

UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ANÁLISE DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE
MUNICÍPIOS DO ESPIRITO SANTO

LUCIENNE BERMOND FADINI

VILA VELHA
JULHO/2017

UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ANÁLISE DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE
MUNICÍPIOS DO ESPIRITO SANTO

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha como pré-requisito do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica para obtenção do grau de Mestra em Assistência Farmacêutica.

LUCIENNE BERMOND FADINI

VILA VELHA
JULHO/2017

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

F219a

Fadini, Lucienne Bermond.

Análise do perfil da assistência farmacêutica de municípios do Espírito Santo / Lucienne Bermond Fadini – 2017.

67f.: il.

Orientador: Tadeu Uggere de Andrade.

Dissertação (mestrado em Assistência Farmacêutica) - Universidade Vila Velha, 2017.

Inclui bibliografias.

1.Farmacologia e terapêutica. 2.Medicamentos.
3. Assistência farmacêutica no Brasil. I. Andrade, Tadeu Uggere de. II. Universidade Vila Velha. III. Título.

CDD 615

LUCIENNE BERMOND FADINI

**ANÁLISE DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DE MUNICÍPIOS DO ESPÍRITO SANTO**

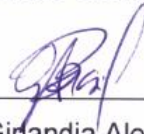
Dissertação apresentada à Universidade
Vila Velha como pré-requisito do Programa
de Pós-Graduação em Assistência
Farmacêutica para obtenção do grau de
Mestra em Assistência Farmacêutica.

Aprovada em 28 de julho de 2017,

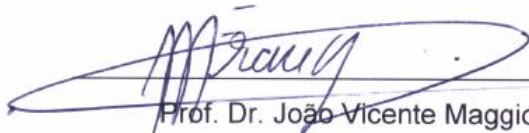
Banca Examinadora:



Prof^ª. Dr^ª. Denise Coutinho Endringer – UVV



Prof^ª. Dr^ª. Girandia Alexandre Brasil – UVV



Prof. Dr. João Vicente Maggioni Franquini – UVV



Prof. Dr. Tadeu Uggere de Andrade – UVV

(Orientador)

A Deus que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim foi meu sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTO

A conclusão de um curso de mestrado implica, ao seu final, o dever de agradecer. Agradecer sim, pois às vezes esquecemos de retribuir, mesmo que com simples palavras, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, ajudaram na concretização deste objetivo.

Ao meu professor, Dr. Tadeu, pelo suporte e paciência na orientação, pelas suas correções e incentivos, que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A Átila, meu esposo, pessoa com quem amo partilhar a vida. Obrigada pelo amor, companheirismo e dedicação de todos os dias.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	17
3 METODOLOGIA	18
3.1 Tipo de estudo.....	18
3.2 Seleção da amostra	18
3.3 Critérios de inclusão.....	23
3.4 Critérios de exclusão.....	23
3.5 Compilação de dados.....	23
3.7 Análise estatística	23
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	24
4.1 DADOS DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS	24
4.2 DISPENSAÇÃO E ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA	29
4.3 GESTÃO E LOGÍSTICA	36
5 CONCLUSÃO	54
ANEXOS	55
REFERÊNCIAS 64	

RESUMO

FADINI, Lucienne Bermond, M.Sc., Universidade Vila Velha – ES, julho de 2017. **ANÁLISE DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MUNICÍPIOS DO ESPIRITO SANTO.** Orientador: Tardeu Uggere de Andrade.

INTRODUÇÃO: A Assistência Farmacêutica (AF) apresenta-se como uma área estratégica, na medida em que o medicamento e os serviços farmacêuticos, estão entre as principais ferramentas de intervenção sobre doenças e agravos que acometem a população. Também se constitui uma das áreas mais complexas do sistema de saúde, pois envolve grande volume de recursos e interesses econômicos. A Lei n 8.080/1990 abordou o tema da Assistência Farmacêutica ao incluir discussão sobre as ações a serem exercidas no SUS, como ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A regulamentação das políticas que envolvem as questões dos medicamentos ocorreu com o lançamento da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998 e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004. Os princípios e diretrizes do SUS não poderão ser concretizados, na prática dos serviços, sem a efetivação da Assistência Farmacêutica (AF) como política pública de saúde. Para isso, a estruturação do SUS torna-se um desafio para os gestores e profissionais de saúde. A AF apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, a serem ordenados conforme sua complexidade, tendo por objeto a relação com os usuários e as suas necessidades. Considerando a fase de implantação Redes de Atenção à Saúde (RAS), no país, é estratégico e oportuno promover a adequação dos serviços de AF, nessa nova concepção, por intermédio de seus diferentes componentes: AF pode exercer um importante papel na Atenção Básica à Saúde (ABS), na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. A disponibilidade de medicamentos na ABS deve atender as necessidades epidemiológicas da região, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas e de forma integrada. O avanço dos serviços farmacêuticos na ABS deve ter origem no redesenho do processo de trabalho dos farmacêuticos, de modo a aprimorar atividades já existentes e a implementar novas atividades. Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos. O modelo vigente no campo da AF, que valorize apenas a disponibilidade do medicamento, não atende às necessidades propostas pelas RAS, que tem o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. As farmácias públicas municipais estão muito distantes dessas diretrizes e das políticas de promoção da saúde, intervindo de forma isolada e dissonante da

organização do SUS. Dessa forma, como a atenção primária à saúde é o ponto inicial e principal de cuidados com a saúde no SUS e se desenvolve essencialmente em nível municipal, torna-se relevante verificar como os serviços de Assistência Farmacêutica estão organizados e se a estrutura disponível permite atender os serviços gerenciais e clínicos que dependem desse setor nos sistemas de saúde. **Objetivo:** Traçar o perfil da AF de municípios do Espírito Santo, a partir de dados de gestão e logística da AF municipal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do perfil da Assistência Farmacêutica municipal com base na consulta do banco de dados do Centro Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (CEPAF/GEAF/SESA-ES). Este trabalho pretende traçar um perfil dos farmacêuticos e da AF municipal por meio de consulta ao banco de dados do CEPAF/GEAF/SESA-ES. Todos os dados coletados nos instrumentos de avaliação serão compilados por meio do programa EpiInfo™. Os dados obtidos no EpiInfo™ serão, posteriormente, compilados em planilha elaborada no Microsoft Excel® versão Office 2007. O banco de dados será analisado com utilização do programa estatístico *Statistical Package Social Science* versão 11.5 (SPSS 11.5). Os dados serão expressos como a média \pm o desvio padrão (D.P.). Serão realizadas as frequências relativas simples para as variáveis qualitativas.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

FADINI, Lucienne Bermond, M.Sc., University of Vila Velha, ES July, 2017. **ANALYSIS OF THE PROFILE OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE OF MUNICIPALITIES OF ESPIRITO SANTO.**

Orientation: Tadeu Uggere de Andrade.

Introduction: Pharmaceutical Assistance (FA) presents itself as a strategic area, insofar as the drug and pharmaceutical services are among the main intervention tools on diseases and diseases affecting the population. It also constitutes one of the most complex areas of the health system, since it involves a large volume of resources and economic interests. Law No. 8,080/1990 addressed the topic of Pharmaceutical Assistance by including discussion on the actions to be performed in the SUS, as comprehensive therapeutic care actions, including pharmaceuticals. Policy regulation involving drug issues occurred with the launch of the National Medicines Policy (PNM) in 1998 and the National Pharmaceutical Assistance Policy (PNAF) in 2004. The principles and guidelines of SUS can not be fulfilled in the practice of services, without the implementation of Pharmaceutical Assistance (PH) as public health policy. For this, structuring SUS becomes a challenge for managers and health professionals. AF presents technical, scientific, technological and operational innovation components, to be ordered according to their complexity, having as purpose the relationship with users and their needs. Considering the phase of implementation of Health Care Networks (SAH) in the country, it is strategic and timely to promote the adequacy of PH services, in this new conception, through its different components: AF can play an important role in Primary Health Care (ABS), as it seeks to guarantee access to and promotion of the rational use of medicines. The availability of drugs in the ABS should meet the epidemiological needs of the region, with adequacy, regularity and quality appropriate and integrated. The advancement of pharmaceutical services in ABS should originate in the redesign of the work process of pharmacists, in order to improve existing activities and to implement new activities. With the insertion of new practices, it is possible to increase health care and increase the resolution of drug use. The current model in the field of PA, which values only the availability of the drug, does not meet the needs proposed by the SAN, which aims to promote the systemic integration of actions and health services with provision of continuous, integral, quality care, responsible and humanized, as well as to increase the performance of the system in terms of access, equity, clinical and health efficacy; and economic efficiency. Municipal public pharmacies are very distant from these directives and health promotion policies, intervening in an isolated and dissonant way from the SUS organization. Thus, as primary health care is the initial and main point of health care in the SUS and it develops essentially at the municipal level, it becomes relevant to verify how the Pharmaceutical Assistance services are organized and if the available structure allows to attend the clinical and managerial services that depend on this sector in health systems. **Objective:** To outline the profile of the PA of municipalities of Espírito Santo, based on management and logistics data from the municipal AF. **Methods:** This is a descriptive study of the profile of the Municipal Pharmacy Assistance based on the consultation of the database of the Center for Research and Research in Pharmaceutical Assistance of the State Department of Pharmaceutical Assistance of the State Secretariat of Health of Espírito Santo (CEPAF/GEAF/SESA-ES). This work intends to draw up a profile of the pharmacists and the municipal AF through consultation of the CEPAF/GEAF/SESA-ES database. All data collected on the evaluation instruments will be compiled through the EpilInfo™ program. The data obtained in the EpilInfo™ will be later compiled into a spreadsheet prepared in Microsoft Excel® Office 2007 version. The database will be analyzed using Statistical Package Social Science version 11.5 (SPSS 11.5). Data will be expressed as the mean ± standard deviation (D.P.). The simple relative frequencies for the qualitative variables will be realized.

Keywords: Pharmaceutical assistance, Basic Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) apresenta-se como um componente essencial dos sistemas de atenção à saúde. É uma área estratégica, na medida em que o medicamento – e os serviços clínicos, que devem estar a ele associados, está entre as principais ferramentas de intervenção sobre grande parte das doenças e agravos que acometem a população (MANZINI, 2015).

O avanço da ciência e a inovação da tecnologia no desenvolvimento de medicamentos têm contribuído, de forma efetiva, para o controle das doenças, propiciando aumento na expectativa de vida de indivíduos e grupos populacionais, fato que por sua vez demanda novos medicamentos (BRASIL, 2012a).

Além dessa importância técnica e gerencial, a assistência farmacêutica também se constitui uma das áreas mais complexas do sistema de saúde sob a ótica econômica, pois envolve grande volume de recursos nas três esferas de gestão e, ainda, possibilita escolhas subjetivas nas prescrições. Portanto, é uma área sujeita a manipulação e fortes interesses de mercado (MANZINI, 2015).

A demanda crescente por medicamentos envolve elevado aporte de recursos financeiros, cujo gerenciamento efetivo pode propiciar o acesso regular aos medicamentos pela população. Assim, a Assistência Farmacêutica exerce um importante papel no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento tecnológico ainda na produção de serviços, propiciando integralidade e resolutividade das ações de saúde (BRASIL, 2012a).

A Lei nº 8.080/1990 abordou o tema da Assistência Farmacêutica ao incluir, no seu artigo 6º, discussão sobre as ações a serem exercidas no SUS como sendo as ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. No entanto, a regulamentação das políticas que envolvem as questões dos medicamentos só ocorreu quase uma década depois, com o lançamento da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998 e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

A PNM, elaborada em 1998, como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), tem por objetivo a garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade

dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A Política estabelece algumas prioridades, entre elas, a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) por meio de campanhas educativas, do registro e do uso de medicamentos genéricos, da farmacoepidemiologia e farmacovigilância, e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

A PNAF, elaborada em 2004, é parte integrante da PNS, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Segundo instituído na PNAF, a Assistência Farmacêutica, trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (BRASIL, 2004).

A PNAF tem estabelecido, entre seus eixos estratégicos, a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos. (MANZINI, 2015).

Os princípios e diretrizes do SUS não poderão ser concretizados, na prática dos serviços, sem a compreensão da necessidade da efetivação da Assistência Farmacêutica (AF) como política pública de saúde. Para isso, a estruturação do SUS torna-se um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde, com destaque para o campo farmacêutico (BRASIL, 2012a).

Mesmo considerando a complexidade da AF, que envolve a articulação e o sincronismo entre os serviços e a ação cooperativa dos profissionais de saúde, observam-se, principalmente desde 2003, avanços na organização dessa política e no seu financiamento (BRASIL, 2014).

A AF apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, a serem ordenados conforme sua complexidade, tendo por objeto a relação com os usuários e as suas necessidades. A organização da AF caracteriza-se como uma estratégia que procura superar a fragmentação entre seus componentes e a fragmentação mais ampla, ainda presente no SUS (BRASIL, 2012a).

Na Portaria nº 4.279/2010, do Ministério da Saúde, a AF é descrita como um dos elementos constituintes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto sistema de apoio na estrutura operacional (BRASIL, 2010b).

Considerando a fase de implantação RAS no país, é estratégico e oportuno promover a adequação dos serviços de AF, nessa nova concepção, por intermédio de seus diferentes componentes:

a) Os serviços de abastecimento (Sistema de Apoio), que articulam um conjunto de ações, com finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento que ele precisa, com regularidade, suficiência e qualidade;

b) Os serviços de Clínica Farmacêutica (Pontos de Atenção), ofertados nos pontos de atenção à saúde, com finalidade de propiciar o uso racional de medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade (BRASIL, 2014).

Os medicamentos contribuem, em muitos casos, de forma decisiva para o controle das doenças e o aumento da expectativa e qualidade de vida da população, sendo que sua ausência ou uso irracional coloca em risco os investimentos nas ações de saúde (BRASIL, 2014).

Para que haja uso racional de medicamentos, uma série de eventos bem-sucedidos deve ocorrer. É preciso definir o objetivo terapêutico do uso do medicamento, a seguir, que se prescreva o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, de segurança e de adequação ao indivíduo. Deve haver dispensação adequada, com orientação ao usuário, e este deve cumprir o regime terapêutico da melhor maneira possível, a fim de que surjam resultados terapêuticos desejados (AQUINO, 2008).

O uso racional de medicamentos consiste em maximizar os benefícios obtidos pelo uso de fármacos, em minimizar os riscos decorrentes de sua utilização e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade (MOTA et al., 2008).

Entretanto, os gastos públicos com medicamentos são crescentes e constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar (MENDES, 2011).

Apesar desse crescente fluxo de financiamento e da clara ampliação da distribuição de medicamentos, ainda se pode distinguir, no Brasil, uma dupla carga de problemas relacionados aos medicamentos, que caracteriza a atual AF, própria tanto de países desenvolvidos como daqueles em desenvolvimento. Por um lado, deficiências políticas, gerenciais e estruturais comprometem o acesso oportuno de parte da população aos medicamentos, em quantidade e qualidade suficientes. Por outro lado, o desenvolvimento socioeconômico, o acesso à informação, medicamentos sem prescrição médica, a pluralidade de prescritores de diferentes especialidades, a alta prevalência das condições crônicas e a polimedicação criaram novas necessidades relacionadas aos medicamentos que os serviços de saúde atuais têm dificuldade em atender (CORRER; OTUKI; SALER, 2011).

Dessa forma, a AF pode exercer um importante papel na Atenção Básica à Saúde (ABS), na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. A disponibilidade de medicamentos na ABS deve atender as necessidades epidemiológicas, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com uma orientação para o uso racional de medicamentos, por meio de diferentes serviços ofertados no território (BRASIL, 2012).

O avanço dos serviços farmacêuticos na ABS deve ter origem no redesenho do processo de trabalho dos farmacêuticos, de modo a aprimorar atividades já existentes e a implementar novas atividades, ligadas à clínica farmacêutica e às ações técnico-pedagógicas. O processo de trabalho do farmacêutico ainda consiste, essencialmente, nas atividades de gerenciamento e da entrega dos medicamentos nas unidades, com pouca inserção ou participação do farmacêutico no cuidado efetivo dos usuários. Como consequência, há uma escassez de ações dedicadas ao uso racional de medicamento (BRASIL, 2014).

Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, bem como conhecer os principais problemas relacionados com os medicamentos vivenciados pelos usuários (BRASIL, 2014).

A farmacoepidemiologia, a farmacovigilância e a gestão, transversais aos serviços farmacêuticos, são responsáveis, de um lado, pelo estudo e pelo monitoramento da

utilização de medicamentos, produzindo e divulgando informações e indicadores importantes para a qualificação das ações de saúde, e, de outro lado, desenvolvendo ações de planejamento, de organização, de direção e de controle para a ampliação da eficácia e eficiência desses serviços. Assim, os serviços farmacêuticos na ABS irão incluir, sob o ponto de vista da logística, o planejamento e o abastecimento de medicamentos; e sob o ponto de vista do cuidado farmacêutico, os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas (BRASIL, 2014).

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2014).

Essas ações são desenvolvidas no interior dos pontos de atenção à saúde, primários, secundários e terciários, de forma colaborativa com a equipe de saúde, e situam-se no campo do uso racional dos medicamentos (ARAUJO; UETA; FREITAS, 2005; SOLER et al., 2010; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; GOMES et al., 2010).

A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é vista como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários (MENDES, 2012). Como cita o próprio Ministério da Saúde:

“É importante destacar que a melhoria do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da atenção primária em saúde, com investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, resultará em melhora do manejo para o conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” (BRASIL, 2011b).

Os serviços de clínica farmacêutica devem abranger um elenco de ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, ofertadas por meio de atendimento

individual ou compartilhado com a equipe de saúde. Essas ações assistenciais podem incluir a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica (BRASIL, 2012).

A oferta desses serviços permite ao farmacêutico o gerenciamento integrado de toda farmacoterapia, gerando um controle mais eficaz das doenças, maior segurança para o usuário e contribuindo para a melhoria na sua qualidade de vida. (CORRER; OTUKI, 2013).

O modelo vigente no campo da assistência farmacêutica, que valoriza apenas a disponibilidade do medicamento, não atende às necessidades propostas pelas RAS, definidas na Portaria nº 4.279/2010.

Segundo estabelecido nessa Portaria, o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Segundo Soares (2013), as farmácias públicas estão muito distantes dessas diretrizes e das políticas de promoção da saúde, intervindo de forma isolada e dissonante da organização do SUS.

Dessa forma, entendendo que a atenção primária à saúde é o ponto inicial e principal de cuidados com a saúde no SUS e se desenvolve essencialmente em nível municipal, torna-se relevante verificar como os serviços de Assistência Farmacêutica estão organizados nessa esfera de governo identificando, especialmente, como a AF se encaixa no organograma dos municípios e, ainda, se a estrutura disponível permite atender plenamente os serviços gerenciais e clínicos que dependem desse setor nos sistemas de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil da AF de municípios do Espírito Santo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil dos profissionais farmacêuticos que atuam na AF municipal.
- Apurar área de atuação do farmacêutico no município.
- Quantificar e analisar dados de gestão e logística da AF municipal.
- Quantificar e analisar dados da dispensação e orientação farmacêutica AF municipal.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, observacional e descritivo, do perfil da Assistência Farmacêutica municipal com base na consulta do banco de dados do Centro Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (CEPAF/GEAF/SESA-ES). Em 2014, este Centro ofereceu aos farmacêuticos atuantes no âmbito da AF municipal dos 78 municípios do Estado, um curso abordando os aspectos gerenciais e clínicos da AF voltados para o SUS. Para a participação, os farmacêuticos preencheram um cadastro de inscrição (ANEXO I) e responderam questionário sobre dados da gestão, logística, dispensação e orientação farmacêutica (ANEXO II). Ao final do curso, apresentaram um trabalho de conclusão, com dados gerenciais e clínicos dos municípios de vínculo.

Assim, este trabalho traçou o perfil dos farmacêuticos e da AF municipal por meio de consulta ao banco de dados do CEPAF/GEAF/SESA-ES, relacionado ao referido curso, em dois tipos de documentos, respectivamente: a) ficha de inscrição dos farmacêuticos e b) formulários com os dados do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

3.2 Seleção da amostra

O banco de dados do CEPAF/GEAF/SESA-ES conta com 133 cadastros de farmacêuticos municipais que solicitaram inscrição no curso de AF para os municípios, dos quais 126 foram deferidos com base em critérios próprios daquele Centro. Conta, ainda, com 74 questionários com dados sobre a AF de 35 municípios diferentes. Esse quantitativo representa 44,9% dos municípios do Estado compreendendo uma abrangência populacional de 2.294.764 habitantes, ou seja, 65,3% da população do Espírito Santo. De acordo com o Conselho Regional de Farmácia do Espírito Santo (CRF/ES), há 194 farmacêuticos nos municípios, que atuam na atenção básica.

Tabelas da distribuição populacional por Macrorregião do Espírito Santo (ES), segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2014:

Tabela 1: Municípios da Macrorregião Norte do ES

REGIÃO NORTE	POPULAÇÃO
Água Doce do Norte	12.025
Barra de São Francisco	44.599
Boa Esperança	15.318
Conceição da Barra *	31.127
Ecoporanga	24.271
Jaguare *	28.644
Montanha *	19.224
Mucurici	5.885
Nova Venécia *	50.294
Pedro Canário	26.128
Pinheiros	26.589
Ponto Belo	7.749
São Mateus*	124.575
Vila Pavão*	9.368
TOTAL	425.796

* Municípios que participaram da pesquisa

Fonte: IBGE (2014).

Tabela 2: Municípios da Macrorregião Central do ES

REGIÃO CENTRAL	POPULAÇÃO
Águia Branca	10.065
Alto Rio Novo	7.934
Aracruz*	95.056
Baixo Guandu	31.467
Colatina	122.646
Governador Lindenberg	12.284
Ibiraçu*	12.358
João Neiva*	17.022
Linhares*	163.662
Mantenópolis	15.121
Marilândia	12.353
Pancas*	23.418
Rio Bananal*	19.181
São Domingos do Norte	8.709
São Gabriel da Palha*	36.328
São Roque do Canaã*	12.384
Sooretama	27.966
Vila Valério	14.657
TOTAL	642.611

* Municípios que participaram da pesquisa

Fonte: IBGE (2014).

Tabela 3: Municípios da Macrorregião Metropolitana do ES

REGIÃO METROPOLITANA	POPULAÇÃO
Afonso Cláudio	32.454
Brejetuba*	12.755
Cariacica	381.802
Conceição do Castelo	12.766
Domingos Martins*	34.416
Fundão*	19.985
Guarapari	119.802
Ibatiba*	25.244
Itaguaçu	14.829
Itarana	11.289
Laranja da Terra	11.438
Marechal Floriano*	16.127
Santa Leopoldina	12.885
Santa Maria de Jetibá	38.850
Santa Teresa*	23.735
Serra*	485.376
Venda Nova do Imigrante*	23.744
Viana*	74.499
Vila Velha*	472.762
Vitória*	355.875
TOTAL	2.180.633

* Municípios que participaram da pesquisa

Fonte: IBGE (2014).

Tabela 4: Municípios da Macrorregião Sul do ES

REGIÃO SUL	POPULAÇÃO
Alegre*	32.205
Alfredo Chaves	14.973
Anchieta*	27.624
Apiacá	7.924
Atílio Vivacqua	11.181
Bom Jesus do Norte	10.176
Cachoeiro de Itapemirim*	208.702
Castelo*	37.829
Divino de São Lourenço	4.649
Dores do Rio Preto	6.890
Guaçuí	30.685
Ibitirama	9.386
Iconha*	13.788
Irupi*	13.096
Itapemirim*	34.272
Iúna	29.585
Jerônimo Monteiro*	11.876
Marataízes	37.923
Mimoso do Sul	27.349
Muniz Freire	18.909
Muqui	15.626
Piúma*	20.716
Presidente Kennedy*	11.309
Rio Novo do Sul	12.045
São José do Calçado	11.012
Vargem Alta	21.141
TOTAL	680.871

* Municípios que participaram da pesquisa

Fonte: IBGE (2014).

3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as fichas de inscrição deferidas e de questionários de TCC do banco de dados do CEPAF/GEAF/SESA-ES, referentes ao curso de AF para os municípios, oferecidos em 2014.

3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos os cadastros de inscrição indeferidos e questionários de TCC incompletos, ou cujas informações não estavam claras.

3.5 Compilações dos dados

Todos os dados coletados nos instrumentos de avaliação foram compilados por meio do programa EpiInfo™. Trata-se de um software livre (<http://www.cdc.gov/epiinfo/>), que possibilitou desenvolver rapidamente vários tipos de instrumentos, com a possibilidade de se padronizar o processo de entrada e análise de dados, e favoreceu a contínua e permanente alimentação de dados na base.

3.6 Análise Estatística

Os dados obtidos no EpiInfo™ foram compilados em planilha elaborada no Microsoft Excel® versão Office 2007. O banco de dados foi analisado com utilização do programa estatístico *Statistical Package Social Science* versão 11.5 (SPSS 11.5). Os dados foram expressos como a média \pm o desvio padrão (D.P.). Foram realizadas as frequências relativas simples para as variáveis qualitativas.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 DADOS DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICOS

No universo de profissionais farmacêuticos que atuam nas farmácias públicas municipais do ES, foi observado o seguinte perfil: maior número de mulheres (78%), estado civil casado (54%), tempo de formação superior a 10 anos (57,3%), a maioria com formação generalista (54%) com origem em instituições particulares de ensino superior (63,5%). Em relação ao vínculo, houve uma distribuição equitativa entre os profissionais efetivos (50,2%) e não efetivos (49,2%). (Tabela 1).

De acordo com as Diretrizes curriculares estabelecidas pelo MEC para o curso de Graduação de Farmácia o perfil do farmacêutico formado possui uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Este profissional fica, portanto, capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos, às análises clínicas e toxicológicas, e ao controle, produção e análise de alimentos, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2001).

Tabela 1: Parâmetros relacionados aos dados dos profissionais farmacêuticos da assistência farmacêutica de municípios do ES

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	N	FREQUÊNCIA
SEXO	MASCULINO	27	22,0%
	FEMININO	99	78%
ESTADO CIVIL	CASADO	68	54,0%
	UNIÃO ESTÁVEL	5	4%
	SOLTEIRO	46	36,5%
	DIVORCIADO	6	4,7%
	VIÚVO	1	0,8
ANO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	1976 à 1986	7	5,6%
	1987 à 1997	7	5,6%
	1998 à 2008	58	46,1%
	2009 à 2016	42	33,3
	NÃO RESPONDERAM	12	9,4
TIPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA	FARMACÊUTICO	12	9,5%
	FARM. GENERALISTA	68	54%
	FARM. BIOQUÍMICO	43	34,1%
	FARM. BROMATOLOGISTA	2	1,6%
	FARM. INDUSTRIAL	1	0,80%
TIPO DE INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO	PÚBLICA	29	23,%
	PRIVADA	80	63,5%
	NÃO RESPONDERAM	17	13,5%
VINCULO EMPREGATÍCIO	EFETIVO	64	50,8%
	NÃO EFETIVO	62	49,2%

Além disso, as Diretrizes curriculares para o curso de farmácia determinam, de acordo com o artigo 5º, que a formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas, como por exemplo, entre outras: avaliar a interferência de medicamentos, alimentos e outros interferentes em exames laboratoriais; avaliar as interações medicamento/medicamento e alimento/medicamento; exercer a fármaco-epidemiologia e exercer a dispensação e administração, etc. (BRASIL, 2001).

A formação do farmacêutico generalista, segundo as novas Diretrizes Curriculares de 2002 (CNE/CES nº 2 de 2002), deve formar profissionais com amplas competências. Assim, novos conhecimentos humanos e sociais devem ser acrescentados, além do conhecimento técnico e científico. Alteraram significativamente o perfil do profissional a ser formado. Deixaram de existir as habilitações, e o âmbito de formação passou a abranger todas as áreas das ciências farmacêuticas. O caráter tecnicista deu lugar à formação de um profissional com conhecimentos técnico-científicos, permeados de atividades de caráter humanístico, com capacidade de criticar, refletir e ser um agente de mudanças.

De acordo com ÉBOLI (2009, p. 39), “[...] é bom lembrar que generalista é a competência para o amplo exercício profissional e que os cuidados para uma plena consistente formação permanecem como ingredientes indispensáveis e fundamentais”.

A Atenção Farmacêutica mais proativa rejeita a terapêutica de sistemas, busca a qualidade de vida e demanda que o farmacêutico seja um generalista. O exercício profissional do farmacêutico hoje busca a concepção clínica de sua atividade, além da integração e colaboração com os membros da equipe de saúde, cuidando diretamente do paciente (PERETTA, CICCIA, 1998).

SANTOS (2011) afirma que uma das grandes distorções do SUS está na Assistência farmacêutica, justamente pela ausência ou pela participação insatisfatória do profissional farmacêutico em todas as suas instâncias.

“A Atenção Farmacêutica previne e soluciona problemas relacionados com medicamentos, se posta em prática constitui a grande esperança de dar sentido à nossa profissão” (PERETTA, CICCIA, 1998).

Tabela 2: Parâmetros relacionados aos dados dos profissionais farmacêuticos da assistência farmacêutica municipal do ES

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	N	FREQUÊNCIA
CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO	20 HORAS	24	19,0%
	30 HORAS	34	27,0%
	40 HORAS	68	54%
ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO	GESTÃO CENTRAL	44	32,6%
	GESTÃO LOCAL	28	20,7%
	DISPENSAÇÃO	49	36,4%
	ESTOQUE	6	4,4%
	OUTRO	8	5,9%
TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO	ATÉ 3 ANOS	55	43,7%
	MAIS DE 3 ATÉ 5 ANOS	20	15,8%
	MAIS DE 5 ANOS	51	40,5%

Os farmacêuticos possuem carga horária semanal de 40 h (54%), com as duas atuações principais sendo a dispensação (36,4%) e a gestão central da AF (32,6%) e tempo de serviço público de até cinco anos (59,5%). (Tabela 2).

As ações do farmacêutico, seja como integrante ou como referência das equipes de saúde, e com os profissionais da atenção secundária e terciária, devem ter por objetivo o cuidado integral do usuário, e não somente o acesso aos medicamentos (MANZINI et al.,2015).

O não entendimento da prescrição pode ser atribuído ao tempo investido na dispensação, principalmente considerando que a prescrição pode conter vários medicamentos (ARAÚJO et al., 2008).

Um estudo realizado em farmácias do SUS demonstrou que o trabalho do farmacêutico está centrado na tecnologia de gestão do medicamento, no sentido de disponibilizar e garantir o acesso. Mesmo nas atividades de orientação foi observada predominância de instruções no sentido do controle quantitativo do medicamento, sendo as regras ditadas de forma unilateral (ARAÚJO, UETA, FREITAS, 2005; ARAÚJO, FREITAS, 2006).

Na maioria das unidades de saúde, o fluxo de usuários é alto e os recursos humanos escassos, portanto o tempo de atendimento é sacrificado em benefício do processo de gestão. O serviço farmacêutico é o elo final da cadeia, o usuário, quase sempre, cansado pela espera, na fila da farmácia ou outra, está mais preocupado com a redução do tempo do que com a orientação propriamente dita. Nesta realidade, o tempo investido na orientação representa para o usuário maior desconforto e para o farmacêutico maior probabilidade de reclamações (ARAÚJO, FREITAS, 2006).

Em relação à atividade do farmacêutico neste teatro de operações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que esse é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da Assistência Farmacêutica (ARAÚJO et al., 2008.).

O sistema de Assistência Farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. Por isso, na construção das RAS (Redes de Atenção à Saúde), a organização do sistema de atenção farmacêutica deverá considerar essas duas dimensões. Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica (MENDES, 2011, p.126).

4.2 DISPENSAÇÃO E ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

Os profissionais farmacêuticos atuam em mais de quatro horas/dia na dispensação em farmácias públicas municipais (42,9%) realizam o atendimento no balcão com o paciente em pé (57,1%), municípios que possuem espaço reservado ao usuário, com mesa e cadeira para prática da atenção farmacêutica (5,7%). Os principais programas de saúde implantados, hipertensão e diabetes (37,8%) e possuem cadastro de pacientes para doenças selecionadas (51,4%). Ocorrem situações com sensação de insegurança para realizar dispensação a grupos especiais (33,3%). (Tabela3).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer exercitar uma escuta com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso, orientar o usuário e a família para a continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2013b).

As farmácias públicas (entendidas como um ponto de atenção à saúde) são locais estratégicos para a realização do acolhimento. Em uma farmácia de unidade básica de saúde, é comum o atendimento de pacientes provenientes de outros serviços, públicos e privados, que buscam apenas o acesso ao medicamento. O tipo de ambiente destinado à dispensação de medicamentos e atendimento aos usuários, também faz parte do acolhimento (MANZINI et al.,2015).

Tabela 3: Parâmetros relacionados à dispensação e orientação farmacêutica de farmácias públicas municipais do ES.

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	N	FREQUÊNCIA
HORAS/DIA DEDICADAS À DISPENSAÇÃO	MENOS QUE 1 HORA	6	17,1%
	DE 1 A 2 HORAS	3	8,6%
	DE 2 A 4 HORAS	11	31,4%
	MAIS DE 4 HORAS	15	42,9%
TIPO DE AMBIENTE DESTINADO À DISPENSAÇÃO	SALA RESERVADA	3	8,6%
	BALCÃO PACIENTE EM PÉ	20	57,1%
	GUICHÊ INDIVIDUAL	9	25,7%
	BALCÃO	1	2,9%
	MESA E CADEIRA EM ESPAÇO RESERVADO	2	5,7%
PROGRAMAS DE SAÚDE IMPLANTADOS	HANSENÍASE	23	14,7%
	TUBERCULOSE	22	14,1%
	DST/AIDS	14	9,0%
	SAÚDE MENTAL	21	13,5%
	DIABETES	29	18,6%
	HIPERTENSÃO	30	19,2%
	OUTROS	15	9,6%
	NÃO RESPONDERAM	2	1,3%
CADASTRO DE PACIENTES PARA DOENÇAS SELECIONADAS	SIM	18	51,4%
	NÃO	15	42,9%
	NÃO RESPONDERAM	2	5,7%
SITUAÇÕES COM SENSAÇÃO DE INSEGURANÇA PARA REALIZAR DISPENSAÇÃO	INDICAÇÕES NÃO TRATADAS	16	19,8%
	DOSE/FREQUÊNCIA/DURAÇÃO DO TRATAMENTO	1	1,3%
	MEDICAMENTOS ISENTOS DE	3	3,7%

PRESCRIÇÃO		
REAÇÕES ADVERSAS/HIPERSENSIBILIDADE	10	12,3%
GRUPOS ESPECIAIS	27	33,3%
TRATAMENTO INADEQUADO	7	8,6%
ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	0	0,0%
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	1	1,2%
INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS	16	19,8%

É preciso acolher também esses pacientes e integrá-los aos programas de promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas, mesmo que a assistência médica seja realizada em outro serviço (MANZINI et al.,2015).

Considerando a análise quantitativa do número de unidades/pontos de dispensação de medicamentos existentes nos municípios, observamos uma média de $9,31 \pm 10,87$, (o mínimo é zero e a máxima de 44 unidades/pontos de dispensação, por município).

O profissional farmacêutico deve assumir a sua parcela de responsabilidade na atenção à saúde do paciente e na linha de cuidado estabelecida, não podendo limitar-se apenas a atender a prescrição e fornecer os medicamentos. O acesso a medicamentos é componente essencial de toda política farmacêutica e, por extensão, é um dos pilares das políticas públicas de saúde (MANZINI et al.,2015).

A AF constitui um dos sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde, com foco na garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. Compreendem-se como componentes da AF a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento (MENDES, 2011).

A gestão técnica da assistência farmacêutica se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no

uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos (PERINI, 2003; MARIN et al., 2003).

A gestão clínica do medicamento está relacionada com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o utente. Configura-se como uma atividade assistencial fundamentada no processo de cuidado. O medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo utente (SOLER et al., 2010).

O medicamento não deve ser o foco central e nem as ações logísticas devem ocupar o único esforço da organização da AF pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Preconiza-se que a AF há que ser compreendida como uma atividade clínica, com foco central de ação no utente, estruturando-se em ações técnico-assistenciais e ações técnico-gerenciais (SOLER et al., 2010; GOMES et al., 2010).

O serviço de clínica farmacêutica corresponde a uma parte essencial do processo de trabalho dos farmacêuticos da Atenção Básica de Saúde (ABS) e caracteriza-se por ser uma intervenção em saúde complexa (*complex health intervention*). Intervenções complexas são conhecidas pela coexistência de diversos componentes que interagem entre si e que são responsáveis, de forma isolada ou combinada, pela capacidade da intervenção em produzir resultados de saúde desejados (WONG, 2004).

No caso específico do serviço de clínica farmacêutica, estes componentes podem atuar conjuntamente por diferentes vias, por exemplo, pela otimização do regime farmacoterapêutico, pela melhoria da comunicação sobre a farmacoterapia dentro da equipe multiprofissional e por mudanças positivas promovidas no comportamento do usuário (CLARK, 2013; CRAIG et al., 2008; WONG, 2004).

O serviço de clínica farmacêutica atende às necessidades dos usuários relacionadas aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva, visando à obtenção de resultados terapêuticos concretos. Necessidades essas cujos serviços de assistência farmacêutica, e a própria ABS, organizados em sua forma atual,

possuem dificuldade em atender de forma integral. Neste serviço, o farmacêutico gerencia o uso de medicamentos a nível individual, a fim de torná-lo mais eficiente, produzindo melhores resultados, sem aumento de custo (MANZINI et al.,2015).

UETA, HOEPNER e BERNARDO (2010, p. 273) destacam que:

[...] sem uma estratégia de trabalho, que aproxime o serviço farmacêutico das unidades de saúde, pode-se perder o contato com a comunidade, com as unidades de saúde e com os profissionais, especialmente da Estratégia de Saúde da Família, sendo que esse contato é fundamental para o desenvolvimento de estratégias visando o uso racional de medicamentos. De modo geral, tem-se um bom serviço farmacêutico, com boa gestão operacional, mas pouco integrado ao serviço de saúde, principalmente do ponto de vista da gestão clínica.

A análise quantitativa do número de unidades de dispensação que possuem pelo menos 20 horas semanais com atuação do farmacêutico, foi de $4,71 \pm 7,49$, (mínimo é zero e a máxima de 33 unidades de dispensação). O resultado demonstra insuficiência da cobertura de carga horária com atuação do farmacêutico, relacionadas ao número de unidades de saúde, frente a demanda populacional.

Tabela 4: Parâmetros relacionados à dispensação e orientação farmacêutica nas farmácias públicas municipais.

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	N	FREQUÊNCIA
SOLUÇÃO DE DÚVIDAS SOBRE MEDICAMENTOS	BIBLIOTECA	15	23,1%
	CONSULTA COLEGA	16	24,6%
	BIBLIOGRAFIA PESSOAL	23	35,4%
	CIM – CENTRO DE INFORMAÇÕES DE MEDICAMENTOS	11	16,9%
UTILIZOU/	DESCONHECE	6	17,1%

CONHECE OS SERVIÇOS DO CEIMES	CONHECE E NÃO UTILIZA	18	51,4%
	CONHECE E UTILIZA	8	22,9%
	CONHECE E JÁ UTILIZOU, MAS NÃO POSSUI O CONTATO	3	8,6%

Na atuação diária do profissional farmacêutico, quando surgem dúvidas sobre medicamentos, recorrem a bibliografia de uso pessoal (34,5%) e buscam Centro de Informações de Medicamentos (CIM) (11%). Sobre o Centro Estadual de Informações sobre Medicamentos (CEIMES), conhecem e não utilizam o serviço (51,4%). (Tabela 4).

A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA) disponibiliza os serviços do CEIMES (Centro de Informação sobre Medicamentos do Espírito Santo), sendo um serviço da Gerência Estratégica de Assistência Farmacêutica (GEAF), que funciona no horário de 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. As solicitações de informações poderão ser realizadas através de telefone, e-mail: geaf.ceimes@saude.es.gov.br; ou através deste site: www.saude.es.gov.br no link da Assistência Farmacêutica.

Este serviço esclarece dúvidas sobre medicamentos ao público em geral (usuários ou profissionais de saúde), como por exemplo: efeitos colaterais, modo de usar, nome genérico, se poderá ser usado com outros medicamentos, se existe riscos em usá-los durante a gravidez, amamentação dentre outras informações. O objetivo fundamental do CEIMES é promover o uso racional de medicamentos, através do fornecimento de informações técnico-científicas sobre. (Disponível em <https://farmaciadada.es.gov.br/CEIMES>).

Atualmente, a OMS e outras Associações Farmacêuticas de relevância internacional consideram que a Atenção Farmacêutica é atividade exclusiva do farmacêutico e que este deve tê-la como prioridade para o desenvolvimento pleno de sua profissão.

Considerando a análise quantitativa do número de unidades que contam apenas com outros profissionais (exceto farmacêutico) atuando na entrega de medicamentos ao paciente, foi de $5,6 \pm 8,2$, (mínimo é zero e o máximo de 31

unidades). Demonstra a insuficiência de profissionais farmacêuticos nas unidades de saúde para atendimento à população e ainda que, há profissionais em desvio de função e exercício ilegal da profissão farmacêutica, pois a dispensação de medicamentos é privativa do profissional farmacêutico. Assim, pode-se compreender que a Assistência Farmacêutica é ampla, portanto a prática da Atenção Farmacêutica encontra-se inserida no contexto da Assistência Farmacêutica. Essa visualização torna-se mais evidente quando se observa o ciclo da Assistência Farmacêutica.

Para que a Assistência Farmacêutica seja de qualidade, além de recursos disponíveis e planejamento adequado, devem-se seguir corretamente as etapas do ciclo, tais como: seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos. Dessa forma, pode-se evidenciar que a Atenção Farmacêutica está presente na etapa final da Assistência Farmacêutica, ou seja, no momento da dispensação e utilização dos medicamentos. A assistência farmacêutica no Brasil pode ser considerada como parte indissociável do modelo assistencial existente, sendo de caráter multiprofissional e intersetorial (ARAÚJO et al., 2008).

4.3 GESTÃO E LOGÍSTICA

Os municípios que apresentam a AF no organograma da secretaria municipal de saúde (88,6%), apresentam a AF no Plano Municipal de Saúde (100%), possuem profissionais formalmente designados para gerenciar a AF (57,1%), graduados em farmácia (80%). Em todos os municípios da pesquisa existe REMUME, a última atualização ocorreu em menos de 5 anos (74,3%), REMUME está disponível facilmente para os prescritores (85,7%), mais de 75% das prescrições constantes na REMUME (34,3%) e não foi elaborada por CMFT (57,1%). (Tabela 5).

A AF deve fazer parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de acordo com a característica organizacional de cada município, onde poderá receber diferentes denominações, como: Coordenação, Departamento, Diretoria, Divisão, Serviço, Setor, dentre outras. Deverá ser subordinado ao Secretário de Saúde e administrado por um farmacêutico de carreira no serviço municipal de saúde. (CRF-SP, 2010).

O planejamento é peça fundamental para o ciclo de gestão e, no tocante à Assistência Farmacêutica, deve ser estimulado a fim de que os gestores pensem sua realidade e passem a intervir para sua transformação. Nesse aspecto, o planejamento deve considerar a integralidade das ações e dos serviços de saúde e, portanto, as ações de Assistência Farmacêutica devem ser pensadas no contexto das demais ações de saúde, sendo declaradas como compromissos no Plano de Saúde (BRASIL, 2006).

Algumas condições que favorecem a estruturação da gestão da AF são citadas nas Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS (BRASIL, 2009a) e por BARRETO e GUIMARÃES (2010): uma delas, muitas vezes pouco valorizada, é a condição de existência da coordenação/direção/divisão de assistência farmacêutica na instituição. A formalização do cargo ou da função é exemplo de que a gestão precisa de condições de estabilidade, reconhecimento formal e institucional, e legitimidade para tomar decisões, propor políticas e atuar de forma decisiva, com autonomia. Entretanto, não é possível considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica (AF) é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir) (BRASIL, 2001b).

Tabela 5: Parâmetros relacionados à gestão e logística utilizadas na assistência farmacêutica de municípios do ES.

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	FREQUÊNCIA
POSSUEM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (AF) NO ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	SIM	88,6%
	NÃO	11,4%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
AF INCLUSA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	SIM	100%
	NÃO	0,0%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
EXISTE PROFISSIONAL FORMALMENTE DESIGNADO PARA GERENCIAR AF	SIM	57,1%
	NÃO	42,8%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
FORMAÇÃO/ESCOLARIDADE DO PROFISSIONAL DESIGNADO PARA GERENCIAR AF	FARMÁCIA	80%
	ADMINISTRAÇÃO	0%
	NÍVEL SUPERIOR SAÚDE	20%
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	0%
	OUTRA	0%
EXISTÊNCIA DE RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)	SIM	100%
	NÃO	0,0%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO DA REMUME	MENOS DE 5 ANOS	74,3%
	MAIS DE 5 ANOS	25,7%
A REMUME ESTÁ DISPONÍVEL FACILMENTE PARA OS PRESCRITORES	SIM	85,7%
	NÃO	11,4%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
PROPORÇÃO DE PRESCRIÇÕES	ATÉ 25%	2,9%

CONSTANTES NA REMUNERAÇÃO	DE 26% A 50%	8,6%
	DE 51% A 75%	51,3%
	ACIMA DE 75%	34,3%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
REMUNERAÇÃO ELABORADA POR COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE FARMACOLOGIA E TERAPÊUTICA (CMFT)	SIM	42,9%
	NÃO	57,1%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%

A maioria dos profissionais que atua no setor saúde tem uma formação mais tecnicista, voltada para o desempenho de ações que, direta ou indiretamente, relacionam-se com o cuidado aos usuários. Esse setor, por sua vez, precisa de boa gestão dos recursos disponíveis (pessoas, materiais, financeiros, tecnológicos e cognitivos) para que os bens e serviços que integram os referidos cuidados sejam produzidos com eficiência, qualidade e a custos razoáveis, com benefícios para a coletividade. Todavia, em que pese a importância dessa competência administrativa para os sistemas de saúde, esta é uma área da formação relativamente subvalorizada pelas Instituições de Ensino Superior e pelos próprios profissionais de saúde. Quando se analisam as matrizes curriculares dos cursos de graduação, observa-se carga horária quase insignificante destinada à gestão e, com isso, pouco preparo desse profissional para atuar em atividades de administração (MANZINI et al., 2015).

Por outro lado, em termos de sistema de saúde, a ênfase na gestão não pode significar uma hipertrofia da área meio (administrativa) e, com isso, uma inversão do negócio principal do SUS, qual seja a área finalística com foco no cidadão. Encontrar o equilíbrio entre esses saberes e competências complementares – técnica e administrativa – contribui para a maior eficiência do sistema e, por conseguinte, para o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos (MANZINI et al., 2015).

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para superar a fragmentação da atenção e da gestão do

sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes para estruturação das RAS foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, é essencial que o farmacêutico conheça onde está inserido o seu município, uma vez que as suas ações devem estar em consonância com as necessidades regionais de saúde. Atualmente, existem 435 regiões de saúde em todo o país (MANZINI et al., 2015).

Com o estabelecimento das regiões de saúde, os serviços farmacêuticos devem ser organizados considerando o âmbito regional, e não somente a lógica de relacionamento entre os âmbitos federal, estadual e municipal. Em relação à seleção de medicamentos, os municípios poderão optar pelo estabelecimento de uma relação regional de medicamentos ou por uma pactuação para garantir o acesso dos medicamentos na região, considerando as diferenças entre os municípios, por exemplo. Ao optar por uma relação regional de medicamentos, é recomendado que a seleção dos medicamentos seja conduzida por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da região de saúde (MANZINI et al., 2015).

A OMS, desde a década de 70, estimula a criação de listas de medicamentos essenciais como estratégia para garantir acesso e racionalidade nos sistemas de saúde (WHO, 2012).

A relação de medicamentos essenciais deve ser um instrumento orientador do cuidado em saúde, a fim de melhorar a qualidade da atenção prestada, a gestão dos medicamentos, a capacitação dos prescritores e a informação dos cidadãos. Importante destacar que o conceito de essencialidade considera o tratamento mais custo-efetivo para uma dada condição, a partir de uma perspectiva epidemiológica, que reflete necessidades coletivas e, não necessariamente, individuais ou de segmentos específicos. A seleção de um rol de medicamentos não é, por conseguinte, uma medida de austeridade financeira, mas sim um exercício de inteligência clínica e de gestão (PEÑA, 2000).

Na implantação do modelo de gestão, é fundamental o estabelecimento de critérios de padronização dos medicamentos, mecanismos de aquisição, armazenamento e

logística de distribuição, de modo a garantir a racionalidade administrativa (MARIN *et al.*, 2003).

A seleção dos medicamentos deve ser baseada nos critérios epidemiológicos e farmacoeconômicos, além de considerar a eficácia (evidências clínicas) e segurança dos medicamentos, evitando as pressões mercadológicas e de relações interpessoais, minimizando o modelo estruturado com base na consulta médica e no atendimento automático da demanda por ela gerada (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A tecnologia do uso envolve desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos medicamentos. Para o sucesso desse processo, torna-se necessária a participação das diferentes classes de profissionais da saúde, além dos usuários. A execução desta atividade depende do bom desenvolvimento da tecnologia de gestão do medicamento, uma vez que a disponibilidade do medicamento está condicionada à eficácia desse processo (ARAÚJO *et al.*, 2008).

No âmbito específico, é fundamental que os gestores racionalizem a utilização dos medicamentos desde a prescrição até a utilização por parte do usuário. Uma alternativa seria estimular a criação de Comissões Municipais de Farmácia e Terapêutica (CMFT ou CFT) que promovam a confecção de protocolos clínicos de tratamento das principais patologias crônicas, propondo desde a padronização racional dos medicamentos até a prescrição destes. A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema de saúde nos três níveis de atenção, além de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos. Em geral, é composta por profissionais de saúde com várias formações, especialmente farmacêuticos, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Sugere-se que os membros pertençam ao próprio quadro da instituição (MARIN *et al.*, 2003).

Tabela 6: Parâmetros relacionados à gestão e logística utilizadas na assistência farmacêutica de municípios do ES.

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	FREQUÊNCIA
MEMBROS DA CMFT NOMEADOS POR ATO NORMATIVO OFICIAL	SIM	34,3%
	NÃO	51,4%
	NÃO RESPONDERAM	14,3%
LISTA DE MEDICAMENTOS UTILIZADA PARA ELABORAR REMUME	OMS	1,8%
	RENAME	62,5%
	REMEME	26,8%
	OUTRA	8,9%
REMUME PUBLICADA OFICIALMENTE	PORTARIA	60%
	ATO NORMATIVO	25,7%
	NÃO RESPONDERAM	14,3%
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM RECURSOS MUNICIPAIS	SIM	94,3%
	NÃO	5,7%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
PERCENTUAL DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS E PAGOS COM RECURSO MUNICIPAL	ATÉ 25%	42,9%
	DE 26% A 50%	22,9%
	DE 51% A 75%	20%
	ACIMA DE 75%	8,6%
	NÃO RESPONDERAM	5,6%
MODALIDADE DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	SISTEMA ESTADUAL DE REGISTRO DE PREÇOS (SERP)	37,2%
	CARTA CONVITE	2,3%
	DISPENSA DE LICITAÇÃO	0%
	EDITAL/TOMADA DE PREÇO	55,8%

	NÃO RESPONDERAM	7,7%
PERCENTUAL DE MEDICAMENTOS PROGRAMADOS E ADQUIRIDOS DE ACORDO COM A PROGRAMAÇÃO	ATÉ 25%	0%
	DE 26% A 50%	5,7%
	DE 51% A 75%	34,3%
	ACIMA DE 75%	57,1%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
CONSTA PARECER TÉCNICO DE FARMACÊUTICO NO PROCESSO DE AQUISIÇÃO	SIM	54,3%
	NÃO	42,9%
	NÃO RESPONDERAM	2,8%

Nos municípios, os membros da CMFT não foram nomeados por ato normativo oficial (51,4%). Em relação à REMUME, a lista de medicamentos utilizada na formulação, tendo a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) como referência, (62,5%), possuem REMUME publicada oficialmente em Portaria (60%). Quanto a aquisição de medicamentos, foram adquiridos com recursos municipais (94,3%), percentual de medicamentos adquiridos e pagos com recurso municipal (8,6%), modalidade de aquisição de medicamentos (edital/tomada de preço) (55,8%), percentual de medicamentos programados e adquiridos de acordo com a programação (5,7%) e consta parecer técnico do profissional farmacêutico no processo de aquisição (54,3%). (Tabela 6).

As ações organizacionais de uma CFT estão estabelecidas em literatura e recomendadas pelo Ministério da Saúde em documentos oficiais da área (BRASIL, 2006).

No entanto, sabe-se que muitos municípios ainda não possuem CFT ou, quando possuem, a comissão não se encontra regulamentada oficialmente (VEBER *et al.*, 2011).

É importante que a CFT esteja legalmente instituída por meio de documento legal, assim como se recomenda a regulamentação oficial dos objetivos, das atribuições e

responsabilidades da CFT, por meio de regimento, da mesma forma que se estimula a capacitação e conscientização acerca das funções e dos papéis a serem desempenhados pelos integrantes (MARIN *et al.*, 2003).

Além disso, os gestores municipais poderiam gerar informações sobre a utilização correta dos medicamentos junto aos usuários da rede, promovendo a implantação de um serviço de atenção farmacêutica centrado no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, buscando melhorar a adesão ao tratamento prescrito e a identificação e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos. Entretanto, torna-se necessário desenvolver modelos que atendam a demanda infinitamente crescente e, ao mesmo tempo, não desumanizar o serviço (PORTELA *et al.*, 2010).

O número de profissionais farmacêuticos atuando na assistência farmacêutica foi de $6,74 \pm 8,30$ (mínimo de um e o máximo de 36 por município). Frente à demanda populacional dos municípios, que utilizam o serviço público de saúde, demonstra insuficiência no quadro de farmacêuticos.

E também, considerando a análise quantitativa do número de profissionais auxiliares envolvidos nas ações de assistência farmacêutica, observamos uma média $8,23 \pm 19,20$ profissionais auxiliares nas farmácias envolvidos na dispensação (mínimo de zero e o máximo de 108 por município), que da mesma forma, frente a demanda populacional dos municípios, que utilizam o serviço público de saúde, demonstra insuficiência no quadro de auxiliares que dão suporte operacional as ações da AF.

VEBER e col. (2011) identificaram importantes fragilidades na estruturação dos serviços de assistência farmacêutica, tais como a baixa atuação de farmacêuticos na dispensação de medicamentos; a incipiente existência e atuação da CFT; e o fato de que o capítulo da assistência farmacêutica nos planos municipais não reflete um processo real de planejamento e execução das ações.

A listagem de medicamentos essenciais proposta pela Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) representa um elemento estratégico na política de medicamentos, utilizada pela maioria dos municípios, facilitando a organização das listas estaduais (REMUME) e municipais (REMUME), as quais devem ser organizadas de acordo com as patologias e os agravos mais relevantes e prevalentes de cada região, além disso, permite a uniformização de condutas

terapêuticas, por desenvolver e facilitar o estabelecimento de ações educativas, orientando a prescrição, a dispensação, e o abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do SUS (PIANETTI, 2003).

Entretanto, observa-se a falta de prioridades na adoção, pelos prescritores, de produtos padronizados, além da irregularidade no abastecimento de medicamentos, em nível ambulatorial, o que em parte dificulta a eficácia das ações governamentais no setor da saúde (BRASIL, 2001a).

Na maioria dos países em desenvolvimento, os gastos governamentais com medicamentos correspondem a segunda maior despesa em saúde, ficando atrás apenas dos gastos com recursos humanos. Considerando-se a natureza deste gasto principal, pode-se afirmar que os gastos com medicamentos representam os maiores sobre os quais o Estado tem controle discricionário. Esse fato corrobora para a vulnerabilidade do acesso aos medicamentos, que estão, particularmente, sujeitos à disponibilidade de financiamento público, a diversas pressões políticas e econômicas, como a inflação e as flutuações cambiais (WHO, 2006; MSH, 2012).

Os desafios para garantir o acesso aos medicamentos são crescentes e complexos incluindo os reduzidos níveis de cobertura, a fragilidade financeira dos sistemas de saúde, as limitações das redes de distribuição de medicamentos e os problemas gerais de acesso aos serviços de assistência à saúde por grande parte da população dos países latino-americanos (WHO, 2004).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, o gasto com medicamentos varia entre 24% a 65% dos recursos investidos em saúde. Mesmo assim, cerca de dois bilhões de pessoas – um terço da população mundial - ainda não tem acesso a medicamentos essenciais (WHO, 2004; GARCIA *et al.*, 2013).

A tecnologia de gestão do medicamento tem como missão proporcionar o abastecimento, passo essencial para garantir o acesso da população ao medicamento, em especial a menos privilegiada. Esta tecnologia, após sua implantação, tem sido caracterizada como atividade previsível e repetitiva, mas necessária ao cumprimento dos aspectos legais e às diretrizes das políticas de saúde (Ciência & Saúde Coletiva). O gasto com saúde alcança elevadas cifras e

vem preocupando o governo e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Fatores que podem explicar são: o aumento da expectativa de vida; a constante introdução de novas tecnologias médicas; e as transformações nas estruturas de morbimortalidade da população (SECOLI et al., 2005).

Os medicamentos destacam-se como responsáveis por grande parte do gasto em saúde (MELO, RIBEIRO e STORPIRTIS, 2006). Apesar da inegável importância dos medicamentos no cuidado em saúde, ainda assim são bastante visados nos cortes governamentais (SECOLI et al., 2005).

A ausência do farmacêutico na programação, segundo MARIN e col. (2003) pode desencadear uma série de problemas para a gestão da assistência farmacêutica propiciando o predomínio da improvisação e da não observância de recomendações técnicas.

A equipe responsável pela programação deve estabelecer a metodologia de trabalho, os critérios de priorização de necessidades, as atribuições e responsabilidades de cada membro, cronograma de execução, periodicidade e modalidades de compras e elaborar os instrumentos apropriados: planilhas, formulários adequados para o registro das informações e instrumentos de avaliação. Bem como a programação, a aquisição de medicamentos e produtos para saúde é um processo que requer a participação interdisciplinar para sua eficácia. Cabe ao farmacêutico sensibilizar os setores de planejamento, orçamento, finanças, administrativo/compras; para a importância do trabalho multidisciplinar como forma de assegurar a qualidade dos produtos adquiridos. (TUMA, 2009).

A responsabilidade legal e ética pela qualidade dos medicamentos adquiridos é do farmacêutico. Quando a unidade de farmácia não é o responsável direto pela aquisição de medicamentos e produtos para saúde, deve manter estreita relação com o setor responsável, assegurando a participação através do parecer técnico (TUMA, 2009).

No processo de aquisição, os requisitos técnicos exigidos em edital são uma segurança para garantir a qualidade do medicamento a ser disponibilizado ao usuário do SUS. De acordo com as orientações básicas no Ministério da Saúde (2006a) são eles: exigência do registro sanitário do produto pela Agência Nacional

de Vigilância Sanitária (ANVISA); especificações em conformidade com o solicitado no edital; prazo de validade dos medicamentos não deverá ser inferior a 2/3 da validade total, a contar da data de entrega do produto; Laudo de Análise de controle de qualidade; Certificado de boas práticas de fabricação, emitido pela ANVISA; embalagem original devidamente identificada com lote, validade e responsável técnico. Tais requisitos técnicos são indispensáveis para a AF municipal, pois a exigência dos mesmos demonstra preocupação com a qualidade e eficácia no tratamento do usuário, bem como na economia para o setor.

Todas as compras de medicamento no Serviço Público precisam passar por um processo licitatório, exceção dada à dispensa de licitação e exigibilidade. As regras desse procedimento formal estão principalmente nas Leis nº 8.666/1993 e nº 10.520/2002 (BRASIL, 2006a).

São tipos de licitação, segundo FIGUEIREDO (2002), Menor preço, Melhor técnica, Técnica e preço e Maior lance e oferta.

Outra questão a ser discutida é a lentidão nos processos licitatórios, que acabam causando o desabastecimento de medicamentos na rede pública, evidenciando o problema do acesso aos medicamentos essenciais no Brasil (CANABARRO; HAHN 2009).

Uma estratégia de gestão na AF é o Consórcio Paraná Saúde, no estado do Paraná, que foi constituído para aquisição de medicamentos para prefeituras desse estado. Sua cobertura é de mais de 80% dos municípios, tendo a grande maioria deles menos de 20.000 habitantes. Essa iniciativa mostrou-se uma boa estratégia administrativa de farmacoconomia (FERRAES; CORDONI JR, 2007).

Tabela 7: Parâmetros relacionados à gestão e logística utilizadas na assistência farmacêutica de municípios do ES.

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	FREQUÊNCIA
LOCAL CENTRALIZADO DESTINADO ESPECIFICAMENTE AO ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTO	SIM	80%
	NÃO	17,1%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMINISTRAÇÃO DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)	FARMÁCIA	68,60%
	ADMINISTRAÇÃO	8,6%
	NÍVEL SUPERIOR SAÚDE	2,9%
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	5,7%
	OUTRA	2,0%
	NÃO RESPONDERAM	11,4%
PROCEDIMENTOS ESCRITOS E ATUALIZADOS PARA O CAF	SIM	51,4%
	NÃO	42,9%
	NÃO RESPONDERAM	5,7%
PISO UNIFORME E BEM CONSERVADO	SIM	82,8%
	NÃO	11,4%
	NÃO RESPONDERAM	5,7%
PAREDES E TETOS LIMPOS E EM BOM ESTADO DE CONSERVAÇÃO	SIM	71,4%
	NÃO	25,7%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
EXISTE PROTEÇÃO CONTRA ENTRADA DE ROEDORES E AVES	SIM	60%
	NÃO	37,1%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
SOLUÇÃO PARENTERAL DE GRANDES VOLUMES (SPGV) E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR ENCONTRAM-SE SOBRE	SIM	80%
	NÃO	11,4%
	NÃO RESPONDERAM	8,6%

ESTRADOS		
RECEPÇÃO E EXPEDIÇÃO DE MEDICAMENTOS SEPARADOS FISICAMENTE	SIM	57,1%
	NÃO	42,9%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
EXISTE URBANIZAÇÃO EM TORNO DO CAF	SIM	82,9%
	NÃO	11,4%
	NÃO RESPONDERAM	5,7%
HÁ MARQUISES PROTEGENDO O LOCAL DE CARGA E DESCARGA DO CAF	SIM	40%
	NÃO	51,4%
	NÃO RESPONDERAM	8,6%

Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), com local centralizado destinado especificamente ao armazenamento de medicamentos (80%), formação do profissional responsável pela administração do CAF, em farmácia, (68,6%), procedimentos escritos e atualizados (51,4%), piso uniforme e bem conservado (82,8%), paredes e tetos limpos e em bom estado de conservação (71,4%), existe proteção contra entrada de roedores e aves (60%), SPGV e material médico hospitalares armazenados sobre estrados (80%), recepção e expedição de medicamentos separados fisicamente (57,1%), urbanização em torno do CAF (82,9%), sem marquises protegendo o local de carga e descarga (51,4%).(Tabela 7).

O armazenamento e a distribuição são etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica que visam, como finalidades precípuas, a assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas de armazenamento e de controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário. (MARIN et al., 2003).

Armazenamento é a etapa do Ciclo da Assistência Farmacêutica responsável por assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas de armazenamento e de um controle de estoque eficaz. No Brasil, os almoxarifados

dedicados exclusivamente à armazenagem de medicamentos têm sido denominados como Centrais de Abastecimento Farmacêutico (MARIN et al., 2003).

O armazenamento constitui-se como um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem diversas atividades: recebimento de medicamentos; estocagem ou guarda; segurança de manter o material sob cuidados contra danos físicos e roubos; conservação e controle de estoque (MARIN et al., 2003).

Um dos requisitos para desenvolver uma armazenagem adequada compreende ter e seguir um manual de normas de armazenagem. O manual deve conter: informações e procedimentos internos da empresa; procedimentos de armazenagem; áreas de produtos em quarentena, interditados, inutilizados; áreas de produtos de controle especial; controle de qualidade; controle de pragas; segurança nas instalações (TUMA, 2009).

Manuais escritos de rotinas e normas de armazenamento de medicamentos auxiliam no trabalho cotidiano e devem ser elaborados com a participação do farmacêutico, sendo atualizados sempre que necessário. A promoção de treinamentos periódicos para os funcionários visando a capacitação e o estímulo ao trabalho, possibilita a integração entre os profissionais e cria um ambiente propício para práticas seguras (ANACLETO et al., 2006).

A responsabilidade técnica do almoxarifado de medicamentos deve ser assumida por um farmacêutico, que supervisionará e orientará as atividades da equipe de trabalho. É atribuição do farmacêutico no âmbito de armazenagem garantir que o produto mantenha todas as suas características, assegurando qualidade e eficácia. O profissional deverá assegurar que as atividades operacionais estejam dentro das normas de qualidade através de procedimentos escritos e com registros de sua execução (TUMA, 2009).

Tabela 8: Parâmetros relacionados à gestão e logística utilizadas na assistência farmacêutica de municípios do ES.

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	FREQUÊNCIA
FORMA DE DESCARGA DE CAMINHÕES NO CAF	NÍVEL DO SOLO	57,1%
	PLATAFORMA	2,9%
	SEM ACESSO DIRETO	34,3%
	NÃO RESPONDERAM	5,7%
LOCAL LIMPO E SEM PÓ REGULARMENTE	SIM	86,7%
	NÃO	8,6%
	NÃO RESPONDERAM	5,7%
EXISTEM EXTINTORES DE INCÊNCIO NO CAF	SIM	65,7%
	NÃO	28,6%
	NÃO RESPONDERAM	5,7%
CONDIÇÕES DE ESTOCAGEM SATISFATÓRIAS	SIM	60,0%
	NÃO	40,0%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
PERDA DE MEDICAMENTOS POR VENCIMENTO, NO ÚLTIMO ANO	SIM	85,7%
	NÃO	14,3%
	NÃO RESPONDERAM	%
QUANTO A PERDA REPRESENTA NO ESTOQUE/ANO	0% A 5%	62,9%
	6% A 25%	20,0%
	26% A50%	8,6%
	MAIS DE 50%	0,0%
	NÃO RESPONDERAM	8,5%
PERÍODO DE INVENTÁRIO DE CONTROLE DE ESTOQUE	QUINZENAL	0,0%
	MENSAL	21,1%
	TRIMESTRAL	23,7%

	SEMESTRAL	23,7%
	ANUAL	28,9%
	NÃO RESPONDERAM	2,6%
POSSUI CONTROLE DE ESTOQUE PARA CONSULTA IMEDIATA	SIM	71,4%
	NÃO	25,7%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
POSSUI CONTROLE/REGISTRO DOS LOTES DE MEDICAMENTOS	SIM	77,1%
	NÃO	20,0%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%

A forma de descarga dos caminhões no CAF em plataforma (2,9%), local limpo e sem pó, regularmente (86,7%), possuem extintores de incêndio (65,7%), condições de estocagem satisfatórias (60%), perda de medicamentos por vencimento no último ano (85,7%), representatividade de perda no estoque no estoque/ano (0% a 5%) (62,9%), período de inventário de controle de estoque, semestral e anual, (52,6%), controle de estoque para consulta imediata (71,4%) e possui controle/registo dos lotes de medicamentos (77,1%).(Tabela 8).

O inventário é a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de controle ou sistema informatizado de controle. Deve ser realizado, periodicamente, recomenda-se semanalmente, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas. É imprescindível a realização de inventário de todos os itens a cada seis meses. Essa postura dificulta a possibilidade de controle rigoroso do estoque, podendo comprometer o ressurgimento dos medicamentos e aumentar a perda de medicamentos por vencimento. Com frequência, também se observam irregularidades no suprimento, com baixos índices de cobertura de um lado e, por outro, com perdas significativas de medicamentos. Estudos avaliativos já demonstraram que a carência de farmacêuticos e as deficiências estruturais das

farmácias e Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), infelizmente, ainda são realidade em grande parte das secretarias (VIEIRA, 2008).

O controle de estoque é uma atividade técnico-administrativa que tem por objetivo subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos, visando à manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda. Assim, evita-se superposição de estoques ou desabastecimento do sistema. (REIS, 2009).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para que se tenha uma AF efetiva é necessário que todos os medicamentos estejam disponíveis nas unidades.

Tabela 9 Parâmetros relacionados à gestão e logística utilizadas na assistência farmacêutica de municípios do ES.

QUESTIONÁRIO	PARÂMETRO	FREQUÊNCIA
EXISTE RASTREABILIDADE DOS MEDICAMENTOS DISTRIBUÍDOS	SIM	60%
	NÃO	37,1%
	NÃO RESPONDERAM	2,9%
HOVE FALHA NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO, NO ÚLTIMO ANO	SIM	88,6%
	NÃO	11,4%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%
PERCENTUAL DE COBERTURA MENSAL DE MEDICAMENTOS	MENOS DE 50%	0,0%
	DE 50% A 80%	37,8%
	ACIMA DE 80%	54,1%
	SEM INDICADORES	2,7%
	NÃO RESPONDERAM	5,4%
EXISTE RELATÓRIOS REGULARES DE CONSUMO MÉDIO MENSAL	SIM	80,0%
	NÃO	20,0%
	NÃO RESPONDERAM	0,0%

Considerando a gestão e logística da CAF, existe rastreabilidade dos medicamentos distribuídos (60%), houve falha no fornecimento de medicamentos, no último ano, (88,6%), percentual de cobertura mensal de medicamentos, acima de 80%, (54,1%) e apresentam relatórios regulares de consumo médio mensal (80%). (Tabela 9).

Os requisitos necessários para um controle de estoque eficiente são registro das informações, precisão da informação, objetividade e rapidez. As informações devem ser claras e precisas estando disponíveis quando necessário. Um controle de estoque eficiente é resultante da soma de esforços conjuntos de todos os envolvidos no serviço. Para tanto, os funcionários devem estar conscientes das suas responsabilidades e ser permanentemente treinados para o bom desempenho das suas atividades. (BRASIL, 2006).

O grande desafio da administração é o dimensionamento correto dos estoques, para atendimento às reais necessidades com regularidade no abastecimento. É necessário um controle eficiente e a utilização de instrumentos para registro das informações que facilitem o acompanhamento. Os estoques devem ser bem dimensionados para não causar prejuízo institucional, excesso de material em relação à demanda real ou desabastecimento (BRASIL, 2006).

Os elementos de gestão de estoques, segundo DIAS (1996), são os principais parâmetros necessários à adequação, aos interesses e às necessidades da quantidade nos estoques. Constituem a própria gestão dos estoques e, por meio deles, são definidas as quantidades a serem adquiridas, em intervalos de tempo compatíveis.

Qualquer que seja a forma de controle adotada, informatizado ou manual (fichas de controle de estoques), formulários para registro das informações, inventário, relatórios de acompanhamento etc. pode ser utilizada mais de uma forma de controle (BRASIL, 2006).

5 CONCLUSÃO

Os dados coletados no presente estudo permitiram traçar o perfil da AF em municípios do ES, onde predominam profissionais farmacêuticos generalistas, graduados em instituições privadas, com até três anos de serviço público. A pesquisa demonstrou que falta estrutura física adequada em grande parte das farmácias das UBS, pois a dispensação e orientação farmacêutica acontecem no balcão e o usuário é atendido em pé. Fragilidades na gestão e logística no ciclo da AF ficaram evidentes, pela falta de estrutura adequada para acondicionamento e controle dos medicamentos, gerando perdas por validade e falhas no fornecimento. Dados da pesquisa sinalizaram também pontos positivos, onde todos os municípios estudados possuem REMUME.

A prática cotidiana dos municípios revelou o quanto é difícil assegurar o acesso e uso racional de medicamentos aos usuários do SUS.

Os resultados obtidos poderão servir como subsídios para contribuir na gestão das políticas públicas municipais, a fim de promover a otimização dos recursos financeiros, melhoria das condições de trabalho do farmacêutico e da qualidade dos serviços prestados à população.

ANEXOS

Anexo I



**CURSO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS: ASPECTOS
GERENCIAIS E CLÍNICOS PARA FARMACÊUTICOS**

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME:		
ENDEREÇO:		
ESTADO CIVIL: () CASADO () UNIÃO ESTÁVEL () SOLTEIRO () DIVORCIADO () VIUVO (A)		
TELEFONES SERVIÇO:	RESIDENCIAL:	CELULAR:
E-MAIL 01:		
E-MAIL 02:		
DADOS DE FORMAÇÃO		
A) ANO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA:		
B) TIPO DE FORMAÇÃO: () FARMACÊUTICO () FARMACÊUTICO GENERALISTA () FARMACÊUTICO- BIOQUÍMICO () FARMACÊUTICO-BROMATOLOGISTA () FARMACÊUTICO- INDUSTRIAL		
C) INSTITUIÇÃO:		
DADOS FUNCIONAIS:		
A) () SERVIDOR EFETIVO () SERVIDOR NÃO EFETIVO		
B) CARGA-HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO: () 20h () 30h () 40h () OUTRA__		
C) ÁREA DE ATUAÇÃO: () GESTÃO NÍVEL CENTRAL () GESTÃO NÍVEL LOCAL () DISPENSAÇÃO () ESTOQUE () OUTRO_____		
D) TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO: () ATÉ 3 ANOS () MAIS DE 3 E ATÉ CINCO ANOS () MAIS DE CINCO ANOS		
E) MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO: GOVERNADOR LINDENBERG.		

OBS.: A CRITÉRIO DA GERÊNCIA, PODERÁ SER SOLICITADA A COMPROVAÇÃO DAS INFORMAÇÕES ACIMA.

Anexo II

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – GEAF
CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS DO ESPÍRITO SANTO – CEIMES
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEPAF

Nome:
Endereço:
Telefone:

Formação: () Farmacêutico () Farmacêutico-Bioquímico () Farmacêutico-Industrial

Local de formação:

Ano de Formação:

Vínculo empregatício: () efetivo do município () efetivo de outros órgãos públicos
() contrato () comissionado

Titulação: () Graduação () Especialização em _____ ()

Mestre _____ ()

Doutor _____

Outros cursos realizados na área de FARMÁCIA nos últimos 5 anos:

CURSO	Carga horária	Ano de realização	Instituição que promoveu o curso

Área principal de atuação: () Farmácia Municipal () DAF () Farmácia Hospitalar

() Farmácia Comercial () Análises clínicas () Ensino ()

Pesquisa

() Outra área especificar: INTEGRANTE DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO, PARECER TÉCNICO NO QUE ABRANGE MANDADO JUDICIAL E PROCESSO ADMINISTRATIVO DE MEDICAMENTOS, SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO ESTADUAL, COMPRAS.

QUESTIONÁRIOS:

GESTÃO E LOGÍSTICA

- 1) A assistência farmacêutica está contemplada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde? () sim () não
- 2) A assistência farmacêutica está incluída no plano municipal de saúde? () sim () não
- 3) Nº de profissionais farmacêuticos atuando na assistência farmacêutica?

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – GEAF
CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS DO ESPÍRITO SANTO – CEIMES
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEPAF

- 4) Perfil de formação de cada farmacêutico
- 5) Nº de profissionais auxiliares envolvidos nas ações de assistência farmacêutica:
- 6) Existe profissional formalmente designado para gerenciar a assistência farmacêutica?
() Sim () Não
- 7) Qual a formação e/ou nível de escolaridade desse profissional?
() farmácia () administração () nível superior saúde () auxiliar administrativo
() outra. Especificar: _____
- 8) Existe REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais)?
() Sim () Não
- 9) Em que ano ocorreu sua última atualização? 2008
- 10) A REMUME está disponível facilmente para os prescritores do município?
() sim () não
- 11) Em que proporção dos medicamentos prescritos consta na REMUME?
- 12) () até 25% () 26-50% () 51-75% () acima de 75%
- 13) A REMUME foi elaborada por uma comissão multidisciplinar de farmacologia e terapêutica? () Sim () Não
- 14) Os membros da comissão de seleção de medicamentos foram designados por algum tipo de ato normativo oficial? () Sim () Não
- 15) Que Listas de medicamentos foram utilizadas como referência para elaboração da REMUME? () OMS () RENAME () REMEME () outra
- 16) A lista de medicamentos do município foi publicada e oficializada em forma de portaria ou ato normativo? () portaria () ato normativo
- 17) O município compra medicamentos com recurso do tesouro municipal?
() sim () Não
- 18) Que percentual de medicamentos adquirido e pago com recursos do tesouro municipal?
() até 25% () 26-50% () 51-75% () acima de 75%
- 19) Que modalidade/serviço de aquisição é utilizada para a compra de maior parte dos medicamentos?
() SERP () carta-convite () dispensa licitação (X) edital/tomada de preço
- 20) Percentual de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada?
() até 25% () 26-50% () 51-75% () acima de 75%
- 21) O farmacêutico realiza parecer técnico durante o processo de aquisição?
() sim () não
- 22) Existe algum local centralizado destinado **especificamente** para armazenamento e estocagem de medicamentos (CAF)? () sim () não
- 23) Formação do profissional responsável pela administração do CAF:
() farmácia () administração () nível superior saúde () auxiliar administrativo
() outra. Especificar: _____
- 24) Existem Procedimentos Operacionais escritos e atualizados para funcionamento do CAF. () sim () não
- 25) Os arredores do almoxarifado estão devidamente urbanizados? () sim () não
- 26) Que itens de especificação são verificados durante o processo de recepção de medicamentos? VALOR, QUANTIDADE, VALIDADE, E CONDIÇÕES SANITÁRIAS.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – GEAF
CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS DO ESPÍRITO SANTO – CEIMES
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEPAF

- 27) O local destinado a carga e descarga do CAF está protegido por marquize?
() sim () não
- 28) A descarga de caminhões no CAF é feita:
() a nível do solo () em plataforma () O CAF não possui área para acesso direto a caminhões
- 29) O local se mantém limpo e livre de pó e lixo regularmente? () sim () não
- 30) Existem extintores de incêndio no CAF? () sim () não
- 31) O piso está uniforme, sem rachaduras nem buracos? () sim () não
- 32) A parede e teto estão limpos, sem rachaduras e livre de infiltração?
() sim () não
- 33) Existe proteção contra entrada de roedores e aves? () sim () não
- 34) Todos os medicamentos tipo SPGV e material médico hospitalar estão estocados sobre estrados? () sim () não
- 35) Há separação física, bem definida, entre a recepção e expedição de medicamentos?
() sim () não
- 36) Descreva local de estocagem de medicamentos do CAF ou de sua unidade de farmácia? Dimensão suficiente e em condições adequadas para o armazenamento. Condições do ambiente, equipamentos de refrigeração, procedimentos de estocagem utilizados. Número de unidades que são atendidas pelo CAF.
- 37) Você considera as condições de estocagem satisfatórias? () Sim () Não
- 38) Que mudanças físico/estruturais você proporia para adequação as BP de armazenamento de medicamentos?
- 39) Nesse último ano, já houve perda de medicamentos por caducidade?
() sim () Não
- 40) Quanto que a perda representa de seu estoque/ano? () 0-5% () 6-25% () 26-50% () mais de 50%
- 41) Qual a periodicidade em que são realizados inventários físicos do controle de estoque?
() quinzenal () mensal () trimestral () semestral () anual
- 42) Existe controle da movimentação de estoque que permita saber ou determinar imediatamente o estoque e CMM de cada medicamento em estoque.
() sim () Não
- 43) Existe controle/registro de lote de medicamentos? () sim () Não
- 44) É possível realizar rastreamento do lote de medicamentos distribuídos para as diferentes unidades de distribuição? () sim () Não
- 45) Nesse último ano houve falha no fornecimento regular de medicamentos? () sim () Não
- 46) Qual o percentual de cobertura mensal dos itens de medicamentos fornecidos regularmente? () menos de 50% () 50-80% () entre 80-100% () NA
- 47) Quais são os principais motivos para o desabastecimento dos itens em falta? Especificar pelo menos 3 motivos.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – GEAF
CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS DO ESPÍRITO SANTO – CEIMES
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEPAF

- 48) Existem relatórios regulares de Consumo Médio Mensal? () Sim () Não. Até a presente data, há somente relatório CMM, de medicamentos controlados.

DISPENSAÇÃO E ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

- 49) Você realiza dispensação de medicamentos na farmácia?
() Sim () Não
- 50) Tempo em horas/dia em que desenvolve atividade de dispensação.
() menos de 1 h () entre 1-2 horas () 2-4 horas () mais de 4 h
- 51) O espaço físico destinado para dispensação:
() sala reservada individual () balcão de atendimento com paciente em pé
() guichê individual (paciente sentado à frente do farmacêutico)
() balcão () mesa e cadeira em espaço reservado () guichês individuais
- 52) Descreva em tópicos, o processo que você efetivamente realiza no momento da dispensação.
- 53) Quais os problemas de saúde que você atende com mais frequência?

- 53) Dentre os grupos de medicamentos relacionados abaixo, assinale com um (x) para os grupos farmacológicos que considera de maior importância e/ou significado para a sua atuação profissional:
- | | | |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| () Antimicrobianos | () Antiparasitários | () Antidiabéticos orais/ insulina |
| () Antihipertensivos | () Antivirais | () Analgésicos e antitérmicos |
| () Saúde Mental | () Anticoncepcionais | () Antifúngicos/antimicóticos |
| () Tuberculostáticos | () Hansenostático | () Antiulcerosos e antiácidos |
| () Antiinflamatórios | | |

- 54) Que Programas de Saúde existem implantados em seu local de trabalho?
() Hanseníase () Tuberculose () DST/AIDS () Saúde Mental () Diabetes
() Hipertensão () Outros. Saúde da mulher

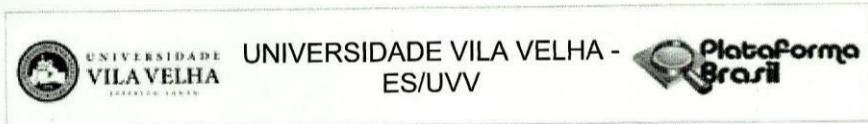
- 55) Dentre os Programas implantados em seu serviço, em qual (quais) deles você participa e de que forma? Ex: controle e registro de mapas /dispensação /orientação etc.

Programa de Saúde	Forma de atuação do Farmacêutico
Hanseníase	
Tuberculose	
DST/AIDS	
Diabetes	
Hipertensão	

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – GEAF
CENTRO DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS DO ESPÍRITO SANTO – CEIMES
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEPAF

- 56) Existe cadastro de pacientes para doenças selecionadas? Quais?
- 57) Número de unidade/pontos de dispensação de medicamentos existentes no município.
- 58) Número de unidades de dispensação que possuem pelo menos 20 horas semanais com atuação do farmacêutico.
- 59) Número de unidades que contam apenas com outros profissionais (exceto farmacêutico) atuando na entrega de medicamentos ao paciente.
- 60) Baseado nos seus conhecimentos e sua prática, assinale nas alternativas abaixo, em que circunstâncias que você não se sentiria seguro para realizar intervenção farmacêutica:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indicações não tratadas | <input type="checkbox"/> Seleção inadequada do tratamento |
| <input type="checkbox"/> Dose/freqüência/duração de tratamento | <input type="checkbox"/> Armazenamento de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> medicamentos isentos de prescrição | <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Reações adversas/Hipersensibilidade | <input type="checkbox"/> Interações farmacológicas |
| <input type="checkbox"/> em grupos especiais (gravidez, idosos, crianças, nefropatas, hepatopatas etc.) | |
- 61) Como que você resolve suas dúvidas sobre medicamentos, na sua rotina de trabalho?
- acessa biblioteca consulta um colega utiliza bibliografia pessoal
- solicita a informação de um CIM – Centro de Informação sobre Medicamentos
- 62) Você já usou ou conhece os serviços de informações sobre medicamentos prestados pelo CEIMES? **SIM**
- Desconhece a existência desse serviço no Estado.
- Conhece o CEIMES e formas de contato (telefone/e-mail) , mas nunca usou o serviço
- Conhece o CEIMES e formas de contato (telefones e e-mail) e usa o serviço sempre que necessita.
- Conhece o CEIMES, já usou, mas não sabe como contatar o serviço, pois não tem mais informação sobre telefone ou e-mail de contato com o CEIMES.

Anexo III



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MUNICÍPIOS DO ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: Tadeu Uggere de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62135016.4.0000.5064

Instituição Proponente: SOC EDUC DO ESP SANTO UNIDADE DE V VELHA ENSINO SUPERIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.844.157

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo do perfil da Assistência Farmacêutica municipal com base na consulta do banco de dados do Centro Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (CEPAF/GEAF/SESA-ES). Em 2014, este Centro ofereceu aos farmacêuticos atuantes no âmbito da AF municipal dos 78 municípios do Estado um curso abordando os aspectos gerenciais e clínicos da AF voltados para o SUS. Para a participação os farmacêuticos preencheram um cadastro de inscrição e apresentaram um trabalho de conclusão com dados gerenciais e clínicos dos municípios de vínculo.

Assim, este trabalho pretende traçar um perfil dos farmacêuticos e da AF municipal por meio de consulta ao banco de dados do CEPAF/GEAF/SESA-ES, relacionado ao referido curso, em dois tipos de documentos, respectivamente: a) ficha de inscrição dos farmacêuticos e b) formulários com os dados dos TCCs.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil da Assistência Farmacêutica de municípios do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA II **CEP:** 29.102-920
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (27)3421-2137 **Fax:** (27)3421-2137 **E-mail:** cep.uvv@gmail.com



UNIVERSIDADE
VILA VELHA

UNIVERSIDADE VILA VELHA -
ES/UVV



Continuação do Parecer: 1.844.157

Traçar o perfil dos profissionais farmacêuticos que atuam na AF municipal;
Apurar área de atuação do farmacêutico no município;
Quantificar e analisar dados de gestão e logística da AF municipal;
Quantificar e analisar dados da dispensação e orientação farmacêutica AF municipal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os possíveis riscos para os participantes deste projeto de pesquisa são: constrangimento em função do uso de informações de banco de dados, o que será evitado pela não identificação dos sujeitos (farmacêuticos), nem dos municípios analisados, na divulgação do resultado final do trabalho.

Os benefícios são: desenho do perfil da AF de Municípios do ES, possibilitando análise para avaliação e melhoria do desenvolvimento da AF na

Atenção Básica, contribuindo em todo ciclo logístico e conseqüentemente, melhoria de qualidade dos serviços farmacêuticos, maior satisfação do profissional e do usuário atendido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com bom embasamento teórico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão corretos, dispensa de TCLE por se tratar de pesquisa em banco de dados.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_827637.pdf	17/11/2016 11:09:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	17/11/2016 11:09:12	Tadeu Uggere de Andrade	Aceito

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA II **CEP:** 29.102-920
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (27)3421-2137 **Fax:** (27)3421-2137 **E-mail:** cep.uvv@gmail.com



UNIVERSIDADE
VILA VELHA

UNIVERSIDADE VILA VELHA -
ES/UVV



Continuação do Parecer: 1.844.157

Investigador	Projeto.pdf	17/11/2016 11:09:12	Tadeu Uggere de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.pdf	17/11/2016 11:08:10	Tadeu Uggere de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	17/11/2016 11:06:29	Tadeu Uggere de Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VILA VELHA, 30 de Novembro de 2016

Assinado por:
Zilma Maria Almeida Cruz
(Coordenador)

Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA II **CEP:** 29.102-920
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (27)3421-2137 **Fax:** (27)3421-2137 **E-mail:** cep.uvv@gmail.com

REFERÊNCIAS

- ANACLETO, T. A.; PERINE, E.; ROSA, M. B. Prevenindo erros de dispensação em farmácias hospitalares. **Infarma**, v.8, n°7/8, 2006. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/13/inf32a36.pdf>. Acesso em: 18/02/2017.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 13, n. p. 733-736, 2008.
- ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005. BRASIL.
- ARAÚJO, A.L.A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. Ciên. Farm.**, v.42, n.1, p.137-46, 2006.
- ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v.26, n. p.87-92, 2005. ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. p.611-17, 2008.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. **Avaliação da gestão da assistência farmacêutica básica em municípios baianos**, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BERMUDEZ, Jorge A. Z. (org). **Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do estado**. Rio de Janeiro: ESP, 2004.
- BRASIL. Lei nº 8080. 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**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. s. 1, n. 215-E, p. 18.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções e técnicas para sua organização**. Brasília; 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001a. Série C(25): 23-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS – orientações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Caderno 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010b.
BRASIL. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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**. Brasília, 30 de julho de 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 31 de dezembro de 2010, Seção I, página 89. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 18/10/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. 2012a.

Canabarro, IM & Hahn, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 18(4): 345 – 355, 2009.

CEIMES. Disponível em <<https://farmaciacidada.es.gov.br/ceimes>>. Acesso em: 22 jul, 2017.

CLARK, A. M. What are the components of complex interventions in healthcare?: theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention. **Social science & medicine**, [S.l.], v. 93, p. 185-193, Sep. 2013.

CRAIG, P. et al. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 29, n. 337, Sep. 2008. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18824488>. Acesso em: 10 set. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 20 maio 2004a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 21 ago. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF-SP). **Assistência Farmacêutica Municipal: Diretrizes para estruturação e processos de organização**. 2 ed. Agosto 2010.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

DIAS, M. A. P. **Administração de materiais: uma abordagem logística**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1986.

EBOLI, G. B. O ensino e o futuro profissional do farmacêutico. **Pharmácia Brasileira**. Brasília – DF, ano 12, nº 70, p.38-39, mar./abr. 2009.

Ferraes, AMB. & Cordoni Jr, L. **Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos**. Rev. Adm. Pública, 41(3): 475 – 486, 2007.

Figueiredo, JR. **Licitações Públicas**. Florianópolis: Insular, 2002.

GARCIA, L. P.; MAGALHÃES, L. C. G.; SANT'ANNA, A. C.; FREITAS, L.R.S.; AUREA A. P.; POSENATO, L. **Dimensões do Acesso a Medicamentos no Brasil: Perfil e Desigualdades dos Gastos das Famílias**, segundo as Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 E 2008-2009. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Rio de Janeiro: Ipea, junho de 2013.

GOMES CAP.; FONSECA AL.; ROSA MB., et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves; 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. **Contagem da População 2014**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf Acesso em: 05 de novembro de 2016.

MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 293 p.

MARIN, N., LUIZA, V.L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). Seleção de Medicamentos. In: MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. (org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MELO, do; Ribeiro, E; Storpirtis, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.** 42 (4): 475 – 485, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012. 512 p.

Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 02, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 de mar. 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 262 p.

MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 13, p. 589-601, 2008.

MSH. Management Sciences for Health. **Managing Access to Medicines and Health Technologies**. Arlington, USA: Management Sciences for Health, 2012.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasil; 2005.

PENA, J. P. Marco lógico para la selección de medicamentos. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, v.16, n. 2, p. 177-85, 2000.

PERETTA, M.D.; CICCIA, G.N. **Reingeniería de la Práctica Farmacéutica**. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1998. 226 p.

PERINI E.. **Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais**. In: Acurcio FA, editor. Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo Horizonte:

PIANETTI GA. **Política Nacional de Medicamentos**. In: Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2003. p.301-10.

Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

PORTELA, A. S. et al. Políticas Públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**.31(1): 09 -14, 2010.

REIS, F. **Perfil do Profissional Farmacêutico**. Brasil, 2009. Disponível em: <http://pfarma.com.br/farmaceuticos/profissao-farmaceutico/84-perfil-do-profissionalfarmaceutico.html>. Acesso em: 10/02/201

RESOLUÇÃO CNE/CES 2, de 19 fevereiro/2002. Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.**

SANTOS, J. S. O Farmacêutico e o SUS. Brasília: **Revista Pharmacia Brasileira**, Ano XI, nº 80, p.4, Fevereiro/Março 2011.

SECOLI, SR, et al. Farmacoeconomia: perspectiva emergente no processo de tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**.10: 287 – 296, 2005.

SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos.** 2013. 249 p. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOLER O.; ROSA MB.; FONSECA, et al. **Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família.** Rev Bras Farm. 2010;91(1):37-45.

TUMA, I. L.; CARVALHO, F. D.; MARCOS, J. F. Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde - SBRAFH. **Programação, Aquisição e Armazenamento de Medicamentos e Produtos para Saúde.** São Paulo: Vide o verso, 2009. 356p.

UETA, J.;HOEPFNER, L.; BERNARDO, N. L. Dispensação de medicamentos. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA; UNIVERSIDADE ABERTADO SUS. (Eds). **Serviços farmacêuticos.** Florianópolis: UFSC, 2011. CD-ROM.

VEBER, A. P.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; PROSPERO, E. N. S. **Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization.** Braz. J. Pharm. Sci. [online], v. 47, n. 1, p. 75- 80, 2011.

VIEIRA, F. S. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world medicines situation.** Genebra; WHO: 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential medicines.** Disponível em <http://www.who.int/topics/essential_medicines/en>. Acesso em: 08 dez, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (FIP). **Developing pharmacy practice: a focus on patient care:** Handbook, 2006 edition. e Netherlands: WHO / International Pharmaceutica Federation, 2006. 87 p.Disponível em: <apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094e/s14094e.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2017.

WONG, I. C. K. Randomised controlled trials (RCTs) to evaluate complex healthcare interventions: a case study. **Pharmacy World & Science**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 247- 252, 2004.