

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

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS  
NUTRICIONAIS A1 E A2 NAS FARMÁCIAS CIDADÃS DO ESPÍRITO  
SANTO**

**NARJARA LARANJA DE SOUZA PEDRONI**

**VILA VELHA-ES**  
**JULHO/ 2017**

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

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE FORNECIMENTO DAS  
FÓRMULAS NUTRICIONAIS A1 E A2 NAS FARMÁCIAS  
CIDADÃS DO ESPÍRITO SANTO (ES)**

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.

**NARJARA LARANJA DE SOUZA PEDRONI**

**VILA VELHA-ES**  
**JULHO/ 2017**

**Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES**

L318a

Laranja, Narjara de Souza Pedroni.

Avaliação do programa de fornecimento das fórmulas nutricionais a1 e a2 nas farmácias cidadãs do Espírito Santo (ES). / Narjara de Souza Pedroni Laranja. – 2017.

75 f.: il.

Orientadora: Denise Coutinho Endringer.

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

Inclui bibliografias.

1. Farmacologia terapêutica 2. Assistência alimentar.  
I. Endringer, Denise Coutinho. II. Universidade Vila Velha.  
III. Título.

CDD 615

**NARJARA LARANJA DE SOUZA PEDRONI**

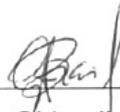
**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS  
NUTRICIONAIS A1 E A2 NAS FARMÁCIAS CIDADÃS DO ESPIRITO  
SANTO (ES)**

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.

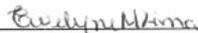
Aprovada em 03 de Julho de 2017,



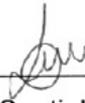
Prof. Dr. Tadeu Uggere de Andrade – UVV



Profa. Dra. Girlandia Alexandre Brasil – UVV



Profa. Dra. Ewelyne Miranda de Lima – UVV



Profa. Dra. Denise Coutinho Endringer – UVV  
(orientadora)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente meu muito obrigada é para minha Orientadora Denise, que tanto admiro e me espelho. Que confiou em mim, me aceitou como orientanda, e me permitiu conhecer esse mundo de muita dedicação e conhecimento da academia. Obrigada por compartilhar comigo todo conhecimento acadêmico, profissional e pessoal! As palavras escritas não são suficientes para expressar meu agradecimento e admiração.

Agradeço a meus familiares que “vestiram a camisa comigo”: a meu marido que acreditou em mim e segurou as pontas para que eu pudesse me dedicar a este sonho. A Minha mãe que sempre esteve presente, desde viajar comigo para o interior, procurar processos, a servir um suco enquanto estava a horas quebrando a cabeça com a escrita. Ao meu tio Carlos Ely que me inspira a querer ser sempre mais e me superar e cada dia. A Minha Tia Lilia, mestre de vida e carreira, que me fez querer seguir o mesmo caminho. À minha Madrinha Élica e minha Vó que sempre acreditaram em mim e sempre tinham um bom conselho no momento certo. A minha irmã que visitou todas as farmácias cidadãs comigo, disposta a ajudar no que fosse preciso! Obrigada família!

Agradeço aos Professores que tive a honra de conhecer. Obrigada Professor Domenik por me ensinar o impossível e por toda experiência que compartilhou com muita paciência e destreza. Obrigada Tadeu pelas ideias e oportunidades. Ao Professor Vasquez, que a cada aula me surpreendia com tanto conhecimento. A Professora Bianca com o dom de deixar o estudo mais prazeroso e ao Professor Levi. Todos ensinaram além dos conteúdos de suas disciplinas, ensinaram a paixão pela pesquisa!

Agradeço a FAPES pelo incentivo a pesquisa nestes dois anos, e a Secretaria de Saúde do ES, em especial a GEAF por autorizar o estudo às farmácias cidadãs.

**Agradeço a Deus por me guiar até aqui e por tornar tudo possível!**

## RESUMO

LARANJA, Narjara de Souza Pedroni, M.Sc., Universidade Vila Velha – ES julho de 2017. “**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS A1 E A2 NAS FARMÁCIAS CIDADÃS DO ESPIRITO SANTO (ES)**”. Orientadora: Denise Coutinho Endringer.

**Introdução:** A nutrição é requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, e no Espírito Santo dietas enterais e fórmulas nutricionais são fornecidas gratuitamente nas pelas Farmácias Cidadãs Estaduais, desde que atendidos requisitos legais. **Objetivo:** Realizar análise do serviço de fornecimento de fórmulas nutricionais padronizadas nas farmácias cidadãs do Espírito Santo, no período de julho de 2013 a julho de 2015. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo dos processos de fornecimento de dietas enterais padronizadas, no período estipulado e que tinham pelo menos um ano de tratamento nutricional. Foram coletados dados relacionados ao perfil dos usuários e aos critérios estabelecidos pela portaria. Os dados obtidos após compilação no EpilInfoTM foram em seguida submetidos a análise estatística. Também foi realizada entrevista com usuários acerca das informações recebidas sobre a terapia nutricional em uso. **Resultados:** Foram disponibilizados 2855 processos que após retirada das duplicações e dos processos eletrônicos, e os que foram realocados em outros setores, restaram 1009 processos distribuídos em sete farmácias cidadãs do ES. Devido à exclusão de transferidos, desmembrados e em comissões avaliativas, 204 atenderam aos critérios de inclusão para a análise retrospectiva. A maioria dos pacientes era do sexo feminino, idosa, branca e representa do legalmente. Cento e dezessete pacientes (57,29%) apresentavam pelo menos três outras enfermidades além da especificada para recebimento da dieta. No tocante ao cumprimento dos critérios de inclusão descrito na portaria que regulamenta o fornecimento, foi verificado que em 78% (159) dos usuários apresentavam pelo menos dois critérios de inclusão. Ainda assim, onze usuários não apresentaram nenhum dos critérios exigidos e outros 21 apresentavam critérios de exclusão. O parâmetro determinado pela portaria para base de cálculo de consumo do usuário não estava assimilado em 60% dos processos inqueridos. Ausências de dados importantes nas informações dos laudos também foram verificadas, ademais, carência de preconização do estado nutricional e diminuição das informações fornecidas ao longo do tratamento foram importantes situações verificadas. Ao final de um ano de tratamento, apenas 25 usuários mantinham todas as informações preconizadas em seus laudos. Foram também entrevistados usuários 32 (de 87) que se encontravam nas dependências das farmácias para recebimentos das dietas. Embora a maioria estar satisfeita com as informações obtidas tanto na farmácia quanto com o prescritor, todos não souberam descrever o procedimento em casos de distúrbios gastrointestinais. **Conclusão:** Observou-se existência de falhas e lacunas nos processos de solicitação e fornecimento das dietas enterais, indicando a necessidade de ações para a melhoria desse processo, através de treinamentos, ajustes na portaria e implantação de equipe multidisciplinar para acompanhamento dos usuários. Visto que a continuidade do serviço como se encontra pode gerar desperdícios na terapia nutricional e na racionalização do uso das dietas e fórmulas nutricionais fornecidas pelas farmácias cidadãs do estado.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica, terapia nutricional enteral, fornecimento de dieta, Protocolo.

## ABSTRACT

LARANJA, Narjara de Souza pedroni, M.Sc, University of Vila Velha. ES July, 2017. **“EVALUATION OF THE A1 AND A2 NUTRITIONAL FORMULAS PROVIDING PROGRAM INSIDE GOVERNMENT DRUGSTORES OF ESPÍRITO SANTO (ES)”**. Orientation: Denise Coutinho Endringer.

**Introduction:** Nutrition is a basic requisite for the promotion and protection of good health and, in Espírito Santo, enteral diets and nutritional formulas are freely provided by Government Drugstores, if legal requirements are complied. **Aim:** To make an analysis of the standardized nutritional formulas service provided by the Government Drugstores in Espírito Santo, from July 2013 to July 2015. **Methods:** It is a retrospective study in the processes of standardized enteral diets providing in the stipulated time and that had at least one year of nutritional treatment. Users profile and criteria established by the ordinance data were collected. The data obtained after the compilation in EpilInfo™ were soon submitted to statistical analysis. It was also performed an interview with users regarding the information received about nutritional therapy in use. **Results:** 1009 processes were analyzed, in seven government drugstores in Espírito Santo. Due to the exclusion of duplicates, transfers, dismembered and evaluative commission 204 complied with the exclusion criteria for retrospective analysis. Most patients were female, elderly, White and legally represented. 107 patients (57,29%) presented at least three other infirmities, besides the specific one for receiving the diet. Regarding the fulfillment of the inclusion criteria described in the ordinance that regulates the supply it was observed that 78% of the users presented at least two inclusion criteria. Still, eleven users did not present any of the required criteria and 21 others presented exclusion criteria. The parameter determined by the ordinance for the calculation base of user consumption were not assimilated in 60% of the required processes. The absence of important data in the information within reports were also verified, apart from that, shortage of profess of the nutritional state and diminish of orivded information throughout the treatment were important verified situations. At the end of a one year treatment only 25 of the users kept all the professed information in their reports. 32 users (out of 87) were interviewed who were found inside drugstores for receiving the diets. Although most f them were satisfied with the information obtained either in the drugstore or with the prescriber all of them could not describe the procedure in the event of gastrointestinal disturbance. **Conclusion:** It was observed a lack of gaps and fails in the processes of solicitation and providing of the enteral diets, indicating the need of actions for improvement of the process through training, adjustments in the ordinance and implantation of a multidisciplinary team to follow the users. Observing that the continuation of the service as it is can generate wastes in the nutritional therapy and in the rationalization of the use of diets and nutritional formulas provided by government drugstores in the state.

**Keywords:** Pharmaceutical assistance, enteral nutritional therapy, supply of diets, protocol.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> –CIDs preconizados pela farmácia estadual para fornecimento das dietas enterais A1 e A2.....	xxxii
<b>Tabela 02</b> – Perfil dos usuários das dietas enterais A1 e A2.....	xvi
<b>Tabela 03</b> – Preenchimento do LFN trimestralmente.....	xl
<b>Tabela 04</b> – Laudos conforme portaria.....	li
<b>Tabela 05</b> – Distribuição dos critérios de inclusão dos pacientes assistidos.....	liii
<b>Tabela 06</b> – Renda familiar dos entrevistados.....	lvii

## LISTA DE ABREVIATURA

AD – Atenção Domiciliar  
AF – Assistência Farmacêutica  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CEME – Central de medicamentos  
CEP – Comitê de ética em pesquisa  
CID – Código internacional de doença  
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis  
DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica  
DP – Desvio padrão  
EC – Emenda Constitucional  
ES – Espírito Santo  
FN – Fórmulas Nutricionais  
GEAF – Gerência estadual de assistência farmacêutica  
GTT – Gastrostomia  
IMC – Índice de massa corporal  
LFN – Laudo para solicitação/Autorização para fórmulas nutricionais  
MS – Ministério da saúde  
NE – Nutrição Enteral  
OMS – Organização Mundial da saúde  
PCDT – Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas  
PNAN – Política nacional de alimentação e nutrição  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNM – Política Nacional de medicamentos  
PNS – Política Nacional de Saúde  
PNAF – Política Nacional de assistência farmacêutica  
RENAME – Relação Nacional de medicamentos especiais  
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional  
SESA – Secretaria Estadual de saúde  
SNG – Sonda nasogástrica  
SUS – Sistema único de saúde  
UP – Úlcera por pressão

## SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT .....	7
LISTA DE TABELAS .....	8
1. INTRODUÇÃO .....	10
1.1 Alimentação e Nutrição como promoção e prevenção da Saúde. ....	10
1.2 Farmácias Cidadã Estadual do Espírito Santo e Gerência Estadual de Assistência farmacêutica. ....	11
1.3 Assistência Farmacêutica .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.4 Humanização do Serviço de Saúde e Farmácia Cidadã Estadual do ES.....	16
1.5 Terapia Nutricional Enteral (TNE) e Portaria 054-R.....	18
2. JUSTIFICATIVA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3. OBJETIVOS .....	24
3.1 Objetivo geral.....	24
3.2 Objetivos específicos .....	24
4. METODOLOGIA.....	25
4.1 Descrição do serviço.....	25
4.2 Tipo de estudo .....	28
4.3 Análise dos processos de dispensação .....	28
4.4 Entrevista com usuários.....	29
4.5 Critérios de inclusão .....	30
4.6 Critérios de exclusão .....	31
4.7 Questões éticas .....	31
4.8 Compilação de dados .....	31
4.9 Análise estatística .....	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31

5.1 Análise Processual nas Farmácias cidadãs.....	31
5.2 Perfil do Paciente assistido.....	36
5.3 Cumprimento do Protocolo estabelecido pela portaria 054-R.....	39
5.4 Alterações nos exames físicos .....	44
5.5 Entrevista com usuários da Farmácia cidadã .....	46
5.6 Informações dos profissionais de saúde acerca da dietoterapia em uso.....	48
6. PERSPECTIVAS.....	50
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	53
8. REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICE.....	62
ANEXO.....	74

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Alimentação e Nutrição como promoção e prevenção da Saúde.**

A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 1990; PINHEIRO, 2005;).

O alimento, na maioria das culturas sempre foi relacionado à saúde, não apenas por sua ausência estar relacionada à possibilidade de morte, como também pelas instruções dadas pelos profissionais de saúde acerca da interferência da alimentação a determinados tratamentos (BRASIL, 1990; PINHEIRO, 2005; BRASIL, 2009). Ainda neste contexto, a alimentação representa muito além das exigências fisiológicas do ser humano. Está arraigada na cultura, crenças e religião, além de possuir um valor simbólico, uma identidade cultural própria, que irá acompanhar o homem as suas fases de vida (RANGEL, 2015).

Os riscos nutricionais, de diferentes categorias e magnitudes, permeiam todo o ciclo da vida humana, desde a concepção até a senectude, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde/doença de cada população (BRASIL, 1999). Destarte, as políticas e ações que visam à alimentação como componente do pleno desenvolvimento humano são de fundamental importância para os usuários de saúde.

A declaração Universal dos direitos humanos (DUDH, 1948), em seu artigo 25, dispõe, entre outras coisas, que todos têm direito a um nível de vida que garanta o acesso à nutrição e esse direito está relacionado à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A SAN corresponde à garantia de condições de acesso a alimento básico, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais (BRASIL, 1994).

Neste aspecto, é incumbido ao Estado respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades em busca da capacidade de alimentar-se de forma digna, colaborando para que todos possam ter uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade. Para isso, foi aprovada a Política nacional de alimentação e nutrição (PNAN) em 1999 que, após dez anos de sua existência, em 2010, foi atualizada e aprimorada para acompanhar o desenvolvimento e necessidades sociais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2004; BRASIL, 1999). Ressalta-se que a PNAN também orienta que o perfil epidemiológico do território deve ser base para a definição de prioridades para ações (PEREIRA et al. 2014).

Ainda, no Brasil, em 2010, após a Emenda Constitucional (EC) 64, foi incluída a alimentação como direito social e com isso o Estado se torna responsável pela efetiva e adequada alimentação de seus jurisdicionados (BRASIL, 2010). Neste mesmo ano, em consonância com as modificações constitucionais, no Espírito Santo (ES), por meio da Portaria 054-R, foi instituído o protocolo com os critérios de uso e dispensação de Fórmulas nutricionais (FN) infantis e dietas enterais clínicas infantis e adultas, na rede pública estadual de saúde, para garantir ao cidadão o acesso a essas fórmulas nutricionais, geralmente de alto custo (ESPÍRITO SANTO, 2010).

As dietas enterais e fórmulas nutricionais estabelecidas em protocolo, por se tratarem de itens terapêuticos de alto custo são fornecidas pelas farmácias cidadãs estaduais do ES, modelo de farmácia adepta à assistência farmacêutica, e que representam um conceito moderno de farmácia pública (ESPÍRITO SANTO, 2013; BRASIL, 2002). Nesse sentido o protocolo de fornecimento no Estado dispõe que se trata de “dispensação” de dietas enterais e fórmulas nutricionais haja vista a incorporação deste fornecimento de suplementos alimentares pelo farmacêutico e da real importância da nutrição adequada para aprimoramento do tratamento medicamentoso.

## **1.2 Assistência Farmacêutica**

A assistência farmacêutica (AF), conforme a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Saúde, compreende:

“Conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção, e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, que visa promover o acesso e o seu uso racional; esse conjunto que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004).

A AF no Brasil iniciou-se em 1971 como política pública na instituição da Central de Medicamentos (Ceme), cujo objetivo era fornecimento de medicamentos à população que não tinha condições de adquiri-lo. Tratava-se de uma política centralizada de aquisição e distribuição de medicamentos que foi desativada em 1997 e suas atribuições distribuídas a diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

No ano seguinte, em 1998, foi publicada a política nacional de medicamentos (PNM) que dentre suas diretrizes estava a reorientação da Assistência Farmacêutica a qual passou a ter caráter sistêmico e multidisciplinar destinada a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Dessa forma, a PNM fundamentou-se na descentralização da gestão, otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público (BRASIL, 2007; BRASIL, 2002).

Em 2004, foi instituída, por meio da resolução 338, a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF) que visa à obtenção de resultados concretos e da qualidade de vida da população por meio de, dentre outras coisas, seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação e garantia da qualidade de dos produtos e serviços (BRASIL, 2007; BRASIL, 2004).

Ainda, em consonância com as modificações que ocorriam no Brasil neste setor, em 2006, foi instituído o Pacto pela Vida, cujo objetivo visava à defesa do SUS e da Gestão. Neste pacto estabeleceu-se que os estados/regiões/municípios deveriam pactuar ações necessárias para o alcance de diversas prioridades, dentre elas a

saúde do idoso; redução da mortalidade infantil e materna; promoção da saúde; e fortalecimento da Atenção Básica (LIMA, 2011).

No que diz respeito a Gestão, o bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica, pactuou-se que o mesmo é responsabilidade dos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização dos serviços de saúde (LIMA, 2011).

No ano seguinte, em 2007, a Portaria MS/GM nº 204 regulamentou o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica em três componentes: o componente estratégico, o componente básico e o componente de medicamentos de dispensação excepcional. Este último, por meio da Portaria MS/GM nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LIMA, 2011).

A Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde tem responsabilidade pela aquisição e distribuição aos Estados e Distrito Federal dos medicamentos do componente estratégico, a saber:

- I. Controle de Endemias Focais: Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional,
- II. Controle da Tuberculose,
- III. Controle da Hanseníase,
- IV. DST/AIDS (Ver também Nota Técnica Programa Nacional de DST/AIDS),
- V. Sangue e Hemoderivados,
- VI. **Alimentação e Nutrição**, (grifo nosso)
- VII. Controle do Tabagismo,
- VIII. Doença Enxerto x Hospedeiro,
- IX. Lúpus Eritematoso,
- X. Mieloma Múltiplo.

Ressalta-se que a Alimentação e Nutrição passaram a integrar o componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica em 2007, após a instituição da Portaria MS/GM nº 3237. Neste caso, no ES passou a ser fornecida, por meio das Farmácias cidadãs Estadual, em 2010, além de diversos outros insumos, as dietas enterais adultas e infantis a fim de alcançar os objetivos enunciados pelo Pacto de Gestão (ESPIRITO SANTO, 2010).

### **1.3 Farmácias Cidadã Estadual do Espírito Santo e Gerência Estadual de Assistência farmacêutica.**

A política farmacêutica do ES objetiva garantir à população capixaba o acesso equânime a medicamentos e insumos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, de maneira racional e humanizada. Foi publicada em 2007, por meio do Decreto no 1956-R que dispõe:

“Promover o fortalecimento e a implementação do projeto Farmácia cidadã, na rede estadual e municipal de saúde, que constitui um novo conceito de farmácia popular, fundamentado nos princípios norteadores da descentralização, regionalização, modernização da gestão, humanização e qualidade no atendimento prestado aos usuários de medicamentos do SUS” (ESPÍRITO SANTO, 2007).

O novo conceito de farmácia pública foi elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e se difere das farmácias estaduais tanto no foco baseado no acolhimento humanizado, atendimento farmacêutico especializado, informatização, desburocratização quanto aos medicamentos fornecidos, que são de componente especializado usados contra doenças crônicas de tratamento prolongado e de alto custo (ESPÍRITO SANTO, 2013).

A alteração de conceito de farmácia pública que ocorreu no ES aconteceu em consonância com Política Nacional de Medicamentos (PNM) que atua como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS) e constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a

melhoria das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 2002) e proporciona mais comodidade, humanização e qualidade no atendimento aos cidadãos, além de agilizar e organizar o tempo de espera por medicamentos de alto custo (ESPIRITO SANTO, 2017).

Este novo modelo de farmácia pública foi implantado de norte a sul do ES em 10 unidades quais sejam Vila Velha, Vitória, Serra, Cariacica, Cachoeiro de Itapemirim, São Matheus, Linhares, Nova Venécia, Venda Nova e Colatina nas quais ocorrem a dispensação de medicamentos dos componentes especializados, além das dietas enterais e FN (ESPÍRITO SANTO, 2013). Todo processo de dispensação ocorre por meio do farmacêutico que, em atendimento humanizado, poderá prestar assistência farmacêutica de qualidade.

Esta nova abordagem na farmácia representa uma oportunidade para o farmacêutico ter uma atuação mais próxima ao paciente podendo interferir positivamente sobre sua saúde, tendo em vista que difere do modelo anterior, na qual a dispensação não era realizada por farmacêutico e ocorria por meio de uma pequena abertura na divisória que representava uma barreira e inviabilizava a orientação ao paciente sobre o modo correto de utilizar seus medicamentos (dos SANTOS et al, 2017; ROVERS e CURRIE, 2010).

As farmácias cidadãs Estaduais no ES são supervisionadas pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF) cuja finalidade é a coordenação das ações de formulação, planejamento, direção, organização, normalização, articulação, controle e avaliação relacionada com a Política de Assistência Farmacêutica (ESPIRITO SANTO, 2017). Anteriormente a supervisão da GEAF, as Farmácias encontravam-se vinculadas às superintendências e não possuíam coordenação local. Por meio da Portaria SESA/GAB Nº 056-R, que formalizou a aprovação do projeto farmácia cidadã, também instituiu que a gestão dessas Farmácias passaria a ser assumida paulatinamente pela GEAF (dos SANTOS et al, 2017).

A Gerência, portanto, é responsável pela gestão de todas as atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica, com exceção da Dispensação de medicamentos, quais sejam: Seleção de medicamentos, Programação de compras, Aquisição, Armazenamento e Distribuição (dos SANTOS et al, 2017).

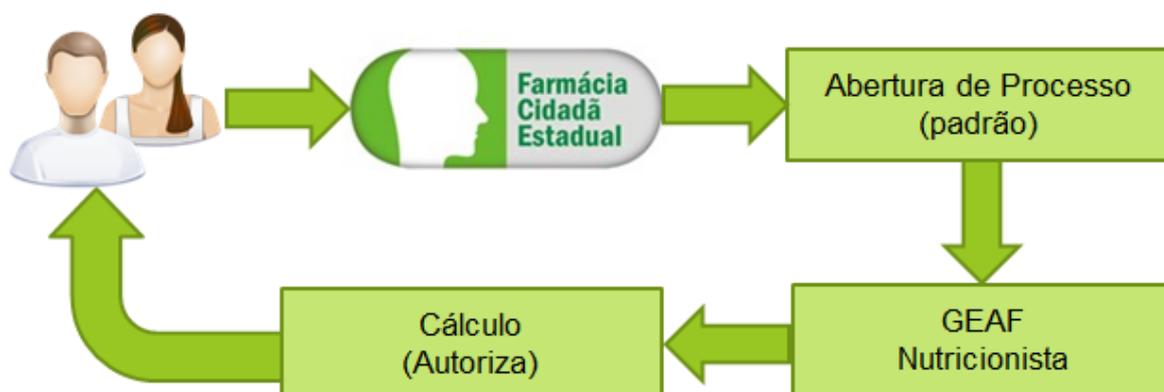
#### **1.4 Humanização do Serviço de Saúde e Farmácia Cidadã Estadual do ES**

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída com o propósito de promover a integralidade das ações de saúde no âmbito da atenção e da gestão, de forma indissociável, favorecendo a universalidade do atendimento e o aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especialização de saberes sem desvalorizar os processos já instituídos (BRASIL, 2004). Neste sentido a humanização valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais. (ESPIRITO SANTO, 2010; RIOS, 2009).

Na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. O conceito de farmácia cidadã desenvolvido no ES oportunizou por meio de ambiente interno voltado para o bom atendimento ao paciente e maior interatividade com o farmacêutico por meio do contato direto desde a abertura do processo e continua no fornecimento periódico do fármaco ou Dieta enteral que permite a realização de atenção farmacêutica de qualidade e humanizada (ESPÍRITO SANTO, 2013).

Nas Farmácias Cidadãs estaduais do ES há atendimento para pacientes portadores de diversas doenças como asma grave, doença de Parkinson, osteoporose, hipertensão pulmonar, doença arterial coronariana, dislipidemia, entre outras, como o fornecimento de alimentação enteral, que são atendidos conforme fluxo a seguir (ESPÍRITO SANTO, 2013).

**Figura 01:** Organograma do fluxo para solicitação da dieta enteral.



As farmácias cidadãs apresentam equipe multiprofissional que atua em diversos setores do processo de fornecimento dos medicamentos e insumos. Ao entrar na farmácia cidadã o paciente passa pela triagem, local que esclarecerá dúvidas, pegará infamações acerca dos documentos para dar entrada ou renovação do processo administrativo, além de ser encaminhado com senha específica para atendimento no serviço de assistência social, gerência e dispensação. Após a abertura do processo a comissão de farmácia e terapêutica, compostas por médicos e farmacêuticos, avalia as renovações e início de tratamentos. Tais comissões encontram-se na própria farmácia e auxiliam no fluxo de avaliações a fim de agilizar o processo de distribuição de insumos. O farmacêutico coordena também o setor estoque, que realiza o controle da saída e entrada dos medicamentos, além da a gerência e dispensação dos fármacos, fórmulas e dietas.

Neste universo, a AF realizada nas farmácias cidadãs visa desenvolver a cooperação com outros profissionais no desenho, implementação e monitorização do tratamento do usuário através de um processo sistemático que objetiva educar, orientar, atender, realizar acompanhamento e avaliar resultados dos processos de saúde do paciente assistido, de modo a garantir manutenção de saúde e bem estar (RIOS, 2009).

Em um estudo realizado nas Farmácias Cidadãs do ES, que avaliou o nível de satisfação dos usuários, foi apontado um nível geral de satisfação considerado bom. Entretanto, dentre as diversas dimensões avaliadas, as que receberam os menores escores foram às relacionadas à satisfação com as orientações farmacêuticas sobre a doença, os medicamentos, forma de utilização, reação adversas, entre outros (Cassaro *et.al*, 2013). Esse achado pode refletir uma deficiência do serviço na orientação sobre a forma correta de utilização (**Aquino, 2008**).

Neste contexto, o farmacêutico atuante nas farmácias cidadãs não deve ser apenas um dispensador de medicamentos e distribuidor de dietas e insumos, mas por outro lado, deve ter uma visão holística que não foque somente no medicamento, enquanto produto farmacêutico e passe a ser direcionado ao paciente, com a preocupação de que os riscos inerentes à utilização deste produto sejam minimizados (ESPÍRITO SANTO, 2013; RIOS, 2009).

### **1.5 Terapia Nutricional Enteral (TNE) e Portaria 054-R**

A terapia Nutricional Enteral é um conjunto de métodos terapêuticos que visam à manutenção e recuperação do estado nutricional do paciente (BRASIL, 1999). Para tal, faz uso da Nutrição enteral (NE) que é uma terapia utilizada para indivíduos sem condições de deglutir, em fases agudas ou crônicas, onde o paciente não consegue atingir pelo menos 70% de suas necessidades nutricionais diárias por via oral (PEROTE; VIEIRA; MEDEIROS, 2010).

De acordo a RDC nº 63 da ANVISA, do Ministério da Saúde, de 6/7/00, entende-se nutrição enteral como:

“ (...) alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada por uso de sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou

domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.”

A administração de dieta pela via enteral é um componente de tratamento médico bem aceito e tem contribuído significativamente para a redução da mortalidade e morbidade (PEROTE; VIEIRA. MEDEIROS, 2010). Dessa forma, o ES, criou em 2010 a portaria 0-54r que visa assistir aos pacientes que, devido à situação clínica, necessitam de alimentação enteral para manutenção da vida (ESPIRITO SANTO, 2010).

A Portaria 0-54 R ao instituir o fornecimento de fórmulas nutricionais no Estado dispôs que tal provisionamento ocorreria mediante análise processual por nutricionista da GEAF sempre que houvesse a prescrição de dietas enterais de uso adulto e infantil (ESPIRITO SANTO, 2010). É momentoso ressaltar que em seu conteúdo, tal portaria divide em dois eixos.

O primeiro trata dos critérios para uso de fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas para situações especiais. Neste trecho, foi disposto que a terapia nutricional seria classificada em três grupos, são eles (ESPIRITO SANTO, 2010):

1. As fórmulas poliméricas cujas dietas englobam pacientes sem problemas absorptivos que podem receber nutrientes íntegros, isto é, que necessitam de trabalho digestivo.
2. Dietas para pacientes com problemas absorptivos, nas quais os nutrientes serão fornecidos com menor complexidade. Neste caso, são as fórmulas semi-elementares e elementares;
3. Dietas para pacientes que necessitem de dieta especializada devido a Intolerância à lactose e doenças metabólicas.

Para estar apta a receber quaisquer das dietas apontadas a criança deverá ser portadora de doenças específicas além de apresentar determinados critérios, todos descritos na portaria (anexo II)

O Segundo eixo da portaria, objeto desta pesquisa, dispõe sobre os critérios para uso de dieta enteral para adolescentes e adultos. Para este grupo, além de estarem elencadas todas as doenças que são contempladas, há o critério de inclusão, exclusão e os seguintes casos referenciais para a obtenção da terapia nutricional (ESPIRITO SANTO, 2010):

1. Desnutrição, compreendida como índice de massa corporal (IMC) menor que  $18,5 \text{ Kg/m}^2$ , perda de peso não intencional maior que 10% entre 2 e 3 meses ; IMC menor que  $20 \text{ Kg/m}^2$ , e perda de peso não intencional maior que 5% em 3 a 6 meses.
  
2. Estados de má nutrição quais sejam: pouca alimentação ou não se alimentar por mais de 5 dias e/ou que têm impossibilidade para receber alimentação nos próximos 5 dias ou mais; Paciente que possuam baixa capacidade de absorção e/ou que apresentam perda elevada de nutrientes ou que apresentem necessidades nutricionais aumentadas relacionadas ao catabolismo.

O usuário que se amoldar aos critérios expostos na portaria poderá requerer o fornecimento das dietas padronizadas por meio de abertura de processo administrativo na farmácia Estadual de sua região.

Dentre as dietas fornecidas para adultos e Adolescentes, que compõem o componente especializado, as padronizadas pela SESA/GEAF são (ESPIRITO SANTO, 2010):

- a) A1 - Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose e glúten, fonte de proteína a base de caseinato em pó para reconstituição.

- b) A2 - Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose, glúten e sacarose, fonte de proteína a base de soja em pó para reconstituição.

Segundo dados da GEAF, no período de um ano (2016 a 2017), foram gastos com dietas enterais A1 a quantia de R\$ 3,762,608,00 e com A2 R\$ 910.728,00.

As dietas são fornecidas pelo farmacêutico, no setor de dispensação. Apesar de não ser utilizado o termo dispensação para o fornecimento das fórmulas, a própria portaria e ANVISA o tratam com tal nomenclatura tendo em vista que este profissional é o responsável pela logística farmacêutica de medicamentos e produtos para saúde, bem como dos equipamentos necessários à manipulação e administração da terapia nutricional, seguindo padrões de qualidade e os aspectos legais (NOVAES, 2001).

## 2. JUSTIFICATIVA

Com o avanço das tecnologias de saúde e envelhecimento da população, o Governo do ES visando a crescente demanda de saúde dispõe o acesso a medicamentos e insumos por meio das farmácias cidadãs do Estado (EMMERICK et al.,2013; ESPÍRITO SANTO, 2010)

Com o intuito de abarcar pacientes que necessitam de alimentação enteral para a manutenção da saúde, foi criada, em 2010, a portaria 0-54R que dispõe sobre os requisitos para fornecimento das dietas enterais e fórmulas nutricionais (ESPIRITO SANTO, 2010). Dados da GEAF apontam que o consumo das dietas (A1 e A2) cresceram aritmeticamente ano após ano, e de maio de 2016 a maio deste ano o gasto com estas dietas foi de R\$ 4.673.336,00, o que impacta diretamente sobre a gestão (ESPIRITO SANTO, 2016).

Para receber as latas para alimentação enteral ou as fórmulas nutricionais faz-se necessária à abertura de processo de solicitação e os usuários cumprirem os critérios de inclusão, não serem contemplados nos critérios de exclusão e nem de suspensão, no caso de continuidade, visando garantir que o medicamento, dietas enterais e outros insumos, sejam fornecidos a quem realmente necessita e reduz as chances de efeitos adversos advindos do uso(CAMPELO, 2016; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Poucos foram os estudos que aferiram o cumprimento dos PCDT no SUS e, devido à complexidade desses protocolos e as várias etapas necessárias para a solicitação de medicamentos, dietas e insumos, torna-se importante essa avaliação (CAMPELO, 2016). Não há registro de avaliação do PCDT do fornecimento de fórmulas nutricionais e dietas enterais no país.

Portanto é imprescindível a análise dos processos de fornecimento de Deitas enterais e fórmulas nutricionais contempladas pelo PCDT, visto que desde sua

criação, em 2010, não foram realizadas pesquisas e avaliações que visam verificar possíveis lacunas que precisam ser sanadas a fim de minimizar o desperdício de alimentos enterais e por conseguinte, recurso público.

Assim, a hipótese é que a análise dos processos para fornecimento de dietas enterais e fórmulas nutricionais contemplados pela portaria O-54R podem apontar falhas e/ou lacunas que devem ser sanadas para garantir o acesso de qualidade a estes insumos nas Farmácias Cidadãs do Espírito Santo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Realizar análise do fornecimento de fórmulas nutricionais padronizadas para adultos e adolescentes, nas farmácias cidadãs do Espírito Santo, no período de julho de 2013 a julho de 2015.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Verificar o cumprimento do protocolo nos processos de fornecimento de dietas enterais padronizadas, A1 e A2 para adultos e adolescentes.
- Apurar o perfil do usuário;
- Conhecer as informações recebidas pelos pacientes e seus procuradores acerca das fórmulas e dietas recebidas.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Descrição do serviço**

As Farmácias Cidadãs são farmácias públicas estaduais que fazem a dispensação dos medicamentos do componente especializado da AF padronizados na RENAME e legislações pertinentes. No ES há 10 farmácias cidadãs (Vila Velha, Vitória, Serra, Cariacica, Cachoeiro de Itapemirim, São Matheus, Linhares, Nova Venécia, Venda Nova e Colatina).

Nestas farmácias são fornecidas, para os usuários com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CIDs) contemplados, conforme tabela a seguir, (Tabela 1), as dietas enterais e fórmulas nutricionais adultas (A1 e A2) padronizadas. Portanto, o estudo incluiu, para análise processual, os processos de dispensação dos usuários cadastrados nas Farmácias Cidadãs para o uso de dietas enterais adultas padronizadas. Conquanto, nas entrevistas incluíram-se todas as dietas enterais e fórmulas nutricionais (adultas e infantis).

Conforme informações internas da Gerência Estadual da AF no período de julho de 2013 a julho de 2015 foram atendidas na região da Grande Vitória 2.691 processos de solicitação de dietas enterais padronizadas com um custo unitário de R\$ 19,00 e 13,00 reais (A1 e A2, respectivamente) (ESPIRITO SANTO, 2016).

Para coleta de dados deste estudo foram visitadas as farmácias da região metropolitana da Grande Vitória: Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória além das farmácias de Colatina, São Matheus, Linhares e Cachoeiro de Itapemirim. O público atendido por estas farmácias compreende 72,65% de todo o atendimento de A1 e A2 no Estado. Não foram visitadas as farmácias de Nova Venécia e Venda Nova do Imigrante por compor-se apenas 3,80% dos processos físico totais. Ademais, a farmácia de Vila Velha foi excluída por ser projeto piloto em processo virtual e o pesquisador não ter acesso a senhas para efetuar a pesquisa de dados a serem investigados.

Ressalta-se que os processos ao serem dadas entradas nas farmácias cidadãs, são encaminhados para a GEAF e lá, no setor de nutrição, ocorre a avaliação do caso concreto, no qual a Nutricionista irá conferir o cálculo, CID e demais parâmetros de saúde e critérios estabelecidos em portaria para autorizar ou não o fornecimento da dieta pelo farmacêutico na farmácia cidadã. Reforça-se a ausência daquele profissional das farmácias, com isso, não há contato direto com o paciente que solicita o provento.

**Quadro 01:** CIDs preconizados pela Farmácia Cidadã Estadual para fornecimentos de Dietas Enterais A1 e A2.

<b>Código</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>F000</b>	Demência na Doença De Alzheimer de Início precoce
<b>F001</b>	Demência na Doença De Alzheimer de Início tardio
<b>F002</b>	Demência na Doença De Alzheimer, forma atípica ou mista.
<b>F009</b>	Demência não especificada na Doença De Alzheimer
<b>F028</b>	Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte
<b>F021</b>	Demência na doença CREUTZFELDT-JAKOB
<b>F022</b>	Demência na Doença de Huntington
<b>F023</b>	Demência na Doença De Parkinson
<b>F024</b>	Demência na Doença pelo vírus da imuno deficiência humana (HIV)
<b>F03</b>	Demência não especificada
<b>F011</b>	Demência por infartos Múltiplos
<b>F010</b>	Demência vascular de início agudo
<b>F013</b>	Demência vascular mista, cortical e subcortical
<b>F019</b>	Demência vascular não especificada
<b>F012</b>	Demência vascular subcortical
<b>F018</b>	Outra demência vascular
<b>C024</b>	Neoplasia Maligna da Amígdala lingual
<b>C01</b>	Neplasia maligna da base da língua
<b>C021</b>	Neoplasia Maligna da borda da língua
<b>C028</b>	Neoplasia maligna da língua com lesão invasiva
<b>C029</b>	Neoplasia maligna da língua não especificada
<b>Q391</b>	Atresia de esôfago, com fisutula traqueoesofágica
<b>Q390</b>	Atrasia de esôfago sem fístula
<b>D001</b>	Carcinoma <i>in situ</i> do esôfago
<b>K229</b>	Doença de esôfago sem outra especificação
<b>Q393</b>	Estenose congênita e estreitamento congênito do esôfago
<b>S112</b>	Ferimento envolvendo a faringe e o esôfago cervical
<b>Q399</b>	Malformação congênita não especificada do esôfago

<b>K231</b>	Megaesôfago na doença de chagas
<b>C152</b>	Neoplasia maligna na porção abdominal do esôfago
<b>C150</b>	Neoplasia maligna na porção cervical do esôfago
<b>C151</b>	Neoplasia maligna na porção torácica do esôfago
<b>C158</b>	Neoplasia maligna do esôfago com lesão invasiva
<b>C159</b>	Neoplasia maligna do esôfago não especificada
<b>C155</b>	Neoplasia maligna do terço inferior do esôfago
<b>C154</b>	Neoplasia maligna do terço médio do esôfago
<b>C153</b>	Neoplasia maligna do terço superior do esôfago
<b>K222</b>	Obstrução do esôfago
<b>T281</b>	Queimadura do esôfago
<b>K238</b>	Transtorno do esôfago em outras doenças classificadas em outra parte
<b>K221</b>	Úlcera do esôfago
<b>Z903</b>	Ausência adquirida de parte do estomago
<b>D002</b>	Carcinoma in situ do estomago
<b>K312</b>	Estenose e estreitamento em ampulheta do estomago
<b>K316</b>	Fístula do estômago e do duodeno
<b>D371</b>	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do estomago
<b>C166</b>	Neoplasia maligna da grande curvatura do estomago não especificada
<b>C165</b>	Neoplasia maligna da pequena curvatura do estomago não especificada
<b>C162</b>	Neoplasia maligna do corpo do estomago
<b>C168</b>	Neoplasia maligna do estomago com lesão invasiva
<b>C169</b>	Neoplasia maligna estomago não especificada
<b>C161</b>	Neoplasia maligna do fundo do estomago
<b>Z931</b>	Gastrostomia
<b>E43</b>	Desnutrição proteica calórica grave não especificada
<b>E441</b>	Desnutrição proteica calórica leve
<b>E440</b>	Desnutrição proteica calórica moderada
<b>E46</b>	Desnutrição proteica calórica não especificada
<b>G122</b>	Doença do Neurônio mortor
<b>I64</b>	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
<b>G936</b>	Edema cerebral
<b>P110</b>	Edema cerebral devido a traumatismo de parto
<b>S061</b>	Edema cerebral traumático
<b>P101</b>	Hemorragia cerebral devido a traumatismo de parto
<b>P524</b>	Hemorragia intracerebral (não traumática) do feto e do recém nascido
<b>I614</b>	Hemorragia intracerebral cerebelar
<b>I616</b>	Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações
<b>I613</b>	Hemorragia intracerebral do tronco cerebral
<b>I611</b>	Hemorragia intracerebral hemisférica cortical
<b>I612</b>	Hemorragia intracerebral hemisférica não especificada
<b>I610</b>	Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical
<b>I615</b>	Hemorragia intracerebral intraventricular
<b>I619</b>	Hemorragia intracerebral não especificada

I601	Hemorragia subaracnóidea proveniente da artéria cerebral media
I634	Infarto cerebral devido à embolia de artéria cerebral
I631	Infarto cerebral devido à embolia de artéria pré-cerebrais
I635	Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artéria cerebrais
I632	Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificada de artéria pré cerebrais
I633	Infarto cerebral devido à trombose de artéria cerebral
I630	Infarto cerebral devido a trombose de artéria pré cerebrais
I636	Infarto cerebral devido à trombose venosa cerebral não piogenica

## 4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo dos processos de fornecimento de dietas enterais das Farmácias Cidadãs do estado do Espírito Santo, no período de julho de 2013 a julho de 2015. Esta avaliação teve como base os critérios estabelecidos na portaria 0-54R de 2010 que dispôs sobre o fornecimento de fórmulas nutricionais e dietas enterais.

Além da análise processual, foi realizada entrevista por meio de formulário estruturado, baseado na portaria e nos dados coletados nos processos administrativos com os usuários das farmácias de Vila Velha (ainda que excluída na análise processual foi realizado entrevista visto o número significativo de usuários desta unidade, 675, cerca de 24% dos processos a serem analisados), Vitória e Serra por representarem juntas maior parcela dos atendimentos no Estado.

## 4.3 Análise dos processos de dispensação

Por meio de um formulário estruturado de coleta de dados (Apêndice) coletaram-se as seguintes informações nos processos para serem confrontados com os dados descritos em portaria:

- a) Idade e sexo, e presença de representante legal;
- b) Raça, cor e etnia declarada;
- c) Peso, altura, IMC, estado nutricional, uso de dieta artesanal previa, via de administração e presença de feridas;
- d) Histórico de doenças,
- e) Consumo e base de cálculo;

- f) Origem da receita do prescritor;
- g) Laudos para solicitação de fórmulas nutricionais (LFN) corretamente preenchidos;
- h) Dados dos exames trimestrais solicitados pela SESA/GEAF, para continuidade do tratamento: peso, altura, via de administração, consumo diário, mensal e base de cálculo.
- i) Cumprimentos dos critérios de inclusão e exclusão;
- j) Critérios para interrupção do tratamento e monitorização;

A coleta dessas informações ocorreu por meio da análise do processo físico, que se encontravam no setor arquivo de cada farmácia cidadã, de fornecimento de dietas enterais de cada usuário, que continha, entre outros, os seguintes documentos: Laudo para Solicitação de fórmulas nutricionais (LFN), laudo médico ou nutricional que havia informações sobre o estado clínico do paciente, exames para abertura e monitorização do processo, modo de preparo, diluição e etapas de infusão.

Os dados do formulário de coleta de dados foram transferidos para o programa EpiInfoTM e posteriormente copilados em planilha do Excel para realização de análise estatística descritiva (médias e desvio padrão e porcentagem dos dados), além do Teste T para verificação da similaridade dos resultados.

#### **4.4 Entrevista com usuários**

Empregando-se de um formulário estruturado de coleta de dados (Apêndice), após aprovação do Comitê de ética em Pesquisa, CAAEE número 45623815.8.0000.5064 realizou-se entrevista com usuários das farmácias cidadãs de Vila Velha, Vitória e Serra porquanto representam juntas mais da metade dos processos disponíveis no período estipulado. O formulário foi validado na farmácia de Vitória, na qual nove entrevistas foram realizadas de forma aleatória com usuários de dietas enterais a fim de que fosse verificada a disponibilidade de dados e compreensão dos entrevistados.

Participaram da entrevista todos os usuários que aceitaram responder e que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As respostas foram transcritas nos formulários simultaneamente aos apontamentos do usuário e responderam a seguintes questões, de múltiplas escolhas, escalonadas, ou em sim ou não:

- a) Nome, idade, sexo, raça e presença de representante legal.
- b) Escolaridade e renda familiar mensal;
- c) Origem do processo de fornecimento;
- d) Dados acerca das informações recebidas sobre a terapia nutricional pelo prescritor e na farmácia cidadã;
- e) Tempo e previsão do uso da terapia;
- f) Via de administração;
- g) Falta de latas no mês, e procedimento após ausência.

#### **4.5 Critérios de inclusão**

Os processos selecionados compreendiam todos os que iniciaram tratamento nutricional com dietas enterais A1 e A2 (para adultos e adolescentes) entre julho de 2013 e julho de 2015 e permaneceram em tratamento por pelo menos um ano.

Nas entrevistas, incluíram-se todos os usuário ou representantes legais que se encontravam nas farmácias cidadãs estaduais, nos horários de visitas às farmácias, durante o mês de novembro e dezembro de 2016, e que aceitavam participar e assinaram o TCLE (apêndice III). Os usuários de todas as fórmulas nutricionais e dietas enterais fornecidas pela farmácia, quais sejam (A1 e A2, e F1, F2,F3,P1, P8 e p7), foram abordados. Realizou-se 28 visitas às farmácias, no turno matutino, das 07h00min as 11h00minh, momento em que há maior fluxo de atendimento e, por conseguinte, maior oportunidade de se encontrar usuários de dietas enterais e fórmulas nutricionais.

#### **4.6 Critérios de exclusão**

Aqueles que não completaram pelo menos um ano de tratamento foram excluídos, além disso, excluíram-se os processos digitais, os que estavam desmembrados e que se encontravam em outro setor como comissões de avaliação e GEAF.

#### **4.7 Questões éticas**

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UVV (CEP/UVV), sob o CAAEE número 45623815.8.0000.5064 (Anexo). Ainda, solicitou-se autorização a GEAF para realizar as visitas e pesquisa nos arquivos das farmácias cidadãs.

#### **4.8 Compilação de dados**

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

#### **4.9 Análise estatística**

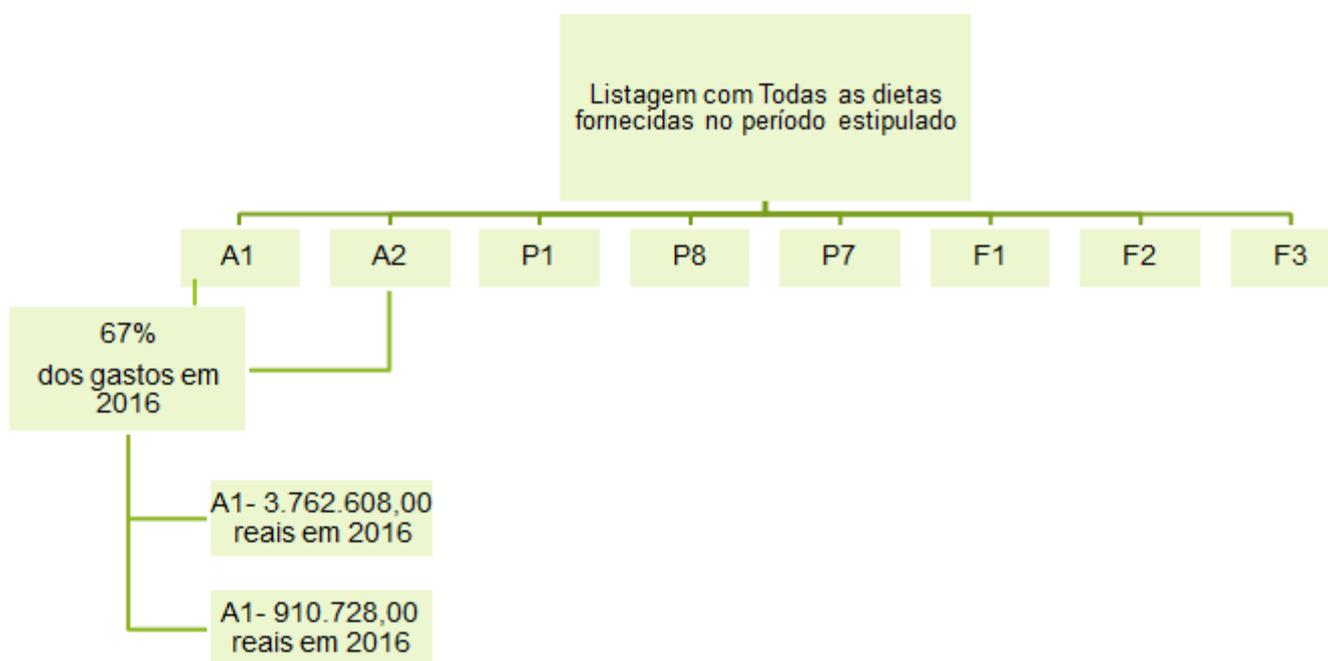
Os dados obtidos no EpiInfo™ foram, posteriormente, compilados em planilha elaborada no Microsoft Excel® versão Office 2013. Realizou-se análise estatística descritiva, sendo apresentada média e desvio padrão e a porcentagem dos dados. Ainda, foi realizado test T para a verificação de similaridade entre os dados obtidos.

### **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **5.1 Análise Processual nas Farmácias cidadãs**

A GEAF disponibilizou a listagem com todas as provisões de dietas enterais compreendidas no período de julho de 2013 a julho de 2015 com o propósito de delimitar o lapso a ser investigado. Nesta planilha havia 2.855 pacientes que receberam as dietas A1 e A2 no período demarcado.

**Figura 02:** Organograma da inclinação pelas dietas enterais A1 e A2 para composição da análise processual e verificação do cumprimento da Portaria 0-54R.



A inclinação pelo ano de 2013 para rudimento da análise dos processos deu-se por, após aplicação de validação do questionário de pesquisa nos processos administrativos na farmácia cidadã de Vitória e verificação de que a maioria dos processos ativos compreendia neste período. Igualmente, dados relativos aos indicadores acerca deste fornecimento só estão disponíveis a partir de 2014, baseados no ano anterior, no site oficial da Farmácia Cidadã Estadual.

As dietas enterais padronizadas (A1 e A2) selecionadas como objeto desta pesquisa compreendiam 67% dos gastos com fórmulas nutricionais do terceiro trimestre de 2016 (ESPIRITO SANTO, 2016). Ademais, no ano de 2014, 71,03% dos usuários que pegaram fórmulas nutricionais nas farmácias cidadãs estaduais valeram-se das fórmulas padronizadas, destas, 31,49% requereram a dieta A1 e 19,57% solicitaram A2.

Dentre os 2.855 usuários que estavam incluídos no primeiro relatório de fornecimento de dietas enterais excluíram-se 383 processos por serem duplicados. A geminação ocorre devido ao paciente retornar ao serviço para complementação do quantitativo fornecido ou para obter outra fórmula diversa da já em uso. A vista disto, o número de processos a serem analisados decaiu para 2.472.

Todos os processos físicos que se assentavam nas farmácias cidadãs foram verificados, no período estipulado, por isso, a farmácia cidadã de Vila Velha, que compreendia 23 % (n:675) dos processos totais a serem investigados, foi excluída da pesquisa, visto que era, à época, projeto piloto para o arquivo digital. Com isso, o número de processos a serem analisados decaiu para 1.797. Nesta farmácia autorizaram apenas a realização de entrevistas.

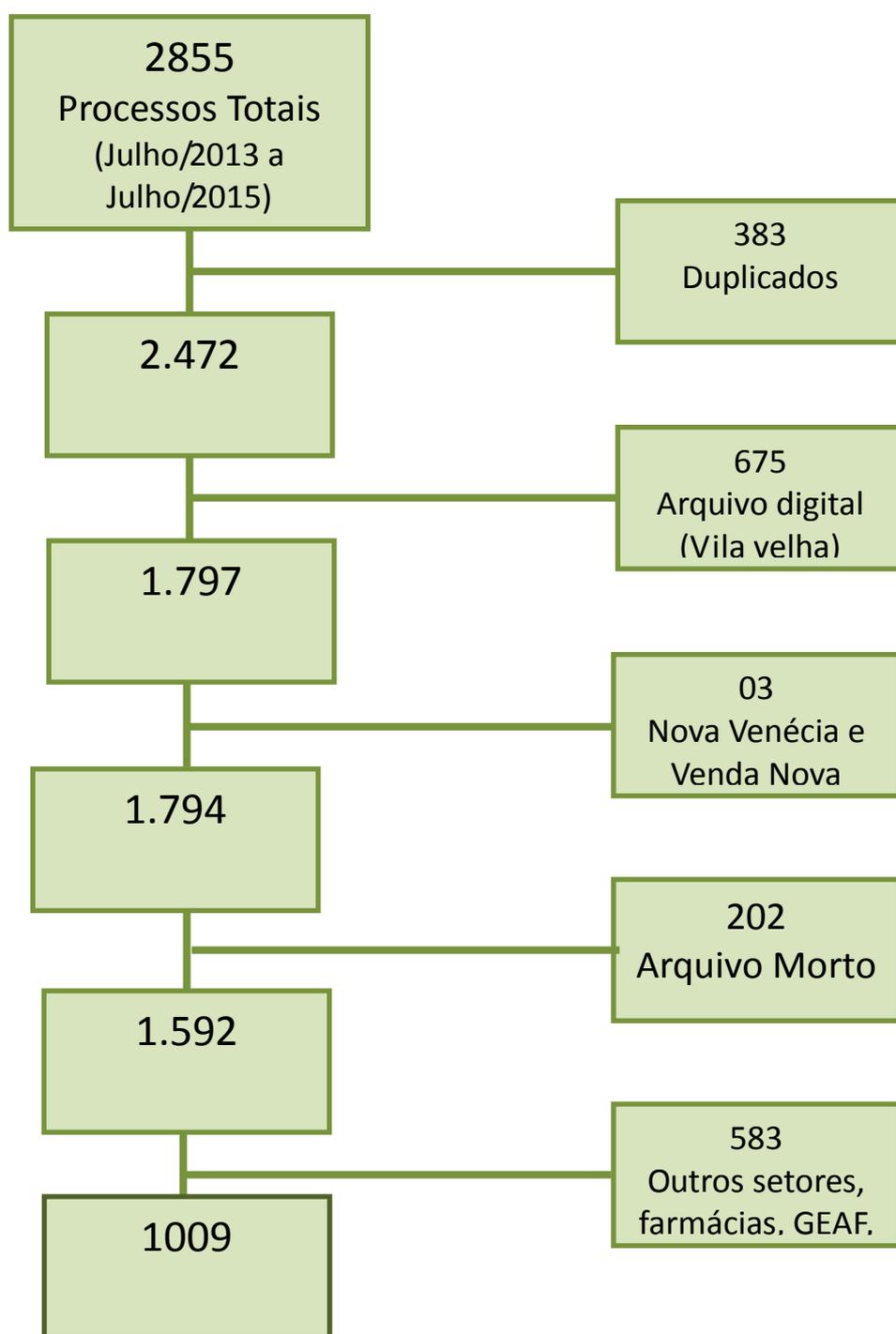
Neste caso, incluíram-se as farmácias cidadãs estaduais de Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica (Metropolitana), Colatina, Linhares, São Mateus, Serra e Vitória, que compreendiam juntas 73% (n:2.084) do total de processos iniciais a serem observados (primeira listagem da GEAF). As farmácias de Nova Venécia e Venda Nova do Imigrante por compor-se apenas 3,80% (n: 3) dos processos físico totais, também não foram verificadas.

Ainda, não foram verificados os processos que não se apresentavam nas dependências do setor “arquivo” das respectivas farmácias e que ao serem sondados no sistema, encontravam-se no denominado “arquivo morto”. Local que eram encaminhados os processos cujos pacientes iam a óbito ou que por alguma razão desconhecida, suspendiam a procura pelos serviços da farmácia cidadã. O arquivo “morto” é um local comum para todas as farmácias para arquivar processos prolectos. Com isso, o total de processos foi para 1.592.

No decorrer da pesquisa observou-se que diversos processos não se encontravam no setor tendo em vista as comissões de avaliações pelos quais eram submetidos, nas próprias farmácias, e trimestralmente, eram deslocados para GEAF. Ainda, havia processos demovidos para outras farmácias para facilitar o atendimento ao

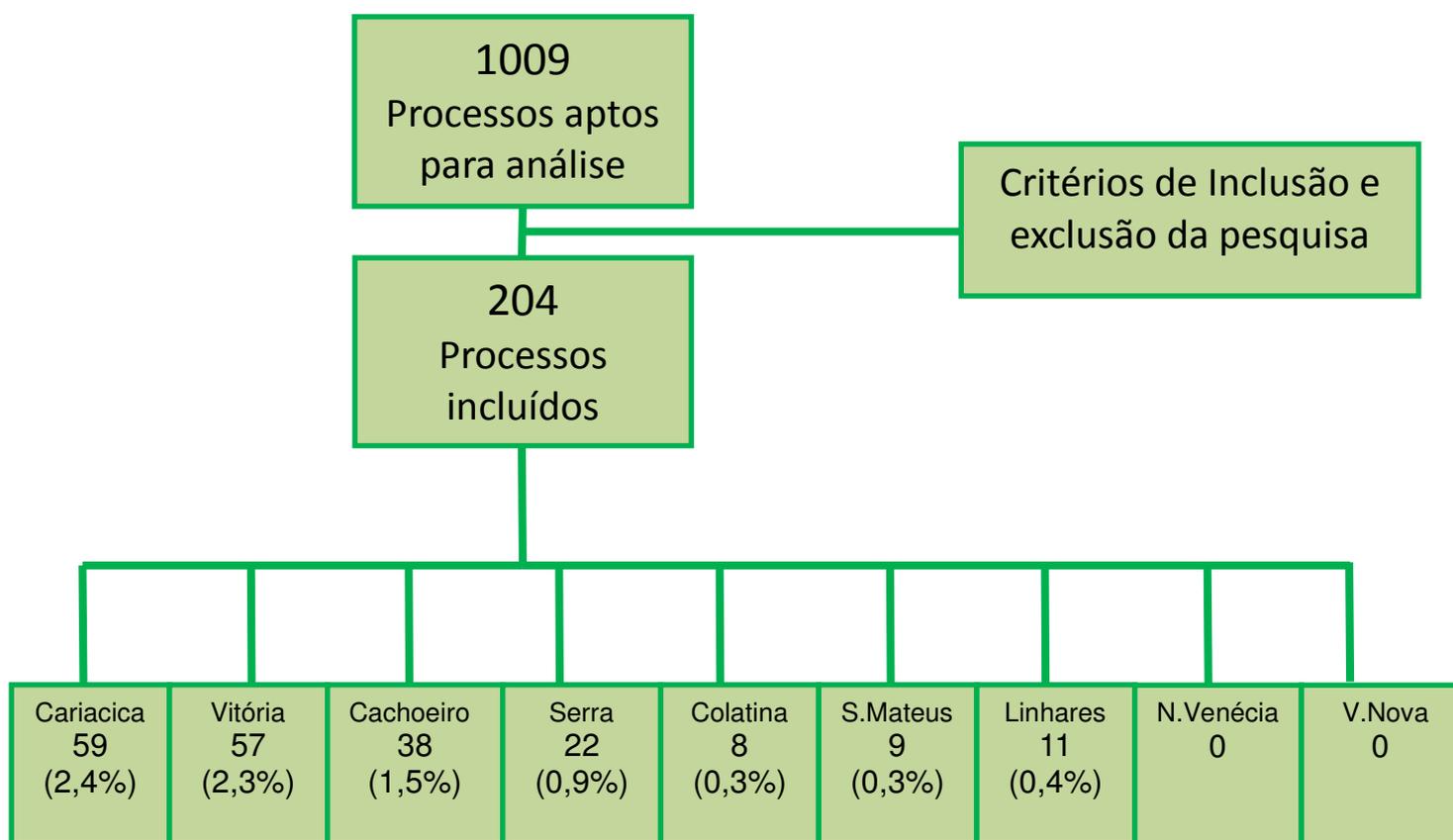
paciente. Além do mais, múltiplos processos por serem antigos, apresentavam-se desmembrados, não sendo possível a coleta de informações necessárias. Ao final da exclusão de todas as particularidades acima citadas que obstruíam a pesquisa (n: 383), restaram 1.009 processos para serem analisados. Para a realização da pesquisa percorreu-se 1.121,40 km.

**Figura 03:** Fluxograma do afunilamento da amostragem ao N final para análise em decorrência de fatores externos, quais sejam, processos duplicados, presença do dado em arquivo digital e transferência do processo para outros setores.



Após a análise dos 1009 processos incluíram-se nesta pesquisa, devido aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa, 204 processos o que representa de 0,4 a 2,4% dos processos presentes em cada farmácia, distribuídos conforme figura 4.

**Figura 04:** Fluxograma da quantidade de processos incluídos após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e N conforme farmácia cidadã visitada.



A atuação na análise processual foi dificultada e morosa nas farmácias selecionadas sobrepunhando o prazo inicial estipulado para coleta, por diversos fatores, dentre eles, a constante mudança de pessoal neste setor, o que estorvava o manejo e localização dos processos, o espaço físico reduzido e exiguidade de local apropriado

para análise dos documentos, e a constante mudança da gerência responsável que delongava o início da pesquisa.

## 5.2 Perfil do Paciente assistido

Na análise processual dos fornecimentos das dietas enterais, mulheres, brancas (50,98%) e representadas legalmente (90,67%) compuseram o perfil dos pacientes estudados, como observado na tabela 02. Mais da metade compreendia a origem do processo pelo SUS e referia o uso contínuo do tratamento alimentar. Cassaro et al (2013) e Campelo et al (2017) apontam para o mesmo perfil nos estudos anteriores acerca de outros protocolos, nas farmácias cidadãs do ES.

Ainda, autores têm demonstrado que os cuidados com a saúde são mais importantes para mulheres, o que pode justificar a maior frequência de mulheres neste trabalho (**BENAZZI, FIGUEIREDO, BANASSI, 2010**; **CATIC, JUSUFOVIC, TABAKOVIC, 2013**).

**Tabela 02:** Perfil do usuário das dietas enterais A1 e A2, nos processos de fornecimento.

Variáveis	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
<18 anos	12	5,88%
18-24 anos	08	3,92%
25-34 anos	11	5,39%
35-44 anos	07	3,43%
45-59 anos	23	11,28%
>60 anos	142	69,61%
Não respondeu	01	0,49%

<b>Sexo</b>		
Feminino	104	50,98%
Masculino	100	49,02%
<b>Representante Legal</b>		
Sim	185	90,69%
Não	11	5,39%
Não relata	8	3,92%
<b>Origem do Processo</b>		
SESA	109	53,43%
Particular	87	42,65%
Judicial	8	3,92%

Em atenção à ampla faixa etária dos usuários em decorrência da abrangência do protocolo, a idade mediana de consumo das fórmulas foi de 73,5 anos (11 – 109 anos), com peso e altura médios de 56,72kg e 1,60m, respectivamente.

A maior parcela foi referida desnutrida e com média de consumo diário de 367,05 mg de dieta enteral que corresponde cerca de 28 latas por mês. Cada lata de fórmula nutricional A1 e A2 custa para o governo R\$19,00 e 13,00 reais (respectivamente). Autores apontam que processo de envelhecimento é associado a diversas alterações fisiológicas, que podem ter importantes implicações sobre o estado nutricional o que justifica a predominância de Idosos neste estudo (SOUZA ET AL, 2013; SAMPAIO, SABRY, 2007; BRUSNELLO, 2007).

Dentre os processos analisados a maior parcela apresentou o receituário proveniente do SUS. Estudos prévios realizados nas Farmácias Cidadãs Estaduais do estado apontaram prevalência dos receituários originários no Sistema Único de Saúde (CASSARO, 2013; CAMPELO, 2017).

O principal diagnóstico para aquisição das dietas era gastrostomia (GTT), seguido por desnutrição grave e posteriormente Acidente Vascular Cerebral (AVC), embora em 100% dos processos inqueridos o paciente apresentava alguma condição clínica associada. Destes, em 116 (57,29%) apresentavam pelo menos três comorbidades, dentre as quais, se destacam Hipertensão, Mal de Alzheimer, Neoplasias, Parkinson, Diabetes Mellitus e DPOC. A presença de outras doenças também foi verificada em estudos semelhantes acerca de PCDTs no ES e MG (CAMPELO, 2017; MOREIRA, 2016).

Tais disfunções justificam o uso da via para infusão de dieta GTT (55,21%) posto que sejam, em sua maioria, crônico-degenerativas e requerem tratamento contínuo e infundável. Ressalta-se que as maiores partes destas doenças são crônicas não transmissíveis e que por não apresentarem cura e necessitar de tratamento prolongado reflete no tempo em que o paciente fará uso da terapia nutricional (BRASIL, 2015).

A Via Sonda Nasogástrica (SNG) para infusão de dieta mostrou-se em 30% (n:61) dos usuários conquanto, em todos os casos devido ao critério de inclusão da pesquisa, os pacientes apresentaram pelo menos um ano de tratamento contínuo, e em 53% dos casos relataram fazer uso por tempo indeterminado da dieta enteral. Em contra partida, o principal diagnóstico para o recebimento das dietas foi uso de GTT, o que não é corroborado pelo dado anterior que aponta um maior uso da SNG para a infusão de dieta. Conforme o caderno de atenção domiciliar disponibilizado no site oficial das Farmácias Cidadãs do ES (BRASIL, 2015) faz-se necessário o uso de GTT quando há necessidade de alimentação por longo prazo, de 03 a 06 meses de tratamento alimentar enteral. Afirmou-se que conforme o critério de inclusão da pesquisa, de pelo menos um ano de tratamento, se fazia necessário o uso da GTT para infusão da dieta, além disso, a portaria dispõe como critério para fornecimento o uso de sonda de longa permanência.

Ainda, há registro de que 6% (n:12) dos pacientes apresentavam úlcera por pressão (UP) Apesar de no Brasil a preocupação com a UP ter se tornado mais evidente com a publicação da RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde verificou-se a inobservância pelos prescritores desta informação. Ressalta-se que o fator idade e a desnutrição (conforme perfil dos estudados) são fatores de risco para o desenvolvimento de UP e faz-se necessária realização de triagem nutricional que identifique a presença de feridas para o provimento ideal de calorias, proteínas, aminoácidos e outros ao paciente (BRASIL, 2015). Foi verificado, nas entrevistas que o usuário não era assistido pelo prescritor (N: 127) e sim o representante legal que deslocava-se à consulta para recebimentos dos documentos necessários à aquisição das dietas nas farmácias.

Outros 6% relataram uso de dieta artesanal prévia. As fórmulas nutricionais com alimentos (dietas artesanais) podem ser indicadas para indivíduos estáveis clínica e nutricionalmente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo (MITNE, 2006), neste caso, conforme público verificado na pesquisa, este recurso poderia ser mais amplamente aproveitado pelos usuários assistidos.

### **5.3 Cumprimento do Protocolo estabelecido pela portaria 054-R**

O Protocolo estabelece que após a abertura do processo administrativo para aquisição da terapia nutricional, o usuário deve disponibilizar trimestralmente documentos e laudos médicos para a renovação da concessão do benefício. Os documentos solicitados são laudo médico e nutricional datados, carimbados e com CID preconizado, LFN completamente preenchido e Plano alimentar. Em alguns casos, são solicitados exames laboratoriais para manutenção do fornecimento da dieta (ESPIRITO SANTO, 2017).

Em relação aos termos padronizados na portaria para definição do estado nutricional são preconizados, conforme tabela 1 os termos: desnutrição leve, desnutrição moderada e desnutrição grave, visto que se trata de pré-requisito para fornecimento da dieta. Porém, em 83,85% (n:171) dos processos analisados, que informaram um

destes CIDs para aquisição das latas, apresentavam termos distintos dos expostos acima nos laudos nutricionais. São eles, baixo peso, emagrecido, eutrofia e magreza.

No ES, os termos sobre avaliação nutricional e antropométrica indicados para descrever o estado do idoso são: baixo peso ( $IMC < 23 \text{ kg/m}^2$ ), Eutrofia ( $23 \text{ a } 30 \text{ kg/m}^2$ ) e Sobrepeso ( $> 30 \text{ kg/m}^2$ ), o que justifica o uso dos termos supracitados pelos nutricionistas (ESPIRITO SANTO 2010; **ESPIRITO SANTO 2012**).

Ainda, a utilização ampla de termos díspares ao preconizado em portaria pode ser justificada, devido à divergência de valores para classificar o estado nutricional em idosos porquanto ainda é ignota a definição clara dos limites de corte do IMC para esse estágio da vida (RAUEN et al, 2008).

A privação do dado do IMC apresentava-se em 60% (n:122) no primeiro trimestre, decaindo para 56% (n:114) e 57% (n:116) nos trimestres posteriores. A utilização deste parâmetro pode ser um bom indicador do estado nutricional de idosos, apesar de que autores afirmam que seu uso pode não refletir adequadamente o teor e distribuição da adiposidade (RAUEN et al, 2008). Isto posto, pode justificar a não utilização deste parâmetro, ainda que solicitado pela portaria, nos LFNs verificados.

**Tabela 03:** Verificação do LFNs preenchidos pelo prescritor trimestralmente quanto aos dados solicitados em portaria.

Variável	Completo/Total	%	Incompleto/Total	%
LFN 1	59/204	28,92*	145/204	71,08*
LFN 2	58/204	28,43*	146/204	71,57*
LFN 3	57/203	28,08	146/203	71,92
LFN 4	37/122	30,33	85/122	69,67
LFN 5	25/82	30,49	57/82	69,51

LFN 6	17/52	32,69*	35/52	67,31*
LFN 7	6/19	31,58*	13/19	68,42*

\*Teste T para verificação de similaridade: dados obtidos não são coincidência, portanto há relação entre os dados apresentados.

A Portaria 054-R afirma que todos os dados do LFN devem ser devidamente preenchidos, nada obstante, constatou-se que apenas em 29% (n: 59) dos processos apresentavam todos os elementos preenchidos no primeiro mês de tratamento alimentar, sem alteração estatística relevante nos trimestres posteriores (Tabela 03). Apesar de na maioria dos casos serem omitidas informações pessoais do pacientes tal qual endereço, nome completo, idade etc, informações como indicação, peso, altura e consumo diário também foram suprimidas. Com isso, em um ano de tratamento, apenas 25 usuários possuíam todos os dados corretamente preenchidos.

O protocolo refere à utilização de parâmetro (25-35 kcal/dia e 1,2-1,5g de proteína kg/dia) para cálculo do consumo de dieta do assistido, no entanto, a dessemelhança deste dado apresentou-se em mais da metade (n:109) dos processos indagados no primeiro fornecimento, e superior a 60% (n:125) nos trimestres subsequentes ao tratamento (ESPIRITO SANTO, 2010).

**Tabela 04:** Verificação do correto preenchimento dos laudos nutricionais acerca da doença, histórico do paciente, modo de elaboração de dieta, CID e assinatura, carimbo do profissional e data.

Variável	Completo	N	%	Incompleto	N	%
Laudo 1	162	204	79,41	42	204	20,59
Laudo 2	164	204	80,39	40	204	19,61
Laudo 3	158	203	77,83	45	203	22,17
Laudo 4	163	200	81,50	37	200	18,50

Laudo 5	92	151	60,93	59	151	39,07
Laudo 6	68	82	82,92	14	82	17,08
Laudo 7	44	53	83,02	9	53	16,98

No que se refere ao laudo médico ou nutricional (Tabela 04), no primeiro trimestre de tratamento 79% estavam corretos, e ao final de um ano 83% permaneciam adequados ao protocolo. Nestes laudos eram incluídas informações acerca do estado de saúde do paciente que justificasse a manutenção da alimentação enteral, quantidade de latas necessárias e carimbo a assinatura do prescritor. Apesar de estarem corretamente preenchidos, ao comparar ao solicitado em portaria, verificou-se que eram exatamente iguais aos trimestres anteriores, sem mudança em algum dado do paciente, alterava-se apenas a data, preenchida a mão. Os demais dados eram, em sua maioria, digitados.

Em relação aos critérios de inclusão para adir a terapia nutricional, a Portaria estabelece que sejam “incluídos os pacientes em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sondas de longa permanência” (critério I), combinado com pelo menos uma das seguintes condições clínicas: Ser portador de neoplasias que causem obstrução do trato gastrointestinal (critério II) ou com disfagia neurológica grave decorrente de determinadas doenças (critério III). Dessa forma, a portaria impõe que pelo menos dois critérios de inclusão seja observado para que o fornecimento do alimento enteral ocorra, sendo o critério I obrigatório.

Verificou-se que 80% (n:167) dos usuários (tabela 05) apresentavam pelo menos dois critérios de inclusão, conforme indicado em portaria para recebimento da dieta. No entanto, 27 usuários recebiam incorretamente a alimentação enteral por apresentar critérios isolados para requisição da alimentação (ou I, ou II ou III). Observou-se que em 69% (n:142) dos processos analisados, os usuários indicavam o uso de sonda de longa permanência (critério I) associada a disfagia neurológica grave decorrente de determinadas doenças (critério III). Conforme esperado, devido

à imposição da portaria, nenhum usuário apresentou associação dos critérios II e III, para solicitação do alimento.

**Tabela 05:** Distribuição dos critérios de inclusão dos pacientes assistidos.

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>N</b>
Critério I isolado	20
Critério II isolado	3
Critério III isolado	2
Critérios I + II	20
Critérios I + III	142
Critérios II + III	0
Critérios I + II + III	5

Em 11 processos analisados foi constatado que inexistiam os critérios de inclusão e outros 21 apresentavam critério de exclusão. O critério de exclusão predominante foi o uso concomitante de alguma forma alimentar via oral, seguido por distúrbios alimentares e obesidade.

Com isso, observa-se que os critérios de inclusão e exclusão do protocolo não foram observados em 59 usuários pesquisados (29%). Estudo anterior (**CAMPELO, 2017**) aponta baixo cumprimento dos critérios de inclusão em protocolo o que corrobora os dados apresentados.

Ressalta-se que a via oral como critério de exclusão deve ser reavaliada visto que o próprio caderno disponibilizado pelo site oficial da Farmácia Cidadã (Caderno de Atenção Domiciliar) aponta esta via como recurso para administração da TN. Além disso, o consumo da dieta enteral por esta via faz-se inclusive como forma de “desmame” em pacientes com melhora no estado geral e que superaram a necessidade das ostomias e sondas (BRASIL, 2015).

#### **5.4 Alterações nos exames físicos**

Foi observado que em 51% (n: 104) dos LFNs apreciados, houve alteração de altura dos usuários nas medições realizadas nas reavaliações trimestrais. Destes, 45 pacientes apresentavam altura maior que na primeira avaliação e em 16 tal altura foi superior a 10 cm. A redução da altura também foi observada em 54 pacientes, sendo que em 18 casos, o paciente apanhou mais que 10 cm. Souza et al (2013) apontam que na impossibilidade do indivíduo se manter em pé para aferição da estatura, é possível a realização do cálculo da altura por meio de equações específicas podendo esclarecer as desigualdades de estatura verificadas nos processos dos usuários. No entanto, Thomaz et al (2013) descreveram que estimativa incorreta do peso e da altura conduz à estimativa errônea do IMC, o que causaria influência direta na estimativa do estado nutricional do paciente.

Aferiu-se que em 17% (n:35) dos pesquisados o peso não se alterou em um ano de tratamento. No entanto, houve diminuição do peso no primeiro trimestre de

tratamento em 34% (n:69) dos averiguados. Ainda assim, foi observado que ao longo de 01 ano de consumo da fórmula, apenas três pacientes declinaram os pesos trimestralmente. O aumento do peso dos pacientes no primeiro trimestre de tratamento alimentar foi constatado em 20% dos casos. No entanto, apenas um paciente teve melhora gradativa no peso trimestralmente, ao final de um ano de tratamento. Todos os demais mantiveram o valor do peso do primeiro trimestre de tratamento. Este dado aponta que o uso da dieta enteral pode estar contribuindo para a manutenção do estado nutricional do paciente e melhoria na qualidade de vida, ainda que sem ganho, visto os principais CIDs apresentados para solicitação de dieta se tratarem de doenças crônico-degenerativas associada a outras comorbidades (**PODEROSO, 2011**).

Com relação ao acompanhamento trimestral dos dados do IMC verificou-se que tal dado se mantinha sem alteração em 27 pacientes. No entanto, foi percebido que em 45% (n:92) dos pacientes, houve aumento no valor do IMC, podendo este dado estar relacionado a alteração da altura conforme apresentado em parágrafos anteriores (devido ao cálculo de IMC valer-se deste parâmetro) ou ainda, a melhora do estado nutricional do usuário, visto que em 33 (16,17%) usuários houve relato de progresso no estado nutricional.

Apesar de em 25% (n:51) dos casos, o valor de IMC ao longo do tratamento decair, foi relatado pelo prescrito piora do estado nutricional em 16 pacientes (7,84%). Ainda, em 97 pacientes o dado estava indisponível para verificação (não havia o registro). A ausência do dado do IMC não estava relacionada à substituição por outros parâmetros de medição, como pregas cutâneas, circunferência muscular do braço e circunferência do braço, por exemplo. Menos de 10% dos processos pesquisados havia estes dados. Rabello (2007) descreve que Medidas utilizadas em jovens e adultos, como o cálculo do IMC, não têm sido validadas entre idosos. Fator que pode justificar a inobservância deste dado pelos prescritores, em alguns casos. Souza et al (2013) complementa este dado apontando tais controvérsia em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução da massa corporal magra e diminuição da quantidade de água no organismo que o idoso sofre.

Portanto, apesar de o IMC não ser um parâmetro ideal para verificação do estado nutricional do idoso, ainda se faz necessária sua utilização pelos prescritores, visto a dificuldade deste se encontrar com o usuário, cuja consulta é realizada com o representante legal, em 51% (n:104) dos casos entrevistados, como será apontado em tópicos seguintes.

O estado Nutricional se manteve constante durante um ano de tratamento em 63% (n:129) dos pesquisados. No mesmo período, 23% (n:49) apresentou melhora na nomenclatura do estado nutricional, evoluindo de desnutrição para eutrófico, desnutrição severa para baixo peso, desnutrição moderada para risco nutricional e de desnutrição para manutenção do estado geral. Souza et al (2013) aponta que o adequado estado nutricional ao longo da vida pode ser considerado um dos fatores que determinam a longevidade bem-sucedida.

Apesar de não haver correlação com as alterações dos exames físicos, verificou-se que o acompanhamento trimestral do usuário não era realizado por um único profissional. Foi observado que em 83% dos usuários, tiveram alteração de mais de dois prescritores em três trimestres (três laudos e pelo menos dois profissionais distintos). Esta alteração pode não permitir um acompanhamento adequado ao paciente.

### **5.5 Entrevista com usuários da Farmácia cidadã**

As entrevistas foram realizadas nas farmácias cidadãs de Serra, Vitória e Vila Velha visto que compreendiam juntas 53,93 % do total de processos ativos. Optaram por realizar a entrevista e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido 32 representantes legais dos pacientes usuários, dos 87 abordados. Compreendendo 36% dos processos analisados das respectivas farmácias cidadãs.

A realização das entrevistas ocorreu após a análise processual, respaldada pela aprovação no comitê de ética e posterior validação do formulário semiestruturado, realizado com acadêmicos e usuários que se encontravam na farmácia no dia e horário da validação.

Com a intenção de localizar o paciente usuário de nutrição enteral, ou seu representante, foi aguardado no balcão de informações e recebimento de senhas, aquele que fosse usuário do objeto em pesquisa. Por não haver data e horário específico para este público, o pesquisador reservou 30 dias, no turno matutino, para entrevistar todos os usuários que fossem retirar as latas naquele período e que aceitasse participar.

O principal motivo de recusa foi local inapropriado para a realização da mesma (44%) seguido por apreensão por passar a vez na senha de atendimento e por após ter aguardado em demorado o atendimento e já estar com as latas em mãos, não poder aguardar a entrevista.

A entrevista, com a finalidade de verificar as informações recebidas acerca do manejo e cuidados com a dieta, foi realizada com todos os usuários que recebiam fórmulas nutricionais e dietas enterais. Independente se eram padronizadas ou não, ou pediátricas ou adultas, sendo esta última, o objeto da análise documental desta pesquisa.

Acerca da renda familiar mensal, nenhum dos entrevistados relatou menos de um salário mínimo. A maior parte dos questionados informou renda de um a dois salários mínimos. Este dado é corroborado por CASSARO (2013) que também apresentou em seu estudo predominância desta renda familiar ao estudar a satisfação dos usuários das farmácias cidadãs estadual do ES (Tabela 06)

**Tabela 06:** Renda familiar alegada dos entrevistados (usuários ou representantes legais)

<b>Renda Familiar</b>	<b>%</b>
< 1 salário mínimo	0
1-2 salários mínimos	31
3-5 salários mínimos	24

---

6-10 salários mínimos	28
>10 salários mínimos	17

---

Quanto à origem do processo de fornecimento, ou seja, de onde veio à prescrição da alimentação enteral ou de fórmula nutricional em 58% dos casos eram particulares, seguido por SUS (41%) e processo judicial. Diferentemente do resultado da análise processual deste estudo e do que aponta Cassaro et al (2013) e Campelo et al (2017) que estudaram as mesmas farmácias cidadãs, porém acerca de assuntos diversos (satisfação e PCDT para dislipidemia, respectivamente). A divergência de renda familiar neste estudo quanto a análise processual e entrevistas deu-se por a última serem realizadas com todos os usuários de todas os tipos de fórmula nutricional, desde infantis à adolescentes e adultas, desde leites à nutrição enteral. Nas entrevistas, predominou-se usuários de leites infantis (66%).

#### **5.6 Informações dos profissionais de saúde acerca da dietoterapia em uso.**

A maioria dos entrevistados (84%) relatou ter recebido informações do tratamento alimentar (tipo de dieta, função, etapas de infusão, manejo, diluição e cuidados com sondas) pelos profissionais de saúde prescritores, no entanto, 81% não foram questionados se tinham dúvidas acerca da terapia (modo de preparo, problemas relacionados a dieta, modo de infusão etc.) pelos mesmos profissionais. Quando indagados pelo pesquisador se havia dúvida sobre estes procedimentos, todos responderam que sim. Nota-se, portanto, que há a informação, mas não há a solicitude de verificar o entendimento do usuário.

Ainda com relação às informações recebidas pelos prescritores, 78% relatou estar agradados com o informe recebido. Porém, quando questionados como se sentiam frente às informações recebidas na farmácia cidadã, no momento do fornecimento, 63% disseram estar agradados. Dessarte o usuário se agrada mais com as informações recebidas fora da farmácia cidadã.

Em seguida, foi questionado quanto ao cuidados e manejo da dieta, através de pergunta de sim ou não acerca do recebimento de informações pelo prescritor sobre o modo de preparo, armazenamento, tempo de infusão, cuidados com a sonda, excedente e reações adversas.

Todos os usuários responderam sim, que receberam informações, quanto ao modo de preparo. Outros 66% receberam informação acerca do armazenamento das latas e a mesma porcentagem também afirmou receber informação do cuidado com a sonda. Mais da metade dos usuários informou que foi lhe dito acerca das reações adversas e 79% receberam informações sobre o que fazer com o excedente. No entanto todos os pacientes não sabiam do tempo para infusão da dieta e 13% relataram que guarda o excedente na geladeira para posterior aproveitamento, quando questionados o tempo e o que faziam, caso sobrasse o alimento no frasco, após a preparação. Este dado aponta que ainda que satisfeitos com a informação recebida por quem prescreve o alimento, o usuário apresenta dificuldade de prestar cuidados básicos com o alimento em uso. O agrado do paciente frente às orientações recebidas, não reflete o conhecimento acerca de noções elementares da infusão da dieta enteral.

Quando questionados sobre o recebimento de informações na farmácia cidadã ao tempo do recebimento das latas apenas 12% afirmou receber informações, no entanto, em todos os casos eram explicações sobre documentos e burocracias. Ainda, mais da metade relatou agrado com o tempo de atendimento, quando já estava em atendimento no balcão, e o tempo médio relatado foi de 5 a 10 minutos. Cassaro et al (2013) em estudo nas mesmas farmácia auferiu tempo de atendimento similar aos relatados por estes usuários.

Dentre os usuários entrevistados, apenas 01 relatou ter sido questionado se tinha dúvidas acerca das dietas. Observa-se que a informação não está chegando ao paciente no momento em que recebe o alimento e que a função social da farmácia cidadã em prestar atendimento humanitário, cujo enfoque encontra-se no contato profissional-paciente, não está sendo eficaz, visto o curto prazo de contato entre os

protagonistas não é o suficiente para prestação de atenção farmacêutica tampouco para questionar e informar acerca dos alimentos enterais.

Os usuários informaram ter conhecimento do fornecimento pela farmácia cidadã das dietas através do prescritor 92%, logo, esta informação veio da rede privada conquanto a maior parcela dos entrevistados terem prescritores particulares. Com isso questiona-se se este tipo de alimentação está chegando àqueles que necessitam de maior assistência do Estado. Além disso, tais informações deveriam iniciar na assistência farmacêutica, personificada, neste caso, nas farmácias cidadãs estaduais ou na rede pública de assistência à saúde.

Outros 45% relataram ter faltado lata de dieta ou fórmula nutricional ao final do mês, mesmo recebendo a quantidade exata solicitada. Responderam que para solucionar tais ausências, recorreram à dieta artesanal (aquela preparada manualmente com alimentos) 61% e a compra. Este dado pode estar relacionado ora cálculo descoincidente do estabelecido em portaria, conforme apresentado na análise processual ora na ausência de conhecimento do modo de preparo relatado pelos usuários.

Ainda, em nenhum caso os usuários souberam informar como proceder nas situações de distúrbios gastrointestinais, como diarreia, constipação, distensão abdominal, refluxo e vômito. Disseram que recorrem ao prescritor quando ocorre intercorrências e têm dúvidas, mas que não há explicações anteriores ao distúrbio. Tal dado reflete o modelo de saúde baseado na doença e não na prevenção de agravos de saúde.

## **6. PERSPECTIVAS**

O novo conceito de farmácia cidadã proposto pela SESA/GEAF cujo pilar refere-se ao atendimento humanizado pode ser mais bem explorado se primeiramente fosse realizados treinamentos aos profissionais (farmacêuticos) atuantes que poderiam suprir demandas e dificuldades apresentadas pelos usuários. Nota-se que a divergência de nomenclatura “fornecimento” e “dispensação” vai além das

encontradas na portaria e artigos, o farmacêutico não se vê na função de prestar atenção farmacêutica acerca de dietas e fórmulas nutricionais, devido a interpretação errônea de que tal tema é função de outro profissional. Ainda, há a possibilidade de se implantar atuação de equipe multidisciplinar que exerceria visita domiciliar a diversos usuários da Farmácia, dentre eles, o objeto deste estudo.

A presença de uma equipe nas Farmácias Cidadãs do Estado está respaldada pelas diretrizes do SUS, que estimula o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (AB) e equipes de Atenção Domiciliar (AD), como parte da oferta de cuidados em rede (BRASIL, 2015);

A AD é considerada um componente dos cuidados continuados à saúde, pois objetiva promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Desse modo, uma equipe exclusiva para atender as demandas das farmácias poderiam minimizar agravos de saúde e gastos públicos inadequados. Verifica-se a necessidade de acompanhamento próximo aos usuários de TN que necessita ser organizada e qualificada como prática de cuidado no âmbito domiciliar. Uma assistência (farmacêutica, nutricional e de enfermagem) àquele paciente que não é visto pelo profissional que atualmente o acompanha (como demonstrado) alteraria o cenário atual de descondições de parâmetros antropométricos, de cálculos nutricionais, de infusões de dietas e de informações e procedimentos.

Verificou-se que o tempo de atendimento, relatado pelo paciente, e auferido em estudo anterior (CASSARO, 2013) para fornecimento de fórmulas nutricionais não é suficiente para esclarecimento de dúvidas e transmissão de informações necessárias. Apesar de este profissional não ter a competência privativa para realizar esta função, diariamente, fornece diversas fórmulas aos mais variados usuários que, foi observado que encontra-se carente de informação.

Dúvidas quanto ao manejo, preparo, armazenamento e cuidados com a via de administração podem acarretar em desperdício e uso inadequado da dieta. Verificou-se nas entrevistas a insuficiência das informações recebidas e despreparo quanto a situações comuns ao usuário de alimentação enteral e fórmula nutricional. Estes fatores poderiam ser minimizados com a visita de Enfermeiro e Nutricionista em domicílio.

Erros na adequação de cálculo conforme portaria pode inferir diretamente na quantidade de fórmula que é solicitada, desta forma, o paciente pode estar consumindo além ou aquém de suas necessidades calóricas, que imiscuir-se diretamente na manutenção de seu estado de saúde. Conforme apresentado, o erro de cálculo da dieta é desmedido e o dado de 60% diferente ao apresentado em portaria demonstra duas situações, ou que a mesma precisa ser revista ou que aquele que prescreve não o faz adequadamente. E se a segunda hipótese estiver precisa, os valores gastos pelo Estado com alimentação enteral pode não refletir a real conjuntura da população assistida.

A maior parte dos usuários realiza o acompanhamento pelo SUS, (análise processual), além disso, quase a totalidade é representada legalmente, neste caso, quando questionadas se o paciente era assistido pelo profissional que prescrevia, mais da metade respondeu que não, devido à dificuldade de locomoção do paciente. Nestes casos, o profissional baseava-se nas informações fornecidas pela família para a continuação do tratamento. Com isso, a reciprocidade no cuidado no domicílio, entre a equipe de saúde e a família, pode favorecer uma melhor identificação das necessidades do indivíduo possibilitando, assim, o planejamento de cuidado mais integral, adequado e humanizado (BRASIL, 2015).

Além disso, observou-se grande variedade de prescritores para único paciente (acima de 2 prescritores em três trimestres representam 83% dos estudados). Com isso, observa-se que não há possibilidade de acompanhamento de qualidade do estado de saúde deste paciente visto elevada rotatividade de profissionais assistentes. Neste caso, num cenário ideal, a equipe multidisciplinar faria uma visita

mensal por paciente, a fim de adequar cálculos, verificar comorbidades, armazenamento, manejo e orientar quanto aos cuidados com a terapia em uso. A AD efetivaria o estabelecido no novo modelo de farmácia pública estadual tendo em vista o enfoque humanizado e individualizado ao paciente, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo aponta que a hipótese inicial está adequada aos dados obtidos, uma vez que foi verificado presença de lacunas no processo de fornecimento de dieta enteral pelas farmácias cidadãs do estado.

Diversas falhas desde as mais simplórias tais como disparidade de termos até as mais complexas, como ausência de dados imprescindíveis foram constatadas. Verificou-se ainda que a dificuldade dos prescritores em se utilizar dos parâmetros preconizados pela portaria para base de cálculo para solicitação da dieta é consideravelmente alta e a realização correta deste dado infere diretamente no quantitativo mensal a ser consumido e, por conseguinte nos custos do governo com estes insumos.

Apesar de os critérios de inclusão serem estimados em quase 80% dos casos, 15% apresentaram problemas que encerrariam o tratamento nutricional. Alguns destes problemas poderiam ser sanados com ajuste da portaria para melhor atender o usuário, tal como prever o processo de desmame da alimentação enteral, outros, deveriam ser mais prudentemente avaliados.

O exposto aponta a necessidade, por parte da gestão, de oferecer treinamento aos profissionais envolvidos na prescrição, avaliação do processo para liberação e no fornecimento dessas dietas. Aditivamente é momentoso expor a importância de se ter uma equipe multidisciplinar na farmácia cidadã, que em um cenário ideal, acompanharia o tratamento destes usuários e promoveriam o uso adequado da alimentação enteral bem como cuidados com sondas, curativos, manejo e situações adversas que podem acarretar em desperdício ou agravos de saúde. Ainda, a

equipe averiguaria a necessidade do paciente ao cálculo e pedido junto à farmácia cidadã, de modo que sua necessidade para manutenção e qualidade de vida seja corretamente executada, sem aquém ou além de suas necessidades.



## 8. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Emenda Constitucional 64**. Brasília: Senado Federal, 2010.

BRASIL. Lei n° 8.080. **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. **I Conferência Nacional de Segurança Alimentar: Relatório Final**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. **Alimentação e Nutrição no Brasil**. Brasília, 2009. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cgan.php>. Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

BRASIL. **Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 38: Tendências atuais na gestão da saúde Política de Assistência Farmacêutica do Estado do Espírito Santo**. Disponível em [http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material %20CONSAD/painéis II congresso consad/painel 38/politica de assistencia farmaceutica do estado do espirito santo.pdf](http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/painéis%20II%20congresso%20consad/painel%2038/politica%20de%20assistencia%20farmaceutica%20do%20estado%20do%20espírito%20santo.pdf). Acesso em: 15 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados em terapia nutricional**, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização- a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: World Health Organization; 1995. WHO technical report series 854.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2013.

BRASIL-Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle. Seção 1, p. 45-51

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 272 de 08 de Abril de 1998. **Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Parenteral**. Disponível em <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/portaria%20%20n%20272%201998.pdf>. Acesso em: 20/08/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 710 de 10 de Junho de 1999. **Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Disponível em [HTTP://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710\\_10\\_06\\_1999.html](HTTP://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710_10_06_1999.html). Acesso em: 20/08/2015

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63**. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 338. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: medicamentos excepcionais. Secretaria de Assistência à Saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 337, de 14 de abril de 1999. **Aprovado o Regulamento técnico para a terapia de Nutrição enteral.** Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 1999.

BRASIL. Secretaria Executiva Nacional de Ação e Cidadania. **Primeira Conferência Nacional de Segurança Alimentar.** Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar, 1995.

CASSARO, K.O.S.. **LEVEL OF SATISFACTION OF CLIENTS OF PUBLIC PHARMACIES DISPENSING HIGH-COST DRUGS IN ESPÍRITO SANTO, BRAZIL.**2013. Dissertação (mestrado). Programa de Pós graduação em Assistência farmacêutica. Universidade Vila Velha, Espírito Santo. 2013.

CAMPELO, Karina Uggere de Andrade. **AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ACORDO COM O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE NAS FARMÁCIAS CIDADÃS DO ESPÍRITO SANTO.**2017. 58 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Vila Velha, Espírito Santo, 2017.

DOS SANTOS, S.C.M.et al. **Política de Assistência Farmacêutica do Estado do Espírito Santo.** CONSAD, Gestão Pública. Vitória, 2017.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH). **Assembleia geral da ONU.** 1948.

ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 1956-R de 07 de novembro de 2007. **Aprova a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo e dá outras providências,** 2007.

ESPIRITO SANTO. **Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica - GEAF.** Disponível em <https://farmaciacidade.es.gov.br/geaf>. Vitória, 2017.

ESPÍRITO SANTO. Farmácia cidadã. **Dietas e fórmulas nutricionais; Indicadores Nutrição 2014.** Disponível em <http://farmaciacidada.saude.es.gov.br/default.asp>.

ESPIRITO SANTO. Farmácia cidadã. **Farmácia cidadã estadual.** Disponível em <http://farmaciacidada.es.gov.br/farmacia-cidada-estadual>.

ESPÍRITO SANTO. Portaria 054-R de 28/04/2010. **Critérios de uso de fórmulas de uso infantis e dietas enterais pediátricas para situações especiais.** Diário Oficial dos Poderes do Estado. Vitória, p.25-30, 2010.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. Gerência Estadual da Assistência Farmacêutica. **Parâmetros e orientações gerais para implantação de farmácia cidadã na atenção primária à saúde.** Disponível em: [www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br). Acesso em 12/10/2016

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

JOÃO, W. DA S. J. Humanização na Saúde. **Pharmacia Brasileira**, Brasília. p. 13-14. Jun./ ago. 2010. Disponível em: [http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/127/013a014\\_artigo\\_walter\\_jorge.pdf](http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/127/013a014_artigo_walter_jorge.pdf).

LIMA, G.S. **Componente Básico da Assistência Farmacêutica.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

MITNE, C. **Preparações não industrializadas para nutrição enteral.** In: WAITZBERG, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 629-657.

MOREIRA, D.P. et al. **Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas**

**Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.32 no.7. Rio de Janeiro, 2016NOVAES, M.R.C.G. **Terapia nutricional parenteral.** In: Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências farmacêuticas - uma abordagem em farmácia hospitalar. Ed. Atheneu, 2001; (25): 449-469.

NOVAES, M.R.C.G. **Terapia nutricional parenteral.** In: Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências farmacêuticas - uma abordagem em farmácia hospitalar. Ed. Atheneu, 2001; (25):449-469.

PEREIRA, T.N, et al. Perfil das demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil. **Revista Demetra**, 9 (supl.1) 199-214, 2014.

PEROTE, G. M., VIEIRA, R. Q. **Nutrição Enteral e risco de contaminação microbiológica: uma revisão de literatura.** Nutrivisa – Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde, Vol 1, Núm 3

PINHEIRO, A.R de O. A alimentação saudável e a promoção de saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **CEBES: saúde em debate.** Rio de Janeiro, v.29, n.70, p.125-139, 2005.

RANGEL, T.L.V. **O direito humano à alimentação adequada em uma ótica regionalizada: uma reflexão sobre a universalização da alimentação a partir de uma perspectiva da bioética.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVIII, n. 141, out 2015.

RAUEN, M.R., MOREIRA, E.A.M., CALVO, M.C.M., LOBO, A.S. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Revista Nutrição.** Rev. Nutr. vol.21 no.3 Campinas May/June 2008

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARRETO, R.B.; ALMEIDA, M.F.; SILVA, Z. P. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003.** Cad. Saúde Pública, v.11, n.4, p.1011-1022, 2006.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Editora Áurea, 2009.

ROVERS, J. P., Currie JD. **A Practical Guide to Pharmaceutical Care: a clinical skills primer.** 3rd. American Pharmacists Association - Washington. 2007. 259 p

SAMPAIO, H.A.C., SABRY M.O.D. **Nutrição em Doenças Crônicas: prevenção e controle.** São Paulo: Editora Atheneu, 2007. 5. Busnello FM. Aspectos Nutricionais no Processo do Envelhecimento. São Paulo: Editora Atheneu, 2007

SOUZA, R., FRAGA, J.S., GATTSCHELL, A., BUSNELLO, F.M., RABITO, E.I. **Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC.** Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.16 no.1 Rio de Janeiro, 2016

THOMAZ, P.M.D. et al. Validação de peso, altura e índice corporal autorreferido na população adulta de Brasília. **Revista Brasileira Epidemiol.** Brasília, 2013; 16(1): 157-69.

# APÊNDICE

**FORMULÁRIO I: Análise do perfil dos usuários para uso de Fórmulas Nutricionais: Adolescente e Adultos.**

**1. Município de localização da farmácia:**

( ) Vitória ( ) Nova Venécia ( ) Colatina ( ) Vila Velha ( ) Cariacica

( ) Cachoeiro ( ) Venda Nova ( ) São Mateus ( ) Linhares ( ) Serra.

**2. Dados sócio-econômicos**

Nome: \_\_\_\_\_ N° processo: \_\_\_\_\_

Idade (anos/meses): \_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Representante legal ( ) Sim ( ) Não

**3. Raça, cor, etnia declarada.**

( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) não relata ( ) Outras.

Informar etnia \_\_\_\_\_

**4. Dados complementares do primeiro fornecimento**

Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_.

Prescritor \_\_\_\_\_.

Uso de dieta artesanal prévia: ( ) sim ( ) não ( ) não relata

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

Classificação- CID 10 \_\_\_\_\_

Fórmula Nutricional Solicitada: ( ) A1 ( ) A2

Data abertura do processo: \_\_\_\_\_

.Data primeiro fornecimento: \_\_\_\_\_

Previsão de Uso (meses): \_\_\_\_\_

Histórico de doenças (outras não incluídas no CID para fórmulas): \_\_\_\_\_

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. ( ) Não relata. Se sim, Grau ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Não informado

Consumo diário(g): \_\_\_\_\_ consumo mensal(g): \_\_\_\_\_ Recebeu quantidade solicitada: ( ) Sim ( ) Não. Base de calculo \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_. Cálculo conforme portaria: ( ) Sim ( ) Não.

**FORMULÁRIO II: Avaliação do processo de dispensação de Fórmulas Nutricionais atendidos nas Farmácias Cidadãs do Espírito Santo de acordo com a PORTARIA 054-R de 29 de abril de 2010 do Ministério da Saúde.**

**1 – Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (LFN), preenchido corretamente.**

( ) Sim ( ) Não . Erro:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

6 \_\_\_\_\_

7 \_\_\_\_\_

8 \_\_\_\_\_

1.1- Apresentações dos laudos trimestrais conforme a PORTARIA 054-R de 29 de abril de 2010 do Ministério da Saúde.

1 ( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_ 2( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_

3( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_ 4( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_

5( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_ 6( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_

7( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_ 8( ) Sim ( ) Não erro:\_\_\_\_\_

## 2. Dados dos exames trimestrais

**1 trimestre:** Peso (kg):\_\_\_\_\_Altura (cm): \_\_\_\_\_IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( )GTT ( )JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( )2 ( )3 ( ) Não relata

Consumo diário(g):\_\_\_\_\_consumo mensal(g): \_\_\_\_\_ Base de  
calculo \_\_\_\_\_x\_\_\_\_\_ .

Cálculo conforme portaria: ( ) Sim ( )Não Prescritor:\_\_\_\_\_

**2 trimestre:** Peso (kg):\_\_\_\_\_Altura (cm): \_\_\_\_\_IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( )GTT ( )JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( )2 ( )3 ( ) Não relata

**3 trimestre:** Peso (kg):\_\_\_\_\_Altura (cm): \_\_\_\_\_IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Não relata

**4 trimestre:** Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Não relata

**5 trimestre:** Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Não relata

**6 trimestre:** Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Não relata

**7 trimestre:** Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Não relata

**8 trimestre:** Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Estado nutricional: ( ) desnutrição leve ( ) desnutrição moderada ( )  
desnutrição severa ( ) Outros – especificar: \_\_\_\_\_

Via de administração: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

Presença de UP: ( ) Não ( ) Sim. Se sim, Grau ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Não relata

### **3 - Prescritor**

( ) Médico Gastroenterologista ( ) Médico Geriatra ( ) Médico Neurologista ( )  
Médico Nutrólogo ( ) Médico oncologista ( ) Nutricionista ( ) Outro.  
Especificar: \_\_\_\_\_

### **4 – Origem do processo de dispensação:**

( ) Secretaria de Saúde Estadual ( ) Processo Judicial ( ) Particular

### **5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

( ) Uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência  
por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada  
com pelo menos uma das seguintes condições clínicas.

( ) Pacientes portadores de neoplasias que causem obstruções do trato  
gastrointestinal (definidas de acordo com os CIDs incluídos na Portaria 054-R  
item 2)

( ) Pacientes com disfagia neurológica grave, decorrente de: acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo crânio-encefálico, doença de Alzheimer, Parkinson, demência vascular, esclerose múltipla ou esclerose lateral amiotrófica.

#### OBSERVAÇÃO

- O diagnóstico isolado da doença não é critério exclusivo para uso de terapia nutricional, pois possivelmente poderão retornar alimentação por via oral de forma a garantir a oferta necessária de macro e micro nutrientes.

#### **6.CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

( ) Pacientes que requeiram regimes terapêuticos específico em longo prazo para o tratamento de doenças como erros inatos do metabolismo, doença cardíaca, hepática ou renal crônica.

( ) Desordens alimentares e obesidade

( ) Uso concomitante de alguma forma de alimentação via oral

OBSERVAÇÕES:

---

**FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA: Avaliação do nível de conhecimento e informação recebida dos usuários acerca das fórmulas nutricionais recebidas – FORMULAS NUTRICIONAIS PARA ADOLESCENTE E ADULTOS**

**1. Município de localização da farmácia:**

( ) Vitória ( ) Nova Venécia ( ) Colatina ( ) Vila Velha ( ) Cariacica ( ) Cachoeiro  
( ) Venda Nova ( ) São Mateus ( ) Linhares ( ) Serra.

**2. Dados sócio-econômicos**

Nome: \_\_\_\_\_ N° processo: \_\_\_\_\_

Representante legal: ( ) Sim ( ) Não Caso positivo: Nome: \_\_\_\_\_

Idade (anos/meses): \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo  
( ) Médio incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Pós-graduação

Renda Familiar Mensal:

( ) < 1 Salário Mínimo ( ) 1-2 Salários Mínimos ( ) 3-5 Salários Mínimos

( ) 6-10 Salários Mínimos ( ) > 10 Salários Mínimos

**3. Raça, cor, etnia, declarada:**

( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena - ( ) Outras. Informar etnia \_\_\_\_\_

#### 4. Prescritor

( ) Gastroenterologista ( ) Geriatria ( ) Neurologista ( ) Nutrólogo

( ) Oncologista ( ) Nutricionista

5. Fórmula Nutricional Solicitada: ( ) A1 ( ) A2

6. Origem do processo de dispensação ( ) SESA ( ) Processo judicial ( ) Particular Caso via judicial, por quê? \_\_\_\_\_

#### 7. Dados acerca do conhecimento das fórmulas

1) Recebeu informações do médico e nutricionista acerca da terapia nutricional em uso? ( ) Sim ( ) Não

2) O que achou das informações dadas pelo médico e/ou nutricionista: ( ) muito insatisfeito ( ) "insatisfeito ( ) indiferente ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito

3) Recebeu informações do Farmacêutico da Farmácia Cidadã sobre a fórmula nutricional que foi entregue ( ) Sim ( ) Não

4) Achou suficiente o tempo de atendimento do farmacêutico na farmácia cidadã? ( ) sim ( ) não

5) Qual foi o tempo aproximado de atendimento na farmácia cidadã?  
\_\_\_\_\_

6) O que achou das informações dadas pelo Farmacêutico? ( ) muito insatisfeito ( ) "insatisfeito ( ) indiferente ( ) satisfeito ( ) muito satisfeito

7) Foi questionado em algum momento no recebimento da fórmula, na farmácia cidadã, se havia dúvidas a respeito da mesma? ( ) Sim ( ) Não

8) Qual a patologia de base?

---

9) Sabe o motivo de fazer uso de fórmulas nutricionais? ( ) Sim ( ) Não Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

10) Qual a previsão de uso em meses das fórmulas nutricionais \_\_\_\_\_

11) Há quanto tempo faz uso de fórmula nutricional ( ) menos de 6 meses

( ) 1 a 2 anos ( ) 3 anos ou mais

12) Qual a via de administração da dieta? ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) JTM

13) Quem é o responsável pela elaboração e administração da dieta l? ( ) familiar ( ) profissional de saúde

14) Qual o local de armazenagem da lata da dieta? \_\_\_\_\_

15) O que faz com o excedente da dieta preparada? ( ) despreza ( ) guarda na geladeira para reutilização ( ) Não sobra

16) Foi informado do tempo para “correr a dieta” ? ( ) Sim ( ) Não

17) Quais cuidados com a sonda que você faz após a dieta? \_\_\_\_\_

18) A quem recorre quando tem dúvidas acerca da das fórmulas nutricionais ( modo de uso, preparo...)?

( ) médico ( ) farmacêutico ( ) Outros.  
Quem? \_\_\_\_\_

19) Já faltou dieta no mês? (recebeu a quantidade solicitada) ( ) Sim ( ) Não

Se positivo, como procedeu? \_\_\_\_\_ 20)

O usuário reside: ( ) com familiares ( ) ILPI ( ) Cuidador.

21) Foi informada sobre como proceder em casos de distúrbios gastrointestinais?

21) O paciente apresenta ocorrência de 4 ou mais evacuações líquidas ou semi líquidas, em moderada a grande quantidade, em 24 horas, com frequência? ( ) sim ( ) não Se sim, como procede? \_\_\_\_\_

22) O paciente apresenta ocorrência constipação com frequência? ( ) sim ( ) não Se sim, como procede? \_\_\_\_\_

22) O paciente apresenta ocorrência de vômitos ou resíduos gástricos alto?

( ) sim ( ) não

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# ANEXO