

Análise de 28 unidades dispensadoras de medicamentos antirretrovirais no estado do Ceará

Francisco Álisson PAULA-DE-FRANÇA¹ , Ana Cláudia de BRITO-PASSOS² , Maíra Barroso PEREIRA³ , Régis Barroso SILVA³ , Marta Maria de FRANÇA FONTELES¹ 

¹Universidade Federal do Ceará; ²Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; ³Centro Universitário Christus

Autor correspondente: Paula-de-França FA, alissonpetunifor@gmail.com

Submetido em: 14-07-2020 Reapresentado em: 13-10-2020 Aceito em: 27-10-2020

Revisão por pares: revisor cego e Vera Lucia Luiza

Resumo

Objetivo: Caracterizar a estrutura física das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM), assim como também as condições de atendimento ofertadas às Pessoas Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana-HIV/AIDS (PVHA). **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, quantitativo e exploratório. A coleta de dado ocorreu a partir de formulário semiestruturado composto por 46 questões que foi enviado para os e-mails dos responsáveis pelos serviços de dispensação de Antirretrovirais (ARV), contendo variáveis relacionadas aos recursos humanos e características infraestruturais das unidades. **Resultados:** Participaram do estudo o total de 28 UDM. Observou-se que 71,4% (n=20) destas estavam implantadas em Serviços de Assistência Especializada aos portadores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) associada à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). No tocante à área de dispensação de insumos e medicamentos, esta foi superior a 14m² em 80% e superior a 5m² em 90% da amostra estudada. Todas as unidades utilizavam o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos para controle das dispensações; porém, nem todos os profissionais das unidades eram capacitados para operacionalizá-lo. Foi constatado que em 28,6% (n=8) das UDM à sala/corredor de espera não era adaptada para pessoas com deficiência, além de não possuir atendimento prioritário conforme previsto em lei. Ressalta-se ainda que, em 35,7% (n=10) dos serviços, o balcão onde os ARV eram dispensados não facilitava o contato direto com as PVHA. Além disso, cerca de 29,0% (n=8) dos serviços possuíam guichês individuais de atendimento com mesa e cadeiras disponíveis para os usuários e em 60,7% (n=17) havia apenas guichês/balcão para atendimento. Foram encontradas grades no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário em 71,4% (n=20) dos serviços. A sala para atendimento individualizado e cuidados clínicos farmacêuticos estava presente em apenas 32,2% (n=9) dos serviços. **Conclusão:** Sugere-se que haja adequações na estrutura física das unidades, bem como também urge a necessidade de atendimento individualizado e privativo, de acordo com as especificidades de cada serviço, no intuito fortalecer a relação direta entre farmacêuticos e pacientes e, em especial, assegurar um atendimento humanizado.

Palavras-chave: assistência farmacêutica, terapia antirretroviral, acesso aos serviços de saúde, humanização da assistência.

Analysis of 28 antiretroviral drug dispensing units in the state of Ceará

Abstract

Objective: To characterize the physical structure of antiretroviral Drug Dispensing Units (DDU) as well as the conditions of service offered to People Living with HIV/AIDS (PLHS). **Methods:** This is a descriptive, quantitative and exploratory study. Data collection occurred from a semi-structured form composed of 46 questions that was sent to the e-mails of the responsible for Antiretroviral (ARV) dispensing services, containing questions related to human resources and infrastructure characteristics of the units. **Results:** A total of 28 DDU participated in the study. It was observed that 71.4% (n=20) of these were implanted in replace assistance by care for patients with Sexually Transmitted Infections (STI) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) associated with Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. Regarding the dispensing area of supplies and medicines, this was higher than 14m² in 80% and higher than 5m² in 90% of the sample studied. All units used the logistical drug control system for dispensing control; however, not all professionals in the units were able to operationalize it. Additionally, it was found that in 28.6% (n=8) of the DDU the waiting room/corridor was not adapted for people with disabilities, besides not having priority service as provided by law. It is also emphasized that, in 35.7% (n=10) of the services, the counter where the ARV were dispensed did not facilitate direct contact with the PLHA. In addition, about 29.0% (n=8) of the services had individual service counters with table and chairs available to users and in 60.7% (n=17) there were only counter/counter for service. Also, grids were found in the service desk, separating the attendant from the user in 71.4% (n=20) of the services. The room for individualized service and pharmaceutical clinical care was present in only 32.2% (n=9) of the services. **Conclusion:** It is suggested that there are adjustments in the physical structure of the units, as well as the need is urgent for individualized and private service, according to the specificities of each service, in order to strengthen the direct relationship between pharmacists and patients and, in particular, ensure humanized assistance.

Keywords: pharmaceutical assistance, antiretroviral therapy, access to health services, humanization of assistance.



Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana ou *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), microrganismo responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA – AIDS), permanece a atingir significativa parcela da população mundial, independentemente de gênero, idade ou classe social e persiste como um problema de saúde pública que merece o olhar diferenciado das autoridades governamentais¹. Desde o seu surgimento, em 1980, até julho de 2019, foram registrados 966.058 casos de AIDS no Brasil, dado que coloca o país na primeira posição no *ranking* dos países com maior número de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) na América Latina².

Especificamente no Ceará, foram notificados, desde 1983, ano de diagnóstico do primeiro caso de AIDS no estado, até novembro de 2019, um total de 21.239 casos. A taxa de detecção de AIDS em adultos, entre os anos de 2007 a 2012, apresentou constante elevação, com pico em 2012 (13,7 por 100 mil habitantes) e, após esse ano, as taxas apresentaram decréscimo gradativo no número de notificações até o ano de 2018. A média de notificações dos últimos dez anos foi de, aproximadamente, 1.113 novos casos/ano³.

Em resposta à epidemia de HIV/AIDS, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) e entidades internacionais têm estimulado a adoção de métodos de prevenção combinados da infecção pelo HIV, sendo uma dessas práticas o uso de Antirretrovirais (ARV) de forma ininterrupta, tendo em vista que os usuários com carga viral indetectável reduzem, significativamente, a transmissibilidade do vírus HIV⁴⁻⁶.

No entanto, para garantir o acesso, a aceitabilidade e a adesão à terapia antirretroviral (TARV), torna-se necessário que os usuários sejam acolhidos, de forma adequada, pelos profissionais de saúde nos serviços de atendimento especializados. Entre estes, pode-se destacar a Unidade Dispensadora de Medicamentos antirretrovirais (UDM)⁷.

A UDM é um estabelecimento integrante dos serviços de saúde que realiza a gestão e a dispensação de ARV para o atendimento dos usuários, sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos ou produtos, além de possuir a finalidade de desenvolver ações orientadas aos medicamentos, como o armazenamento, a conservação, o controle, o armazenamento e outras voltadas ao paciente, assim como a orientação quanto à utilização dos medicamentos e insumos fornecidos aos usuários⁸.

Dessa forma, a UDM acaba se revelando um importante local para oferta de serviços farmacêuticos, permitindo reforçar aos usuários a necessidade de adesão terapêutica, pois é o último momento em que o paciente tem contato com o serviço de saúde. Portanto, o farmacêutico apresenta papel primordial na garantia de uma dispensação correta e orientação adequada quanto ao uso racional dos medicamentos e, conseqüentemente, o sucesso da farmacoterapia⁹.

Nesse sentido, a qualidade dos serviços de saúde passa por várias dimensões do cuidado, sejam técnicas, de disponibilidade de recursos, de gerenciamento, e mesmo as relações estabelecidas entre usuários e profissionais. No caso das UDM, alguns pontos devem ser objeto de preocupação no trabalho cotidiano dos profissionais envolvidos na dispensação e no cuidado farmacêutico¹⁰.

Assim, na busca pela padronização dos serviços de assistência às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e ao HIV/AIDS, o MS publicou a Portaria Conjunta Nº 1, de 16 de janeiro de 2013, que definiu as modalidades desses serviços e propõe critérios para organização, estruturação e funcionamento⁸.

Porém, um estudo realizado por Picolli (2014), envolvendo uma UDM na cidade de Niterói (Rio de Janeiro), observou variações significativas relacionadas à precarização da estrutura física e de recursos humanos nesses serviços, além da ausência do profissional farmacêutico em todo horário de funcionamento em algumas unidades¹¹.

Nessa perspectiva, estudo realizado por Maciel, Santos e Rodrigues (2015) apontou ainda que problemas na organização do trabalho e nas condições físicas de serviços de saúde levam o trabalhador a uma adaptação forçada, comprometendo a qualidade do atendimento. Revelou, também, o excesso de demanda como um dos principais fatores que comprometem a qualidade do atendimento a ser prestado¹².

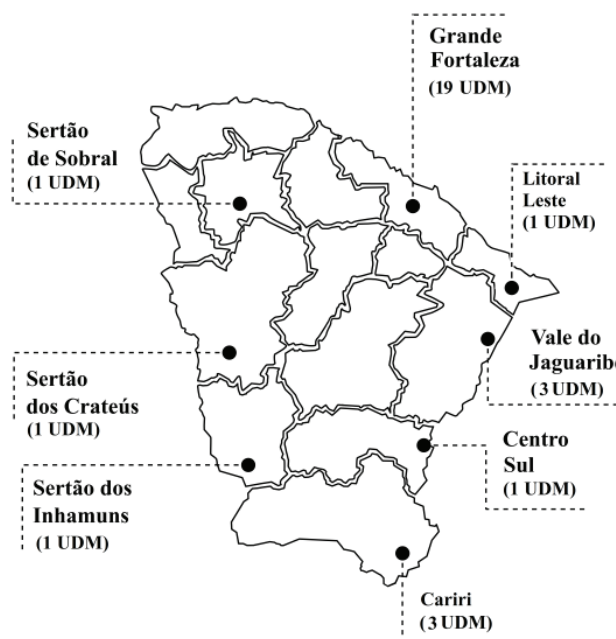
Todavia, os estudos que abordaram as UDM carecem de informações relacionadas às suas características infraestruturais, limitando-se aos dados clínicos das PVHA¹³⁻¹⁵. Nesse sentido, tornam-se necessários estudos que caracterizem a estrutura física e as condições de atendimentos ofertadas às PVHA nas UDM cearenses, no intuito de se conhecer a realidade local de funcionamentos desses serviços.

Sob esse aspecto, o presente estudo objetivou caracterizar a estrutura física das UDM cearenses, assim como também as condições de atendimento ofertadas às PVHA.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório que abrangeu todas as 30 UDM cearenses, sendo 13 delas situadas em Fortaleza, e as demais distribuídas em outros 14 municípios. As unidades amostradas foram cadastradas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), sistema do MS responsável pelo gerenciamento de medicamentos ARV no Brasil, no período de 2005 a janeiro de 2019. A Figura 1 demonstra a distribuição territorial das UDM no Ceará, segundo suas respectivas macrorregiões.

Figura 1. UDM participantes da pesquisa por macrorregião do Ceará. Brasil, 2019.



Para a obtenção dos dados da pesquisa, foi enviado um instrumento de coleta de dados, abordando 46 questões relacionadas às características de infraestrutura, ambiência e de recursos humanos, estruturadas a partir da Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013⁸, para os e-mails dos responsáveis pelas UDM cadastradas no SICLOM. No intuito de averiguar a compreensão das questões abordadas, o instrumento foi previamente validado por um assessor técnico da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Ademais, o envio do questionário ocorreu após o aceite do diretor/coordenador da instituição, por meio de assinatura da carta de anuência, e posterior assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. Para tanto, foi estipulado um prazo de 15 dias para o envio do questionário respondido. Vale ressaltar que foram incluídos na pesquisa apenas os participantes que representem unidades devidamente cadastradas no SICLOM e que não estiveram afastados da UDM por um período superior a 60 dias. Além disso, foram excluídas da amostra as unidades que se encontravam com o perfil inativo no sistema no momento da coleta dos dados. As informações inerentes ao cadastro das UDM e seus respectivos responsáveis foram fornecidas pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Utilizou-se como parâmetro para seleção das variáveis a Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013⁸, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento, a saber: a) tipo de serviço na qual as UDM estão implantadas; b) características infraestruturais das UDM e c) Recursos humanos e material. Encontra-se na Tabela 1 à definição das variáveis elegeras.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2018 a março de 2019. Os dados obtidos foram organizados em forma de tabelas e gráficos, sendo expressos, em sua maioria, por distribuição de frequência em forma de porcentagem com a utilização dos softwares *Microsoft Excel*[®] (versão 2013) e do *Statistical Package for Social Sciences*[®] (versão 21).

O projeto que resultou na elaboração deste artigo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo sido aprovado em fevereiro de 2018, pelo parecer de número 2510.356.

Resultados

As UDM estudadas atendiam a um total de 18.352 pacientes, sendo 75,4% (n=13.828) do sexo masculino, indicando uma razão entre os sexos de três homens para cada mulher. Foi observado, também, que uma única unidade possuía cerca de 10.000 mil pacientes cadastrados, com uma média de atendimento diário de

250 pacientes, enquanto que 14,3% (n=4) das unidades atendiam menos que 50 usuários por mês. A média mensal de pacientes atendidos nas UDM foi de 192,5±1273,4, com variação de 18 a 7003 pacientes/mês.

No tocante ao tipo de programa atendido nas UDM, observou-se que 60,7% (n=17) eram exclusivas para dispensação de ARV e 39,3% (n=11) atendiam desde medicamentos do componente básico, componente estratégico, componente especializado até medicamentos solicitados por demanda judicial.

As 28 UDM analisadas, 93,3% do total de unidades cadastradas no SICLOM, estavam distribuídas em 14 municípios cearenses. A área onde essas UDM estavam inseridas foi superior a 14 m² em 78,6% (n=22) das unidades pesquisadas, onde 85,7% (n=24) destas possuíam área de dispensação superior a 5m², com destaque para a macrorregião da grande Fortaleza com 53,6% (n=15) e 39,3% (n=11).

Em relação ao tipo de serviços em que as unidades estavam implantadas, observou-se que a maioria 71,3% (n=20) delas eram Serviços de Assistência Especializada aos portadores de IST/HIV/AIDS (SAE). Entre os demais serviços, é válido destacar que a dispensação era realizada por hospitais gerais (10,7%; n=3), seguido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Orientação e apoio Sorológico em conjunto com os Centros de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA), ambos com 7,2% (n=2), além de um hospital dia, que representou 3,6% das unidades analisadas.

Quanto à profissão do responsável pelas UDM, pôde-se constatar que a maioria deles eram farmacêuticos (85,7%; n=24), seguido por enfermeiros (10,7%; n=3) e assistentes sociais (3,6%; n=1). Havia, no total, 71 indivíduos trabalhando nas UDM no momento da coleta de dados, dentre eles 50,7% (n=36) eram auxiliares administrativo ou de farmácia e 42,3% (n=30) exerciam a função de farmacêutico.

Especificamente, no que se refere à dispensação de ARV, foi constatado que todas as UDM utilizavam pelo menos um sistema para controle de dispensação. O SICLOM operacional era utilizado em 100% dos serviços, mas apenas 63,9% (n=23) dos dispensadores eram capacitados para sua operacionalização. Ainda, no tocante à análise de prescrição de ARV, 25,1% (n=7) destas eram dispensadas sem conferência do farmacêutico, visto que 46,4% (n=13) das UDM não contavam com a presença desse profissional em todo o seu horário de funcionamento.

Outra característica averiguada foi a presença de profissionais nas UDM treinados para o manejo da infecção pelo HIV e atendimento ao público. Para tanto, identificou-se que em 50,0% (n=14) das UDM os auxiliares administrativos ou de farmácia não possuíam formação complementar para tal finalidade (Figura 3).

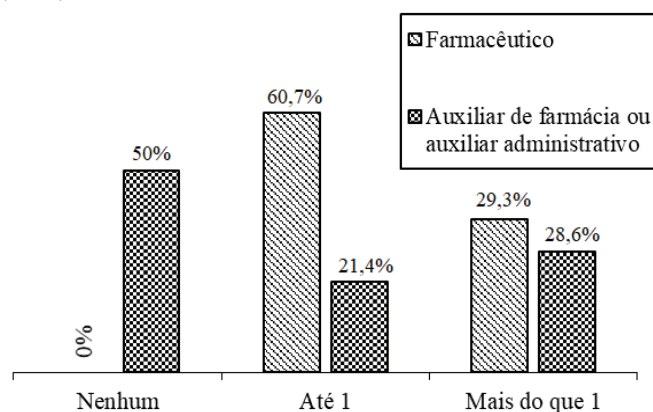
Tabela 1. Descrição das variáveis selecionadas com base na Portaria Conjunta nº1, de 16 de janeiro de 2013.

| | |
|--|--|
| Tipo de serviço na qual as UDM estão implantadas | Refere-se ao tipo de estabelecimento de saúde em que UDM está implantada, a exemplo: hospital geral, hospital dia, serviços de assistência especializada aos portadores de IST/HIV/AIDS, unidade básica de saúde, entre outros. |
| Características infraestruturais das UDM | Se estas foram projetada de modo a atender as especificações contidas nesta Portaria, onde se destaca os seguintes aspectos: Piso, teto e paredes lisos e impermeáveis, de fácil lavagem e sem rachaduras, condições de ventilação da área de armazenamento de medicamentos, área de dispensação confortável e com tamanho apropriado, que assegure a o atendimento individualizado e a confidencialidade dos pacientes, área de espera abrigada do sol, presença de banheiro com pia e lavatório para lavagem das mãos, instalações elétricas em bom estado de conservação, sala para atendimento farmacêutico. |
| Recursos humanos e material | Presença de equipe com qualificação técnica para operacionalização do SICLOM, atendimento ao público e manejo clínico da infecção pelo HIV, ar condicionado e disponibilidade de cadeiras no ambiente para acomodação dos pacientes na área de espera com acesso a bebedouros. |

Fonte: Adaptado de Brasil (2013)



Figura 2. Percentual de profissionais com formação complementar para o manejo e atendimento das PVHA nas UDM cearenses (n=28), Brasil, 2019.



No que se refere aos aspectos das áreas de atendimento e dispensação das UDM, revelou-se que 67,9% dos funcionários não estavam uniformizados e com crachá de identificação, 32,2% (n=9) das unidades não possuíam computadores suficientes para atender à demanda de usuários e 10,7% (n=3) delas não possuíam internet.

Ademais, também foi constatado que em 28,6% (n=8) das UDM a sala/corredor de espera não era adaptada para pessoas com deficiência, além de não possuir atendimento prioritário conforme previsto em lei. Ressalta-se ainda que, em 35,7% (n=10) dos serviços, o balcão onde os ARV eram dispensados não facilitava o contato direto com as PVHA e que em 85,7% (n=23) das UDM, a sala/corredor de espera era compartilhada com outros serviços.

Além dos pontos anteriormente elencados, constatou-se também que 28,6% (n=8) das unidades possuíam guichês individuais de atendimento contendo mesa e cadeira disponibilizadas aos usuários do serviço e em 60,7% (n=17) havia guichês/balcão para atendimento em pé. Ainda foram encontradas grades no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário em 71,4% (n=20) das unidades. Demais características da área de espera das UDM cearenses encontram-se dispostas na Tabela 2.

A maioria das unidades não possuía telefone, impressora e ar condicionado. Além disso, em nenhum serviço havia televisor na área de espera e dispensação de medicamentos. Identificou-se, também, que em 21,4% (n=6) das UDM não era realizado o controle e registro diário de temperatura e umidade relativa. Outros achados relacionados aos aspectos de infraestrutura e condições de armazenamento das UDM cearenses estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 2. Caracterização da área de espera e atendimento das UDM investigadas no Ceará. Brasil, 2019.

| Parâmetros | SIM N (%) | NÃO N (%) | NÃO SE APLICA N (%) |
|---|--------------|--------------|------------------------|
| A sala/corredor de espera possui proteção contra do sol e chuva? | 25 (89,3) | 3 (10,7) | - |
| A sala/corredor de espera é climatizada? | 15 (53,8) | 13 (46,2) | - |
| Possui sistema de senha para atendimento? | - | 28 (100,0) | - |
| Possui cadeiras para acomodação dos pacientes? | 12 (42,9) | 15 (57,1) | - |
| Possui acesso a sanitários? | 19 (67,9) | 9 (32,1) | - |
| Possui quadro de avisos? | 11 (39,3) | 17 (60,7) | - |
| Possui bebedouro com acesso aos pacientes? | 5 (17,9) | 23 (82,1) | - |
| O balcão onde os medicamentos são dispensados permite o contato do dispensador com o usuário? | 16 (57,1) | 12 (42,9) | - |

N= Frequência absoluta; %= Porcentagem

Tabela 3. Circunstâncias da área de armazenamento de medicamentos e insumos dispensados nas UDM investigadas no Ceará. Brasil, 2019.

| Parâmetros | SIM N (%) | NÃO N (%) | NÃO SE APLICA N (%) |
|---|--------------|--------------|------------------------|
| As instalações possuem superfícies (piso, teto e paredes) lisas e impermeáveis, de fácil lavagem e sem rachaduras? | 12 (42,9) | 16 (57,1) | - |
| As condições e a ventilação são adequadas? | 17 (60,7) | 8 (39,3) | - |
| As instalações elétricas estão em bom estado de conservação e condições de segurança? | 23 (82,1) | 5 (17,9) | - |
| Os banheiros estão isolados do local de manipulação dos medicamentos? | 24 (85,7) | 4 (14,3) | - |
| Os banheiros contêm pias ou lavatórios com água corrente? | 28 (100,0) | - | - |
| Os medicamentos estão estocados na própria unidade? | 28 (100,0) | - | - |
| Os medicamentos são armazenados em temperatura adequada? | 23 (82,1) | 5 (17,9) | - |
| O ambiente no qual os medicamentos estão armazenados está protegido contra a incidência direta da luz solar? | 28 (100,0) | - | - |
| O ambiente de armazenamento está protegido contra a entrada de roedores e insetos, com proteção nas janelas? | 16 (57,1) | 12 (42,9) | - |
| O número de geladeiras/refrigeradores é proporcional ao volume de medicamentos que necessitam de armazenamento refrigerado? | 21 (75,0) | 4 (14,3) | 3 (10,7) |
| Existem prateleiras suficientes para armazenar os medicamentos? | 21 (75,0) | 7 (25,0) | - |
| Os medicamentos da UDM são guardados juntos aos demais medicamentos da farmácia? | 17 (60,0) | 11 (40,0) | - |
| O ambiente é climatizado entre 18° C e 25°C, com controle e registro diário de temperatura e umidade relativa? | 20 (71,4) | 8 (28,6) | - |

N= Frequência absoluta; %= Porcentagem

Para tanto, foi averiguado, também, aspectos específicos das UDM cearenses, permitindo detectar que em apenas 32,2% (n=9) das unidades havia sala para atendimento individualizado, porém, a disponibilidade de, pelo menos, uma mesa e três cadeiras para acomodação do paciente e de material bibliográfico para esclarecimento de possíveis dúvidas durante o atendimento, só estava presente em 21,4% (n=6) e 42,9% (n=12) das unidades, respectivamente.

Discussão

O presente estudo analisou 28 UDM cearenses, usando como parâmetro normativo nacional a Portaria Conjunta Nº 1, de 16 de janeiro de 2013, permitindo maior conhecimento quanto às características de infraestrutura e demais aspectos que podem interferir no cuidado integral das PVHA e no bem-estar dos trabalhadores destes serviços⁸.

Considerado que o estado do Ceará possui 184 municípios, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi possível observar limitação no número de UDM¹⁶. A ausência dessas unidades foi detectada em seis macrorregiões, resultado que pode acarretar falhas no acesso ao tratamento, tendo em vista que as PVHA têm que se deslocar de suas respectivas cidades para recebimento da TARV em outras macrorregiões. Esse resultado se mostrou semelhante ao estudo realizado por Mettrau, Prevé e Pereira (2013), em que os autores detectaram a ausência de UDM na maioria das cidades do estado de Santa Catarina⁹.

Com relação aos serviços em que as UDM estão implantadas, evidenciou-se que a maioria eram SAE. Esses serviços foram implantados em 1994, de maneira descentralizada, com função definida de assegurar a assistência durante o período de tratamento do paciente em face do HIV/AIDS⁸. No entanto, o MS tem incentivado a ampliação de UDM para diversos serviços, assim como o acompanhamento clínico, sendo uma dessas as UBS, com o objetivo de ampliar o acesso das PVHA aos serviços de HIV/AIDS, devido à cronicidade da doença e redução do estigma da condição sorológica desses usuários¹⁷.

No tocante à formação dos responsáveis pelas UDM, uma significativa parcela era gerenciada por profissionais farmacêuticos. Tal resultado corrobora com os achados do estudo de Barbosa *et al.* (2017) que caracterizou a infraestrutura de farmácias públicas de Minas Gerais e identificou-se o farmacêutico como o responsável por 94,7% dos serviços¹⁸.

Além disso, esta pesquisa evidenciou a presença de farmacêuticos em todas as UDM. Porém, constatou-se a ausência, em 28,6% (n=8) dos serviços, de auxiliares administrativos, tendo o farmacêutico que realizar atividades básicas que demandam significativa parcela de tempo, como a conferência, a separação e o controle de estoque de medicamentos, sinalizando sobrecarga de trabalho e prejudicando a assistência de serviços especializados que podem ser prestadas por esses profissionais às PVHA. Ainda, cumpre ressaltar que não há farmacêutico em horário integral em quase 50% das UDM estudadas, estando em contradição às recomendações do MS e da Lei 13.021, de 8 de agosto de 2014, sendo o usuário do serviço o mais prejudicado, pois deixa de ter acesso à saúde de forma integral^{8,19}.

Campese *et al.* (2016) destacaram que a farmácia que conta com a presença de farmacêutico em horário integral pode ser um

cenário privilegiado na construção de um serviço socialmente útil, visando produzir cuidados em saúde²⁰. Nesse mesmo sentido, Leite *et al.* (2017) ressaltam que os serviços de dispensação de medicamentos não podem prevalecer apenas no ato de sua entrega, assim como os serviços técnico-burocráticos, mas deve ser praticada a capacidade de acolher, escutar, compreender, responsabilizar-se e dar suporte às queixas e as necessidades dos usuários²¹.

No quesito relacionado ao atendimento das PVHA, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) recomenda que os serviços de saúde devem garantir um ambiente de sigilo e confiança entre os usuários e os profissionais²². Contudo, os dados apresentados são preocupantes, pois foi notado que uma única UDM atende a um excessivo número de PVHA diariamente, de forma associada aos outros programas disponibilizados na unidade, situação que pode prejudicar a qualidade dos serviços prestados.

Não obstante, estudo realizado por Soares e Brandão (2013) revelou que, ao investigar o motivo do não retorno de usuários a um COAS/CTA entre 2008 e 2009, estava relacionado com a necessidade de identificação dos usuários no momento da testagem ou ao retirar exames, o que representa uma falha do serviço em relação ao anonimato²³. Os pesquisadores associaram que tal fator poderia estar relacionado como causa do baixo retorno dos usuários ao serviço de testagem, o que pode corroborar com os resultados anteriormente apresentados.

Em decorrência ao espaço reduzido na maioria das UDM cearenses, elas geralmente não possuem área exclusiva para a espera de atendimento dos usuários. Em algumas dessas unidades foi observada ausência de guichê de atendimento e de acesso dos pacientes aos bebedouros, sala/corredor de espera sem local para sentar e com grades separando os usuários dos responsáveis pela dispensação. Esse cenário de desconforto na área de espera dos usuários nas UDM foi semelhante aos encontrados por outros pesquisadores que investigaram serviços de dispensação de medicamentos no Brasil²⁴.

Ainda, de acordo com Barbosa *et al.* (2017)¹⁸, normalmente o espaço físico onde se realiza a dispensação de medicamentos aos usuários do SUS é reduzido e, frequentemente, esta ocorre por meio de janelas gradeadas ou vidros, sem qualquer tipo de orientação ao usuário, indicando condições inadequadas para desenvolver serviços de dispensação, como as defendidas por Leite *et al.* (2017)²¹. O atendimento através de janelas ou grades, separando os usuários dos responsáveis pela dispensação, configura-se um problema organizacional que pode ter importantes reflexos na terapêutica, já que a humanização do atendimento ao usuário tem sido associada à adesão ao tratamento²³.

O SICLON, versão operacional, encontra-se implantado em todas as UDM cearenses. Esse sistema é responsável pelo controle logístico de medicamentos com objetivo de analisar e controlar às dispensações de ARV mediante prescrição médica, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes para o Manejo da Infecção pelo HIV do MS vigentes⁴⁻⁶. Todavia, urge a necessidade que todos os colaboradores das UDM sejam capacitados periodicamente para sua contínua operacionalização, no intuito de reduzir a sobrecarga de trabalho e o compartilhamento de responsabilidades, além de fornecer informações fidedignas que corroborem na programação e aquisição de ARV pelo MS e na atualização dos protocolos, a fim de proporcionar o uso racional de medicamentos pelas PVHA¹¹.

Importante chamar atenção, também, para a presença de colaboradores nas UDM sem a devida qualificação complementar no tocante ao manejo da infecção pelo HIV e no atendimento às PVHA, mesmo havendo na literatura resultados consistentes com relação aos benefícios da educação permanente para o processo de trabalho dos profissionais e a atenção à saúde dos pacientes²⁵⁻²⁶. Esse resultado pode inferir na qualidade da informação e no atendimento prestado, podendo ocasionar insatisfação e incredibilidade no usuário do serviço, uma vez que orientações quanto aos benefícios da TARV e sua utilização, reações adversas, possíveis interações, características dos insumos fornecidos e esclarecimentos acerca da doença faz parte das atribuições dos funcionários da UDM^{17,27}.

Outro fator preocupante é a presença de profissionais nos serviços sem a devida uniformização e crachá de identificação. O uso de uniformes pelos profissionais possibilita maior segurança, confiança e melhora a relação entre os colaboradores dos serviços de saúde e os pacientes²⁸. Também foi relatada quantidade de computadores insuficientes para atender à demanda do serviço, além da ausência de internet em alguns deles. De acordo com Leite *et al* (2017) não dispor de acesso à internet e sistemas de informação isola o atendimento na farmácia em relação aos demais serviços de saúde e cria barreiras ao desenvolvimento do projeto terapêutico do usuário, bem como dificulta o acesso ao SICLOM e a consulta de literaturas, diretrizes e prontuários para dar suporte aos serviços realizados²¹.

No que se refere às características relacionadas à infraestrutura das farmácias em que as UDM estão alocadas, foi notório que significativa parcela dessas unidades não possuía estrutura adequada para armazenar medicamentos, havendo unidades nas quais a limpeza do serviço pode ser prejudicada devido às falhas estruturais, assim como a falta de proteção nas janelas, permitindo a entrada de roedores e insetos. Apesar de uma pequena parcela das unidades ter relatado que as condições relacionadas às instalações elétricas não se encontravam adequadas, esse quesito é de extrema relevância, necessitando de uma atenção maior pelos gestores de unidades, visto que pode colocar em risco a segurança dos funcionários e das PVHA.

Considerando ainda esse contexto, problemas relativos à infraestrutura interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços oferecidos e gerando desmotivação nos profissionais e desconforto aos pacientes²⁹. Na maioria das unidades de dispensação amostradas, o ambiente não parece contribuir para a humanização como eixo norteador das práticas de cuidado e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS)³⁰.

Assim, é possível observar, também, condições inapropriadas de ventilação, controle e registro de temperatura e umidade nas UDM, além do número insuficiente de equipamentos, como geladeiras e prateleiras para armazenamento dos ARV e insumos. Segundo Dutra, Martins e Lima³¹, a ausência de disponibilidade de equipamento para manutenção da temperatura adequada compromete a qualidade do armazenamento. Santos e Lopes (2017) também destacam que o mau acondicionamento de medicamentos pode interferir em sua estabilidade, podendo destruir as moléculas do fármaco, como nos casos das reações de oxidação, ou formar produtos com composição química diferente, desencadeando prejuízos na ação terapêutica³².

Também se identificou que, em considerável parcela das unidades, os ARV ainda são guardados separadamente de outras classes de

medicamentos, conforme era sugerido na Portaria MS 344, de 12 de maio de 1998³³. Todavia, em meados de 2016, por meio da publicação da Portaria 103, de 31 de agosto de 2016, houve a exclusão das substâncias ARV da Portaria 344/98, permitindo que eles sejam transportados e armazenados juntos aos demais medicamentos, não sujeitos a controle especial³⁴.

A estrutura dos serviços de saúde está diretamente relacionada à condição de acolhimento e vínculo. Dessa forma, a ausência de sala de atendimento farmacêutico e condições apropriadas para acolhimento dos pacientes dificulta a construção de planos de adesão e de seguimento farmacoterapêutico, além da construção de vínculo do serviço com o usuário²⁰. Segundo Brehmer e Verdi (2010), situações éticas conflituosas entre trabalhadores e usuários são geradas por espaços inadequados de atendimento, nos quais os usuários não têm direito à privacidade e ao atendimento de suas necessidades particulares, constituindo um entrave para acolher e para atingir o sucesso terapêutico³⁵.

Os achados desta pesquisa contrastam com os de Leite *et al*. (2017). Estes autores caracterizaram a infraestrutura das farmácias de atenção primária no SUS, através da análise dos dados da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM – Serviços), que indicou condições menos favoráveis no desenvolvimento de serviços adequados de dispensação no Nordeste Brasileiro, uma vez que mostram espaços físicos menores, falta de equipamentos e número de profissionais insuficientes²¹.

Espera-se que, com este estudo, ocorra maior incentivo à estruturação das UDM por parte dos gestores, além de sua reorganização e criação de políticas específicas para tal, o que indica a necessidade de ampliação dos recursos existentes destinados à estruturação dos serviços farmacêuticos no Ceará, objetivando fornecer individualidade e privacidade, favorecendo o serviço e a relação direta entre farmacêuticos e pacientes. Pode ser citado como ponto forte do estudo o fácil acesso dos pesquisadores aos responsáveis pelas UDM, tendo em vista que a maioria das unidades estão alocadas em Fortaleza, município de residência dos pesquisadores, além de que um deles era colaborador da área técnica de IST/HIV/AIDS da Secretaria da Saúde do Estado (SESA).

Destaca-se como possível limitação do artigo a falta de retorno de dois profissionais das UDM pesquisadas, reduzindo, portanto, o tamanho da amostra. Todavia, isso não inviabiliza o trabalho realizado, uma vez que as unidades participantes representaram cerca de 93% de serviços do estado. Sugere-se, ainda, o aumento da amostra em pesquisas posteriores, envolvendo as demais unidades federativas, com o objetivo de prover a comparação entre as realidades de cada região do Brasil.

Conclusão

Os resultados alcançados são preocupantes, pois apontaram divergências significativas às recomendações propostas pela normativa de referência⁸. Essa circunstância pode comprometer a qualidade no atendimento às PVHA, em virtude da ausência de condições apropriadas para a oferta de serviços ocasionada, principalmente, pelas fragilidades presentes na infraestrutura das unidades. Assim, urge a necessidade de melhorias na estrutura física das UDM, visando à oferta de condições de trabalho apropriadas para seus colaboradores e humanização no



atendimento às PVHA. Além disso, é imprescindível a readequação do local de armazenamento dos medicamentos e insumos, no intuito de assegurar a qualidade dos itens dispensados e dos aspectos relacionados à gestão das UDM, que precisam ser melhoradas para promover a segurança dos pacientes e dos colaboradores.

Fontes de financiamento

Não houve auxílio financeiro para execução desta pesquisa.

Colaboradores

FAPF participou das seguintes etapas: escolha do tema e elaboração do projeto de pesquisa; levantamento dos dados coletados; interpretação dos dados e redação do artigo. MBR e RBS colaboraram na estatística do trabalho e interpretação dos resultados. ACBP e MMFF contribuíram na redação do artigo e na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses em relação a este artigo.

Referências

1. Prado CG, Podesta MHCM, Souza LPT, *et al.* Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes HIV positivos em uma unidade de dispensação de medicamentos antirretrovirais. *UninCor*. 2016; 14(2): 562-576.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico HIV/AIDS – julho de 2017 a julho de 2019. 2019. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>> Acesso em: 07 ago 2020.
3. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS – janeiro a novembro de 2019. Fortaleza, CE, 2019. Disponível em: < https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/BOLETIM_-AIDS_-2019_29_11_2019.pdf> Acesso em: 01 jun 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. 1ª edição. 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. 1ª edição. 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 1ª edição. 2018.
7. Caetano TUF, Neto OHC. Atenção farmacêutica aos portadores de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*. 2017; 5(1): 32-45.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Dispõe sobre a alteração na tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 de Atenção a DST/HIV/AIDS, e institui o regulamento de serviços de atenção às DST/HIV/AIDS, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. *Diário Oficial da União*. 17 de janeiro de 2013. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-10-de-16-de-abril-de-2020-253756566>> Acesso em: 07 mar 2020.
9. Mettrau ERS, Preve AD, Pereira J. Avaliação da gestão das unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) no estado de Santa Catarina considerando o modelo de gestão sugerido no protocolo de assistência farmacêutica em DST-HIV e AIDS do MS. *Rev. Gestão & Saúde*. 2013; 5(2): 33-54.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV e AIDS. 1ª edição. 2010.
11. Picolli NJ. Avaliação da assistência farmacêutica em HIV/AIDS em unidades de saúde do município de Niterói [Dissertação]. Faculdade de Farmácia - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.
12. Maciel RHM, Santos JBF, Rodrigues RL. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Rev. Bras. Saúde Ocup*. 2015; 40(131): 75-87.
13. Beck ST, Zankoski M, Vielmo L, *et al.* Monitoramento da terapia antirretroviral para o HIV em uma unidade dispensadora de medicamentos. *Saúde*. 2017; 43(3): 15-23.
14. Madruga LGSL, Silva GVV, Alves VAR, *et al.* Aspectos relacionados à utilização de antirretrovirais em pacientes de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(11): 3649-3662.
15. Pedroso WM, Vitorino KA. Atenção farmacêutica no tratamento de crianças portadoras da AIDS/HIV. *Faema*. 2019; 10(1): 34-43.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades cearenses. 4ª edição. 2017. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/templates/censo_agro/resultadosagro/pdf/ce.pdf> Acesso em: 12 ago 2020.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cuidado integral da pessoa vivendo com HIV/AIDS na unidade básica de saúde. 2015. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multi-profissional.pdf> Acesso em: 01 jul 2020.
18. Barbosa MM, Garcia MM, Nascimento RCRM, *et al.* Avaliação da infraestrutura da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2017; 22(8): 2475-2486.
19. Brasil. Decreto nº. 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas. *Diário Oficial da União*. 11 de agosto de 2014. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-



- 2014/2014/Lei/L13021.htm>. Acesso em: 12 mar 2020.
20. Campese M.C, Soares L, Leite SN, *et al.* O dever da profissão farmacêutica e a clínica farmacêutica. In: *Atuação clínica do farmacêutico*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016: p.1-44.
21. Leite SN, Manzini F, Álvares J, *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Rev. de Saúde Pública.* 2017; 51(2): 1s-13s.
22. Organização Mundial da Saúde. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. Estigma e discriminação. Disponível em: <<https://bit.ly/2TBXFFU>> Acesso em: 15 jan 2020.
23. Soares PS, Brandão ER. Não retorno de usuários a um centro de testagem e aconselhamento do estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. *Physis.* 2013; 23(3): 703-721.
24. Mattos LV. Assistência farmacêutica na atenção básica e programa farmácia popular do Brasil: uma análise crítica das políticas públicas de provisão de medicamentos no Brasil. [Mestrado]. Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
25. Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, *et al.* Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show?. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2016; 24: e2672.
26. Yamamoto TS, Machado MTC, Silva-Junior AG. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. *Trab. Educ. Saúde.* 2015; 13(3): 617-637.
27. Bandeira VAC, Schneider A, Schalleberger JB, *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários das farmácias do sistema público de saúde. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* 2017; 30(3): 1-8.
28. Silva TF, Romano VF. Percepções a respeito do acolhimento na atenção primária no município do Rio de Janeiro. *Revista Atenção à Saúde.* 2016; 14(49): 5-10.
29. Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(6):1186-1200.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf> Acesso em: 12 mai 2020.
31. Dutra KR, Martins UCM, Lima MG. Condições de armazenamento de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte, Brasil. *Infarma.* 2018; 30(2):130-133.
32. Santos RC, Lopes MLS. A farmácia domiciliar e a utilização de medicamentos em residência da zona rural do município de UBA (MG). *RCFaminas.* 2017; 12(2): 27-36.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União.* 19 de maio de 1998. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html> Acesso em: 07 mai 2020.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 103, de 31 de agosto de 2016. Dispõe sobre a atualização do anexo I (listas de substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2016/rdc0103_31_08_2016.pdf> Acesso em : 14 jul 2020
35. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2010; 15(3): 69-78, 2010.