pudesse cursar o Mestrado Profissionalizante e desenvolver o estudo.

A minha querida orientadora Profa. Dra. Luiza Sterman Heimann, por acreditar no meu projeto e me conduzir com maestria no desenvolvimento deste estudo, agregando muito valor não só à pesquisa, mas principalmente ao meu desenvolvimento profissional.

Aos membros da Banca, Profa. Dra. Sonia Isoyama Venancio e Profa. Dra. Tereza Setsuko Toma, que prontamente aceitaram o convite, pelas contribuições realizadas com excepcional profissionalismo e cuidado, para aprimoramento do estudo desenvolvido.

A minha querida amiga Elisa Rivaben de Freitas Miliozzi, zelosa companheira de trabalho, por apoiar-me incondicionalmente, com extrema dedicação, amor e carinho, assumindo inúmeros compromissos profissionais para que eu pudesse me dedicar à pesquisa.

Ao meu querido amigo Marcos Antonio Prezoto que com extrema generosidade me auxiliou no desenvolvimento do estudo, me dando suporte técnico e operacional em todas as ações, com muita dedicação e carinho.

Aos participantes da pesquisa, por acreditar no projeto, compartilhar dos mesmos objetivos e pelo profissionalismo e dedicação empregados no desenvolvimento do estudo:

- Adriano Salvador Queiroz;
- Carla Valentim Antonio;
- Cristianne Yuri Watanabe Yamashita;
- Cylla Genesi Garibaldi;
- José Geraldo Gusmão;
- Juliana Pinelli;
- Lívia Carolina Tamada Guerche;
- Marcello Minzoni Kitayama;
- Paula Fernanda Cerezini;
- Rejane silva de Pádua.

A todos os farmacêuticos e colaboradores das Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas, por contribuir na troca de experiências e pela dedicação e cuidado na coleta de dados.

Aos colaboradores do Grupo de Assistência Farmacêutica e do Instituto de Saúde pela atenção e apoio operacional no desenvolvimento da pesquisa.

## Resumo

**Introdução** - O Estado de São Paulo conta, no componente especializado da assistência farmacêutica, com quarenta farmácias que atendem mensalmente cerca de 568.000 pacientes portadores de doenças de alta complexidade. A legislação assegura atendimento preferencial para grupos específicos de pessoas, no entanto, não contempla prioridades baseadas em critérios clínicos, o que sistematicamente gera problemas no setor de atendimento e questionamentos da Procuradoria Geral de Justiça quanto ao cumprimento do disposto nas legislações vigentes. A necessidade de qualificação dos serviços prestados aos pacientes para promoção do acesso igualitário e assistência humanizada, justifica a pesquisa por identificar o que de fato acontece nas filas de atendimento. **Objetivo** - Analisar a adequação das regras previstas em legislação para atendimento preferencial frente às reais necessidades dos pacientes cadastrados nas farmácias, com vistas à elaboração de proposta de critérios de atendimento. **Métodos** - Pesquisa qualitativa desenvolvida pelo método da pesquisa-ação. Foram selecionadas para o estudo 10 farmácias por critérios intencionais, cujos farmacêuticos e técnicos foram os sujeitos da pesquisa. O seminário foi adotado como técnica principal. Dados primários foram coletados por questionários e formulários estruturados com perguntas fechadas, além de dados secundários coletados no Sistema Informatizado MEDEX. **Resultados** - Em média 46,88% dos pacientes atendidos nas farmácias estudadas são idosos e 1,70% crianças de 0 a 3 anos com direito de demandar atendimento preferencial por estar no colo de um adulto, pela legislação. Foram registradas 21.359 solicitações de atendimentos preferenciais por diferentes motivos, classificados em situações previstas em legislação (91,05%), clínicas (5,43%), sociais (2,71%), relacionadas aos processos de trabalho nas farmácias (0,69%) e à estrutura (0,12%). **Conclusão** - As regras previstas em legislação para atendimento preferencial não atendem na integralidade as necessidades dos pacientes cadastrados nas farmácias. Há necessidade de elaborar critérios específicos para concessão deste tipo de atendimento, sem infringir as legislações e o princípio da igualdade na assistência à saúde. **Potencial de aplicabilidade** - Elaborou-se uma proposta de critérios apresentada como "Guia de Orientações para Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados". A aplicabilidade dos resultados será viabilizada nas farmácias pela implantação do Guia de Orientações.

**Palavras chave:** Políticas Públicas de Saúde; Assistência Farmacêutica; Serviços de Atendimento; Farmácias.

## Abstract

**Introduction** - The State of Sao Paulo has, in the specialized component of pharmaceutical care, forty pharmacies that monthly meet about 568,000 patients with high complexity diseases. The legislation assures preferential treatment for specific groups of people, however, does not include priorities based on clinical criteria, which systematically generates problems in the care sector and questions to the Attorney General's Office regarding compliance with the legislation. The need for improvement of the services provided to patients to promote equal access and humanized, justifying the search for identifying what actually happens in the waiting lines. **Objective** - To analyze the adequacy of the rules laid down in the legislation for preferential treatment ahead real needs of patients registered in pharmacies, with a view to preparation of criteria proposal for attendance. **Methods** - Qualitative research developed by the method of action research. Were selected for the study 10 pharmacies using intentional criteria, whose pharmacists and technicians were the study subjects. The seminar was adopted as the main technique. Primary data were collected by questionnaires and structured forms with closed questions, as well as secondary data collected from Computerized System MEDEX. **Results** - On average 46.88% of the patients seen in the studied pharmacies are elderly and 1.70% children 0-3 years, with the right to demand preferential treatment for being in the lap of an adult, by the law. It was registered 21,359 requests for attendances preferred for different reasons, ranked in situations foreseen in legislation (91.05%), clinics (5.43%), social (2.71%), related to work processes in the studied pharmacies (0, 69%) and the structure (0.12%). **Conclusion** - The rules laid down in legislation to preferential care do not meet the full needs of patients registered in the studied pharmacies. There is need to develop specific criteria for granting this type of care, without violating the laws and the principle of equality in health care. **Applicability potential** - Elaborated a criteria proposal presented as "Guidance for the Care Preferred Pharmacies Specialized Medicines". The applicability of the results will be made possible in pharmacies for the implementation of Guidance.

**Keywords:** Health Public Policy; Pharmaceutical Services; Answering Services; Pharmacies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	21
1.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE	21
1.2 O COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	25
1.3 AS FARMÁCIAS DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	31
1.4 ATENDIMENTO PREFERENCIAL	40
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	48
2.1 MOTIVAÇÃO	48
2.2 O PROBLEMA	51
<b>3 OBJETIVOS</b>	56
3.1 GERAL	56
3.2 ESPECÍFICOS	56
<b>4 MÉTODOS</b>	57
4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	57
4.2 LOCAL DO ESTUDO	64
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	66
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS	68
4.4.1 Seminários	69
4.4.2 Coleta de dados secundários	72
4.4.3 Coleta de dados primários	73
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	82

<b>5 RESULTADOS</b>	83
5.1 PERFIL DOS PACIENTES CADASTRADOS NAS FARMÁCIAS DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	84
5.1.1 Perfil Segundo a Faixa Etária	85
5.1.2 Perfil Segundo a Morbidade	86
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS FARMÁCIAS DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	91
5.3 IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTO PREFERENCIAL NAS FARMÁCIAS DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS	106
<b>6 DISCUSSÃO</b>	120
<b>7 CONCLUSÃO</b>	124
<b>8 RECOMENDAÇÕES</b>	126
<b>9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	129
<b>10 APÊNDICES</b>	134



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Distribuição das quarenta Farmácias de Medicamentos Especializados no Estado de São Paulo, por Rede Regional de Atenção à Saúde	12
Figura 2 -	Desenho esquemático das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica nas Farmácias de Medicamentos Especializados	13
Figura 3 -	Situação de informatização das quarenta Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP, segundo utilização do Sistema Medex	17
Figura 4 -	Condições de infraestrutura das quarenta Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP, segundo a avaliação dos farmacêuticos responsáveis pelos respectivos serviços	18
Figura 5 -	Relação entre o número de farmacêuticos das Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP e o respectivo número de pacientes atendidos por mês	19
Figura 6 -	Desenho esquemático das técnicas e instrumentos utilizados para a coleta de dados	49
Figura 7 -	Principais temas abordados, por Seminário, segundo objetivos específicos do estudo	51
Figura 8 -	Questionário para caracterização do atendimento nas Farmácias de Medicamentos Especializados	54
Figura 9 -	Formulário para registro da demanda de atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados	58

- Figura 10 - Planilha automatizada para consolidação dos dados coletados no Formulário para registro da demanda de atendimento preferencial 61
- Figura 11 - Classificação das Farmácias selecionadas, segundo o processo de identificação dos guichês do setor de atendimento das Farmácias de Medicamentos Especializados 76

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Percentual de pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializados, por faixa etária estudada	65
Gráfico 2 -	Período de funcionamento das Farmácias de Medicamentos Especializados	72
Gráfico 3 -	Número de pacientes atendidos por guichê do setor de dispensação das Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas	73
Gráfico 4 -	Subdivisão dos guichês das Farmácias de Medicamentos Especializados, em percentual, por tipo de atendimento.	74
Gráfico 5 -	Percentual de guichês destinados ao atendimento preferencial dos pacientes, no setor de triagem e de dispensação de medicamentos das Farmácias de Medicamentos Especializados	75
Gráfico 6 -	Capacidade de funcionamento dos guichês de triagem e de dispensação de medicamentos das Farmácias de Medicamentos Especializados, em percentual	78
Gráfico 7 -	Capacidade de funcionamento dos guichês preferenciais dos setores de triagem e de dispensação de medicamentos das Farmácias de Medicamentos Especializados, em percentual	80
Gráfico 8 -	Tempo médio de espera para atendimento nos guichês das Farmácias de Medicamentos Especializados, por setor	81
Gráfico 9 -	Tempo médio de espera para atendimento nos guichês preferenciais das Farmácias de Medicamentos Especializados, por setor	84
Gráfico 10 -	Percentual de solicitações de atendimento preferencial nas Farmácias de medicamentos especializados, por tipo de demandante	87

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Situações clínicas tratadas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	9
Quadro 2 -	Diversidades das Farmácias de Medicamentos Especializados	15
Quadro 3 -	Tipos de deficiências que podem comprometer as funções físicas	23
Quadro 4 -	Percentual de pacientes idosos atendidos nas quarenta Farmácias de Medicamentos Especializados	32
Quadro 5 -	Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas para o estudo	45
Quadro 6 -	Farmácias de Medicamentos Especializados que participaram da pesquisa e suas respectivas abreviaturas	64
Quadro 7 -	Percentual de pacientes atendidos nas Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas, segundo a morbidade	67
Quadro 8 -	Percentual de pacientes atendidos, por Farmácias de Medicamentos Especializados, segundo morbidades mais frequentes	68
Quadro 9 -	Percentual de pacientes atendidos nas Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas, segundo morbidade e faixa etária	70
Quadro 10 -	Avaliação do tempo médio de espera nos guichês do setor de dispensação das Farmácias de Medicamentos Especializados, segundo a capacidade de funcionamento e número de pacientes atendidos	82

Quadro 11 - Número de solicitações de atendimento preferencial registradas nas Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas, por categoria de motivos	89
Quadro 12 - Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por Farmácia de Medicamentos Especializados, segundo a categoria legislação	91
Quadro 13 - Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por Farmácias de Medicamentos Especializados, segundo a categoria clínica	93
Quadro 14 - Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por Farmácias de Medicamentos Especializados, segundo a categoria social	96
Quadro 15 - Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por Farmácias de Medicamentos Especializados, segundo a categoria estrutura	98

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das demandas de atendimento preferencial registradas, por Farmácias de Medicamentos Especializados selecionada

86

## SIGLAS UTILIZADAS

AME -	Ambulatório Médico de Especialidades
APAC -	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
CEAF -	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEPIS -	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde
CHS -	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
CID -	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CR -	Centro de Referência em Tratamento
CS -	Centro de Saúde
dB -	Decibéis
DPOC -	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRS -	Departamento Regional de Saúde
FME -	Farmácia de Medicamentos Especializados
GAF -	Grupo de Assistência Farmacêutica
Hz -	Hertz
NAF -	Núcleo de Assistência Farmacêutica
PCDT -	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PES -	Plano Estadual de Saúde

PPP - Parceria Público-Privada

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RME - Recibo de Medicamentos Especializados

RRAS - Rede Regional de Atenção à Saúde

SES/SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada, hierarquizada e orientado por princípios e diretrizes válidos para todo território nacional (BRASIL, 2011).

As Farmácias de Medicamentos Especializados são serviços de saúde que integram o SUS, portanto suas atividades devem ser desenvolvidas de acordo com os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, entre eles: universalidade de acesso, integralidade e igualdade na assistência (BRASIL, 1990).

O princípio da igualdade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços. NORONHA et al. (2008) enfatizam que somente razões relacionadas às

necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas.

No contexto do SUS, as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, de Assistência Farmacêutica, de Medicamentos e de Humanização, não necessariamente concebidas nesta ordem, também foram consideradas no presente estudo, como marcos de referência para as ações desenvolvidas nos Serviços de Farmácia.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem por objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Com propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais, foi elaborada a Política Nacional de Medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

A Política Nacional de Medicamentos é que serviu de base para a reorientação do modelo de assistência farmacêutica no SUS, que até então era restrito às ações

voltadas para aquisição e distribuição de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Dentro desta perspectiva, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, também como parte integrante da Política Nacional de Saúde, passou a envolver um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, com vistas à garantia de acesso e do uso racional de medicamentos pela população. Tais ações compreendem a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como, a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Para garantir uma farmacoterapia racional, a assistência prestada pelos farmacêuticos aos pacientes, enquanto prática de saúde, deve envolver atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades, de forma integrada à equipe multidisciplinar de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Considerando que as ações de assistência farmacêutica são voltadas à melhoria da qualidade de vida dos pacientes, é fundamental que as especificidades biopsicossociais de cada qual, sob a ótica da

integralidade das ações de saúde, também sejam respeitadas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Neste contexto, também se inserem as Políticas Nacional e Estadual de Humanização que visam, entre outros, a solução de problemas como o despreparo para lidar com dimensões sociais e subjetivas, o desrespeito aos direitos dos usuários, a pouca utilização da voz dos profissionais de saúde e dos usuários como ferramentas de gestão, a fragmentação dos processos de trabalho no interior dos serviços de saúde, além do despreparo das instituições para investir no desenvolvimento dos profissionais de saúde e contemplar um arco mais amplo de necessidades destes profissionais - qualificação, participação, protagonismo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012).

Entre as prioridades da Política Nacional de Humanização está a redução das filas e o tempo de espera nos serviços, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo, baseados em critérios de riscos e prioridades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

## 1.2 O COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Para entender a origem do termo “Componente” dentro do contexto da Assistência Farmacêutica no SUS faz-se necessário conhecer o financiamento das ações e serviços de saúde, cujas responsabilidades são compartilhadas entre as três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O repasse dos recursos entre as esferas de governo estão organizados na forma de blocos de financiamento, sendo o da Assistência Farmacêutica constituído por outros três, denominados componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007,2009).

Considerando que os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica são muitas vezes chamados de “Medicamentos de Alto Custo”, tanto por pacientes, quanto por profissionais da área da saúde, vale resgatar o histórico conceitual desse grupo de

medicamentos especializados, citando alguns dos seus principais marcos regulatórios.

Em 1982 o termo “medicamentos excepcionais” foi estabelecido por meio da Portaria Interministerial nº3, a qual permitia, em caráter excepcional, que os serviços prestadores de assistência médica e farmacêutica pudessem adquirir e utilizar medicamentos não constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) quando a natureza ou a gravidade da doença e as condições peculiares do paciente o exigissem, e desde que não houvesse na RENAME medicamento substitutivo aplicável ao caso. Nessa época, portanto, não havia um elenco de medicamentos considerados “excepcionais” disponibilizados pelo gestor ou prestador do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982, 2010).

Em 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 2.577 foi aprovado o “Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional ou de Alto Custo” como estratégia da Política de Assistência Farmacêutica cujo objetivo foi disponibilizar medicamentos no âmbito do SUS para tratamento de agravos inseridos pelos seguintes critérios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, 2010):

- Doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou

que, em caso de uso crônico ou prolongado, resulte em tratamento de custo elevado;

- Doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, resulte em tratamento de custo elevado desde que:
  - haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro de maior gravidade e;
  - o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

A concepção do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) foi norteada pelo referencial teórico instituído na própria Constituição Federal de 1998, que em seu Artigo 198, descreve a integralidade do atendimento como uma das diretrizes para as ações e serviços públicos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A proposta do CEAF baseia-se na garantia do tratamento integral de todas as doenças contempladas no respectivo Componente desde o nível primário de atenção, o que envolve a utilização de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, até medicamentos mais complexos do ponto de vista farmacêutico e da própria indicação terapêutica e que exige, geralmente, um

acompanhamento intensivo por profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No CEAF as linhas de cuidado<sup>1</sup> para as diversas possibilidades de tratamento medicamentoso são definidas por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborados pelo Ministério da Saúde que contemplam as diferentes fases evolutivas das doenças tratadas no âmbito do Componente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A concepção do CEAF consolidou-se com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.981, a qual vem sendo atualizada por portarias complementares em virtude da revisão de PCDT já existentes e da inclusão de novos protocolos clínicos, face à incorporação de novas tecnologias no SUS com alocação no CEAF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A Portaria nº GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 trata da última atualização, a qual revoga a Portaria GM/MS nº 2.981/2009 tornando-se o marco regulatório oficial que dispõe sobre as regras de

---

<sup>1</sup> Linhas de Cuidado são definidas pelo Ministério da Saúde como "Políticas de Saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).



financiamento e execução do CEAF no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

O elenco atual de medicamentos do CEAF é composto por 197 fármacos em 379 apresentações farmacêuticas indicados para o tratamento das diferentes fases evolutivas das doenças contempladas no Componente, descritas no Quadro 1 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).

**Quadro 1.** Situações clínicas tratadas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Brasil, 2013.

Acne Grave	Dor Crônica	Leiomioma de Útero
Acromegalia	Endometriose	Lupus Eritematoso Sistêmico
Anemia Aplástica	Epilepsia	Miastenia Gravis
Anemia Hemolítica Autoimune	Esclerose Lateral Amiotrófica	Neutropenia
Anemia na Insuficiência Renal Crônica	Esclerose Múltipla	Osteodistrofia Renal
Anemia por Deficiência de Ferro	Esclerose Sistêmica	Osteoporose
Angiodema Hereditário	Espasticidade	Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-transplante hepático
Aplasia Pura Adquirida Crônica da Série Vermelha	Espondilite Ancilosante	Psoríase
Artrite Psoriática	Espondilopatia Inflamatória	Puberdade Precoce Central
Artrite Reativa – Doença de Reiter	Esquizofrenia	Púrpura Trombocitopênica Idiopática
Artrite Reumatoide	Fenilcetonúria	Raquitismo e Osteomalácia
Asma	Fibrose Cística	Retocolite Ulcerativa
Deficiência de Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo	Glaucoma	Síndrome de Guillain-Barré
Dermatomiosite e Polimiosite	Hemangioma	Síndrome de Ovários Policísticos e Hirsutismo
Diabetes Insípido	Hepatite Autoimune	Síndrome de Turner
Dislipidemia	Hepatite Viral C	Síndrome Nefrótica
Distonias Focais e Espasmo Hemafacial	Hepatite Viral Crônica B	Síndromes Coronarianas Agudas
Doença de Alzheimer	Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica	Sobrecarga de Ferro
Doença de Crohn	Hiperplasia Adrenal Congênita	Transplante Cardíaco
Doença de Gaucher	Hiperprolactinemia	Transplante de Coração e Pulmão
Doença de Paget – Osteíte Deformante	Hipertensão Arterial Pulmonar	Transplante de Medula ou Pâncreas
Doença de Parkinson	Hipoparatiroidismo	Transplante de Pulmão
Doença de Wilson	Ictioses Hereditárias	Transplante Hepático
Doença Falciforme	Imunodeficiência Primária – Doença de Addison	Transplante Renal
Doença pelo HIV Resultando em Outras Doenças	Insuficiência Adrenal Primária	Uveítes Posteriores Não-Infecciosas
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Insuficiência Pancreática Exócrina	

**Fonte:** MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b.

Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no CEAF estão divididos em três grupos (Grupos 1, 2 e 3) com características, responsabilidades e formas de organização distintas, pactuadas entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Os grupos são definidos de acordo com os seguintes critérios: complexidade do tratamento, garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado e manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. A execução do CEAF envolve as etapas<sup>2</sup> de solicitação, avaliação, autorização, dispensação dos medicamentos e renovação da continuidade do tratamento, as quais devem ocorrer somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

---

<sup>2</sup> Etapas de Execução do CEAF: **“Solicitação”** corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável em um estabelecimento de saúde designado pelo gestor estadual (Farmácias de Medicamentos Especializados); **“Avaliação”** corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento; **“Autorização”** corresponde ao parecer, de caráter administrativo, que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada e **“Dispensação”** consiste no ato de fornecer medicamento(s) previamente autorizado(s) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

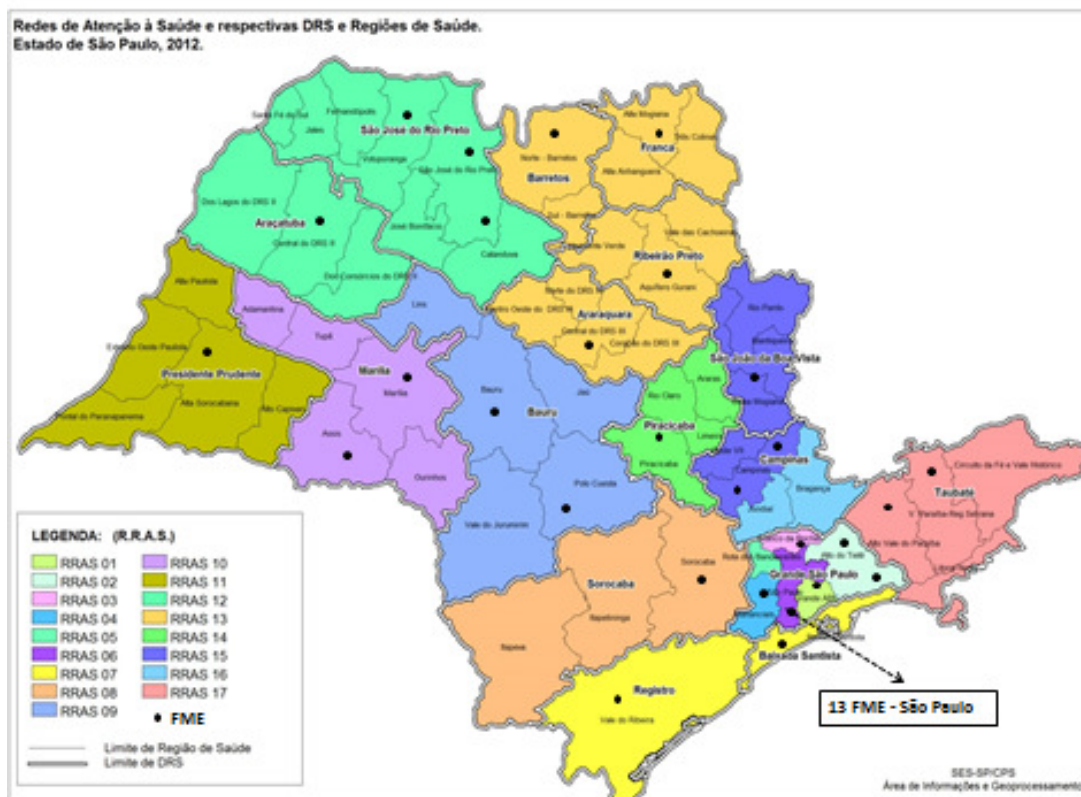
### 1.3 AS FARMÁCIAS DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

Considerando suas responsabilidades no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) conta com uma rede de 40 Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) para atendimento dos pacientes.

Nas FME, além dos pacientes cadastrados no CEAF também são atendidos pacientes que apresentam situações clínicas de relevância no Estado de São Paulo, como por exemplo, fibrose cística, alergia à proteína do leite de vaca, toxoplasmose aguda na gestação e prevenção de isoimunização Rh. Para atendimento destes pacientes, a SES/SP conta com um elenco próprio de medicamentos padronizados por Protocolos e Normas Técnicas Estaduais específicas (NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2011).

As FME estão distribuídas entre os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que conformam as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo, conforme ilustrado na Figura 1.

**Figura 1.** Distribuição das quarenta Farmácias de Medicamentos Especializados no Estado de São Paulo, por Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), São Paulo, 2013.



**Fonte:** [Adaptado] SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2013b.

No Estado de São Paulo todas as etapas de execução do CEAF (solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade de tratamento) são realizadas nas FME.

O setor de atendimento das FME possui duas áreas distintas: uma específica para triagem das solicitações de medicamentos que podem ser referentes ao

início ou renovação da continuidade de tratamento, e outra para a dispensação dos medicamentos propriamente dita, conforme ilustrado na Figura 2.

**Figura 2.** Desenho esquemático das etapas de execução do CEAF nas FME, São Paulo, 2013.



As etapas de solicitação, dispensação e de renovação da continuidade do tratamento podem ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre o gestor estadual e os gestores municipais de saúde, conforme previsto na Portaria nº 1.554/2013. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

No Estado de São Paulo, como na maioria das Regiões de Saúde do interior há apenas uma FME, várias Secretarias Municipais de Saúde realizam os trâmites referentes à solicitação, renovação da continuidade de tratamento e à retirada de medicamentos de seus munícipes na FME de sua área de abrangência. Esta prestação de serviços é coordenada pelo farmacêutico do município, que por meio de declaração autorizadora concedida pelos pacientes, os representam nas FME.

Desta forma, os pacientes atendidos diretamente nos guichês de triagem e dispensação das FME, em todas as etapas de execução do CEAF, são aqueles que residem no município onde a FME está instalada.

As 40 FME da SES/SP atendem aproximadamente 568.000 pacientes por mês <sup>3</sup>. O número de pacientes atendidos mensalmente em cada FME varia significativamente, pois apesar da maioria das FME atender ao público em geral, algumas possuem restrição de atendimento. Trata-se de FME próprias de estabelecimentos de saúde estaduais, que atendem exclusivamente seus pacientes, enquanto as demais atendem os pacientes oriundos da região de saúde de sua área de abrangência, independentemente se a origem da prescrição médica é do

---

<sup>3</sup>Sistema MEDEX, Setembro de 2012.

serviço público, suplementar ou particular, conforme descrito no Quadro 2.

**Quadro 2.** Diversidades das Farmácias de Medicamentos Especializados, por Departamento Regional de Saúde, segundo número de pacientes atendidos por mês, sua origem e situação clínica tratada, São Paulo, Setembro 2012.

Farmácia de Medicamento Especializado por Departamento Regional de Saúde	Origem do Paciente	Situações Clínicas do CEAF atendidas nas FME	Número de pacientes atendidos por mês
DRS I – AME Maria Zélia	Abrangência do DRS	Todas	53.027
DRS I – AME Várzea do Carmo	Abrangência do DRS	Todas	39.280
DRS I – CRT-AIDS	Próprio Estabelecimento	Hepatites Virais	1.010
DRS I – CS I Pinheiros	H. das Clínicas -São Paulo	Fibrose Cística	198
DRS I – CS Vila Mariana	H. São Paulo - UNIFESP	Todas	13.242
DRS I - Guarulhos	Abrangência do DRS	Todas	9.506
DRS I – H. das Clínicas de São Paulo	Próprio Estabelecimento	Todas	42.889
DRS I – H. Servidor Público Estadual	Próprio Estabelecimento	Todas	8.857
DRS I – H. Emílio Ribas	Próprio Estabelecimento	Hepatites Virais	769
DRS I – H. Geral de Pedreira	Próprio Estabelecimento	Hepatites Virais	7
DRS I – H. Heliópolis	Próprio Estabelecimento	Hepatites Virais	373
DRS I – H. Mário Covas	Abrangência NAF Santo André	Todas	28.303
DRS I – H. Regional Sul	Próprio Estabelecimento	Psiquiátricas	389
DRS I – Instituto Dante Pazzanese	Próprio Estabelecimento	Cardiológicas	4.477
DRS I – NAF* Franco da Rocha	Abrangência NAF Franco da Rocha	Todas	2.563
DRS I – NAF* Mogi das Cruzes	Abrangência NAF Mogi das Cruzes	Todas	11.156
DRS I – NAF *Osasco	Abrangência NAF Osasco	Todas	15.527
DRS I – Santa Casa São Paulo	Próprio Estabelecimento	Todas	2.309
DRS II – Araçatuba	Abrangência do DRS	Todas	14.986
DRS III – Araraquara	Abrangência do DRS	Todas	9.435
DRS IV – Baixada Santista	Abrangência do DRS	Todas	23.395
DRS IX – Marília	Abrangência do DRS	Todas	14.058
DRS IX – NAF* Assis	Abrangência NAF Assis	Todas	7.468
DRS V – Barretos	Abrangência do DRS	Todas	10.823
DRS VI – Bauru	Abrangência do DRS	Todas	18.789
DRS VI – NAF* Botucatu	Abrangência NAF Botucatu	Todas	10.439
DRS VII – Campinas	Abrangência do DRS	Todas	52.669
DRS VII – H. das Clínicas – UNICAMP	Próprio Estabelecimento	Todas	7.098
DRS VIII – Franca	Abrangência do DRS	Todas	12.269
DRS X – Piracicaba	Abrangência do DRS	Todas	21.159
DRS XI – Presidente Prudente	Abrangência do DRS	Todas	14.316
DRS XII – Registro	Abrangência do DRS	Todas	2.517
DRS XII – H. Clínicas Ribeirão Preto	Abrangência do DRS	Todas	20.453
DRS XIV – São João da Boa Vista	Abrangência do DRS	Todas	12.292
DRS XV – H. Base S. J. do Rio Preto	Próprio Estabelecimento	Todas	10.861
DRS XV – H. João Paulo II	Abrangência do DRS	Todas	15.593
DRS XV - Votuporanga	Abrangência do DRS	Todas	12.986
DRS XVI – Conjunto H. de Sorocaba	Abrangência do DRS	Todas	24.657
DRS XVII – NAF* São José dos Campos	Abrangência NAF S. J. Campos	Todas	8.932
DRS XVII - Taubaté	Abrangência do DRS	Todas	8.872
<b>TOTAL</b>			<b>567.949</b>

\*NAF – Núcleo de Assistência Farmacêutica

**Fonte:** Sistema MEDEX, Setembro 2012.

A diversidade também se aplica no perfil das situações clínicas tratadas, ou seja, enquanto a maioria das FME atende de forma geral todas as morbidades cujas linhas de cuidado estão definidas nos protocolos clínicos do CEAF e da SES/SP, outras atendem apenas algumas situações específicas em função do perfil de especialização médica do Estabelecimento de Saúde ao qual estão vinculadas.

As FME também possuem importantes diferenças com referência às condições de informatização, infraestrutura e recursos humanos.

Quanto à informatização a SES/SP adotou o Sistema MEDEX para controle da dispensação de medicamentos aos pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializados e para o faturamento. Este Sistema utiliza a base Oracle para armazenamento dos dados, opera com restrição de senha para que o acesso às informações seja realizado apenas por profissionais autorizados pelo gestor estadual, gerenciando todas as etapas de execução do CEAF.

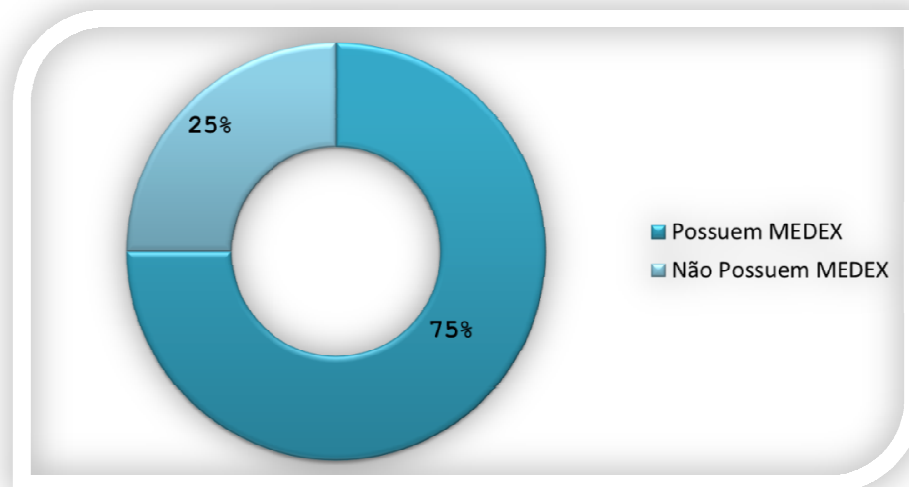
O registro dos dados no MEDEX é realizado em tabelas específicas: cadastro de pacientes, de médicos solicitantes, de avaliadores, de autorizadores, de unidades solicitantes, executantes (FME) e autorizadoras,



lotos de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) eletrônica, usuários, código de procedimentos/medicamentos, classificação estatística internacional de doenças (CID-10), quantidade máxima permitida pelo SUS para dispensação dos medicamentos do CEAF, entre outras.

Nem todas as FME utilizam o sistema MEDEX adotado pela SES/SP para monitoramento da execução do CEAF e controle da dispensação dos medicamentos. Por exemplo, a FME do Hospital das Clínicas de São Paulo optou por utilizar sistema próprio, enquanto outras por motivos diversos aguardam a implantação do sistema. A Figura 3 aponta a proporção entre as FME que possuem o MEDEX e as que ainda não possuem.

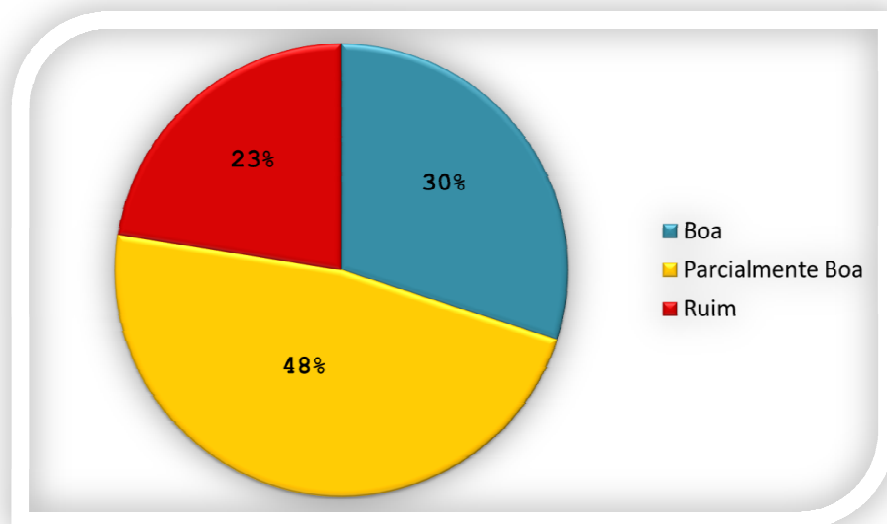
**Figura 3.** Situação de informatização das quarenta FME da SES/SP, segundo utilização do Sistema MEDEX, São Paulo, 2013.



**Fonte:** [Adaptado] NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2011.

Quanto à infraestrutura das FME, a Figura 4 apresenta o resultado de um diagnóstico situacional realizado a partir de percepção dos farmacêuticos responsáveis pelas quarenta FME sobre a situação de seus respectivos serviços. (NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2011).

**Figura 4.** Condições de infraestrutura das quarenta FME da SES/SP, segundo percepção dos farmacêuticos responsáveis pelos respectivos serviços, São Paulo, 2013.



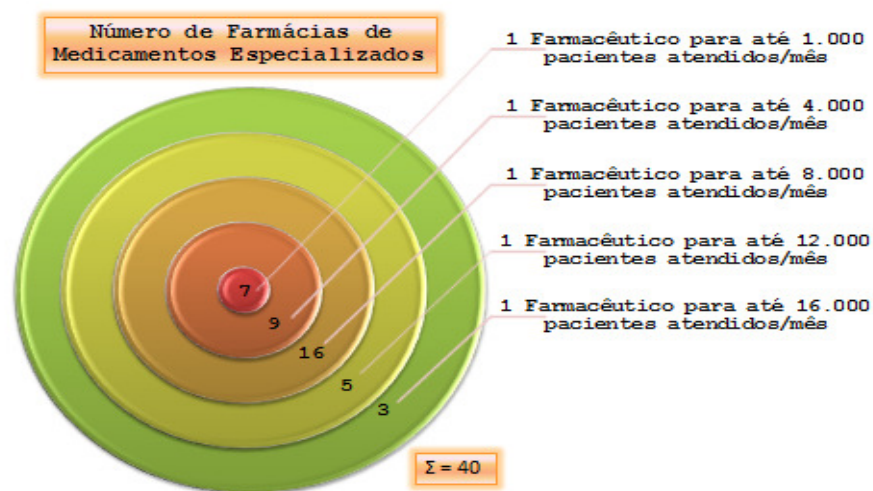
**Fonte:** [Adaptado] NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2011.

Com referência aos recursos humanos disponíveis nas FME também há diferenças. Por exemplo, há várias farmácias que possuem um único farmacêutico para atendimento de seus pacientes enquanto outras possuem até 15 farmacêuticos (NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA,

2011). No entanto, considerando que o número de pacientes atendidos por mês em cada FME também é bastante variável, é importante correlacioná-lo com o número de profissionais farmacêuticos que compõem o quadro funcional dos serviços. Pois, a assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos, o monitoramento das etapas de execução do CEAF, a garantia do acesso igualitário, entre outras atividades, compreendem responsabilidades técnicas e administrativas dos farmacêuticos.

Na Figura 5 observa-se que a maioria das FME possui um farmacêutico para mais de 8.000 pacientes atendidos no mês.

**Figura 5.** Relação entre o número de farmacêuticos das FME da SES/SP e o respectivo número de pacientes atendidos por mês, São Paulo, 2013.



**Fonte:** [Adaptado] NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2011.

Atualmente, não há um padrão de referência quanto aos requisitos obrigatórios de infraestrutura e recursos humanos nas FME. No entanto, cabe esclarecer que o Grupo de Assistência Farmacêutica<sup>4</sup> realizou um estudo para construção dos padrões de referência para prestação de Assistência Farmacêutica nas unidades de farmácia da SES/SP, ainda não publicado. Também está em desenvolvimento um Projeto de Parceria Público-Privada (PPP) de reorganização, estruturação, implantação e operação dos processos logísticos e assistenciais da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2013a).

#### 1.4 ATENDIMENTO PREFERENCIAL

As pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, os idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo, têm direito ao atendimento prioritário, obrigatório nas repartições

---

<sup>4</sup> O Grupo de Assistência Farmacêutica foi reorganizado e integrado na estrutura básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de acordo com o disposto no Decreto nº 59.225, de 22 de maio de 2013, em função da necessidade de reorientar o modelo, promover o acesso e o uso racional de medicamentos à população e otimizar a gestão da assistência farmacêutica no Estado.

públicas e empresas concessionárias de serviços públicos, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato, de acordo com o disposto na Lei Federal nº 10.048/2000 e na Lei nº 10.471/2003 que instituiu o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2000, 2003b).

O Decreto-Lei nº 5.296/2004 que regulamenta a Lei nº 10.048/2000 define os conceitos de tratamento diferenciado e atendimento imediato que conformam o atendimento prioritário e também caracteriza as especificidades das pessoas portadoras de deficiências ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

O tratamento diferenciado, conforme disposto no Decreto-Lei nº 5.296/2004, inclui dentre outros: assentos de uso preferencial sinalizados; espaços e instalações acessíveis; mobiliário de recepção e atendimento obrigatoriamente adaptado à altura e à condição física de pessoas em cadeira de rodas; pessoal capacitado para prestar atendimento às pessoas com deficiência auditiva, visual, mental e múltipla, bem como às pessoas idosas; disponibilidade de área especial para embarque e desembarque de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida; divulgação, em lugar visível, do direito de atendimento prioritário; admissão de entrada e

permanência de cão-guia de acompanhamento junto de pessoa portadora de deficiência ou de treinador nos locais de uso público ou coletivo, mediante apresentação da carteira de vacina atualizada do animal (BRASIL, 2004).

O atendimento imediato, segundo o Decreto-Lei nº 5.296/2004, é aquele prestado aos idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, às gestantes, às lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo, antes de qualquer outra, depois de concluído o atendimento que estiver em andamento (BRASIL, 2004).

E considera-se, para os efeitos do Decreto-Lei nº 5.296/2004 (BRASIL, 2004):

**I - pessoa portadora de deficiência,** além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003<sup>5</sup>, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

- a) Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de uma das deficiências relacionadas no Quadro 3, exceto as deformidades

---

<sup>5</sup> A Lei nº 10.690 isenta do Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI), os automóveis de passageiros de fabricação nacional, quando adquiridos por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou **autistas**, diretamente ou por intermédio de seu representante legal. Por esta razão, os autistas foram incluídos no Decreto-Lei nº 5.296/2004 (BRASIL, 2003a).

estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

**Quadro 3.** Tipos de deficiências que podem comprometer as funções físicas, segundo Decreto-Lei nº 5.296/2004, São Paulo, 2013.

Deficiências Físicas	Definição
Paraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
Paraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
Monoplegia	Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior)
Monoparesia	Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior)
Tetraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Tetraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros.
Triparesia	Perda parcial das funções motoras em três membros.
Hemiplegia	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Hemiparesia	Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de coleta; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).
Amputação ou ausência de membro	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
Paralisia cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.
Nanismo	Deficiência acentuada no crescimento. É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a in capacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esclarecemos que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoios adequados às suas características.

**Fonte:** MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2007.

b) Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz;

c) Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

d) Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. Comunicação;
2. Cuidado pessoal;
3. Habilidades Sociais;
4. Utilização dos recursos da comunidade;
5. Saúde e segurança;
6. Habilidades acadêmicas;
7. Lazer; e
8. Trabalho;

e) Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

**II - pessoa com mobilidade reduzida**, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade



de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção (BRASIL, 2004).

O Decreto-Lei nº 5.296/2004, além de regulamentar as leis referentes ao atendimento preferencial, também estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade<sup>6</sup>. No entanto, este tema não foi abordado no presente estudo, uma vez que a concepção e a implantação dos projetos arquitetônicos e urbanísticos das edificações próprias da SES/SP estão sob a responsabilidade do Grupo Técnico de Edificações, vinculado à Coordenadoria Geral de Administração da SES/SP.

O dicionário Houaiss da língua portuguesa define o adjetivo preferencial como “que tem preferência” e o substantivo preferência como “direito ou faculdade de passar à frente dos outros; prioridade”. A definição dada ao adjetivo prioritário é “que tem prioridade”, sendo o substantivo prioridade definido como “preferência; condição do que está em primeiro lugar em importância, urgência e necessidade” (HOUAISS, 2004).

---

<sup>6</sup> O Decreto nº 5.296/2004 define **acessibilidade** como a condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

Considerando essas definições, percebe-se que os termos "atendimento preferencial" e "atendimento prioritário" têm sido utilizados como sinônimos nas várias legislações relacionadas ao tema, divergindo apenas na opção de redação do texto, adotada por quem as elaborou. No presente estudo adotou-se o termo "atendimento preferencial".

São inúmeras as referências na literatura sobre atendimento dos usuários do SUS com base na avaliação clínica dos pacientes e no acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde que prestam assistência médica. Mas, quanto a serviços de saúde que prestam Assistência Farmacêutica não há estudos específicos que abordam a prioridade de atendimento com foco na situação clínica dos pacientes que necessitam comparecer regularmente nas Farmácias para retirar seus medicamentos.

Vários governos municipais e estaduais sancionaram suas próprias legislações referentes a atendimento preferencial, inclusive para Farmácias, como por exemplo, a Lei nº 4.395/2004 do Estado do Rio de Janeiro, na qual em seu artigo 1º dispõe: "Terão prioridade de atendimento em todas as farmácias, instaladas nos limites territoriais do Estado do Rio de

Janeiro, os maiores de 60 (sessenta anos), as grávidas, pessoas com crianças de colo (até dois anos) e os portadores de deficiência" (RIO DE JANEIRO, 2004). A título de exemplo, é interessante citar outras duas leis:

- Lei nº 11.248/1992, do Município de São Paulo, a qual "dispõe sobre o atendimento preferencial de gestantes, mães com crianças de colo, idosos e deficientes em estabelecimentos comerciais, de serviço e similares, e dá outras providências" (SÃO PAULO, 1992);

- Lei nº 10.945/1997, do Estado do Rio Grande do Sul, a qual "dispõe sobre o atendimento preferencial e obrigatório aos idosos, gestantes e pessoas portadoras de deficiência, nos diferentes níveis de atenção à saúde, pelo SUS/RS" (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Observa-se que as leis supracitadas, assim como outras que foram pesquisadas, dispõem sobre o atendimento preferencial exclusivo ao grupo de pessoas que já possuem este direito assegurado pela Lei Federal nº 10.048/2000 e pelo Estatuto do Idoso.

## 2 JUSTIFICATIVA

### 2.1 MOTIVAÇÃO

Antes de dissertar sobre o problema propriamente dito que justificou o desenvolvimento desta pesquisa, é relevante discorrer sobre minha motivação pessoal e profissional para sua realização, principalmente considerando o objetivo do Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde que é o de “capacitar profissionais da Saúde para a prática transformadora no âmbito da Saúde Coletiva, visando à solução de problemas e a proposição de inovações para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do método científico e da atualização do conhecimento” (INSTITUTO DE SAÚDE, 2012).

Graduada em Farmácia pela Universidade Metodista de Piracicaba (1995), Especialista em Farmácia Homeopática pela Universidade Metodista de Piracicaba (1998), Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto (1999), iniciei minha carreira no Serviço Público em 1997, sendo classificada em 1º lugar no Concurso Público do Conjunto Hospitalar de

Sorocaba (CHS), realizado em 1996 para contratação de farmacêuticos, quando assumi a única vaga disponível naquele período, em regime "estatutário/efetivo".

Entre as inúmeras atividades que desenvolvi no âmbito da Farmácia Hospitalar, tive a oportunidade de exercer a gestão da Farmácia Hospitalar do CHS por um período de aproximadamente três anos.

No ano de 2000, passei a exercer exclusivamente a função de farmacêutica responsável pela Farmácia de Medicamentos Especializados do CHS, de onde saí em 2008 para atender ao convite da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos da SES/SP para integrar a equipe da Assistência Farmacêutica, especificamente na gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Na trajetória de oito anos em que estive à frente das atividades desenvolvidas na FME do CHS vivenciei inúmeras situações que demandaram atendimento preferencial aos pacientes, principalmente pelos agravos de saúde dos mesmos, considerando que o elenco de medicamentos do CEAF é específico para tratamento de doenças de alta complexidade. A principal dificuldade era estabelecer quais situações deveriam receber

atendimento preferencial, assim como a ordem de prioridade entre elas.

A partir de abril de 2008 quando passei a exercer minhas atividades no Núcleo de Assistência Farmacêutica da SES/SP, também voltadas para o CEAF, mas de forma mais abrangente, pois no nível central da SES/SP realizamos atividades de planejamento e coordenação das ações de Assistência Farmacêutica que englobam todas as FME do Estado de São Paulo, observei que as mesmas dificuldades que vivenciara no atendimento da FME do CHS, também ocorriam nas outras FME do Estado.

Em 2011 a Assistência Farmacêutica passou a ser uma das prioridades de gestão da SES/SP, evidenciada na diretriz nº 05 "Aperfeiçoar o processo de descentralização e regionalização da Assistência Farmacêutica", do eixo I - Aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde do SUS, do Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo 2012 - 2015 (NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2011).

Por meio de uma gestão focada na visão sistêmica, na transversalidade dos processos, no monitoramento do alcance de metas e no trabalho em equipe, o Grupo de Assistência Farmacêutica da SES/SP fundamentou sua Missão:

“Planejar e coordenar as ações de Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo, promovendo o acesso ao medicamento e seu uso racional, prestando assistência integrada e humanizada ao paciente e à equipe de saúde, investindo em pesquisa, capacitação, qualificação dos serviços e gerenciamento contínuo das estratégias de assistência farmacêutica com responsabilidade socioambiental” (NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2011).

A nova perspectiva de trabalho frente à missão da Assistência Farmacêutica, somada a minha vivência no atendimento aos pacientes cadastrados no CEAF, tanto como farmacêutica que ao longo de oito anos teve contato direto com pacientes, quanto como gestora, foram os grandes motivadores que me levaram ao desenvolvimento deste estudo, sempre pensando na qualificação do serviço e na assistência humanizada ao paciente.

## 2.2 O PROBLEMA

As Farmácias de Medicamentos Especializados atendem aproximadamente 568.000 pacientes portadores de

doenças de alta complexidade por mês <sup>7</sup>. No estudo exploratório realizado a partir dos Sistemas MEDEX e SIA/SUS quanto à faixa etária dos pacientes cadastrados nas 40 FME, observou-se que 48,36% são idosos, mas em várias FME o percentual de idosos atendidos no mês é superior, conforme demonstrado no Quadro 4.

**Quadro 4.** Percentual de pacientes idosos atendidos nas 40 Farmácias de Medicamentos Especializados, por Departamento Regional de Saúde, São Paulo, 2012.

Farmácia de Medicamentos Especializados	% Idosos	Farmácia de Medicamentos Especializados	% Idosos
DRS I – AME Maria Zélia	53,69	DRS IV – Baixada Santista	53,63
DRS I – AME Várzea do Carmo	47,29	DRS IX - Marília	51,17
DRS I – CRT / AIDS	19,60	DRS IX - NAF Assis	50,94
DRS I – CS I PINHEIROS	0,51	DRS V – Barretos	49,73
DRS I – CS Vila Mariana	39,23	DRS VI – Bauru	48,05
DRS I – Guarulhos	40,21	DRS VII – NAF Botucatu	45,32
DRS I – H. das Clínicas de São Paulo	44,30	DRS VII – Campinas	50,19
DRS I – H. Servidor Público Estadual	62,61	DRS VII – Hospital das Clínicas - UNICAMP	39,81
DRS I – Hospital Emílio Ribas	17,69	DRS VIII – Franca	47,75
DRS I – Hospital Geral de Pedreira	0,00	DRS X – Piracicaba	51,62
DRS I – Hospital Heliópolis	29,22	DRS XI – Presidente Prudente	53,48
DRS I – Hospital Mário Covas	45,98	DRS XII – Registro	38,62
DRS I – Hospital Regional Sul	14,40	DRS XIII – H. das Clínicas de Ribeirão Preto	47,84
DRS I – Instituto Dante Pazzanese	68,66	DRS XIV – São João da Boa Vista	50,03
DRS I – NAF Franco da Rocha	32,42	DRS XV – H. Base de São José do Rio Preto	52,29
DRS I – NAF Mogi das Cruzes	41,75	DRS XV – Hospital João Paulo II	56,19
DRS I – NAF Osasco	39,54	DRS XV – Votuporanga	54,51
DRS I – Santa Casa São Paulo	35,51	DRS XVI – Conjunto Hosp. de Sorocaba	45,47
DRS II – Araçatuba	47,50	DRS XVII – NAF São José dos Campos	42,20
DRS III – Araraquara	44,66	DRS XVII - Taubaté	44,45

**Fonte:** Sistema MEDEX e SIA/SUS, setembro 2012.

As FME não possuem critérios definidos e padronizados para atendimento preferencial a usuários que possuem este direito assegurado em legislação, assim como

<sup>7</sup> Sistemas MEDEX e SIA/SUS, Setembro de 2012.



para vários outros casos específicos que surgem no dia a dia.

A SES/SP tem sido questionada sistematicamente pela Procuradoria Geral de Justiça do Estado de São Paulo quanto a cumprimento de atendimento preferencial nas FME de acordo com o disposto nas legislações vigentes, principalmente com referência ao cumprimento do Estatuto do Idoso. No entanto, realizar atendimento preferencial nas FME não é simplesmente dar cumprimento à lei. Pois, a maioria dos pacientes cadastrados, independente da idade, tem doenças crônicas de alta complexidade que também podem demandar inúmeras situações diferenciadas de atendimento preferencial em função dos agravos que ocorrem na fase evolutiva das doenças.

O Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde dispõe que o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde deve ser fundamentado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, de acordo com as disposições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Face ao contexto exposto, para viabilizar nas Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP o atendimento preferencial aos pacientes com critérios pré-

estabelecidos, incluindo os previstos em legislação, sem infringir o princípio de igualdade na assistência à saúde, é necessário primeiramente identificar as necessidades de atendimento preferencial que surgem no dia a dia das Farmácias, explorando várias hipóteses, entre elas:

- Considerando o alto índice de pacientes idosos nas FME, será que todas as farmácias estão conseguindo atendê-los preferencialmente, conforme preconizado em legislação?

- Face à complexidade das doenças contempladas no CEAF, será que nas FME está sendo garantido aos pacientes com agravo clínico, atendimento preferencial do mesmo modo que o proporcionado aos que possuem amparo em legislação, visando o acesso igualitário?

- Somente pacientes com alguma situação clínica debilitante ou incapacitante pleiteiam atendimento preferencial nas Farmácias?

- Situações sociais, como por exemplo, horário de trabalho ou tipo de profissão do paciente pode demandar atendimento preferencial? Isto é, juiz de direito, médico, agente prisional, cuidador de paciente acamado, necessitam de atendimento preferencial somente em função da atividade profissional que exercem?

- O fato de um paciente trabalhar em regime de carga horária extensa, apresentando dificuldade em permanecer na fila da Farmácia justifica sua necessidade atendimento preferencial?

- Os pacientes com mais de 60 anos, que estejam bem clinicamente, com boa disposição física e ainda se sentindo joviais querem ser atendidos preferencialmente?

- Qual é a média de tempo de espera para atendimento nas FME? Será que todas as FME possuem atendimento ágil?

Neste sentido, a fim de obter respostas que possam embasar a elaboração de critérios para o atendimento preferencial com vistas à qualificação dos serviços de farmácia e humanização do atendimento, é fundamental estudar o que de fato acontece no atendimento das FME.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Analisar a implementação do atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, segundo a legislação prevista e as necessidades dos pacientes cadastrados, com vistas à elaboração de proposta de critérios de atendimento.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- a) Traçar o perfil dos pacientes cadastrados nas FME;
- b) Caracterizar o atendimento das FME;
- c) Identificar a demanda de atendimento preferencial nas FME;
- d) Identificar as regras existentes sobre atendimento preferencial e
- e) Propor critérios de atendimento preferencial, frente às necessidades dos pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa qualitativa desenvolvida pelo método de pesquisa-ação.

Na abordagem qualitativa o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (TERENCE e ESCRIVÃO FILHO, 2006).

Dentro desta perspectiva, o método de pesquisa-ação foi adotado como referencial metodológico deste estudo por permitir a participação ativa dos sujeitos que vivenciam na prática cotidiana a situação-problema investigada, durante o desenvolvimento da pesquisa.

O método de pesquisa-ação, inicialmente adotado em estudos das áreas de Ciências Sociais e Humanas, vem sendo utilizado em várias outras áreas do conhecimento, inclusive nas Ciências da Saúde.

Neste estudo, para adequação dos princípios da pesquisa-ação ao objeto de investigação, adotaram-se como referenciais teóricos os estudos realizados por ENGEL (2000), GIL (2002), TRIPP (2005), TERENCE e ESCRIVÃO FILHO (2006) e THIOLENT (2011).

ENGEL (2000) esclarece que a pesquisa-ação procura unir a pesquisa à ação ou prática, isto é, desenvolve o conhecimento e a compreensão como parte da prática, sendo uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta.

Neste contexto, a utilização da pesquisa-ação se torna favorável quando os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos da maioria das pesquisas convencionais e sim querem pesquisas nas quais as pessoas implicadas tenham algo a "dizer" e a "fazer" (THIOLENT, 2011).

TERENCE e ESCRIVÃO FILHO (2006) resumem de forma clara e objetiva as principais características da pesquisa-ação, mencionadas a seguir, por corroborarem as técnicas metodológicas adotadas no estudo:

- é flexível, pois se delinea à medida que se desenrola;

- é um método adaptável, que auxilia os pesquisadores e usuários a lidarem com a inserção de conhecimentos na prática;
- demanda o envolvimento integral do investigador na tentativa de mudar a organização;
- preconiza que o problema de pesquisa deve ser formulado com base nos dados coletados para o diagnóstico e na discussão do tema com os sujeitos envolvidos, o que faz pressupor a participação ativa de representantes dos grupos implicados;
- resulta na interação do pesquisador com os sujeitos envolvidos, que colaboram na identificação dos problemas organizacionais e de sua possível solução;
- está orientada para o futuro, pois facilita a criação de soluções voltadas para um futuro desejado pelos interessados, processo no qual o presente é considerado um momento de análise da situação vigente e o futuro próximo, uma instância a ser levada em conta ao se delinearem as ações e suas chances de êxito;
- estabelece que os dados coletados representem a realidade organizacional como um todo e não uma amostra da mesma configurada estatisticamente, sendo, de forma geral, obtidos por meio de técnicas interativas;
- propõe que os dados sejam levantados, tendo em vista elaborar-se o diagnóstico organizacional, ou seja, a identificação dos problemas e a formulação de alternativas de soluções, ajustadas às necessidades reais da organização;
- demanda desenvolvimento teórico para informar um desenvolvimento de práticas mais confiáveis e consistentes, de modo que ferramentas, técnicas,

modelos ou métodos desenvolvidos são possíveis expressões do resultado da pesquisa-ação.

O planejamento de uma pesquisa-ação é muito flexível em função das circunstâncias e da dinâmica interna da equipe de pesquisa no seu relacionamento com a situação investigada. Sendo assim, não pressupõe uma divisão rígida e cronologicamente ordenada de etapas a serem seguidas.

Para melhor organização e concepção da pesquisa-ação THIOLENT (2011) sugere um conjunto de ações, na forma de um roteiro a ser seguido, onde o ponto de partida é a "fase exploratória" e o ponto de chegada é a "divulgação dos resultados", sabendo que no intervalo vários pontos deverão ser considerados para desenvolvimento do estudo: escolha do tema, colocação dos problemas, construção da teoria, elaboração de hipóteses, organização de seminários, delimitação do campo de observação, coleta de dados, aprendizagem, comparação do saber formal do pesquisador com o saber informal dos participantes e elaboração do plano de ação.

A fase exploratória de uma pesquisa-ação se inicia na formulação do projeto de pesquisa, normalmente elaborado pelo pesquisador antes do contato com os demais participantes, porque é nesta fase que se aprecia



prospectivamente a viabilidade de uma intervenção de tipo pesquisa-ação no meio considerado, por intermédio de um levantamento inicial da situação e dos problemas prioritários a serem investigados e das eventuais ações para solucioná-los (THIOLLENT, 2011).

A fase exploratória é finalizada quando o tema e as questões práticas do estudo são apresentados pelo pesquisador aos demais participantes, discutindo e avaliando o diagnóstico inicial da situação-problema, para sensibilização da equipe frente aos objetivos da pesquisa. Pois, o método da pesquisa-ação só se aplica quando pesquisador e participantes compartilham das mesmas preocupações e objetivos frente à situação-problema apresentada e assumem o compromisso de trabalho conjunto na busca de soluções ou ao menos, de uma possível transformação para a situação investigada.

Considerando esta característica do método da pesquisa-ação, em que pesquisadores e membros da situação-problema se reúnem para avaliar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação, a principal técnica utilizada para desenvolvimento da pesquisa, ao redor da qual as outras se desencadeiam, é o "seminário" (THIOLLENT, 2011).

Desta forma, na pesquisa-ação, os seminários são considerados espaços deliberadamente criados com a intenção de aprofundar conhecimentos constituídos pelo pesquisador e membros da situação-problema durante o processo de investigação.

Segundo THIOLENT (2011) várias outras técnicas podem ser utilizadas na pesquisa-ação para coleta de dados dentro do campo da observação delimitado como entrevistas coletivas ou individuais, observação participante, questionários e formulários aplicáveis em maior escala.

O diferencial da pesquisa-ação é que sejam quais forem os tipos de técnicas utilizadas, elas sempre se desencadeiam sob o controle dos seminários, onde pesquisador e participantes avaliam e determinam quais informações são necessárias para o desenvolvimento do estudo e qual a técnica mais adequada para coletá-las (THIOLENT, 2011).

O seminário centraliza as informações coletadas, discute as interpretações, recolhe as propostas dos participantes, bem como contribuições de especialistas convidados e a partir dos consensos elabora diretrizes de pesquisa e de ação que serão testadas na

prática dos atores considerados (GIL, 2002; THIOLENT, 2011).

Para tanto, THIOLENT (2011) pondera sobre a importância de o pesquisador ter certa didática para coordenar os procedimentos argumentativos durante os seminários, de forma a fomentar a participação igualitária de todos os membros, buscando o consenso da equipe frente:

- À colocação dos problemas a serem estudados conjuntamente;
- Às explicações ou soluções apresentadas pelo pesquisador e que são submetidas à discussão entre os participantes;
- Às deliberações relativas à escolha dos meios de ação a serem implementados;
- Às avaliações dos resultados da pesquisa e da correspondente ação desencadeada.

Na concepção da pesquisa-ação, pesquisador e participantes devem chegar a um relacionamento adequado entre saber formal e saber informal, considerando que o objeto investigado envolve produção e circulação de informação, permitindo uma capacidade de aprendizagem de toda a equipe (THIOLENT, 2011).

Todos os assuntos debatidos, consensos da equipe e materiais produzidos nos seminários são registrados sob a forma de atas, que devem ser concebidas, validadas por todos os participantes e arquivadas de modo adequado a uma fácil consulta por parte de qualquer participante (THIOLENT, 2011).

#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Na pesquisa-ação a população a ser investigada é sistematicamente selecionada por critérios de intencionalidade, em função da relevância que apresentam em relação à situação-problema (THIOLENT, 2011).

Desta forma, considerando os princípios da pesquisa-ação, a abordagem qualitativa do estudo, as diversidades das FME e a viabilidade operacional, foram selecionadas 10 FME para compor o "locus" de observação, pelos seguintes critérios e intencionalidades:

- Realizar atendimento de pacientes em tratamento de qualquer uma das situações clínicas, cujas linhas de cuidado estão previstas nos Protocolos Clínicos do CEAF e da SES/SP, para identificar a diversidade de

motivos que possam demandar atendimento preferencial;

- Realizar dispensação de medicamentos a pacientes por intermédio do sistema informatizado MEDEX, para possibilitar a coleta de dados secundários referentes à pacientes cadastrados, com o objetivo de caracterizar o perfil dos pacientes atendidos, segundo a faixa etária e morbidade;
- Estar localizada na abrangência de regiões de saúde tanto da capital quanto do interior do Estado de São Paulo.

O Quadro 5 apresenta as 10 FME selecionadas para o desenvolvimento do estudo.

**Quadro 5.** Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas para o estudo, por Departamento Regional de Saúde, São Paulo, 2012.

Farmácias de Medicamentos Especializados por Departamento Regional de Saúde (DRS)	Número de Pacientes Atendidos por mês
DRS I - AME Maria Zélia	53.027
DRS I - AME Várzea do Carmo	39.280
DRS I - CS Vila Mariana	13.242
DRS VI - Bauru	18.789
DRS VIII - Franca	12.269
DRS X - Piracicaba	21.159
DRS IX - Presidente Prudente	14.316
DRS XV - Hospital de Base de São José do Rio Preto	10.861
DRS XVI - Conjunto Hospitalar de Sorocaba	24.657
DRS XVII - Taubaté	8.872

**Fonte:** Sistema MEDEX, Setembro de 2012.

### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa ou "participantes", terminologia comumente utilizada na pesquisa-ação justamente pelo fato dos sujeitos "participarem" ativamente das discussões e decisões acerca do processo de investigação, foram os farmacêuticos e técnicos representantes das FME selecionadas e do Grupo de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (GAF-SES/SP).

Considerando que a pesquisa é vinculada ao Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde, cujo objetivo é a formação de profissionais que atuam em serviços de saúde no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, e a possibilidade de que seus resultados sejam incorporados para benefício dos próprios serviços, optou-se por utilizar documento oficial do GAF SES/SP para viabilizar e legitimar a participação dos farmacêuticos e técnicos no desenvolvimento da pesquisa-ação.

Assim, os sujeitos da pesquisa foram convidados pela pesquisadora a participar do estudo por intermédio de ofício do GAF-SES/SP ao Diretor Técnico do

Departamento Regional de Saúde da abrangência da FME selecionada.

O convite por meio de ofício do GAF-SES/SP também foi imprescindível pelo fato dos participantes necessitarem de autorização do gestor para afastamento de suas funções e cobertura dos gastos com o deslocamento até o local de realização dos seminários, subsidiados financeiramente, de acordo com as regras da instituição onde estão lotados.

Constou do ofício a justificativa para o desenvolvimento da pesquisa, seus objetivos, o método adotado e a possibilidade de substituição do participante por outro farmacêutico da FME selecionada, em situações excepcionais, como por exemplo, período de férias de um dos participantes durante o desenvolvimento do estudo.

A flexibilidade de substituição dos participantes foi possível porque na pesquisa-ação o objeto de investigação, conforme destaca THIOLENT (2011), não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação. Acrescenta-se o fato da maioria das FME possuir mais de um farmacêutico conhecedor da situação-problema investigada.

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

Durante a elaboração do projeto de pesquisa, foi realizado um estudo exploratório na base de dados do Sistema MEDEX e SIA/SUS para identificar possíveis situações-problemas relacionadas à necessidade de atendimento preferencial dos pacientes por faixa etária e principais situações clínicas atendidas nas 40 FME da SES/SP.

O resultado deste estudo exploratório serviu de base para a equipe de pesquisa fundamentar a escolha das técnicas adotadas. O "Seminário" foi eleito como técnica principal da pesquisa-ação, por intermédio da qual outros instrumentos para coleta de dados foram elaborados pela equipe e aplicados na FME, em função dos objetivos específicos a serem alcançados, conforme ilustrado na Figura 6.



**Figura 6.** Desenho esquemático das técnicas e instrumentos utilizados para a coleta de dados. São Paulo, 2013.



#### 4.4.1 Seminários

Foram realizados cinco seminários presenciais, no período de outubro de 2012 a abril de 2013, com carga-horária de seis horas por encontro.

Por se tratar de estudo apoiado pelo gestor estadual, com vistas à incorporação de resultados, toda infraestrutura necessária para a realização dos seminários foi disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

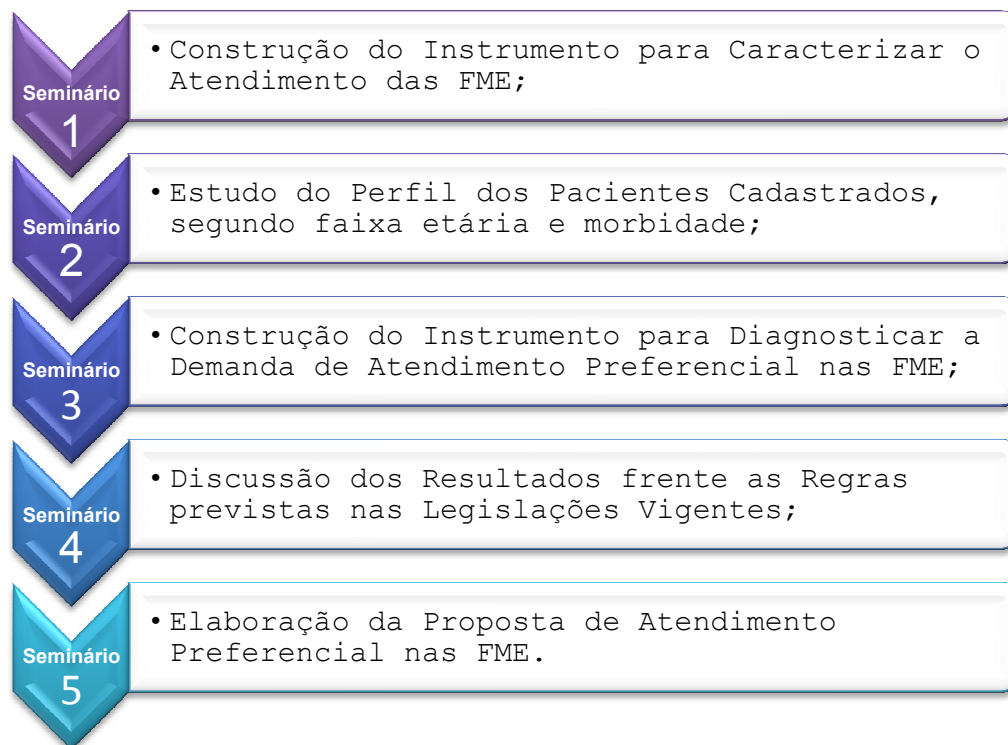
A equipe dos seminários foi constituída pelos seguintes membros:

- Pesquisadora;
- Um farmacêutico representante de cada FME selecionada;
- Um farmacêutico representante do GAF-SES/SP, com experiência na gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Um técnico representante do GAF-SES/SP, com experiência na gestão da Tecnologia de Informação;
- Participantes esporádicos: outros farmacêuticos e técnicos das FME selecionadas convidados a contribuir no desenvolvimento do estudo por sua experiência prática frente a determinadas situações-problemas; e
- Orientadora da pesquisa, convidada a contribuir no desenvolvimento do estudo por sua experiência em Saúde Coletiva e como profissional médica, frente a determinadas situações-problemas.

Os cinco seminários foram coordenados e organizados pela pesquisadora com os seguintes materiais: pauta, lista de controle de presença, pasta individual por FME e atas.

Os temas abordados e atividades desenvolvidas em cada seminário foram pautados de acordo com as ações necessárias para desenvolvimento da pesquisa, frente aos objetivos específicos a serem alcançados. Na Figura 7 são descritos os temas principais abordados em cada um dos cinco seminários.

**Figura 7.** Principais temas abordados, por Seminário, segundo objetivos específicos do estudo, São Paulo, 2013.



#### 4.4.2 Coleta de dados secundários

Considerando as funcionalidades do Sistema MEDEX e a autorização do gestor estadual para acesso aos dados dos pacientes desde que fosse assumido o compromisso de sigilo quanto à identidade dos mesmos, optou-se por realizar a coleta de dados secundários diretamente no MEDEX para traçar o perfil dos pacientes cadastrados nas FME selecionadas para o estudo.

A equipe discutiu as várias possibilidades de análise do banco de dados do sistema, optando por selecionar os dados referentes aos campos "idade" e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde "CID-10", que corresponde à morbidade que motivou a solicitação do(s) medicamento(s) pelos pacientes atendidos nas FME em setembro/2012.

O participante da área de Tecnologia da Informação do GAF-SES/SP, por ser o gestor da área, se responsabilizou pela coleta dos dados na base do MEDEX e também pelo tratamento dos mesmos, formatando-os em planilha Excel, para posterior análise dos resultados pela equipe.

#### 4.4.3 Coleta de Dados Primários

##### 4.4.3.1 Questionário Estruturado de Caracterização do Atendimento das FME

Para caracterizar o atendimento das FME utilizou-se como instrumento um questionário estruturado, com perguntas fechadas, aplicado aos farmacêuticos para coleta de informações sobre o setor de atendimento das FME selecionadas referente ao mês de setembro/2012.

Foi elaborada pela pesquisadora uma versão preliminar com perguntas fechadas, referentes ao número de pacientes em média atendidos por dia, ao número e tipo de guichês existentes para atendimento dos pacientes e ao tempo médio que os pacientes esperam para serem atendidos.

Todos os participantes colaboraram com a adequação do instrumento num processo argumentativo de críticas e sugestões ao conteúdo da versão preliminar, com base na realidade do setor de atendimento de suas respectivas FME, moderados pela pesquisadora.

Por consenso da equipe, definiu-se o conteúdo final das perguntas fechadas do questionário, cuja

formatação (Figura 8) foi elaborada pela área de Tecnologia da Informação do GAF-SES/SP.

**Figura 8.** Questionário para caracterização do atendimento nas Farmácias de Medicamentos Especializados, São Paulo, 2012.

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS FARMÁCIAS DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS (FME)							
<b>Atenção:</b> Considerar para as respostas, os dados referentes ao mês de <b>Setembro/2012</b> .							
Farmácia de Medicamento Especializado: <input type="text"/>							
Horário de funcionamento da Farmácia:							
Abertura:				Fechamento:			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> segunda	<input type="checkbox"/> terça	<input type="checkbox"/> quarta	<input type="checkbox"/> quinta	<input type="checkbox"/> sexta	<input type="checkbox"/> sábado	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> segunda	<input type="checkbox"/> terça	<input type="checkbox"/> quarta	<input type="checkbox"/> quinta	<input type="checkbox"/> sexta	<input type="checkbox"/> sábado	<input type="text"/>
Em média, a FME dispensa medicamentos para quantos pacientes por dia? <input type="text"/>							
PERFIL DE ATENDIMENTO POR GUICHÊ	SETOR DE TRIAGEM				SETOR DE DISPENSAÇÃO		
	Nº TOTAL DE GUICHÊS	Nº DE GUICHÊS QUE REALIZAM ATENDIMENTO PREFERENCIAL		Nº TOTAL DE GUICHÊS	Nº DE GUICHÊS QUE REALIZAM ATENDIMENTO PREFERENCIAL		
1. Qual o número de guichês para atendimento dos pacientes?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Os guichês possuem identificação que caracterizam o tipo de atendimento prestado?	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> SIM
3. Informar quantidade de horas trabalhadas nos guichês para dispensação de medicamentos aos pacientes no mês de setembro/2012.		h:min		h:min		h:min	h:min
4. Em média, quanto tempo os pacientes esperam para serem atendidos?		h:min		h:min		h:min	h:min
5. Possui instrumento de registro do tempo de espera para o atendimento? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO							
Se sim, qual? <input type="radio"/> Sistema Eletrônico de Distribuição de Senhas <input type="radio"/> Registro Manual <input type="radio"/> Outro							
Quando outro, especifique: <input type="text"/>							
Farmacêutico Responsável: <input type="text"/>							
Data: <input type="text"/>							

Após esclarecimentos finais para preenchimento do Questionário, optou-se por encaminhá-lo por correio eletrônico para aplicação aos farmacêuticos, com retorno das respostas da mesma forma. Tal procedimento foi

consenso da equipe, por entender que o espaço do seminário deveria ser reservado para discussão e tomada de decisão acerca do processo de investigação.

Foram enviados 10 questionários, sendo um para cada FME participante do estudo. E os 10 foram respondidos dentro do prazo estipulado.

#### 4.4.3.2 Formulário Estruturado de Identificação da Demanda de Atendimento Preferencial nas FME

Para identificar a demanda de atendimento preferencial nas FME utilizou-se como instrumento um formulário estruturado com questões fechadas construído pela equipe.

A equipe foi sensibilizada quanto à necessidade de elaboração de questões claras, objetivas e de fácil registro, para evitar transtornos no setor de atendimento das FME no momento da coleta de dados, vez que o registro das informações seria realizado no momento em que o atendimento preferencial fosse solicitado por um paciente ou seu representante.

Para a elaboração das questões foi utilizada a técnica de "*Brainstorming*"<sup>8</sup>. Adequando a técnica ao objetivo da construção do instrumento, os participantes foram estimulados a pensar nas possíveis situações que pudessem demandar atendimento preferencial nas FME, baseados na experiência prática de cada qual no setor de atendimento e o conhecimento das situações clínicas, cujas linhas de cuidado estão definidas pelos protocolos clínicos do CEAF e da SES/SP.

A pesquisadora coordenou a atividade, apresentando 24 situações previamente pesquisadas e a equipe apontou outras 37 situações.

Finalizada a etapa de "*Brainstorming*", todos os motivos mencionados foram avaliados quanto à pertinência frente ao objetivo proposto para a construção do instrumento.

Durante a escolha dos motivos que fariam parte do formulário houve a preocupação de evitar o uso de termos diagnósticos, por se tratar de uma atribuição do profissional médico. No entanto, considerando a experiência cotidiana dos participantes no atendimento das FME, alguns termos diagnósticos, como

---

<sup>8</sup> A palavra "*Brainstorming*" significa tempestade cerebral ou tempestade de ideias. Origina-se dos termos ingleses "*brain*" (cérebro) e "*storm*" (tempestade). É uma atividade que serve para testar e explorar a capacidade criativa de indivíduos ou de um determinado grupo.



imunodeprimidos, psoríase, síndrome do pânico e urticária permaneceram no formulário, por se tratar de morbididades geralmente auto referidas pelos próprios pacientes ao solicitar atendimento preferencial.

Por consenso foram definidos pelos participantes 54 motivos categorizados conforme a natureza da situação para facilitar a coleta de dados sendo: 26 clínicos, três relacionados à estrutura das FME, 11 já previstos em legislação e 14 de caráter social.

Definiu-se, por consenso, que o questionário seria preenchido para todas as solicitações de atendimento preferencial, independentemente de o paciente ser atendido ou não, pois, o objetivo era identificar os motivos que demandam este tipo de atendimento nas FME.

A formatação final do formulário (Figura 9) foi providenciada pela própria pesquisadora, após discussão e consenso da equipe quanto a melhor forma de disposição das questões a serem preenchidas no ato da coleta de dados para torná-la o mais ágil possível.

Para a versão final do formulário foi realizado um teste piloto da aplicação do instrumento nas FME, pelos farmacêuticos participantes da equipe de pesquisa, que o aprovaram sem necessidade de ajustes.

**Figura 9.** Formulário para registro da demanda de atendimento preferencial nas FME, São Paulo, 2012.

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA DEMANDA DE ATENDIMENTO PREFERENCIAL NAS FARMÁCIAS DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS (FME) DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO			
Farmácia de Medicamento Especializado:			
Motivo da Necessidade de Atendimento Preferencial		Motivo da Necessidade de Atendimento Preferencial	
Preferencial	Categorias	Preferencial	Categorias
<input type="checkbox"/> Agitação/Nervosismo	Clínica	<input type="checkbox"/> Acessibilidade	Estrutura da Farmácia
<input type="checkbox"/> Convulsão	Clínica	<input type="checkbox"/> Acidente na Farmácia	Estrutura da Farmácia
<input type="checkbox"/> Crise de choro (criança)	Clínica	<input type="checkbox"/> Demora no atendimento da Farmácia	Estrutura da Farmácia
<input type="checkbox"/> Crise de tosse	Clínica	<input type="checkbox"/> Autista	Legislação
<input type="checkbox"/> Debilidade física	Clínica	<input type="checkbox"/> Deficiência múltipla	Legislação
<input type="checkbox"/> Desmaio	Clínica	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	Legislação
<input type="checkbox"/> Diarréia	Clínica	<input type="checkbox"/> Deficiência física	Legislação
<input type="checkbox"/> Discinesia	Clínica	<input type="checkbox"/> Deficiência mental	Legislação
<input type="checkbox"/> Dispneia	Clínica	<input type="checkbox"/> Deficiência visual	Legislação
<input type="checkbox"/> Dor	Clínica	<input type="checkbox"/> Gestante	Legislação
<input type="checkbox"/> Febre	Clínica	<input type="checkbox"/> Idoso (idade igual ou superior à 60 anos)	Legislação
<input type="checkbox"/> Hemorragia	Clínica	<input type="checkbox"/> Lactante	Legislação
<input type="checkbox"/> Imunodeprimidos	Clínica	<input type="checkbox"/> Pessoa com criança de colo	Legislação
<input type="checkbox"/> Incontinência fecal	Clínica	<input type="checkbox"/> Pessoa com mobilidade reduzida	Legislação
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária	Clínica	<input type="checkbox"/> Fome	Social
<input type="checkbox"/> Náusea	Clínica	<input type="checkbox"/> Horário - Centro de infusão	Social
<input type="checkbox"/> Paciente oxigênio-dependente	Clínica	<input type="checkbox"/> Horário - Consulta médica	Social
<input type="checkbox"/> Portadores de sondas/acessos cirúrgicos	Clínica	<input type="checkbox"/> Horário - Sessão de hemodiálise	Social
<input type="checkbox"/> Pós- cirurgiados	Clínica	<input type="checkbox"/> Horário - Trabalho	Social
<input type="checkbox"/> Psoríase	Clínica	<input type="checkbox"/> Horário - Transporte	Social
<input type="checkbox"/> Sangramento nasal	Clínica	<input type="checkbox"/> Profissão - Agente penitenciário	Social
<input type="checkbox"/> Síndrome do pânico	Clínica	<input type="checkbox"/> Profissão - Cuidador	Social
<input type="checkbox"/> Taquicardia	Clínica	<input type="checkbox"/> Profissão - Funcionário da instituição	Social
<input type="checkbox"/> Urticária	Clínica	<input type="checkbox"/> Profissão - Funcionário público	Social
<input type="checkbox"/> Vertigem/Tontura	Clínica	<input type="checkbox"/> Profissão - Juiz de Direito	Social
<input type="checkbox"/> Vômito	Clínica	<input type="checkbox"/> Profissão - Médico	Social
<b>Atendimento Preferencial demandado por:</b>		<input type="checkbox"/> Profissão - Policial	Social
<input type="checkbox"/> Paciente		<input type="checkbox"/> Sigilo do tratamento	Social
<input type="checkbox"/> Representante Legal		<input type="checkbox"/> <b>Outro Motivo</b>	
CID do Paciente: _____		Especificar _____	
<input type="checkbox"/> Paciente Oncológico			
Data: ____/____/____		Funcionário: _____	

Considerando que cada FME selecionada possui características diferentes quanto ao número de funcionários que trabalham no setor de atendimento e

principalmente quanto ao número de pacientes atendidos por dia, ficou sob a responsabilidade dos farmacêuticos participantes da equipe de pesquisa a definição de quantos e quais funcionários se responsabilizariam pela aplicação do formulário em cada FME.

Optou-se pelo treinamento de todos os funcionários do setor de atendimento, pois seria um fator motivacional para todos saberem que a FME em que trabalham estaria contribuindo numa pesquisa científica, voltada para a melhoria do atendimento dos pacientes na prática cotidiana.

O curto espaço de tempo para o início da coleta de dados, frente ao cronograma proposto para desenvolvimento da pesquisa e a significativa distância territorial das FME selecionadas no interior do Estado, dificultou a realização de treinamento presencial pela pesquisadora.

Desta forma, os farmacêuticos representantes das FME realizaram o treinamento dos seus funcionários, considerando estarem aptos a esta tarefa sendo que por consenso, adotou-se a seguinte estratégia:

- A pesquisadora realizou o treinamento dos funcionários das FME da capital, não só pela facilidade de deslocamento, mas

também pelo fato de possuírem um maior número de funcionários a serem sensibilizados frente aos objetivos da pesquisa;

- Os farmacêuticos das FME do interior realizaram o treinamento de seus funcionários.

Todos os funcionários que aceitaram participar da coleta de dados nas FME, mesmo que aplicando um único formulário, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os treinamentos foram realizados no período de 12/12/12 à 19/12/12 e a coleta de dados, por meio da aplicação dos formulários para registro da demanda de atendimento preferencial, foi realizada no período de 20/12/12 à 28/02/13.

Para facilitar a consolidação dos dados coletados para posterior análise foi elaborada uma planilha contendo a base de dados com todas as opções registradas nos campos do formulário, conforme ilustrado na Figura 10.

**Figura 10.** Planilha automatizada para consolidação dos dados coletados no Formulário para Registro da Demanda de Atendimento Preferencial, por FME, São Paulo, 2013.

The image shows a software window titled "Formulário para registro de demanda de atendimento preferencial". The form contains the following fields and dropdown menus:

- Unidade:** FME BAURU
- Motivo:** Agitação/Nervosismo
- Demandado por:** (text input)
- CID do Paciente:** F20 Esquizofrenia
- Paciente Oncológico:**  Sim
- Outro motivo (especificar):** (text input)
- Data Atendimento:** (text input)
- Funcionário:** (text input)

Red arrows point to the dropdown menus for "Unidade", "Motivo", and "CID do Paciente". The "CID do Paciente" dropdown is open, showing a list of ICD-10 codes for schizophrenia (F20).

Os farmacêuticos se responsabilizaram pelo registro diário dos dados coletados em suas próprias FME e a área de Tecnologia da Informação do GAF-SES/SP responsabilizou-se pela consolidação final das planilhas e pelo tratamento dos dados coletados em forma de relatórios para posterior avaliação dos resultados pela equipe no seminário.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), em 27/07/12, por intermédio da Plataforma Brasil, protocolo n° 025669/2012, conforme preconizado na Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Foi aprovado pelo CEPIS em 14/08/12, nos termos do Parecer n° 94.097, publicado na Plataforma Brasil em 11/09/12 (Apêndice 4).

Todos os sujeitos da pesquisa formalizaram a participação no desenvolvimento do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), de acordo com as diretrizes da Resolução supracitada, sendo-lhes assegurado o sigilo das informações prestadas e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo algum.

## 5 RESULTADOS

Como os resultados são produtos oriundos da avaliação, discussão e consenso entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa durante os seminários, cabe esclarecer que dois deles não puderam participar: o representante da FME do DRS X - Piracicaba e o representante do GAF-SES/SP que atua na gestão do CEAF. Esses sujeitos não puderam se ausentar do trabalho em função do número reduzido de funcionários, tanto na FME de Piracicaba, quanto no setor de gestão do Componente Especializado do GAF, no período de realização da pesquisa.

Os demais sujeitos participaram de todos os seminários realizados.

Os resultados do estudo referem-se aos dados obtidos nas outras nove FME selecionadas, conforme descrito no Quadro 6, com as respectivas abreviaturas adotadas para facilitar a apresentação.

**Quadro 6.** Farmácias de Medicamentos Especializados que participaram da pesquisa e suas respectivas abreviaturas, São Paulo, 2013.

Farmácias de Medicamentos Especializados por Departamento Regional de Saúde (DRS)	Abreviaturas Adotadas em Quadros, Tabelas e Figuras
DRS I - AME Maria Zélia	Maria Zélia
DRS I - AME Várzea do Carmo	Várzea Carmo
DRS I - CS Vila Mariana	Vila Mariana
DRS VI - Bauru	Bauru
DRS VIII - Franca	Franca
DRS IX - Presidente Prudente	P. Prudente
DRS XV - Hospital de Base de São José do Rio Preto	H. Base SJRP
DRS XVI - Conjunto Hospitalar de Sorocaba	CH Sorocaba
DRS XVII - Taubaté	Taubaté

Neste Capítulo os resultados obtidos serão apresentados por objetivo específico do estudo.

### 5.1 PERFIL DOS PACIENTES CADASTRADOS NAS FME

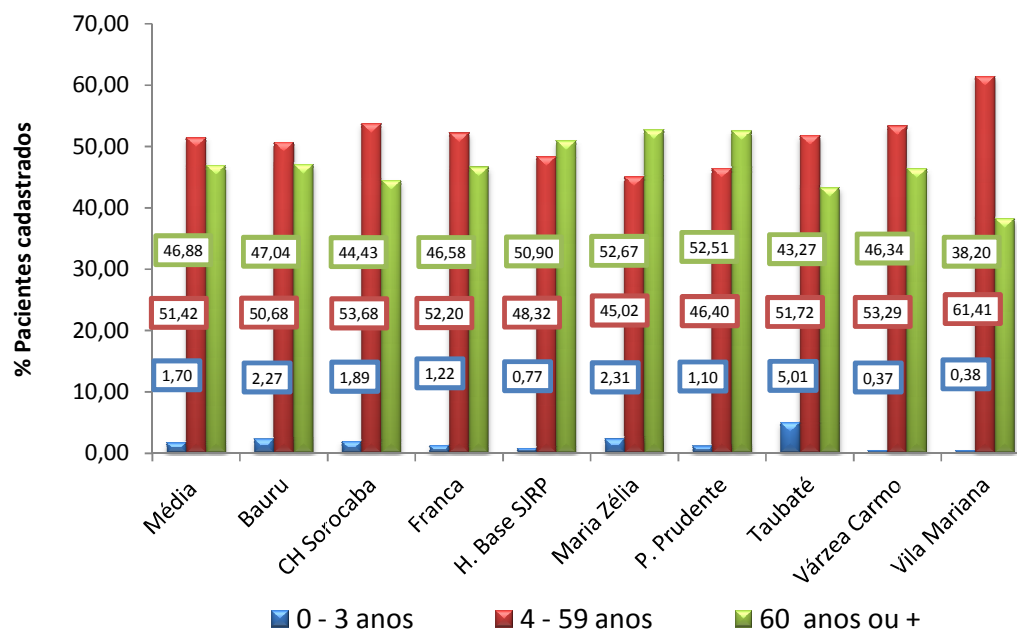
O período de referência para estudo do perfil dos pacientes cadastrados nas FME, segundo a faixa etária e a situação clínica tratada foi o mês de setembro de 2012. Neste período foram atendidos 196.723 pacientes nas nove FME selecionadas.



### 5.1.1 Perfil Segundo a Faixa Etária

As idades dos pacientes atendidos nas FME foram agrupadas em faixas etárias com intervalos intencionais para facilitar a avaliação de possíveis situações já previstas em legislação que pudessem demandar atendimento preferencial, como crianças de colo (0-3 anos) e pacientes idosos (60 anos ou +), conforme demonstrado no Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Percentual de pacientes cadastrados nas FME, por faixa etária estudada, São Paulo, 2012.



**Fonte:** Sistema MEDEX, setembro/2012.

Em média 46,88% dos pacientes atendidos nas nove FME possuem idade igual ou superior a 60 anos, mas três delas atendem um percentual de idosos superior a 50%: Hospital de Base de São José do Rio Preto (50,90%), Maria Zélia (52,67%) e Presidente Prudente (52,51%).

Na faixa etária de 0 a 3 anos, as FME atendem em média 1,70% de pacientes com possibilidade de demandar atendimento preferencial por estar no colo de um adulto. No entanto, quatro FME apresentaram percentuais acima da média: Bauru (2,27%), Conjunto Hospitalar de Sorocaba (1,89%), Maria Zélia (2,31%) e se destacando das demais Taubaté (5,01%).

### 5.1.2 Perfil Segundo a Morbidade

No mês de setembro de 2012 foram atendidos 196.723 portadores de 297 morbidades diferentes, registradas no MEDEX segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

As morbidades foram consolidadas em 85 grupos, segundo a própria CID, dos quais os mais frequentes estão

descritos no Quadro 7. Observou-se que 81,28% dos pacientes atendidos nas FME selecionadas apresentam uma das dez morbidades de maior frequência.

**Quadro 7.** Percentual de pacientes atendidos nas Farmácias de Medicamentos Especializados selecionadas, segundo a morbidade, São Paulo, setembro de 2012.

Morbidades	%
Esquizofrenia	14,96
Dislipidemias	14,18
Asma	9,98
Glaucoma	9,11
Doença de Alzheimer	7,87
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	6,96
Insuficiência Renal Crônica	6,45
Artrites Reumatoides	4,63
Órgãos e Tecidos Transplantados	4,39
Doença de Parkinson	2,75
Osteoporose	2,67
Epilepsia	2,29
Acne	1,68
Hepatites	1,42
Hiperfunção da Hipófise	1,28
Colite Ulcerativa	1,09
Doença de Crohn	0,90
Hipofunção e outros transtornos da hipófise	0,86
Esclerose Múltipla	0,78
Alergia à Proteína do Leite de Vaca	0,72
Dor Crônica	0,57
Lupus Eritematoso Disseminado	0,41
Gastroenterites e colites não infecciosas	0,34
Hipoparatiroidismo	0,30
Espondilopatias	0,29
Psoríase	0,23
Má-absorção intestinal	0,21
Artropatias	0,21
Transtornos Falciformes	0,21
Outras Morbidades	2,28
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Sistema MEDEX, setembro 2012.

Ao avaliar o rol das morbidades mais frequentes por FME observa-se uma alternância entre as posições que as mesmas ocupam em função do percentual de pacientes atendidos (Quadro 8).

Por exemplo, a FME do CS Vila Mariana se destaca pelo alto percentual de pacientes transplantados cadastrados, logo nesta FME o grupo de CID mais frequente foi "Órgãos e Tecidos Transplantados."

**Quadro 8.** Percentual de pacientes atendidos por Farmácia de Medicamentos Especializados, segundo morbidades mais frequentes, São Paulo, setembro 2012.

Morbidades Mais Frequentes	09 FME	Bauru	CH Sorocaba	Franca	H. Base SIRP	Maria Zélia	P. Prudente	Taubaté	Várzea Carmo	Vila Mariana
Esquizofrenia	14,96	13,42	18,91	7,95	10,55	19,22	11,89	12,32	16,11	5,28
Dislipidemias	14,18	19,31	11,95	21,27	33,76	7,12	25,08	8,54	10,05	20,02
Asma	9,98	18,95	8,77	13,05	8,62	6,51	15,54	13,57	9,71	4,84
Glaucoma	9,11	7,12	5,62	17,72	0,00	24,66	0,00	0,00	0,00	0,00
Doença de Alzheimer	7,87	8,58	6,72	3,16	5,42	7,04	10,91	9,97	10,48	6,37
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	6,96	5,42	8,04	8,81	6,38	5,91	7,83	7,19	8,90	3,54
Insuficiência Renal Crônica	6,45	3,52	5,27	4,47	6,74	12,53	4,23	10,07	2,16	3,09
Artrites Reumatóides	4,63	3,30	4,80	3,21	2,71	2,63	1,85	7,11	8,32	7,12
Órgãos e Tecidos Transplantados	4,39	1,51	2,66	1,18	3,42	0,15	1,25	2,73	7,23	26,30
Doença de Parkinson	2,75	2,83	3,69	1,83	1,72	2,39	3,43	3,49	3,26	1,39

	Primeira Morbidade mais frequente
	Segunda Morbidade mais frequente
	Terceira Morbidade mais frequente

As FME do Hospital de Base de São José do Rio Preto, Presidente Prudente, Taubaté, AME Várzea do Carmo

e CS Vila Mariana não apresentaram pacientes portadores de glaucoma, pois, o fluxo de dispensação dos medicamentos para este tipo de tratamento no Estado de São Paulo está em transição. Os medicamentos para glaucoma estão sendo incorporados ao CEAF, mas atualmente, de acordo com a regra adotada em cada DRS, ainda são dispensados tanto em Centros de Referência (CR) em tratamento de glaucoma credenciados pelo gestor estadual quanto nas FME. Na capital a dispensação dos medicamentos aos pacientes que não recebem colírios nos CR foi centralizada na FME do AME Maria Zélia.

Ao analisar a distribuição de pacientes atendidos nas FME, por faixa etária e morbidades mais frequentes, observou-se que nas faixas etárias (0-3 anos) e (60 anos ou +) as morbidades com maior percentual de pacientes em tratamento são características dessas faixas de idades, como alergia à proteína do leite de vaca em crianças, e em pacientes idosos, dislipidemias, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica, dor crônica, glaucoma e osteoporose, conforme descrito no Quadro 9.

**Quadro 9.** Percentual de pacientes atendidos nas Farmácias de Medicamentos Especializados, segundo morbidade e faixa etária, São Paulo, setembro de 2012.

<b>Morbidades</b>	<b>0-3 anos</b>	<b>4-59 anos</b>	<b>60 anos ou +</b>
Esquizofrenia	0,00	72,81	27,19
Dislipidemias	0,00	37,57	62,43
Asma	0,25	58,24	41,51
Glaucoma	0,00	25,72	74,28
Doença de Alzheimer	0,00	1,93	98,07
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	0,00	21,97	78,03
Insuficiência Renal Crônica	0,00	49,31	50,69
Artrite Reumatoide	0,00	62,11	37,89
Órgãos e Tecidos Transplantados	0,42	77,77	21,80
Doença de Parkinson	0,00	16,00	84,00
Osteoporose	0,00	18,38	81,17
Epilepsia	1,40	84,85	13,75
Acne	0,00	100,00	0,00
Hepatites	0,00	75,03	24,97
Hiperfunção da Hipófise	0,30	93,02	6,68
Colite Ulcerativa	0,00	71,89	28,11
Doença de Crohn	0,00	84,24	15,76
Hipofunção e outros transtornos da hipófise	0,67	95,78	3,55
Esclerose Múltipla	0,00	92,66	7,34
Alergia à Proteína do Leite de Vaca	100,00	0,00	0,00
Dor Crônica	0,00	48,67	51,33
Lupus Eritematoso Disseminado	0,00	89,07	10,93
Gastroenterites e colites não infecciosas	99,86	0,14	0,00
Hipoparatireoidismo	0,32	59,04	40,64
Espondilopatias	0,00	90,66	9,34
Psoríase	0,00	71,67	28,33
Má-absorção intestinal	92,58	4,04	3,37
Artropatias	0,00	75,68	24,32
Transtornos Falciformes	0,92	93,58	5,50

**Fonte:** Sistema MEDEX, setembro 2012.

Entretanto, o estudo demonstrou que a maioria das morbidades previstas no CEAF acometem os pacientes na faixa etária de quatro a 59 anos. Entre as mais frequentes estão esquizofrenia, asma, artrite reumatoide

e transplante de órgãos, as quais, de acordo com a fase evolutiva da doença, respectivamente, desencadeiam situações clínicas como agitação, nervosismo, dispneia, mobilidade reduzida, dor, imunossupressão, entre outras, que podem gerar necessidade de atendimento preferencial aos pacientes, pelo fato de limitá-los clinicamente.

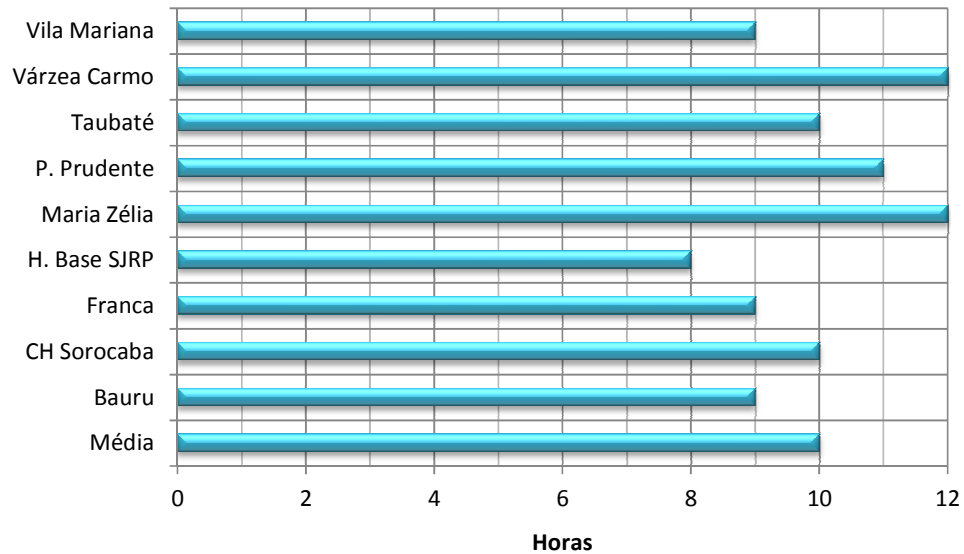
## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DAS FME

As características do setor de atendimento das FME participantes da pesquisa foram estudadas com base nos dados coletados pelo "Questionário para Caracterização do Atendimento das Farmácias de Medicamentos Especializados", referentes ao mês de setembro de 2012.

As nove FME funcionam de segunda a sexta-feira, em média de dez horas por dia.

As FME de Bauru, Franca e do Hospital de Base de São José do Rio Preto funcionam em período abaixo da média, já as FME do AME Maria Zélia, Presidente Prudente e do AME Várzea do Carmo funcionam em período acima da média, conforme descrito no Gráfico 2.

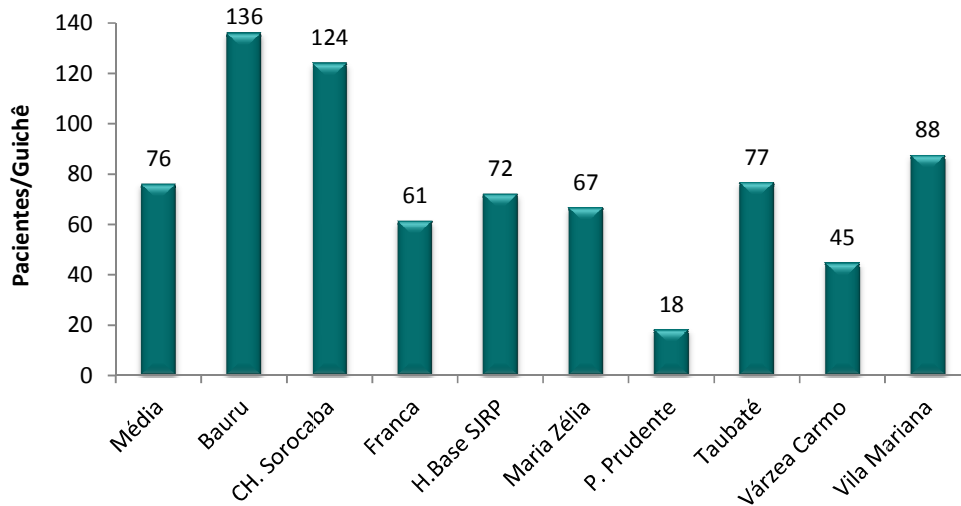
**Gráfico 2.** Período de funcionamento das FME, São Paulo, 2012.



Ao analisar o número de pacientes atendidos nas FME por guichê do setor de dispensação, observa-se uma grande variação. Em média, as nove FME atendem 76 pacientes por guichê. As FME de Bauru e do Conjunto Hospitalar de Sorocaba se destacam por atender um número de pacientes por guichê bem maior que a média atendida pelos demais serviços, conforme demonstrado no Gráfico 3.



**Gráfico 3.** Número de pacientes atendidos por guichê do setor de dispensação das FME selecionadas, São Paulo, 2012.



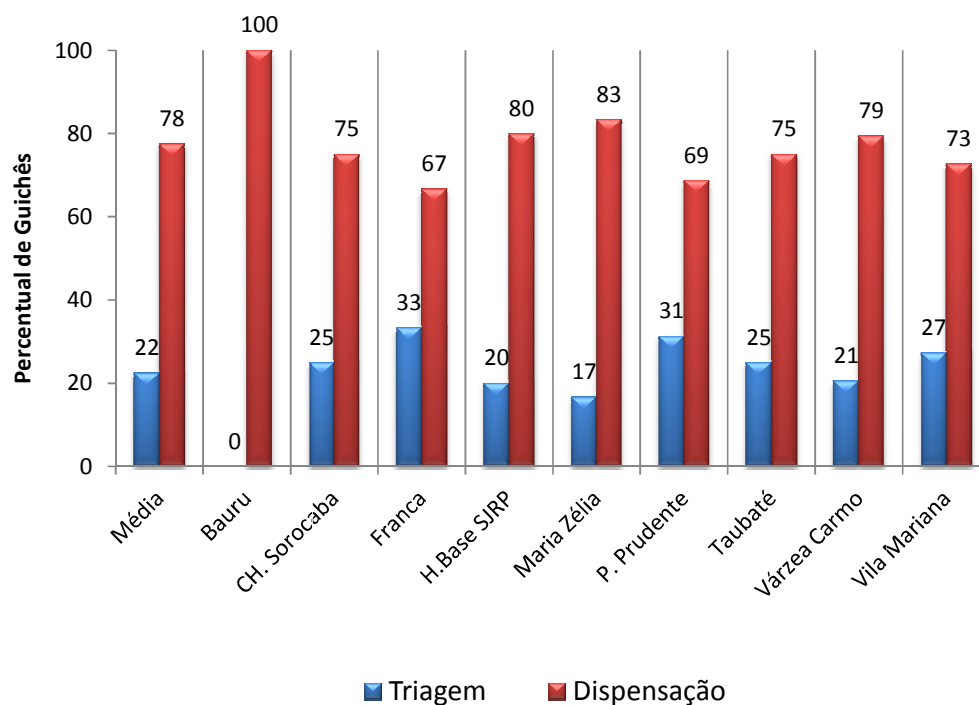
Entre os serviços que atendem um número de pacientes por guichê inferior a média se destaca a FME de Presidente Prudente, a qual atende um número quatro vezes menor de pacientes por guichê.

Ao analisar como estão subdivididos os guichês no setor de atendimento das FME, isto é, quantos são destinados à triagem de solicitações de pacientes e quantos são destinados à dispensação de medicamentos, observou-se que os serviços se organizam de forma semelhante. Em média 22% dos guichês são destinados à triagem do atendimento que deverá ser prestado aos pacientes e 78% são para a dispensação de medicamentos. A

FME de Bauru é a única FME das nove selecionadas que não possui guichês de triagem.

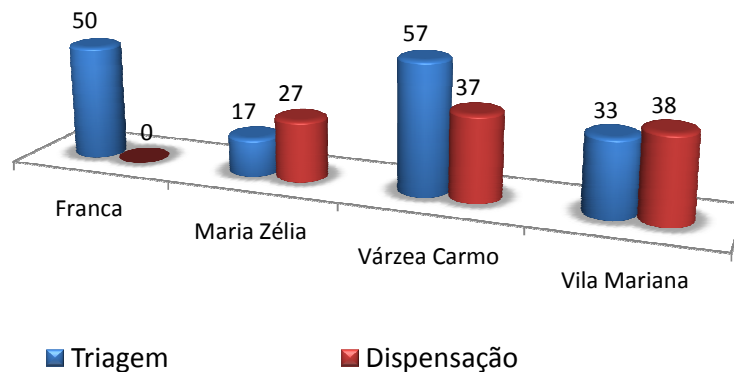
As FME de Franca e de Presidente Prudente trabalham com percentual maior de guichês para triagem de atendimentos, enquanto a FME do AME Maria Zélia está trabalhando com percentual menor dentre aquelas que possuem guichês de triagem, conforme detalhado no Gráfico 4.

**Gráfico 4.** Subdivisão dos guichês das FME, em percentual, por tipo de atendimento, São Paulo, 2012.



Quanto ao número de guichês específicos para atendimento preferencial, observou-se que as FME se organizam de forma diferenciada na distribuição dos mesmos. As FME de Bauru, Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Hospital de Base de São José do Rio Preto, Presidente Prudente e Taubaté não possuem guichês específicos para atendimento preferencial, tanto no setor de triagem quanto no de dispensação de medicamentos. As demais trabalham com percentuais distintos de guichês preferenciais, conforme ilustrado no Gráfico 5.

**Gráfico 5.** Percentual de guichês destinados ao atendimento preferencial de pacientes, no setor de triagem e de dispensação de medicamentos das FME, São Paulo, 2012.



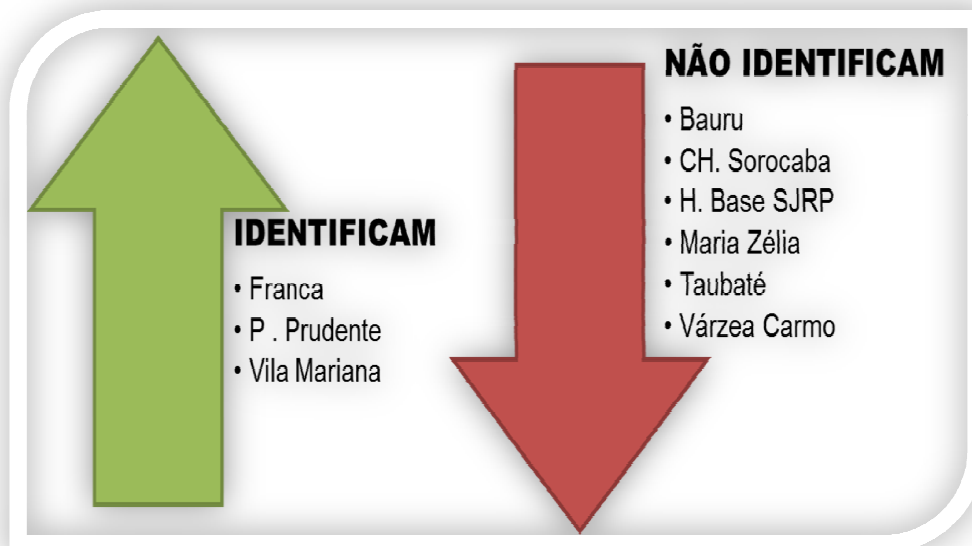
No setor de triagem as FME de Franca e AME Várzea do Carmo optaram por reservar ao menos 50% dos guichês para atendimento preferencial de pacientes, já a

FME do AME Maria Zélia reservou menos do que 20% de seus guichês para este tipo de atendimento diferenciado.

No setor de dispensação a FME do AME Maria Zélia reservou 10% a menos dos guichês para atendimento preferencial do que as FME do AME Várzea do Carmo e do CS Vila Mariana. A FME de Franca não trabalha com guichê de atendimento preferencial no setor de dispensação.

Quanto à identificação dos guichês segundo o tipo de atendimento que realizam, o estudo demonstrou que cerca de 70% das FME selecionadas não os identificam, conforme ilustrado na Figura 11.

**Figura 11.** Classificação das FME selecionadas, segundo o processo de identificação dos guichês do setor de atendimento das FME, São Paulo, 2012.



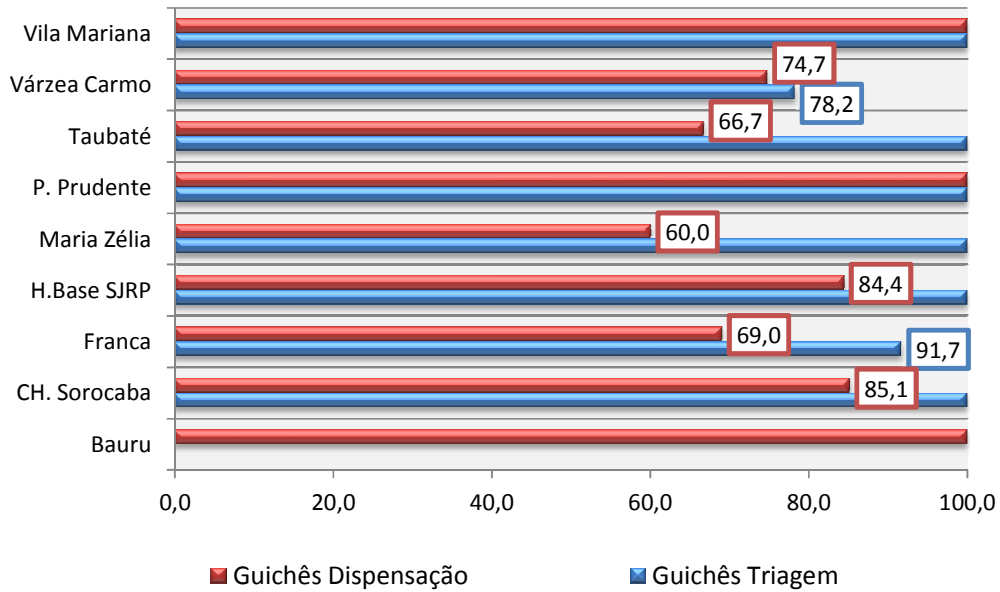
Para avaliar a capacidade de funcionamento dos guichês por setor (triagem e dispensação) criou-se o índice de capacidade de funcionamento dos guichês, obtido pelo cálculo:

$$\text{Capacidade de Funcionamento dos Guichês} = \frac{\text{Nº de Guichês x Horas Trabalhadas pelos Funcionários do setor de Atendimento em Setembro/2012 x Dias Úteis de Setembro/2012}}{\text{Nº de Guichês x Horas de Funcionamento FME x Dias Úteis de Setembro 2012}} \times 100$$

O objetivo desta avaliação foi identificar se os guichês das FME estavam funcionando com 100% da capacidade de atendimento ou se por possíveis problemas relacionados a Recursos Humanos como absenteísmo, férias, folgas, afastamentos, entre outros, tiveram sua capacidade de funcionamento prejudicada implicando em maior tempo de espera para atendimento dos usuários.

O Gráfico 6 apresenta a capacidade de funcionamento dos guichês de triagem e dispensação de medicamentos nas FME em relação à sua capacidade máxima.

**Gráfico 6.** Capacidade de Funcionamento dos Guichês de Triagem e de Dispensação de Medicamentos das FME, em percentual, São Paulo, 2012.



Os guichês do setor de triagem funcionaram, na maioria das FME, com cerca de 100% da capacidade. A FME do AME Várzea do Carmo apresentou um perfil de capacidade de funcionamento cerca de 20% mais baixo do que as demais.

Com referência a capacidade de funcionamento dos guichês do setor de dispensação de medicamentos, observaram-se três faixas percentuais distintas entre as nove FME:

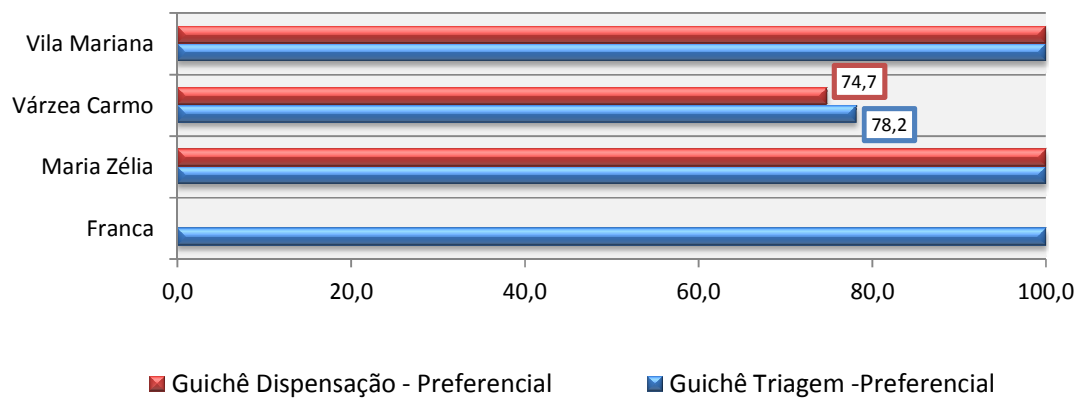
- Apresentaram guichês funcionando com 100% da capacidade de atendimento: as FME de Bauru, de Presidente Prudente e do CS Vila Mariana;

- Apresentaram guichês funcionando na faixa de 75% a 85% de capacidade de atendimento: as FME do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, do Hospital de Base de São José do Rio Preto e do AME Várzea do Carmo;

- Apresentaram guichês funcionando na faixa de 60% a 70% de capacidade de atendimento: as FME de Franca, do AME Maria Zélia e de Taubaté.

Ao analisar a capacidade de funcionamento dos guichês destinados ao atendimento preferencial dos pacientes nas FME que possuem este tipo de guichê, observou-se que as FME de Franca, do AME Maria Zélia e do CS Vila Mariana trabalharam, no período estudado, com 100% da capacidade de atendimento. Na FME do AME Várzea do Carmo, os guichês preferencias funcionaram com capacidade menor: no setor de triagem apresentou 78,2% da capacidade de atendimento e no setor de dispensação 74,7%, conforme ilustrado no Gráfico 7.

**Gráfico 7.** Capacidade de funcionamento dos guichês preferenciais dos setores de triagem e de dispensação de medicamentos das FME, em percentual, São Paulo, 2012.



Ao discutir os resultados no seminário, na observação dos participantes das FME que apresentaram guichês com capacidade de funcionamento reduzida, os principais motivos foram: o absenteísmo e recursos humanos insuficientes para cobertura de férias dos funcionários, no período estudado.

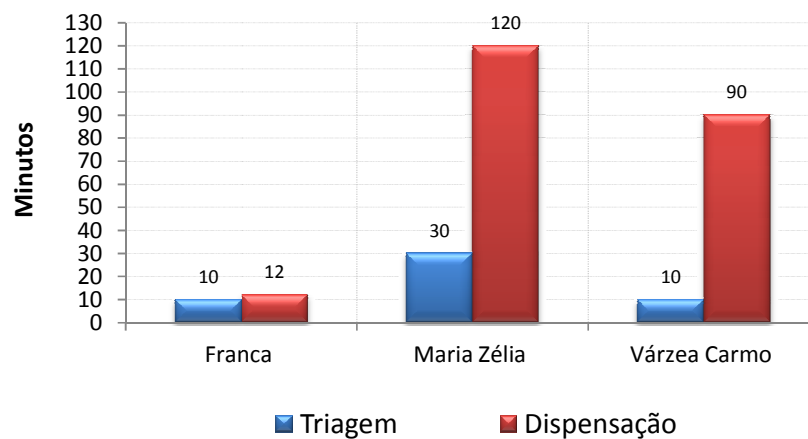
Quanto ao tempo que os usuários esperam para serem atendidos nas FME, foram analisados os dados das FME de Franca, do AME Maria Zélia e do AME Várzea do Carmo, as quais possuem sistema eletrônico de distribuição de senhas com registro automatizado do tempo de espera para atendimento. A FME do CS Vila Mariana sistematiza o registro de tempo de espera de forma manual, isto é, através do registro do número de senhas



distribuídas e número de pacientes atendidos de hora em hora. As FME de Bauru, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, do Hospital de Base de São José do Rio Preto, de Taubaté e de Presidente Prudente estimam o tempo de espera dos pacientes por meio de observação não sistematizada, sem registrar o dado observado.

Desta forma, considerando que a avaliação da média de tempo de espera requer cálculo com base em medidas exatas, foi possível avaliar o tempo médio de espera para atendimento por tipo de guichê (triagem e dispensação de medicamentos) e por tipo de atendimento (geral e preferencial) somente das três FME que possuem Sistema Eletrônico para este fim, conforme apresentado no Gráfico 8.

**Gráfico 8.** Tempo Médio de Espera para Atendimento nos Guichês das FME, por setor, São Paulo, 2012.



Os pacientes atendidos nos guichês de triagem das FME de Franca e do AME Várzea do Carmo aguardam 10 minutos para serem atendidos. Na FME do AME Maria Zélia os pacientes aguardam o triplo, mesmo com os guichês funcionando com 100% da capacidade de atendimento no período estudado.

Os guichês destinados à dispensação de medicamentos são os que apresentaram maior variação do tempo de espera para atendimento dos pacientes, pois nas FME da Capital os pacientes aguardaram mais de 60 minutos para serem atendidos, já na FME de Franca foram atendidos em 12 minutos.

Avaliou-se o tempo de espera frente à capacidade de funcionamento desses guichês e o número de pacientes atendidos nos mesmos, conforme resumo apresentado a seguir no Quadro 10.

**Quadro 10** - Avaliação do tempo médio de espera nos guichês do Setor de Dispensação das FME que possuem sistema eletrônico para registro do tempo de espera, segundo a capacidade de funcionamento e número de pacientes atendidos, São Paulo, 2012.

Guichês de Dispensação Geral	Franca	Maria Zélia	Várzea Carmo
Tempo Médio de Espera para Atendimento (minutos)	12	120	90
Capacidade de Funcionamento (%)	69	60	75
Número médio de pacientes atendidos por guichê	61	67	45

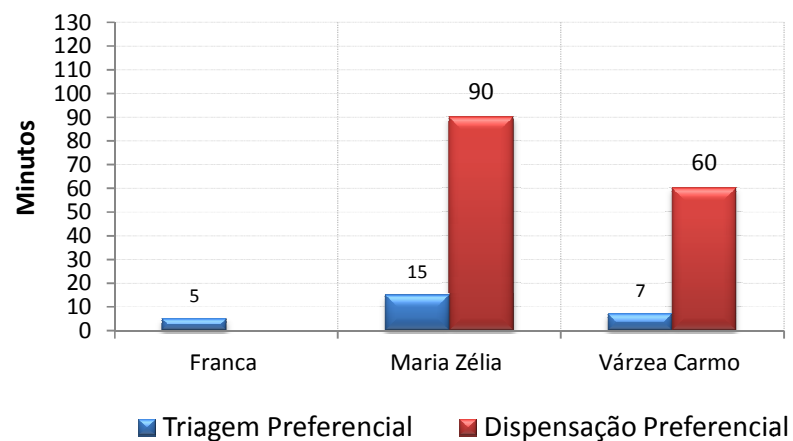
Uma provável explicação desta variabilidade deve-se a problemas relacionados à disponibilidade de recursos humanos para manter a capacidade total de funcionamento dos guichês, já mencionada anteriormente, e ao dimensionamento do número de guichês para atendimento dos pacientes cadastrados em cada FME. Comparando as duas FME de grande porte da Capital (Maria Zélia e Várzea do Carmo) observou-se que a FME Várzea do Carmo, com 15% de capacidade de funcionamento de seus guichês maior que a da FME Maria Zélia e um percentual 32,8% mais baixo de pacientes atendidos por guichê, apresentou um tempo de espera para atendimento 30 minutos menor da FME Maria Zélia.

No entanto, não foi possível identificar o motivo da variabilidade da média de tempo de espera da FME de Franca em relação às FME da Capital. O número de pacientes atendidos por guichê foi superior ao da FME Várzea do Carmo e semelhante ao da FME Maria Zélia, e a capacidade de funcionamento dos guichês foi 7% menor do que da FME Várzea do Carmo e apenas 12% superior a da FME Maria Zélia, dados que isoladamente não justificam o tempo de espera 78 minutos a menos do que a FME Várzea do Carmo e 108 minutos a menos do que a FME Maria Zélia. Neste sentido, identificou-se a necessidade de avaliação

dos processos de atendimento adotados nas FME para cada tipo de atendimento, isto é, procedimentos realizados no primeiro atendimento do paciente, na dispensação de medicamentos e na renovação da continuidade de tratamento, para análise das variações encontradas na média de tempo que os pacientes esperam para ser atendidos, limitação encontrada no desenvolvimento do presente estudo.

Analisou-se especificamente, a média de tempo de espera nos guichês preferenciais tanto do setor de triagem quanto de dispensação de medicamentos das FME que possuem este tipo de guichê, conforme descrito no Gráfico 9.

**Gráfico 9.** Tempo médio de espera para atendimento nos guichês preferenciais das FME, por setor, São Paulo, 2012.



Observou-se que na FME Várzea Carmo os pacientes atendidos nos guichês preferenciais do setor de dispensação aguardam 30 minutos a menos dos que os atendidos na FME Maria Zélia. Atribuiu-se este resultado ao fato da FME Várzea do Carmo reservar um percentual de guichês 10% maior do que a FME Maria Zélia para atendimento preferencial nos guichês de dispensação de medicamentos.

No entanto, os resultados demonstraram que os pacientes preferenciais aguardam mais de uma hora para serem atendidos nas FME da Capital.

Com referência ao tempo de espera nos guichês preferenciais do setor de triagem os resultados obtidos evidenciaram a influência do dimensionamento do número de guichês sobre o tempo de espera. Pois a FME de Franca e do Várzea do Carmo reservaram, no período estudado, cerca de 50% dos guichês de triagem para atendimento preferencial, enquanto a FME Maria Zélia reservou apenas 17%, logo nesta os pacientes preferenciais aguardaram mais do que o dobro de tempo que os pacientes atendidos nas outras duas.

### 5.3 IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA DE ATENDIMENTO PREFERENCIAL DAS FME

Foram coletados dados referentes a 21.359 registros de demandas de atendimento preferencial nas nove FME, no período de 20/12/12 à 28/02/13, por meio do “Formulário para Registro de Demanda de Atendimento Preferencial”.

O número de solicitações de atendimentos preferenciais registrados em cada FME foi variável, sendo que 95,76% dos registros foram coletados pelas FME da Capital, conforme demonstrado abaixo, na Tabela 1.

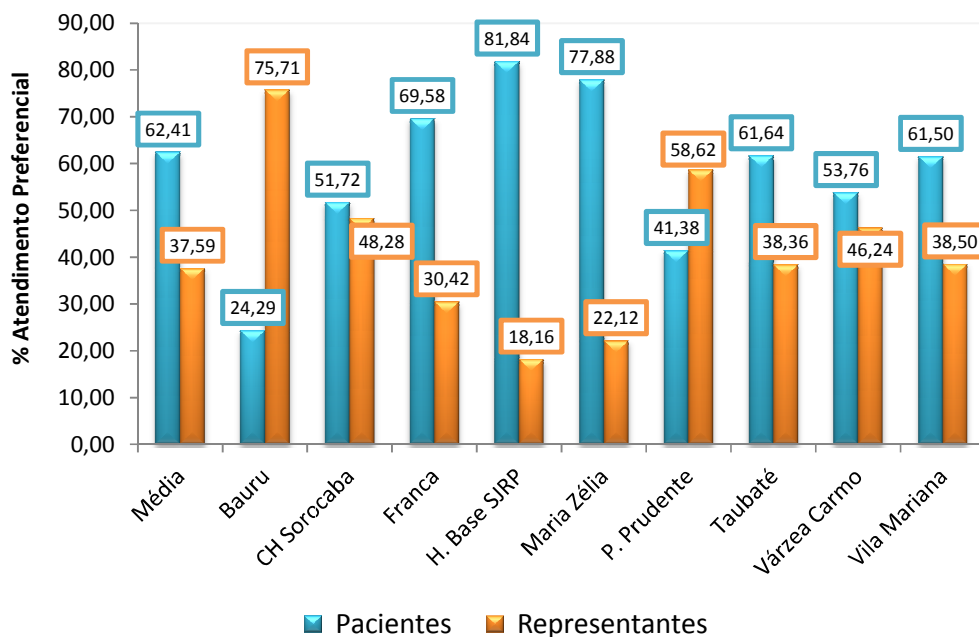
**Tabela 1.** Distribuição das demandas de atendimento preferencial registradas, por FME selecionada, São Paulo, 20/12/12 à 28/02/13.

Demandas de Atendimento Preferencial		
FME	N	%
Bauru (Interior)	210	0,98
CH Sorocaba (Interior)	58	0,27
Franca (Interior)	29	0,14
H. Base SJRP (Interior)	240	1,12
Maria Zélia (Capital)	3.474	16,26
P. Prudente (Interior)	208	0,97
Taubaté (Interior)	159	0,74
Várzea Carmo (Capital)	9.275	43,42
Vila Mariana (Capital)	7.706	36,08
<b>Total</b>	<b>21.359</b>	<b>100,00</b>

Em média, 62,41% das solicitações de atendimento preferencial foram demandadas pelos próprios pacientes e as demais solicitadas por representantes dos mesmos que pleitearam este direito.

Nas FME do Hospital de Base de São José do Rio Preto e do AME Maria Zélia mais de 75% das solicitações de atendimento preferencial foram demandadas por pacientes. Em contraposição, na FME de Bauru 75,71% das solicitações de atendimentos preferenciais foram demandadas por representantes dos pacientes, conforme demonstrado no Gráfico 10.

**Gráfico 10.** Percentual de solicitações de atendimento preferencial nas FME por tipo de demandante, São Paulo, 2012.



A Portaria nº 1.554/2013 que regulamenta a execução do CEAF permite que os pacientes possam designar representantes para a solicitação e retirada de seus medicamentos nas FME (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Esta concessão é pertinente considerando a complexidade dos tratamentos previstos no componente, em que muitos pacientes ficam impossibilitados de aguardar o fluxo de atendimento normal das FME. Desta forma, espera-se que um representante que compareça à FME possa aguardar o fluxo normal de atendimento, não pleiteando atendimento preferencial pelo paciente que não pôde comparecer.

As solicitações de atendimentos preferenciais registradas nas FME foram consolidadas em categorias previamente elencadas no Formulário de coleta de dados, de acordo com a natureza dos motivos que demandaram o atendimento: situações clínicas, relacionadas à estrutura da farmácia, previstas em legislação e relacionadas à questões sociais. Na análise dos resultados identificou-se uma nova categoria, a de "Processos da FME".

A categoria "Legislação" foi a mais frequente com 91,04% do total de registros coletados nas FME. As outras categorias apresentaram uma frequência menor, mas o suficiente para afirmar que há situações não previstas



nas legislações vigentes que geram necessidade de atendimento preferencial nas FME.

Observaram-se várias diferenças quanto à frequência das categorias de motivos nas nove FME, apresentadas no Quadro 11.

**Quadro 11.** Número de solicitações de atendimento preferencial registradas nas FME selecionadas, por categoria de motivos, São Paulo, 20/12/12 à 28/02/13.

Categorias / FME	Legislação		Clínica		Social		Processos		Estrutura		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bauru	20	9,52	5	2,38	172	81,90	5	2,38	8	3,81	210	100,00
CH Sorocaba	54	93,10	4	6,90	-	-	-	-	-	-	58	100,00
Franca	17	58,62	8	27,59	4	13,79	-	-	-	-	29	100,00
H. Base SJRP	92	38,33	101	42,08	45	18,75	-	-	2	0,83	240	100,00
Maria Zélia	3.377	97,21	90	2,59	7	0,20	-	-	-	-	3.474	100,00
P. Prudente	123	59,13	41	19,71	44	21,15	-	-	-	-	208	100,00
Taubaté	20	12,58	86	54,09	50	31,45	-	-	3	1,89	159	100,00
Várzea Carmo	8.761	94,46	245	2,64	167	1,80	95	1,02	7	0,08	9.275	100,00
Vila Mariana	6.983	90,62	579	7,51	91	1,18	48	0,62	5	0,06	7.706	100,00
<b>09 FME</b>	<b>19.447</b>	<b>91,05</b>	<b>1.159</b>	<b>5,43</b>	<b>580</b>	<b>2,71</b>	<b>148</b>	<b>0,69</b>	<b>25</b>	<b>0,12</b>	<b>21.359</b>	<b>100,00</b>

Observação: (-) Não houve demanda.

Nas FME do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, AME Maria Zélia, AME Várzea do Carmo e CS Vila Mariana mais de 90% dos atendimentos preferenciais foram motivados por situações previstas em legislação.

Nesta categoria apresentaram resultados opostos as FME de Bauru (9,52%), do Hospital de Base de São José do Rio Preto (38,33%) e de Taubaté (12,58%).

As FME do H. Base de SJRP e de Taubaté foram as que apresentaram maior frequência de atendimentos preferenciais solicitados por situações clínicas.

A FME de Bauru apresentou uma frequência de motivos bastante diferenciada das demais, pois 81,90% dos atendimentos preferenciais registrados foram solicitados por questões sociais e somente 9,52% por situações previstas em legislação. Além da FME de Bauru, também se destacaram com um volume maior de solicitações de atendimento preferencial por situações sociais as FME de Franca (13,79%), H. Base SJRP (18,75%), P. Prudente (21,15%) e Taubaté (31,45%).

As maiores frequências de atendimentos preferenciais solicitados por situações-problemas relacionadas aos processos e estrutura dos serviços foram registradas na FME de Bauru.

Na categoria "Legislação", dos 19.447 registros de atendimentos preferenciais 89,50% foram solicitados por idosos, conforme descrito no Quadro 12.

**Quadro 12.** Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por FME, segundo a categoria Legislação, São Paulo, 2012.

Motivos (Legislação)	Bauru	CH Sorocaba	Franca	H. Base SJRP	Maria Zélia	P. Prudente	Taubaté	Várzea Carmo	Vila Mariana	09 FME
Idoso	30,00	1,85	41,18	28,26	82,14	82,93	10,00	92,28	91,69	<b>89,50</b>
Pessoa com criança de colo	35,00	74,07	5,88	29,35	3,64	-	35,00	1,75	1,49	<b>2,38</b>
Deficiência mental	-	3,70	5,88	9,78	4,68	4,07	5,00	1,78	0,54	<b>1,90</b>
Deficiência física	5,00	11,11	5,88	15,22	3,26	6,50	10,00	1,21	1,56	<b>1,84</b>
Pessoa com mobilidade reduzida	5,00	-	17,65	9,78	1,10	0,81	15,00	1,47	1,22	<b>1,38</b>
Gestante	5,00	5,56	5,88	4,3	2,52	2,44	15,00	0,87	1,05	<b>1,28</b>
Deficiência visual	5,00	3,70	17,65	1,09	1,15	0,81	-	0,32	1,52	<b>0,93</b>
Lactante	-	-	-	-	0,83	-	5,00	0,07	0,07	<b>0,21</b>
Deficiência não especificada	-	-	-	-	-	-	-	-	0,54	<b>0,20</b>
Deficiência múltipla	5,00	-	-	1,09	0,53	1,63	5,00	0,03	0,16	<b>0,19</b>
Deficiência Auditiva	-	-	-	1,09	0,12	0,81	-	0,22	0,16	<b>0,19</b>
Autista	10,00	-	-	-	0,03	-	-	-	-	<b>0,02</b>
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Observação: (-) Não houve demanda.

Observou-se que na FME do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, apesar de ter uma alta frequência de atendimentos preferenciais solicitados por situações

previstas em legislação, apenas 1,85% delas foram relacionadas ao atendimento de idosos, sendo a maioria (74,07%) motivada por pessoas com crianças de colo.

As FME de Bauru, do H. Base SJRP e de Taubaté também apresentaram uma alta frequência de solicitações de atendimento preferencial por pessoas com criança de colo, resultado compatível com o perfil de pacientes cadastrados segundo faixa etária.

Na FME do CS Vila Mariana, 38 solicitações de atendimento preferencial (0,54%) foram demandadas por "deficiência não especificada", pois os solicitantes se declararam deficientes, porém se negaram a especificar de qual tipo se tratava.

Na categoria "Clínica" foram registradas solicitações de atendimentos preferenciais por 26 motivos diferentes.

O motivo "agitação/nervosismo" foi o mais frequente no período estudado, conforme descrito no Quadro 13. Este resultado foi condizente com o perfil estudado dos pacientes atendidos nas FME, segundo a morbidade mais atendida (esquizofrenia).

**Quadro 13** - Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por FME, segundo a categoria Clínica, São Paulo, 2012.

Motivos (Categoria Clínica)	Bauru	CH Sorocaba	Franca	H. Base SJRP	Maria Zélia	P. Prudente	Taubaté	Várzea Carmo	Vila Mariana	09 FME
Agitação/ Nervosismo	-	25,0	-	17,8	24,4	12,2	22,1	12,2	34,0	<b>25,2</b>
Dor	-	75,0	25,00	5,0	20,0	9,8	32,6	16,7	19,5	<b>18,5</b>
Debilidade Física	60,00	-	-	35,6	8,9	17,1	7,0	10,6	19,3	<b>17,1</b>
Imunodeprimidos	-	-	-	21,8	-	-	7,0	31,8	9,0	<b>13,6</b>
Pós-cirurgiados	20,00	-	25,00	2,0	18,9	-	-	6,1	4,8	<b>5,6</b>
Crise de choro (criança)	20,00	-	-	-	-	-	23,3	0,8	1,9	<b>2,9</b>
Paciente Oxigênio- dependente	-	-	-	-	6,7	-	2,3	4,1	1,4	<b>2,2</b>
Portadores de sondas/aceesos cirúrgicos	-	-	12,5	5,0	-	17,1	2,3	1,6	1,0	<b>2,2</b>
Desmaio	-	-	-	1,0	6,7	-	-	0,8	2,2	<b>1,9</b>
Dispneia	-	-	-	4,0	-	19,5	1,2	1,6	0,9	<b>1,9</b>
Síndrome de Pânico	-	-	-	-	6,7	-	-	0,8	1,4	<b>1,4</b>
Crise de tosse	-	-	-	2,0	-	12,2	-	3,3	-	<b>1,3</b>
Vertigem/Tontura	-	-	-	1,0	2,2	-	1,2	2,4	0,9	<b>1,3</b>
Convulsão	-	-	12,5	-	5,6	-	-	1,6	0,7	<b>1,2</b>
Psoríase	-	-	-	2,0	-	2,4	-	1,6	0,2	<b>0,7</b>
Diarreia	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,9	<b>0,6</b>
Discinesia	-	-	-	3,0	-	4,9	-	-	-	<b>0,4</b>
Hemorragia	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5	<b>0,4</b>
Incontinência fecal	-	-	-	-	-	2,4	-	1,2	0,2	<b>0,4</b>
Incontinência urinária	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	<b>0,3</b>
Náusea	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,2	<b>0,3</b>
Síndrome de Down	-	-	25,00	-	-	-	-	-	-	<b>0,2</b>
Conjuntivite	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	<b>0,1</b>
Febre	-	-	-	-	-	-	1,2	-	-	<b>0,1</b>
Taquicardia	-	-	-	-	-	2,4	-	-	-	<b>0,1</b>
Varizes	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	<b>0,1</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Observação: (-) Não houve demanda.

Analisando-se a distribuição dos motivos clínicos que demandaram atendimentos preferenciais por FME, identificou-se que a variação da frequência dos mesmos nas FME, na maioria dos casos, estava relacionada ao perfil dos pacientes atendidos, segundo a morbidade registrada no Formulário de coleta (Apêndice 2). Por exemplo:

- Na FME de Presidente Prudente os pacientes cadastrados para tratamento de "asma" e de "doença pulmonar obstrutiva crônica", juntos, representaram 23,37% dos pacientes atendidos no período estudado. Este dado corrobora o fato de a maioria das solicitações de atendimentos preferenciais terem sido demandadas por dispneia (19,5%) e crise de tosse (12,2%) nesta FME;

- A FME de Franca apresentou um número de pacientes em tratamento de "epilepsia" superior às demais FME. Logo, verificou-se que esta FME se destacou das demais pelo alto percentual de solicitações de atendimento preferencial por "convulsão";

- A FME de Sorocaba e de Taubaté apresentaram maior número de pacientes em tratamento "oncológico" e de "dor crônica" do que as outras FME. Logo, foram as que mais registraram solicitações de atendimento preferencial pelo motivo clínico "dor".

Identificou-se que o perfil dos pacientes atendidos, segundo faixa etária também pode ser fator explicativo para algumas variações observadas. Por exemplo, nas FME de Bauru e de Taubaté, o número de pacientes cadastrados na faixa etária (0 - 3 anos) foi superior à média apresentada pelas demais FME. Logo, verificou-se uma alta frequência de solicitações de atendimentos preferenciais por motivo de "crianças com crise de choro" nestas FME.

Independente da variação dos motivos clínicos apresentados nas FME, pacientes com alguma situação clínica debilitante ou incapacitante também pleiteiam atendimento preferencial, ora por situações clínicas que podem ser temporárias, como "pós-cirurgiados" e "debilidade física", dentre outras, ora por situações permanentes como, por exemplo, pacientes "oxigênio-dependentes".

Na categoria "Social", os motivos que demandaram atendimento preferencial no período estudado, em cada FME, estão apresentados no Quadro 14.

**Quadro 14** - Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por FME, segundo a categoria Social, São Paulo, 2012.

Motivos (Categoria Social)	Bauru	CH Sorocaba	Franca	H. Base SIRP	Maria Zélia	P. Prudente	Taubaté	Várzea Carmo	Vila Mariana	09 FME
Profissão – Funcionário da Instituição	94,8	-	25,0	33,3	-	4,5	64,0	2,4	4,4	38,1
Horário – Trabalho	2,9	-	-	2,2	71,4	25,0	4,0	54,5	-	19,8
Profissão – Cuidador	-	-	25,0	-	-	50,0	6,0	25,7	29,7	16,6
Horário – Sessão de hemodiálise	-	-	-	-	28,6	9,1	4,0	1,8	14,3	4,1
Profissão – Funcionário público	-	-	25,0	13,3	-	2,3	2,0	6,6	2,2	3,8
Horário – Consulta médica	-	-	-	-	-	-	10,0	1,2	13,2	3,3
Profissão – Médico	-	-	-	26,7	-	2,3	4,0	-	3,3	3,1
Sigilo do tratamento	-	-	-	-	-	-	-	1,2	15,4	2,8
Horário – Transporte	1,7	-	-	2,2	-	-	-	3,6	4,4	2,4
Horário – Centro de infusão	-	-	-	11,1	-	2,3	6,0	1,8	-	2,1
Profissão – Policial	-	-	-	2,2	-	-	-	1,2	8,8	1,9
Profissão – Agente penitenciário	0,6	-	-	8,9	-	4,5	-	-	2,2	1,6
Horário – Escola	-	-	25,0	-	-	-	-	-	1,1	0,3
Fome	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Observação: (-) Não houve demanda.

No quadro acima verifica-se que:

- A FME de Bauru, destacou-se entre as demais, pelo alto percentual de funcionários da própria instituição onde está instalada (Hospital Estadual de Bauru) que solicitaram atendimento preferencial no período estudado. Situação também registrada nas FME de



Taubaté e do Hospital de Base de São José do Rio Preto, porém com frequência menor;

- A FME do Hospital de Base de SJRP se diferenciou das demais pelo percentual de médicos e agentes penitenciários que solicitaram para serem atendidos preferencialmente;

- Na FME de Presidente Prudente, os motivos "sociais" como horário de trabalho e ser cuidador de paciente foram os principais responsáveis pelo percentual elevado de registros nesta categoria em relação às demais; e

- Solicitações de atendimento preferencial em razão de horário escolar ocorreram somente na FME de Franca, a qual se destacou também pelos atendimentos preferenciais demandados por funcionários públicos.

Com referência à categoria "Processos da FME", ao analisar os resultados detectaram-se vários registros demandados por problemas relacionados ao fluxo de atendimento dos pacientes nas FME, motivo que não havia sido considerado na construção do instrumento de coleta. Desta forma, esses registros foram classificados nesta nova categoria para melhor avaliação dos resultados. Apenas três FME realizaram atendimento preferencial

devido a problemas no fluxo de atendimento: Bauru, Várzea do Carmo e Vila Mariana.

A FME de Bauru foi a que apresentou o maior percentual de atendimentos preferenciais por motivo relacionado aos processos de trabalho do setor de atendimento em relação às demais categorias, sendo a maioria deles relacionados ao fato da FME não possuir setor de triagem. Nas FME do AME Várzea do Carmo e do CS Vila Mariana os atendimentos preferenciais registrados na categoria "Processos" foram motivados por erro no processo de entrega das senhas.

Na categoria "Estrutura" foram registradas 25 solicitações de atendimentos preferenciais em cinco das nove FME, descritas no Quadro 15.

**Quadro 15.** Percentual de motivos que demandaram atendimento preferencial por FME, segundo a categoria Estrutura, São Paulo, 2012.

Motivos (Estrutura)	Acessibilidade		Acidente		Demora no Atendimento		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bauru	1	12,5	-	-	7	87,5	8	100,0
CH Sorocaba	-	-	-	-	-	-	-	-
Franca	-	-	-	-	-	-	-	-
H. Base SJRP	1	50,0	1	50,0	-	-	2	100,0
Maria Zélia	-	-	-	-	-	-	-	-
P. Prudente	-	-	-	-	-	-	-	-
Taubaté	1	33,3	-	-	2	66,7	3	100,0
Várzea Carmo	2	28,6	-	-	5	71,4	7	100,0
Vila Mariana	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	100,0
09 FME	7	28,0	3	12,0	15	60,0	25	100,0

Observação: (-) Não houve demanda.

A FME de Bauru apresentou o maior percentual de registros referentes à demora no atendimento e a FME de Taubaté o maior percentual de acessibilidade. Ocorreram três acidentes nas FME que motivaram necessidade de atendimento preferencial durante o período de coleta, sendo dois na FME do CS Vila Mariana e um na FME do H. Base de SJRP.

Na construção do Formulário para Registro da Demanda de Atendimento Preferencial o motivo "demora no atendimento" foi classificado na categoria "Estrutura da FME", considerando que as condições estruturais dos guichês de atendimento podem influenciar o tempo de espera. No entanto, este motivo também poderia ter sido classificado na categoria "Processos da FME", pois observou-se que os processos de trabalho podem influenciar tanto o tempo de espera, quanto o tempo de atendimento dos pacientes.

O tema "acessibilidade" não foi objeto deste estudo conforme já justificado, porém os resultados obtidos reforçaram a importância do tema ser avaliado pelo gestor das FME.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que as regras previstas nas legislações vigentes para atendimento preferencial não contemplam na integralidade as necessidades dos pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializados. Pois, as FME são serviços de saúde que prestam atendimento a pacientes em tratamento medicamentoso de doenças de alta complexidade, os quais por motivos clínicos podem necessitar de atendimento preferencial pela impossibilidade de aguardar o fluxo de atendimento normal.

No estudo do perfil dos pacientes atendidos, segundo a faixa etária, identificou-se que 1,70% eram crianças de colo e 46,88% idosos, os quais possuem direito ao atendimento preferencial assegurado em Legislação. Somente por estas duas situações, as FME obrigatoriamente devem prestar atendimento preferencial minimamente para cerca de 50% dos pacientes cadastrados. Para tanto, todas deveriam ter guichês destinados ao atendimento preferencial dos pacientes, ao menos em proporção equivalente, para cumprimento das Leis Federais N° 10.048 (BRASIL,2000) e N°10.741. (BRASIL,2003).

O estudo da caracterização do setor de atendimento das FME evidenciou que problemas estruturais, como mau dimensionamento da quantidade e dos tipos de guichês para atendimento dos pacientes, assim como recursos humanos insuficientes e ausência de processos de atendimento padronizados, aumentam o tempo de espera para atendimento, podendo acarretar em mais demandas de atendimento preferencial.

Desta forma, o redimensionamento do número de guichês para atendimento preferencial é fundamental para redução do tempo de espera de atendimento dos pacientes, principalmente pelo fato de que caracteristicamente os idosos requerem atenção especial na dispensação de medicamentos, como por exemplo, repetição das informações prestadas de forma clara, pausada, maior tempo para assinatura do Recibo de Medicamentos Especializados (RME), para guarda dos medicamentos que estão sendo retirados na FME, para sentar-se e levantar-se, o que naturalmente demanda maior tempo de atendimento por paciente e conseqüentemente aumento no tempo de espera para atendimento do paciente seguinte.

Pela ausência de critérios estabelecidos para atendimento preferencial nas FME, privilégios foram concedidos a funcionários públicos ou da instituição onde

as FME estão instaladas e representantes dos pacientes receberam atendimento preferencial indevidamente.

Conceder privilégio significa favorecer alguém ou um grupo em detrimento da maioria. As ações e os serviços devem obedecer aos princípios da Lei Orgânica da Saúde, dentre eles "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (BRASIL, 1990).

Identificou-se que vários pacientes se declaram portadores de deficiências para receber atendimento preferencial, porém, se negam a esclarecê-las. Diante desta dificuldade, discutiu-se a importância da implantação de cadastro específico para usuários que necessitem de atendimento preferencial nas FME, tanto para evitar o constrangimento dos mesmos terem que se justificar a cada atendimento, quanto para atender preferencialmente quem realmente necessite. Para tanto, deve-se levar em consideração tanto as regras previstas em legislação, quanto à garantia ao acesso igualitário nos serviços de saúde.

A solução de problemas como o desrespeito aos direitos dos usuários, a fragmentação dos processos de trabalho no interior dos serviços de saúde, a redução das filas e o tempo de espera nos serviços, são algumas das

prioridades da Política Nacional de Humanização que devem ser consideradas na gestão dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na busca e avaliação de literaturas técnicas e científicas não foram encontrados estudos realizados sobre atendimento preferencial em farmácias, impossibilitando a comparação dos resultados obtidos nesta pesquisa com outros trabalhos científicos. No entanto, este estudo servirá de referência para outros serviços de farmácia, principalmente no âmbito do Componente Especializado, considerando que os gestores dos outros Estados da Federação devem enfrentar a mesma problemática em suas Farmácias de Medicamentos Especializados.

O método de Pesquisa-ação adotado para o desenvolvimento deste estudo mostrou-se bastante adequado, pois permitiu melhor compreensão da situação-problema, interpretada segundo a perspectiva dos participantes, possibilitando aos sujeitos da pesquisa oportunidade de qualificação e protagonismo, incentivando-os para a prática transformadora no âmbito da Saúde Coletiva.

## 7 CONCLUSÃO

As regras existentes para atendimento preferencial são as previstas em legislações. Somente as pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, os idosos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo, têm direito ao atendimento preferencial, obrigatório nas repartições públicas.

Nas regras da legislação se enquadram cerca de 50% dos pacientes cadastrados nas FME estudadas, considerando que em média 1,70% são crianças de colo e 46,88% idosos.

As solicitações de atendimento preferencial nas FME também são motivadas por outras situações de diversas naturezas, não previstas em legislação: clínicas, sociais e relacionadas à estrutura da farmácia e a processos de trabalho.

A caracterização do atendimento das FME demonstrou que há problemas de estrutura e relacionados a processos de trabalho que influenciam no tempo de espera e no cumprimento do atendimento preferencial.



Na análise da implementação do atendimento preferencial nas FME, segundo a legislação prevista e as necessidades dos pacientes cadastrados, concluiu-se que o atendimento preferencial não está sendo cumprido integralmente nas FME.

Para viabilizar o atendimento preferencial nas FME com vistas ao cumprimento das legislações vigentes, sem infringir o princípio de igualdade na assistência à saúde, é necessário a elaboração e implementação de critérios específicos de atendimento.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Visando à qualificação dos serviços prestados nas FME para promoção do acesso igualitário e assistência humanizada aos usuários do SUS, as seguintes recomendações poderiam ser úteis para o aprimoramento do atendimento preferencial nas FME:

1. Informatização do cadastro e monitoramento do Atendimento Preferencial nas FME pelo Sistema MEDEX;
2. Implantação de Sistema Eletrônico de Distribuição de Senhas com controle do tempo de espera para atendimento automatizado em todas as FME;
3. Construção de parâmetros para o redimensionamento do número e tipos de guichês para atendimento preferencial no setor de dispensação de medicamentos das FME;
4. Identificação dos guichês de todas as FME por tipo de atendimento realizado de forma padronizada;
5. Capacitação dos Farmacêuticos e Técnicos das FME sobre atendimento preferencial frente

aos resultados obtidos no estudo com apresentação oficial do Guia de Orientações para Atendimento Preferencial;

6. Fixação de "Painel" no setor de atendimento das FME, elaborado frente aos resultados obtidos no estudo, como estratégia de sensibilização dos usuários para a implantação dos critérios para atendimento preferencial.

7. Implementação dos produtos elaborados por meio dos seminários de pesquisa-ação:

- Guia de Orientações com critérios específicos para Atendimento Preferencial em Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Apêndice 3);
- Formulário de Solicitação para Atendimento Preferencial nas FME da SES/SP - Situações Previstas em Legislação (Apêndice 3);
- Formulário de Solicitação para Atendimento Preferencial nas FME da SES/SP - Situações Clínicas (Apêndice 3);
- Modelo de Declaração Autorizadora para que outras pessoas possam representar o

paciente nas FME para solicitação e retirada de medicamentos (Apêndice 3).

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1.

Brasil. Lei n° 10.048, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 09 nov 2000; Seção 1.

Brasil. Lei n° 10.690, de 16 de junho de 2003. Reabre o prazo para que os Municípios que refinanciaram suas dívidas junto à União possam contratar empréstimos ou financiamentos, dá nova redação à Lei n° 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 jun 2003; Seção 1.

Brasil. Lei n° 10.741, de 1° de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 03 out 2003; Seção 1.

Brasil. Decreto-Lei n° 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis n°s 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. Diário Oficial da União. 03 nov 2004; Seção 1.

Brasil. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011; Seção 1.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 16 out 1996; Seção 1:201.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 07 mai 2004; Seção 1.

Engel GI. Pesquisa-ação. Educar. 2000;16:181-191

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2002

Houaiss A, Villar MS, Franco, FMM. Minidicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Moderna; 2004.

Instituto de Saúde [homepage na internet]. São Paulo; c2007. [acesso em 18 jul 2012]. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/?cid=2004>

Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n° 3, de 15 de dezembro de 1982. Dispõe sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Diário Oficial da União. 16 dez 1982; Seção 1

Ministério da Saúde. Portaria n° 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. 10 nov 1998; Seção 1.

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília(DF);2004.

Ministério da Saúde. Portaria n° 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. 31 mar 2006; Seção 1.

Ministério da Saúde. Portaria n° 2.577, de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Diário Oficial da União. 30 out 2006; Seção 1

Ministério da Saúde. Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União. 30 jan 2007; Seção 1.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília (DF); 2008.

Ministério da Saúde. Portaria n° 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 01 dez 2009; Seção 1.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde. Portaria n° 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 jul 2013; Seção 1.

Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília. [atualizado em 20 agosto 2013; acesso em 23 ago 2013]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacoes\\_clinicas\\_ceaf\\_agosto\\_2013 .pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/situacoes_clinicas_ceaf_agosto_2013.pdf)

Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília. [atualizado em 20 agosto 2013; acesso em 23 ago 2013]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=34025&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34025&janela=1)

Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho. A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. Brasília, DF; 2007.

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, coordenador. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.435-472.

Núcleo de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Relatório Anual de Gestão da Assistência Farmacêutica. São Paulo; 2011

Rio de Janeiro (Estado). Lei n° 4.395, de 16 de setembro de 2004. Dispõe sobre prioridade de atendimento nas farmácias às pessoas que menciona e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. 17 out 2004; Seção 1:1.

Rio Grande do Sul (Estado). Lei n° 10.945, de 15 de abril de 1997. Dispõe sobre o atendimento preferencial e obrigatório aos idosos, gestantes e pessoas portadoras de deficiência, nos diferentes níveis de atenção à saúde, pelo SUS/RS. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. 16 abr 1997; Seção 1:1

São Paulo (Município). Lei n° 11.248, de 1° de outubro de 1992. Dispõe sobre o atendimento preferencial de gestantes, mães com crianças de colo, idosos e deficientes em estabelecimentos comerciais, de serviço e similares, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo. 02 out 1992; Seção 1:1.  
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Núcleo Técnico de Humanização. Política Estadual de Humanização. São Paulo, SP; 2012.



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Gabinete do Secretário. Conselho Gestor do Programa Estadual de Parcerias Público-Privadas. Chamamento Público 002/2013. Torna público o início do procedimento de chamamento público para desenvolvimento e apresentação, por eventuais agentes interessados da iniciativa privada, de estudos técnicos e modelagem do projeto de Parceria Público-Privada (PPP) de Reorganização, Estruturação, Implantação e Operação dos processos logísticos e assistenciais da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 08 fev 2013; Seção 1.

Terence ACF, Escrivão Filho E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: 26. Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 2006; Fortaleza, BR. Rio de Janeiro:Associação Brasileira de Engenharia da Produção; 2006. p.1-9.

Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 18.ed. São Paulo: Cortez; 2011

Tripp D, Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa. 2005;31:443-466.

## 10 APÊNDICE

---

**APÊNDICE 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

---

**I - DADOS SOBRE A PESQUISA**

1. Título do Protocolo de Pesquisa: Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Pesquisador: Alexandra Mariano Fidencio Casarini

Documento de Identidade: N° 20.980.953-X

Sexo: ( )M ( **X** )F

Cargo/Função: Diretor Técnico II

Departamento: Núcleo de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

2. Avaliação do risco da pesquisa: Sem Risco ( **X** )

3. Duração da Pesquisa:

Data de início: Agosto/2012

Data limite: Abril/2013

Data prevista para entrega da dissertação de mestrado: Maio/2013

**II - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA**

**Justificativa:** As Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) atendem mensalmente um alto índice tanto de pacientes idosos, quanto com morbidades crônicas de alta complexidade. A legislação prevê atendimento preferencial para um grupo específico de pessoas, no entanto, não contempla prioridades baseadas em critérios clínicos. O presente estudo justifica-se, face à

necessidade de qualificação dos serviços prestados aos usuários do SUS nas FME para promoção do acesso igualitário e assistência humanizada.

**Objetivos:** Analisar a adequação das regras previstas em legislação para atendimento preferencial, frente às reais necessidades dos pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializados (FME), com vistas à elaboração de critérios adequados de atendimento.

**Procedimentos:** O estudo utilizará a Pesquisa-ação como referencial metodológico. Serão realizados seminários com os sujeitos da pesquisa visando à construção, validação e aplicação dos instrumentos de coleta de dados primários e secundários para cumprimento dos objetivos específicos da pesquisa. Os seminários serão registrados por meio de atas.

**Risco da Pesquisa:** Não haverá riscos para os sujeitos da pesquisa, considerando que os mesmos não serão submetidos a nenhum procedimento que possa causar danos, e que será assegurado o sigilo absoluto sobre as informações coletadas, as quais serão tratadas e apresentadas de forma consolidada.

**Benefícios:** O presente estudo visa à qualificação do atendimento prestado aos usuários do SUS nas Farmácias de Medicamentos Especializados, propiciando aos sujeitos da

pesquisa, pelo método da pesquisa-ação, oportunidade de troca de conhecimento e aprendizado acerca da temática, como incentivo à prática transformadora no âmbito da Saúde Coletiva.

### **III - GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA**

- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isto venha lhe trazer algum prejuízo;
- Confiabilidade e sigilo;
- Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa.

#### **Endereços:**

Núcleo de Assistência Farmacêutica - SES/SP  
Pesquisador: Alexandra Mariano Fidencio Casarini  
Telefone: (11)3066-8773  
Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, 7º andar. Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05403-000  
Cel.: (15) 98081972  
E-mail: [acasarini@saude.sp.gov.br](mailto:acasarini@saude.sp.gov.br)

Comitê de Ética - Instituto de Saúde  
Coordenadora: Lígia Rivero Pupo  
Telefone: (11) 31168506  
Endereço: Rua Santo Antonio, nº 590, 5º andar. Bela Vista. São Paulo.  
CEP: 01314-000  
E-mail: [cepis@saude.sp.gov.br](mailto:cepis@saude.sp.gov.br)

**IV - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo,                    de                    de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Alexandra Mariano Fidencio Casarini  
Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Luiza Sterman Heimann  
Orientadora

**APÊNDICE 2.** Morbidades dos pacientes atendidos preferencialmente nas FME, em percentual, segundo dado coletado no Formulário para Registro de Demanda de Atendimento Preferencial, São Paulo, 20/12/12 à 28/02/13.

Morbidades	09 FME	Bauru	CH Sorocaba	Franca	H. Base SJRP	Maria Zélia	P. Prudente	Taubaté	Várzea Carmo	Vila Mariana
Dislipidemias	16,9	25,7	5,2	17,2	32,5	9,5	18,3	5,7	10,6	27,3
Órgãos e Tecidos Transplantados	11,0	2,4	1,7	0,0	6,7	0,1	2,9	4,4	6,3	22,4
Esquizofrenia	10,9	10,0	12,1	10,3	7,1	21,7	8,7	12,6	12,5	4,2
Doença de Alzheimer	9,1	9,0	0,0	3,4	2,5	7,9	13,0	5,0	11,1	7,5
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	8,9	1,4	3,4	6,9	3,3	4,5	18,3	3,8	12,8	6,4
Asma	8,0	15,2	3,4	20,7	6,3	9,1	11,1	2,5	9,9	5,0
Artrites Reumatóides	7,0	1,9	1,7	0,0	5,0	2,4	1,9	5,7	9,1	6,9
Glaucoma	5,3	9,0	0,0	0,0	0,0	32,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Doença de Parkinson	2,9	2,9	3,4	6,9	1,7	2,5	3,4	6,3	4,0	1,7
Osteoporose	2,8	0,5	1,7	0,0	4,6	0,9	1,4	0,0	2,6	4,0
Hepatites	2,2	0,0	1,7	0,0	5,0	0,3	1,4	1,3	2,4	2,7
Insuficiência Renal Crônica	2,0	1,9	0,0	0,0	0,4	0,9	8,2	5,0	3,0	1,3
Não informada	1,7	7,1	1,7	6,9	0,4	1,2	0,0	0,0	2,5	0,9
Esclerose Múltipla	1,2	0,0	0,0	3,4	1,3	0,0	0,0	6,9	1,4	1,4
Epilepsia	1,1	1,4	6,9	6,9	7,1	1,0	3,4	0,0	1,3	0,5
Hipofunção e Outros Transtornos da Hipófise	0,9	0,0	0,0	3,4	0,4	0,1	1,0	0,0	1,5	0,7
Colite Ulcerativa	0,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	1,4	0,0	1,2	0,9
Hiperfunção da Hipófise	0,8	2,4	0,0	0,0	2,5	0,2	0,0	1,3	1,0	0,8
Doença de Crohn	0,7	1,4	0,0	3,4	2,5	0,4	1,0	1,9	0,9	0,5
Acne Severa	0,7	1,4	6,9	0,0	0,0	0,6	0,5	1,3	1,2	0,1
Alergia à Proteína do Leite de Vaca	0,6	0,0	0,0	3,4	0,0	3,1	0,5	6,3	0,0	0,0
Hipoparatiroidismo	0,5	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,7	0,6
Dor Crônica	0,3	0,0	3,4	0,0	1,3	0,2	0,0	6,9	0,5	0,0

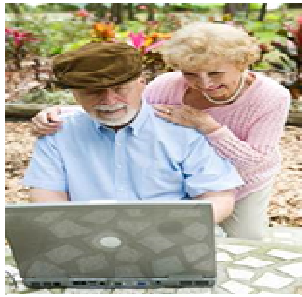






**APÊNDICE 3.** Guia de Orientações para  
Atendimento Preferencial em Farmácias de  
Medicamentos Especializados da Secretaria de  
Estado da Saúde de São Paulo

---



**GUIA DE ORIENTAÇÕES  
PARA  
ATENDIMENTO  
PREFERENCIAL  
EM  
FARMÁCIAS DE  
MEDICAMENTOS  
ESPECIALIZADOS  
DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA  
SÁUDE DE  
SÃO PAULO**

## INTRODUÇÃO

As Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) da SES/SP atendem mensalmente cerca de 568.000 pacientes portadores de doenças de alta complexidade, dos quais 48,36% são idosos. A legislação assegura atendimento preferencial para um grupo específico de pessoas, no entanto, não contempla prioridades baseadas em critérios clínicos. As FME não possuem critérios definidos para atendimento preferencial dos pacientes, o que sistematicamente gera problemas no setor de atendimento e questionamentos da Procuradoria Geral de Justiça quanto ao cumprimento do disposto nas legislações vigentes. Visando a qualificação dos serviços prestados nas FME para promoção do acesso igualitário e assistência humanizada elaborou-se este Guia de Orientações.

## DÚVIDAS FREQUENTES

### **1. Os pacientes podem designar representantes para retirada de medicamentos na FME?**

**Resposta:** Sim. Sempre que um paciente estiver impossibilitado de comparecer à FME ou com dificuldades para aguardar o atendimento ele pode designar um representante para retirar seu medicamento.

**2. Qualquer pessoa pode retirar o medicamento pelo paciente na FME?**

**Resposta:** Não. É necessário ter ao menos dezoito anos completos e estar cadastrado na FME para este fim, de acordo com os critérios estabelecidos pela Portaria nº 1.554/2013 que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

**3. Quais os critérios estabelecidos pela Portaria nº 1554/2013 para cadastro dos representantes nas FME?**

**Resposta:** Apresentar Declaração Autorizadora (Anexo 1) assinada pelo paciente, cópia do documento de identidade, endereço completo e número de telefone para contato.

**4. O que é atendimento preferencial?**

**Resposta:** De acordo com o Decreto-Lei nº 5.296/2004 atendimento preferencial compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas com amparo em legislação. E entende-se por imediato o atendimento prestado a essas pessoas antes de qualquer outra, depois de concluído o atendimento que estiver em andamento.

**5. O atendimento preferencial é obrigatório nas FME?**

**Resposta:** Sim. O atendimento preferencial é **obrigatório** em repartições públicas como as FME, mas **somente para as pessoas relacionadas no Quadro 1**

abaixo, as quais possuem amparo legal nas respectivas legislações vigentes:

**Quadro 1** - Pessoas com direito obrigatório de atendimento preferencial nas repartições públicas.

<b>Pessoas com direito obrigatório de atendimento preferencial</b>	<b>Legislação correspondente que concede ou regulamenta o direito</b>
Autista	Decreto-Lei nº 5.296/2004 Lei nº 10.690/2003
Gestantes	Lei nº 10.048/2000
Idosos (60 anos ou +)	Lei nº 10.048/2000 Lei nº 10.471/2003
Lactantes	Lei nº 10.048/2000
Pessoas acompanhadas por crianças de colo	Lei nº 10.048/2000
Pessoas com mobilidade reduzida	Lei nº 10.048/2000 Decreto-Lei nº 5.296/2004
Pessoas portadoras de deficiência (auditiva, física, mental, múltipla ou visual)	Lei nº 10.048/2000 Decreto-Lei nº 5.296/2004

**6. O que caracteriza uma pessoa portadora de deficiência?**

**Resposta:** De acordo com o Decreto-Lei nº 5296/2004 pessoa portadora de deficiência é a **que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade** em função de problemas que podem ser categorizados como auditivos, físicos, mentais, visuais ou múltiplos.

**7. O que caracteriza a deficiência auditiva?**

**Resposta:** Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por

audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz

#### 8. O que caracteriza a deficiência física?

**Resposta:** Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Para melhor entendimento, seguem algumas definições:

Tipo de Deficiência Física	Definição
Paraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
Paraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
Monoplegia	Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior)
Monoparesia	Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior)
Tetraplegia	Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Tetraparesia	Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
Triplegia	Perda total das funções motoras em três membros.

Tipo de Deficiência Física	Definição
Triparesia	Perda parcial das funções motoras em três membros.
Hemiplegia	Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Hemiparesia	Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
Ostomia	Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de coleta; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).
Amputação ou ausência de membro	Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
Paralisia cerebral	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.
Nanismo	Deficiência acentuada no crescimento. É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a incapacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esclarecemos que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoios adequados às suas características.



**9. O que caracteriza a deficiência mental?**

**Resposta:** Funcionamento intelectual significativamente inferior à média com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

**10. O que caracteriza a deficiência visual?**

**Resposta:** Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

**11. O que caracteriza a deficiência múltipla?**

**Resposta:** Associação de duas ou mais deficiências.

**12. O que caracteriza uma pessoa com mobilidade reduzida?**

**Resposta:** aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se,

permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

**13. Como avaliar se o paciente é portador de algum tipo de deficiência?**

**Resposta:** Somente o profissional médico pode avaliar e afirmar se o paciente é portador de deficiência, de acordo com as especificidades do Decreto-Lei nº 5.296/2004.

**14. Somente pessoas com amparo previsto em legislação é que tem necessidade de atendimento preferencial nas FME?**

**Resposta:** Não. Um estudo realizado em nove FME do Estado de São Paulo, no período de Dez/2012 à Fev/2013, demonstrou que vários pacientes necessitam de atendimento preferencial por motivos relacionados à situação clínica em que se encontram.

**15. Como avaliar se a situação clínica relatada pelo paciente justifica a necessidade de atendimento preferencial?**

**Resposta:** Somente o profissional médico pode avaliar e afirmar se a condição clínica do paciente o impede ou não de aguardar o fluxo de atendimento normal nas FME.

**16. O representante do paciente também tem direito ao atendimento preferencial?**

**Resposta:** O representante do paciente só terá direito ao atendimento preferencial se também for portador de uma das situações previstas em legislação relacionadas no Quadro 1.

**17. Situações de ordem social como horário de trabalho, consulta médica, sessão de hemodiálise, centro de infusão de medicamentos, transporte do município, funcionário público, funcionário da instituição, médico, agente prisional, policial, entre outros, justificam direito a atendimento preferencial nas FME?**

**Resposta:** Não. Somente têm direito ao atendimento preferencial pessoas portadoras de uma das situações previstas em legislação relacionadas no Quadro 1 ou que por problemas clínicos justificados com apresentação de Laudo Médico não possam aguardar o fluxo de atendimento normal das FME.

**18. O que se deve fazer diante de uma solicitação de atendimento preferencial?**

**Resposta:** Consultar o capítulo a seguir "**Critérios para Atendimento Preferencial**" deste Guia de Orientações.

## **CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO PREFERENCIAL**

### **1. Situações clínicas ocasionais que impossibilitem o paciente de aguardar o fluxo de atendimento normal da Farmácia**

Na ocorrência de situações clínicas inesperadas como desmaio, crise convulsiva, crise de falta de ar, entre outras que possam surgir deve-se primeiramente prestar assistência à pessoa (ligar para o SAMU, se necessário) e após o restabelecimento da situação encaminhá-la para atendimento preferencial.

Informar que o atendimento preferencial é concedido em caráter excepcional na ocorrência de situações clínicas inesperadas que impossibilitem o paciente de aguardar o fluxo de atendimento normal da Farmácia. Pois, para ter direito de atendimento preferencial sistematicamente na FME é necessário cadastro mediante apresentação de Laudo Médico.

### **2. Situações previstas em Legislação**

As pessoas com situações previstas em Legislação têm direito "obrigatório" ao atendimento preferencial.

No primeiro atendimento poderão ser atendidas preferencialmente somente pela auto declaração da situação, momento em que deverão ser orientadas sobre a

necessidade de cadastro específico para atendimento preferencial a partir do mês seguinte, de acordo com o Quadro 2 abaixo:

**Quadro 2** - Documentos necessários para cadastro de atendimento preferencial nas FME.

Situação	Documentos	Tipo de Cadastro
Autista	Formulário de Solicitação de Atendimento Preferencial nas FME - Legislação (Anexo 2) e Documento de Identidade (RG)	Permanente
Deficiência auditiva		
Deficiência física		
Deficiência mental		
Deficiência múltipla		
Deficiência visual		
Mobilidade reduzida		
Idoso (60 anos ou +)	Documento de Identidade (RG)	Temporário
Gestante	Documento de Identidade (RG) e Informação sobre Período Gestacional	
Lactante	Documento de Identidade (RG)	
Pessoas com criança de colo		

### 3. Outras situações clínicas que impossibilitem o paciente de aguardar o fluxo de atendimento normal da Farmácia

Podem ocorrer outras situações clínicas que impossibilitem o paciente de aguardar o fluxo normal de atendimento da Farmácia, considerando que devido à complexidade das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, muitas delas

geram sequelas incapacitantes nos pacientes. Na ocorrência de situações especiais que demandem Atendimento Preferencial temporário ou permanente, não preconizadas pelas legislações vigentes, será necessário realizar cadastro específico na FME com apresentação dos seguintes documentos:

- Formulário de Solicitação de Atendimento Preferencial nas FME (Anexo 3);
- Documento de Identidade (RG).

#### **4. Atendimento preferencial para representantes de pacientes**

Os pacientes poderão cadastrar até três representantes para retirada de seu(s) medicamentos(s) na FME mediante apresentação de Declaração Autorizadora (Anexo 1);

Se o representante do paciente também for portador de alguma necessidade especial que o impossibilite de aguardar o fluxo de atendimento normal da Farmácia, o mesmo deverá se cadastrar na FME de acordo com os critérios estabelecidos nos tópicos 2 e 3 para que possa ter direito ao atendimento preferencial;

#### **5. Registro dos cadastros de atendimento preferencial no Sistema MEDEX**

O Sistema Medex será parametrizado para que o cadastro de concessão de atendimento preferencial (de

pacientes ou representantes) seja informatizado para permitir que esta situação especial seja identificada diretamente no RME (Recibo de Medicamentos Especializados) no momento da dispensação de medicamentos.

Desta forma, no RME constará o nome do paciente, o nome de quem está retirando o medicamento (próprio paciente ou até três representantes) com a sigla "AP" ao lado do nome caso possua cadastro na FME para atendimento preferencial, conforme critérios estabelecidos neste Guia.

## **6. Rotina de atendimento preferencial**

Para ser identificado agilmente no setor de triagem da FME como pessoa com direito ao atendimento preferencial, o paciente ou representante deverá apresentar a cada retirada de medicamento o RME do paciente acompanhado do documento de identificação (RG) para receber uma senha de atendimento preferencial agilmente.

## ANEXO 1 - DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG n° \_\_\_\_\_ autorizo, de acordo com o preconizado na  
Portaria n° 1.554/2013 que regulamenta o Componente Especializado  
da Assistência Farmacêutica, os representantes abaixo relacionados  
a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados  
\_\_\_\_\_ para formalização da solicitação de  
medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de  
medicamentos.

### REPRESENTANTE - 1

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo:

Telefones para contato:

### REPRESENTANTE - 2

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo:

Telefones para contato:

### REPRESENTANTE - 3

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo:

Telefones para contato:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



# ANEXO 2 - Formulário de Solicitação para Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Legislação

Somente as pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, os autistas, os idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo, têm direito ao atendimento preferencial, obrigatório nas repartições públicas, de acordo com o disposto na Lei nº 10.048/2000 e termos da regulamentação do Decreto-Lei nº 5.296/2004.

Pacientes com dificuldades de comparecimento e/ou permanência na Farmácia de Medicamentos Especializados, podem designar até três representantes, para retirada de seus medicamentos, por meio de Declaração Autorizadora, conforme preconizado na Portaria GM/MS nº 1.554/2013.

## 1. Identificação do Solicitante

Nome Completo:

Nº Documento de Identidade (RG):

## 2. Laudo Médico

O Solicitante é Portador de qual Necessidade Especial? ( assinalar com "X" )

<input type="checkbox"/>	Autista	<input type="checkbox"/>	Deficiência mental
<input type="checkbox"/>	Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/>	Deficiência visual
<input type="checkbox"/>	Deficiência física	<input type="checkbox"/>	Pessoa com mobilidade reduzida

Detalhar abaixo, o motivo que impossibilita o solicitante de aguardar o fluxo normal de atendimento da Farmácia, especificando a limitação clínica e/ou funcional que ateste sua deficiência, de acordo com as definições do Decreto nº 3.298/99 (artigos 3º e 4º) e as alterações dadas pelo Decreto- Lei nº 5.296/2004. Informar o Código Internacional de Doenças (CID-10) correspondente.

CID-10:

## 3. Identificação do Médico

Assinatura do Médico +  
Carimbo contendo nome  
completo e CRM

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

“Formulários incompletos e/ou ilegíveis não serão aceitos”.

# ANEXO 3 - Formulário de Solicitação para Atendimento Preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Somente as pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, os autistas, os idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo, têm direito ao atendimento preferencial, obrigatório nas repartições públicas, de acordo com o disposto na Lei nº 10.048/2000 e termos da regulamentação do Decreto-Lei nº 5.296/2004.

Pacientes com dificuldades de comparecimento e/ou permanência na Farmácia de Medicamentos Especializados, podem designar até três representantes, para retirada de seus medicamentos, por meio de Declaração Autorizadora, conforme preconizado na Portaria GM/MS nº 1.554/2013.

## 1. Identificação do Solicitante

Nome Completo:

Nº Documento de Identidade (RG):

## 2. Laudo Médico

Detalhar abaixo, o motivo que impossibilita o solicitante de aguardar o fluxo normal de atendimento da Farmácia, especificando a limitação clínica e/ou funcional que justifique a necessidade de atendimento preferencial. Informar o Código Internacional de Doenças (CID-10) correspondente e o período que o solicitante necessita de atendimento preferencial.

CID-10:

Período Necessário:  dias.

## 3. Identificação do Médico

Assinatura do Médico +  
Carimbo contendo nome  
completo e CRM

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

“Formulários incompletos e/ou ilegíveis não serão aceitos”.

**APÊNDICE 4.** Parecer Consubstanciado do CEP

---

## PROJETO DE PESQUISA

**Título:** Atendimento preferencial nas farmácias de medicamentos especializados do Estado de São Paulo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 06031112.2.0000.5469

**Pesquisador:** Alexandra Mariano Fidencio Casarini

**Instituição:** São Paulo Secretaria de Saúde ((Instituto de Saúde))

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 94.097

**Data da Relatoria:** 14/08/2012

### Apresentação do Projeto:

O pesquisador resgata os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade e contextualiza com a política de assistência farmacêutica, levanta a questão dos direitos de atendimento preferencial o que poderia constituir um paradoxo. Agrega-se a isto as demandas do ministério público em relação à esta questão. Considerando que o ESP atende cerca de 530.000 pacientes em 40 farmácias de medicamentos especiais, a pesquisadora desenvolveu um projeto para analisar o problema.

### Objetivo da Pesquisa:

Face ao contexto exposto, para viabilizar nas Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP, o atendimento preferencial aos pacientes que o demandam, com critérios pré-estabelecidos, incluindo os previstos em legislação, sem infringir o princípio de igualdade na assistência à saúde, é necessário primeiramente, diagnosticar quais as necessidades de atendimento preferencial que surgem no dia-a-dia das Farmácias. Neste sentido, é fundamental explorar várias questões para identificar o que de fato acontece na fila das FME, a fim de obter respostas que possam embasar critérios.

**Objetivo Primário:**

Analisar a adequação das regras previstas em legislação para atendimento preferencial, frente às reais necessidades dos pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializados, com vistas à elaboração de critérios adequados de atendimento.

**Objetivo Secundário:**

Traçar o perfil dos pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializados; Caracterizar o atendimento nas Farmácias de Medicamentos Especializados; Diagnosticar a demanda de atendimento preferencial nas Farmácias de Medicamentos Especializados; Identificar as regras existentes sobre atendimento preferencial; Propor critérios de atendimento preferencial adequados às necessidades dos pacientes cadastrados nas Farmácias de Medicamentos Especializado.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa e pode ser constatado que o referido projeto além de não oferecer riscos à população de estudo, seus resultados podem redundar em uma qualificação ( melhoria da qualidade) da atenção farmacêutica no SUS.

**Endereço:** Rua Santo Antônio, 590 - 2º andar

**Bairro:** Bela Vista

**CEP:** 01.314-000

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3293-2270

**Fax:** (11)3105-2772

**E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto se adéqua perfeitamente ao currículo da pesquisadora, é um tema de grande relevância para o SUS, a metodologia é adequada aos propósitos da pesquisa, e os critérios amostrais foram bem definidos. o Cronograma esta um pouco exíguo para o estudo mas considerando o método da pesquisa-ação e a posição privilegiada da pesquisadora no serviço, entendemos oportuno, pertinente e factível o presente projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE é sucinto e objetivo , esta com linguagem adequada a profissionais de saúde a quem se destina e consta as garantias ao sujeito de pesquisa.

**Recomendações:**

Rever o cronograma do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto objetivo claro e perfeitamente factível, e com possibilidades promissoras de aproveitamento de seus resultados.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

nenhuma a mais

SAO PAULO, 11 de Setembro de 2012

---

Assinado por:  
Ligia Rivero Pupo