



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CAMPUS MACAÉ

CURSO DE FARMÁCIA



Avaliação da assistência farmacêutica em unidades de saúde para a promoção do uso racional
de medicamentos

VANESSA REIS CONCEIÇÃO

Macaé
Junho de 2014

VANESSA REIS CONCEIÇÃO

Título: Avaliação da assistência farmacêutica em unidades de saúde para a promoção do uso racional de medicamentos

Monografia Apresentada ao Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – Campus Macaé como um dos requisitos para obtenção do título de farmacêutico

Orientadora: Profa. Dra. Magdalena Nascimento Rennó

Co-orientadora: Profa. Dra. Paula Alvarez Abreu

Macaé
Junho de 2014

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dar força e fé para concluir essa etapa.

Aos meus pais, Julio e Isene, por acreditarem e investirem em mim durante esse tempo de faculdade.

À minha família pelas orações e apoio.

Ao meu namorado Marcos por me apoiar nas decisões, pela paciência nos momentos difíceis e por me incentivar a atingir meus objetivos.

À minha orientadora Profa. Dra. Magdalena e co-orientadora Profa. Dra. Paula pela dedicação, ensinamentos e por acreditarem na minha capacidade.

Aos meus amigos pelos momentos de descontração vividos durante essa etapa.

Aos meus companheiros do PET-Saúde pelo apoio e ajuda.

Aos preceptores do projeto Natalia Antunes, Natalia Cysneiros e Alexandre Seady pela ajuda durante a pesquisa.

À equipe do LAMCIFAR pelos momentos compartilhados ao longo desses anos.

Ao Ministério da Saúde pelo projeto PET- Saúde.

Ao Fundo Nacional da Saúde (FNS) pela bolsa Pet-Saúde concedida.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação de estabilidade relacionada a medicamentos e descrição de cada tipo.....	8
Quadro 2	Possíveis indicativos de alterações na estabilidade de medicamentos.....	8
Quadro 3	Denominações das listas de substâncias sujeitas a controle especial.....	24
Tabela 1	Dados referentes às condições da área física da farmácia das unidades de saúde.....	15
Tabela 2	Atuação do profissional farmacêutico nas unidades de saúde.....	18
Tabela 3	Dados relacionados à farmácia da unidade e aos dispensadores.....	21
Tabela 4	Quantidade de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) nas unidades de saúde.....	26
Tabela 5	Dados referentes ao sistema de informatização das unidades.....	29
Tabela 6	Unidades que possuem Procedimento Operacional Padrão (POP) escrito para auxiliar nas atividades exercidas e dispensação de medicamentos.....	31
Tabela 7	Dados referentes ao controle de medicamentos não atendidos no receituário por unidade de saúde.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEME	Central de Medicamentos
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEF	Dicionário de Especialidades Terapêuticas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional da Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRM	Problemas Relacionados aos Medicamentos
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMEME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SINAN	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
1.1. Sistema Único de Saúde e atenção básica.....	1
1.2. Política Nacional de Medicamentos.....	3
1.3. Política Nacional de Assistência Farmacêutica.....	5
1.4. Assistência Farmacêutica.....	5
1.5. Uso Racional de Medicamentos.....	10
2. Justificativa.....	12
3. Objetivos.....	13
3.1. Objetivo geral.....	13
3.2. Objetivos específicos.....	13
4. Metodologia.....	13
5. Resultados e Discussão.....	14
6. Conclusão.....	40
7. Referências Bibliográficas.....	42
APÊNDICES	
APÊNDICE A.....	49
APÊNDICE B.....	52

RESUMO

A Assistência Farmacêutica consiste em um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Desta forma, o trabalho tem como objetivo diagnosticar a Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família e discutir ações para a promoção do uso racional de medicamentos (URM) e melhoria da atenção à saúde. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário aplicado aos responsáveis pelas unidades de saúde de um município do norte-fluminense do estado do Rio de Janeiro. Os dados obtidos foram analisados com o auxílio dos programas Epidata e Excel. O estudo permitiu um diagnóstico situacional da assistência farmacêutica nas unidades de saúde da família possibilitando detectar como pontos positivos, o gerenciamento de descarte de medicamentos vencidos, controle de estoque e registro de perdas de medicamentos. Destacou-se alguns pontos que poderiam ser investidos e atividades a serem reorganizadas para contribuir para a promoção do URM, como a área física da farmácia, maior inserção do farmacêutico junto à equipe; a educação continuada dos funcionários e a informatização das unidades. O URM e a promoção à saúde devem ser os objetivos principais das unidades e podem contribuir para a melhoria da atenção à saúde e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Assistência farmacêutica, uso de medicamentos, atenção primária à saúde, saúde da família

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença ou de enfermidade. O melhor estado de saúde constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social (OMS, 1946). Sendo dever do Estado, prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que visem à redução dos riscos de doenças e agravos. Além de estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para que haja sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

No passado, a responsabilidade de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias, era centralizado no Ministério da Saúde. No entanto, esse quadro muda com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população (BRASIL, 2011a).

São muitos os fatores determinantes e condicionantes para a saúde. Sendo esta, de responsabilidade não só de serviços de saúde ou do uso de medicamentos, mas também, de cunho pessoal, como o estilo de vida. Os níveis de saúde da população podem ser utilizados para expressar a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

1.1 Sistema Único de Saúde (SUS) e atenção básica

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990). Possui algumas prioridades, sendo o fortalecimento da Atenção Básica (AB) uma delas (BRASIL, 2011a). A atenção básica consiste num conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tendo por objetivo desenvolver uma atenção integral que tenha efeito positivo na situação de saúde da população (BRASIL, 2012a).

A AB possui como objetivos assumir a estratégia de saúde da família (ESF) como estratégia prioritária; consolidar, ampliar e qualificar a ESF; garantir a estrutura necessária ao

funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos dentre outros objetivos (BRASIL, 2011a). Além de desenvolver ações de qualificação dos profissionais da AB por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização (BRASIL, 2008b).

As UBS desempenham um papel central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade. Para isso é necessário que as unidades apresentem infraestrutura adequada para o atendimento à população, sendo este um dos grandes desafios para o país (BRASIL, 2012a). Além disso, as farmácias das UBS devem dispor de uma estrutura adequada, além de equipamentos, recursos humanos e procedimentos que atendam as boas práticas de dispensação. Devendo, também, ter acesso independente, de modo que não permita a circulação desnecessária de pessoas no ambiente. A ESF visa à reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do SUS. Deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, na forma de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para populações delimitadas. A ESF deve estar integrada a uma rede de serviços, de forma que seja garantida a atenção integral continuada à saúde de uma população de até quatro mil pessoas residentes em seu território de abrangência aos indivíduos e às famílias (BRASIL, 2012a).

O trabalho de uma equipe de saúde da família tem início com o mapeamento do território e do cadastramento da população, para que seja realizado um diagnóstico de saúde da comunidade. Com base nisso, é realizado o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais. A ESF tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na AB dos diferentes municípios nas quais foi implantada (BRASIL, 2008c).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em janeiro de 2008, publicado pela Portaria GM nº 154/08, tendo por objetivo desenvolver e aprimorar um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. As diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas, centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde (BRASIL, 2012a).

O NASF visa cumprir suas funções atuando em oito áreas estratégicas: atividade física; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (MÂNGIA E LANCMAN, 2008).

Para promover e concretizar os objetivos da saúde foram estabelecidas Políticas Farmacêuticas, como a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006a).

1.2 Política Nacional de Medicamentos (PNM)

A Política Nacional de Medicamentos, publicada em 30 de outubro de 1998 pela Portaria GM/MS nº 3.916, é um instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país. Foram muitos os fatores que motivaram a formulação dessa política, dentre os principais podem-se destacar: problemas na qualidade dos medicamentos; uso irracional dos mesmos; desarticulação da assistência farmacêutica; desorganização dos serviços farmacêuticos e problemas na garantia de acesso da população aos medicamentos (BRASIL, 1998b).

A PNM apresenta um conjunto de diretrizes para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes, de qualidade e ao menor custo possível e possui como prioridades a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos (BRASIL, 2001a).

A RENAME foi instituída, em 1975, pela Portaria nº 223 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a proposta de ser revisada periodicamente (BRASIL, 1975 *apud* COSENDEY *et al.*, 2000). A RENAME consiste numa lista de medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis a quem deles necessitam e sua apresentação deve assegurar formas farmacêuticas e dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos. Portanto, a RENAME trata-se de um meio fundamental para orientar a padronização da prescrição e do abastecimento, no âmbito do SUS, constituindo um mecanismo para a redução dos custos dos produtos (BRASIL, 2001a).

A RENAME deve ser utilizada para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas de acordo com a respectiva situação epidemiológica. Na atualização da RENAME deve-se enfatizar o conjunto de medicamentos voltados à assistência ambulatorial, ajustado de acordo com as doenças mais comuns à população, que devem ser definidas previamente, segundo critérios epidemiológicos (BRASIL, 2001a).

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME consiste numa medida indispensável, uma vez que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na qualidade, na eficácia terapêutica comprovada e na disponibilidade dos produtos (BRASIL, 2001a).

A RENAME norteia as Relações de Medicamentos Essenciais Estaduais e Municipais (REMEME). A REMEME elenca todos os medicamentos, de uso ambulatorial, disponíveis no âmbito do Estado listando medicamentos do componente básico, estratégico e especializado (SILVA, 2014). A REMEME contribui para a qualificação do cuidado em saúde e deve elevar a confiança da sociedade no SUS. A relação deve ser instrumento mestre para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS no Estado (SES-MG, 2014).

A garantia do acesso aos medicamentos da atenção básica nos municípios tem início na seleção dos medicamentos que compõem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Essa lista deve ser elaborada considerando a prevalência e a incidência de doenças e a organização dos serviços de saúde. Devido ao processo de descentralização da gestão da saúde, os municípios assumiram a responsabilidade direta pela atenção à saúde (DE ASSUNÇÃO, SANTOS E BLATT, 2013).

A reorientação da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 2001a).

De acordo com a PNM, para que ocorra a promoção do URM deve-se priorizar o processo educativo dos consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção do tratamento e da troca de medicamentos prescritos. Paralelamente, é preciso realizar ações dirigidas aos profissionais prescritores e aos dispensadores (BRASIL, 2001a). Além disso, é preciso que intensifique a fiscalização das propagandas de produtos farmacêuticos, tanto as direcionadas aos médicos, quanto as destinadas ao comércio farmacêutico e à população. As propagandas devem se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente (BRASIL, 2001a). Atualmente, a Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008, aprovada pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), apresenta os preceitos nos quais as propagandas de produtos farmacêuticos devem obedecer rigorosamente (BRASIL, 2008a).

1.3 Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Consiste numa política norteadora para a formulação de políticas setoriais, mantendo a intersectorialidade inerente ao SUS. Esta política envolve tanto o setor público como o privado de atenção à saúde para sua implantação (BRASIL, 2004b).

A PNAF deve englobar um conjunto de eixos estratégicos, destacando a manutenção e qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, a utilização da RENAME como instrumento racionalizador das ações e a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo de medicamentos (BRASIL, 2006a).

1.4 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica possui caráter sistêmico e multidisciplinar. Consiste numa ação de saúde pública e é parte integrante do sistema de saúde (SESA, 2008). A Política Nacional de Medicamentos define Assistência Farmacêutica como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001a).

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica definiu Assistência Farmacêutica como:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto 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, 2004b).

Em 1971 foi instituída a Central de Medicamentos (CEME), responsável pelo fornecimento de medicamentos à população de baixa renda. A CEME se caracterizava pela política centralizada de aquisição e distribuição de medicamentos, sendo o órgão que iniciou a Assistência Farmacêutica como política pública no país. Em 1997 foi desativada e suas atribuições, incluindo a Assistência Farmacêutica, foram transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

A desativação da Central de Medicamentos (CEME) ocorreu devido às muitas críticas de sua ineficiência e desperdícios. Isso por ter ocorrido um desvio dos objetivos iniciais da CEME, principalmente com relação à Assistência Farmacêutica, que se tornou uma distribuidora de medicamentos, em consequência, especialmente, da falta de contribuição dos profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos. Com o fim da CEME e a proposta de Reorientação da Assistência Farmacêutica, pela Política Nacional de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica passa a ter todas as suas atividades voltadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais e o seu uso racional (PORTELA *et al.*; 2010).

Dentre as muitas funções da Assistência Farmacêutica, pode-se citar: selecionar e estimar necessidades de medicamentos, gerenciar o processo de aquisição dos mesmos e garantir condições adequadas para seu armazenamento, bem como, a gestão de estoque, a distribuição e a sua dispensação. Além de promover o uso racional de medicamentos e ações educativas para prescritores, usuários, gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2006a).

Para nortear as funções da Assistência Farmacêutica foi criado o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que consiste num sistema que engloba as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Essas atividades ocorrem numa sequência ordenada, portanto, a execução de alguma delas de forma errônea ou imprópria prejudica as outras, comprometendo seus objetivos e resultados (BRASIL, 2004a).

A seleção de medicamentos é a etapa inicial do ciclo, consistindo num processo de escolha de medicamentos, baseando-se em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos para a população (BRASIL, 2006a). A função de selecionar os medicamentos é da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), formada por profissionais das diferentes áreas para as quais os medicamentos serão selecionados (BRASIL, 2011b).

A programação é uma atividade que tem como objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados, nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população (MARIN *et al.*, 2003).

A aquisição de medicamentos, por sua vez, consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais a compra dos medicamentos, estabelecidos na programação, é efetivada. Tem como objetivo disponibilizar os medicamentos, em quantidade, qualidade e menor custo, visando manter a regularidade e o funcionamento do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006a).

O armazenamento envolve um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos com finalidade de assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos (BRASIL, 2006). Envolve as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação, controle de estoque e entrega de produtos, de modo a garantir a segurança e a qualidade dos medicamentos até sua dispensação ao usuário (BRASIL, 2011b). A estocagem dos medicamentos deve ser realizada sob condições de boas práticas de armazenamento, observando as especificidades quanto à ventilação, à iluminação, à temperatura, ao armazenamento e à segurança (BRASIL, 2008c).

O cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento é indispensável para a preservação dos medicamentos. A manutenção de sua estabilidade durante a distribuição e o armazenamento é fundamental para garantir sua efetividade, reduzir perdas e minimizar gastos (BRASIL, 2011b). A estabilidade do medicamento consiste no período pelo qual os medicamentos mantêm suas características físicas, químicas e farmacológicas, dentro dos limites estabelecidos, desde o processo de fabricação até o período de vida útil (BRASIL, 2004d). A estabilidade pode ser classificada em química, física, microbiológica, terapêutica e toxicológica (ANSEL *et al.*, 2000) (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação de estabilidade relacionada a medicamentos e descrição de cada tipo.

Classificação de estabilidade relacionada a medicamentos	Descrição
Química	Cada substância ativa do medicamento deve manter sua integridade e potência declarada dentro dos limites especificados
Física	Os medicamentos devem manter suas propriedades físicas originais, como aparência, cor, odor, pH, viscosidade etc.
Microbiológica	A esterilidade ou resistência do medicamento ao crescimento de microrganismo deve permanecer dentro dos limites estabelecidos.
Terapêutica	Os medicamentos devem manter sua atividade terapêutica inalterada.
Toxicológica	Não deve ocorrer aumento significativo de toxicidade dos medicamentos.

Fonte: Dados da tabela retirados de ANSEL *et al.*, 2000.

O Conselho Federal de Farmácia aponta alguns indicativos de possíveis alterações na estabilidade de medicamentos, de acordo com a forma farmacêutica (CFF, 2009) (Quadro 2).

Quadro 2: Possíveis indicativos de alterações na estabilidade de medicamentos.

FORMAS FARMACÊUTICAS	ALTERAÇÕES VISÍVEIS
Comprimidos	Quantidade excessiva de pó, quebras, lascas, rachaduras na superfície; manchas, descoloração, aderência entre comprimidos, formação de cristais sobre o produto.
Drágeas	Fissuras, rachaduras na superfície.
Soluções	Precipitação, formação de gases.
Soluções injetáveis	Turbidez, presença de partículas, formação de cristais, vazamento, mudança na coloração.
Suspensão	Precipitação, presença de partículas e grumos; cheiro forte; mudança de coloração; liberação de gases.
Emulsão	Quebra de emulsão, mudança na coloração, mudança de odor.
Cremes e pomadas	Diminuição do volume por perda de água, presença de líquido ao apertar a bisnaga, formação de grânulos e textura arenosa.
Pós	Presença de aglomerados, mudança na cor, endurecimento.

Fonte: CFF, 2009.

A distribuição trata-se do suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno (BRASIL, 2006a). E a dispensação de

medicamentos, definida pela Política Nacional de Medicamentos, é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta a apresentação de uma prescrição de um profissional de saúde autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 2001).

A responsabilidade de coordenar as atividades relacionadas ao ciclo é, basicamente, das gerências ou coordenações municipais. Além disso, devem acompanhar, avaliar e supervisionar as ações (BRASIL, 2011b).

O profissional farmacêutico é um ator importante no desenvolvimento de ações da Assistência Farmacêutica. De acordo com a Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004, do Conselho Federal de Farmácia, o profissional farmacêutico é definido como:

(...) um profissional da saúde, devendo executar todas as atividades inerentes ao âmbito profissional farmacêutico, de modo a contribuir para a salvaguarda da saúde pública e, ainda, todas as ações de educação dirigidas à comunidade na promoção da saúde (BRASIL, 2004c).

No entanto, a Assistência Farmacêutica, além desse profissional, deve contar com uma equipe multidisciplinar, capaz de responder pela operacionalização das atividades, pelo cumprimento das especificações técnicas e normas administrativas, pelo cumprimento dos aspectos jurídicos e legais, administrativos e financeiros, pelo sistema de informações e pela gestão eficiente do estoque. Portanto, para que isto ocorra, a Assistência Farmacêutica deve receber os recursos necessários para o desenvolvimento de suas atividades (BRASIL, 2011b).

Atualmente, a Assistência Farmacêutica representa um setor de grande impacto financeiro no âmbito das Secretarias de Saúde, devido a crescente demanda por medicamentos, sendo exigido um gerenciamento efetivo nesta esfera de gestão (SESA, 2008). Desta forma, é imprescindível que esta área seja gerenciada adequadamente, entendendo que gerenciar é alcançar resultados através de pessoas, utilizando de forma eficaz os recursos disponíveis (BRASIL, 2011b).

Um bom gerenciamento abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados, sendo esta de caráter permanente. Portanto, a avaliação dos resultados incorrerá em um novo planejamento, uma nova execução e assim sucessivamente (MARIN *et al.*, 2003).

Com o objetivo de qualificar a gestão e os serviços de Assistência Farmacêutica nos três níveis de governo, além de buscar aprimorar as ações de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação da mesma, em 2009 foi criado o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus (COSTA & NASCIMENTO JR, 2012).

O Hórus foi criado por uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Recife e a Empresa Municipal de Informática do Recife (Emprel). Pretendia-se que o Hórus fosse uma plataforma-padrão para o SUS, no sentido de evidenciar a Assistência Farmacêutica praticada, com o desafio de desenvolver um sistema interoperável (COSTA & NASCIMENTO JR, 2012).

O Hórus é um sistema criado com o intuito de atender às singularidades da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, por meio dos seus componentes básico, estratégico e especializado (COSTA & NASCIMENTO JR, 2012). O Hórus foi adequado às necessidades nacionais pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e pelo Departamento de Informática do SUS – Datasus (BRASIL, 2011b).

Segundo o DAF, este sistema possui funcionalidades que possibilitam fazer, dentre outros, o controle de estoque, a rastreabilidade dos medicamentos dispensados, o conhecimento do perfil e o acompanhamento do uso de medicamentos, bem como, estimar a demanda atendida e não atendida (BRASIL, 2011b).

Os dados e informações fornecidas pelo sistema possibilitam a elaboração de indicadores para a Assistência Farmacêutica, uma importante ferramenta para o planejamento, avaliação e monitoramento das ações. Desta forma, há uma melhoria dos serviços ofertados á população (BRASIL, 2011b).

1.5 Uso Racional de Medicamentos (URM)

Paralelamente à necessidade de promover o acesso da população aos medicamentos, é preciso atentar para o uso indiscriminado dos mesmos. Atualmente, o médico é avaliado pelo paciente de acordo com a quantidade de medicamentos prescritos, com isso, a presença de medicamentos na prescrição torna-se praticamente obrigatória. O que pode se caracterizar como uso irracional, visto que alguns problemas de saúde podem ser tratados sem a utilização de medicamentos, apenas com uma mudança de hábitos do indivíduo (MEDEIROS *et al.*, 2011).

Quando se pratica o uso indiscriminado ou irracional de medicamentos a vulnerabilidade dos usuários é pronunciada. A utilização inadequada de medicamentos, seja por mau uso, abuso de consumo ou por não adesão a tratamentos importantes tem causado grande impacto sobre as medidas públicas para prevenção de agravos e promoção da saúde, bem como, para o setor econômico envolvido na prestação de serviços de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2011).

São muitos os fatores que contribuem para o uso inadequado de medicamentos, dentre eles, as limitações no acesso aos serviços de saúde por parte da população, o baixo nível de conhecimento sobre os riscos da automedicação, a atuação de indústrias farmacêuticas e a fragilidade da fiscalização do comércio farmacêutico (CFF, 2006).

Segundo estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos de forma inadequada e mais de 50% dos usuários usam incorretamente seus medicamentos (OPAS, 2005). No Brasil é possível detectar como causas do uso incorreto de medicamentos a polifarmácia, o uso indiscriminado de antibióticos, a prescrição não orientada, a automedicação e o desmedido arsenal terapêutico disponibilizado no comércio (BRASIL, 2012b).

O uso abusivo ou inadequado de medicamentos causa prejuízos à população e desperdício dos recursos públicos, tornando-se um grande problema de saúde pública (OPAS, 2005). A demanda por medicamentos é cada vez maior e os indícios não apontam para alterações nesta área. Portanto, torna-se necessário que haja o desenvolvimento de ações para promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2011b).

O Uso Racional de Medicamentos existe quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para ele e sua comunidade (OMS, 1985).

A promoção do URM engloba ações que combinem a educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de acesso adequado ao medicamento apropriado a cada situação clínica. As práticas de educação em saúde consistem em uma combinação de oportunidades que favorecem a manutenção da saúde e sua promoção, não sendo uma simples transmissão de conteúdos, mas sim a adoção de práticas que buscam a autonomia da população na forma de conduzir sua vida (PEREIRA, 2003).

O profissional farmacêutico pode contribuir com a educação em saúde através da atenção farmacêutica, que consiste na prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário. Tal prática requer do farmacêutico conhecimento, empenho, desenvoltura e responsabilidade, pois envolve uma série de atitudes, comportamentos e habilidades na prestação da atenção farmacêutica na farmacoterapia, tendo por objetivo alcançar resultados terapêuticos eficientes e seguros, visando à saúde e a qualidade de vida do usuário (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Para o usuário, o uso racional do medicamento proporciona o acesso a medicamentos de qualidade, o que acarreta consequências positivas sobre a mortalidade, morbidade e qualidade de vida da população (BRASIL, 2012b).

2. JUSTIFICATIVA

Os medicamentos consistem em uma importante ferramenta terapêutica, sendo responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população, desta forma, seu uso correto e racional torna-se fundamental para a efetividade do tratamento. O uso de medicamentos vem aumentando com o passar dos anos. Isso ocorre devido a diversos fatores, como a grande oferta desses produtos no mercado, os investimentos das indústrias farmacêuticas com propagandas na mídia e com prescritores, as atitudes e crenças culturais, a facilidade de adquiri-los. Esses fatores são preocupantes, pois contribuem para o uso incorreto de medicamentos (VOSGERAU *et al.*, 2011).

A utilização inadequada de medicamentos gera grandes consequências à saúde do indivíduo, aumentando a taxa de morbi-mortalidade, além de levar a um aumento dos gastos na área da saúde (VOSGERAU *et al.*, 2011), o que torna o uso irracional de medicamentos um problema de saúde pública. Desta forma, torna-se necessária a promoção do Uso Racional de Medicamentos mediante ao desenvolvimento de um processo educativo, tanto da equipe de saúde quanto do usuário (BRASIL, 2001a).

A Assistência Farmacêutica não deve ser vista apenas como distribuição de medicamentos, mas sim como um recurso para complementar as ações de saúde. Os serviços públicos de saúde apresentam uma desordem que culmina no uso inadequado de medicamentos, perdas significativas e prejuízos financeiros. Portanto, uma Assistência Farmacêutica organizada é de grande importância para a promoção do URM (DE BERNARDI *et al.*, 2006).

Para o presente projeto foi escolhido como cenário as unidades básicas de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família. Isso porque a ESF apresenta grande potencial em garantir o URM a partir da reorientação da Assistência Farmacêutica. Por constituir um modelo de atenção primária, a ESF se compromete com a integralidade da assistência à saúde, com foco na unidade familiar da comunidade em que está inserida (VOSGERAU *et al.*, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

O presente trabalho tem como objetivo realizar o diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde vinculadas a Estratégia de Saúde da Família e discutir ações para a promoção do Uso Racional de Medicamentos.

3.2 Objetivos específicos:

Descrever a estrutura física e organizacional das Unidades de Saúde do município;
Identificar como ocorre a promoção do uso racional de medicamentos nas Unidades de Saúde do município;

Discutir ações passíveis de implementação para auxiliar na promoção do Uso Racional de Medicamentos.

4. METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Veiga de Almeida (UVA), de acordo com a Resolução CNS Nº466/12, instituída pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS), sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 25369213.7.0000.5291, Número do Parecer 512.226.

Para o desenvolvimento do trabalho foi realizado um estudo transversal exploratório com caráter descritivo e abordagem quantitativa, através da coleta de dados, com auxílio de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. O questionário foi elaborado e revisado pela equipe envolvida no projeto.

Antes da aplicação do questionário, foi realizado um pré-teste com dois gerentes de unidades. O pré-teste consistiu na aplicação do questionário para identificar possíveis problemas no instrumento para que, caso necessário, as perguntas fossem modificadas ou mesmo excluídas. Depois de feito o pré-teste e com a análise dos resultados deste, considerou-se o questionário adequado para a realização da pesquisa.

Os propósitos da pesquisa foram expostos aos participantes e descritos na Carta para obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha os objetivos e metodologia do trabalho, riscos, benefícios e todos os direitos do participante. Após a concordância e a assinatura do TCLE, o participante pôde responder o questionário. O TCLE foi apresentado em duas vias, na qual uma ficou sob a guarda da coordenação do projeto e a outra entregue ao participante.

O questionário (Apêndice A) foi aplicado, aos gerentes das unidades de saúde da família de um município norte-fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados na reunião mensal dos gerentes, ou seja, foram coletados fora da unidade das ESF. O questionário foi entregue aos participantes para que pudessem respondê-lo e supervisionado pela equipe do projeto. Os gerentes que não estavam presentes foram visitados em suas unidades para que pudessem responder ao questionário, caso aceitassem participar da pesquisa.

No instrumento de coleta de dados, haviam questões relacionadas à área física da farmácia da unidade, sobre a estrutura organizacional da unidade, os tipos de documentação utilizada e destino de medicamentos vencidos e doados. Os pesquisadores envolvidos no estudo assinaram um Termo de confidencialidade, com o objetivo de garantir o sigilo e discrição dos respondentes.

O sujeito da pesquisa teve garantia de anonimato e de que não haveria nenhum risco, prejuízo, desconforto ou lesões que poderiam ser provocados pela mesma. Também foram informados quanto à divulgação dos resultados obtidos em trabalho de conclusão de curso e em publicações científicas e quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer momento durante a pesquisa.

Os dados obtidos com os questionários foram analisados por meio de estatística descritiva, com auxílio dos programas Excel e EpiData 3.1. A partir dos resultados deste estudo foram discutidas algumas propostas de ações para auxiliar na promoção do Uso Racional de Medicamentos.

O município em estudo possui um total de 29 unidades básicas de saúde, das quais 25 são vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 4 à estratégia de agentes comunitários (EACS). Desse universo, 8 unidades não participaram da pesquisa. Das 8 unidades, 4 foram excluídas do estudo por estarem vinculadas a EACS e não possuírem farmácia na unidade, 2 por terem participado do pré-teste, uma devido a responsável ser integrante do projeto e uma unidade não participou por impossibilidade na ocasião da coleta de dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 21 gerentes das 29 unidades vinculadas a ESF existentes no município. A partir dos dados coletados foi possível observar temas relacionados à estrutura organizacional das unidades de saúde. Dados coletados sugerem que a organização dos medicamentos na área de dispensação em 61,9% das unidades, era realizada pela classe

farmacológica que os medicamentos do elenco disponível pertencem. Enquanto 28,6% dos gerentes afirmaram que realizavam pela ordem alfabética e 9,5% não responderam.

De acordo com a RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, da ANVISA, os medicamentos devem ser armazenados de forma ordenada, seguindo as especificações do fabricante e em condições que garantam a manutenção de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade. O local destinado ao armazenamento deve apresentar capacidade suficiente para assegurar um armazenamento ordenado das diversas classes de medicamentos (BRASIL, 2009a). No local da dispensação, os medicamentos podem estar organizados pela ordem alfabética do nome genérico. No entanto, cada serviço de saúde deve avaliar suas necessidades de organização do espaço, de modo que assegure a fácil localização, minimizando os riscos de trocas e confusões. O importante é que a organização proporcione fácil acesso aos itens, bem como facilidade de limpeza e de movimentação da equipe de trabalho, podendo contribuir para agilizar o tempo de atendimento. Além disso, os medicamentos com datas de validade próximas ao vencimento devem ser posicionados à frente dos demais, adotando a utilização do sistema “primeiro que entra, primeiro que sai” durante a estocagem. Com a organização adequada dos medicamentos a serem dispensados à população e maior atenção na dispensação, os riscos de dispensação incorreta são reduzidos, contribuindo com a promoção do URM (MARIN *et al.*, 2003).

Com relação a possuir medicamentos em contato com o piso e com a parede, 4,8% dos gerentes das unidades afirmou possuir, no entanto, não é possível afirmar de que forma ele está em contato, se é a embalagem secundária ou as caixas maiores nas quais os medicamentos são entregues às unidades. Quanto à presença de sujidades, 14,3% dos respondentes afirmaram ter algum tipo na área física da farmácia. Quanto à existência de sinais de umidade na parede ou teto nas áreas de armazenamento de medicamentos, 38,1% dos gerentes afirmaram apresentar, enquanto 61,9% deles referiram não possuir. Nenhuma das unidades possui termômetro de ambiente na farmácia e logo, não é realizado o controle da temperatura utilizando esse instrumento (Tabela 1).

Tabela 1: Dados referentes às condições da área física da farmácia das unidades de saúde.

ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA	(%)	
	SIM	NÃO
Medicamento em contato com o piso	4,8	95,2
Medicamento em contato com a parede	4,8	95,2
Existência de sujidades	14,3	81,0
Existência de sinais de umidade	38,1	61,9
Existência de termômetro para controle de temperatura	0	100,0

Os medicamentos podem aumentar a expectativa de vida, erradicar doenças e trazer benefícios sociais e econômicos. Portanto, a preservação da sua qualidade deve ser garantida desde a fabricação até a dispensação ao paciente. Todo medicamento sofre alterações, podendo levar à perda total ou parcial de sua atividade ou, ainda, formar outros produtos com possível toxidez. Com isso, as condições de estocagem, distribuição e transporte devem ser adequadas para, assim, manter a qualidade dos medicamentos dentro dos padrões ideais (SEGUNDO, 2007). No entanto, os resultados não indicam que tipo de sujidades foram consideradas, como também, a extensão da umidade.

O armazenamento é caracterizado por um conjunto de atividades, desde o recebimento do medicamento, até sua estocagem e conservação, devendo ser realizado de forma adequada para garantir a segurança e a qualidade do medicamento até sua dispensação ao usuário (BRASIL, 2011b). Para um armazenamento adequado é importante que os medicamentos não sejam colocados em contato direto com paredes ou chão, que seja realizada continuamente a limpeza e higienização da área de armazenagem e que tenha um controle de temperatura e umidade do local (BRASIL, 2006a).

Segundo a RDC nº 44, da ANVISA, o ambiente no qual os medicamentos ficam armazenados deve ser mantido limpo, protegido da luz solar, umidade e calor, de forma que preserve a identidade e integridade química, física e microbiológica, garantindo sua qualidade e segurança. Para os medicamentos que o armazenamento deve ser em temperatura abaixo da ambiente, devem ser obedecidas as especificações declaradas pelo fabricante, devendo a temperatura do local ser medida e registrada diariamente. A metodologia de verificação da temperatura e umidade deve ser definida por um Procedimento Operacional Padrão (POP), no qual também deverá definir medidas a serem tomadas quando forem verificadas condições inadequadas para o armazenamento (BRASIL, 2009a).

A temperatura é diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações dos medicamentos. Temperaturas elevadas podem acelerar a indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos medicamentos e afetando sua eficácia (BRASIL, 2006a). Portanto, realizar o controle de temperatura na área de armazenamento dos medicamentos, registrando-a diariamente em mapas de controle, é essencial para garantir ao usuário um medicamento de qualidade e eficaz, sendo importante, que estas unidades disponham de um termômetro para realizar esse controle visando a promoção da qualidade em saúde.

A presença de umidade no local de armazenamento dos medicamentos pode, também, afetar a estabilidade do mesmo, favorecendo a proliferação de fungos e bactérias, o que pode

desencadear reações químicas (BRASIL, 2006a). Como observado na análise das respostas dos responsáveis pelas unidades, algumas delas possuem sinais de umidade no local onde os medicamentos ficam armazenados, sendo necessária uma intervenção neste sentido, para evitar que essa umidade interfira na qualidade e eficácia do medicamento.

Segundo Silva *et al.* (2009), a estabilidade de produtos farmacêuticos não dependem somente de fatores ambientais como temperatura, umidade e luz, mas também, de fatores relacionados ao próprio produto, como as propriedades físicas e químicas de substâncias ativas e excipientes farmacêuticos, a forma farmacêutica e sua composição, o processo de fabricação e o tipo e as propriedades dos materiais das embalagens (SILVA *et al.*, 2009).

Portanto, é de extrema importância que os profissionais das unidades, que lidam diretamente com os medicamentos, estejam atentos e saibam identificar quando estes não estão mais adequados ao consumo, verificando os indicativos de alterações na estabilidade do medicamento, proposto pelo Conselho Federal de Farmácia. Desta forma, garantindo à população um medicamento de qualidade e a promoção do URM.

É importante ressaltar que, além do controle da temperatura dos medicamentos para que seja garantida a faixa aceita para o produto, também deve ser levado em consideração o transporte deste medicamento até a unidade. Sendo importante o controle da temperatura em todo o tempo de validade do medicamento, seja no transporte do fabricante até a chegada às unidades para a dispensação, como no armazenamento do usuário visando manter a integridade e eficácia do produto. É importante ressaltar que para garantir a integridade do medicamento, o mesmo deve ser armazenado dentro da faixa de temperatura preconizada pelo fabricante.

Dos 21 gerentes que participaram da pesquisa, 76,2% responderam que possuíam o profissional farmacêutico atuando uma vez no mês ou uma vez a cada quinze dias. O farmacêutico faz parte da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e possuía, na maioria das unidades (55,0%), carga horária de quatro a oito horas mensais (Tabela 2).

Tabela 2: Atuação do profissional farmacêutico nas unidades de saúde.

POR UNIDADE DE SAÚDE	FARMACÊUTICO ATUANDO NA UNIDADE		
	SIM OU NÃO	FREQUÊNCIA	CARGA HORÁRIA
Unidade 1	Não	-	-
Unidade 2	NR	NR	NR
Unidade 3	Sim	Quinzenalmente	Quatro horas
Unidade 4	Sim	Mensalmente	NR
Unidade 5	Sim	Mensalmente	Quatro horas
Unidade 6	Sim	Mensalmente	NR
Unidade 7	Sim	Quinzenalmente	NR
Unidade 8	Sim	Quinzenalmente/mensalmente	Quatro horas
Unidade 9	Sim	Quinzenalmente	Quatro horas
Unidade 10	Sim	Mensalmente	Seis horas
Unidade 11	NR	NR	NR
Unidade 12	Sim	Quinzenalmente	Quatro horas
Unidade 13	Sim	Mensalmente	Quatro horas
Unidade 14	Sim	Quinzenalmente	Quatro horas
Unidade 15	NR	NR	NR
Unidade 16	Sim	Quinzenalmente	Quatro horas
Unidade 17	Sim	NR	NR
Unidade 18	Não	-	-
Unidade 19	Sim	Mensalmente	Quatro horas
Unidade 20	Sim	NR	Quatro horas
Unidade 21	Sim	Mensalmente	Quatro horas

NR – Não respondeu.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve suas primeiras equipes formadas em 1994, que incorporaram e ampliaram a atuação dos Agentes Comunitários. A ESF tem como proposta a reestruturação da atenção primária, centrada na família. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, as ações da ESF devem ser estruturadas no trabalho em equipe, buscando humanizar as práticas de saúde, tendo por objetivo estabelecer um estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade (MARTINS *et al.*, 2008). A ESF possui o apoio do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) para realização de suas atividades. O NASF deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto as equipes da ESF (BRASIL, 2008b).

De acordo com a Portaria GM nº 154/08, o NASF deve ser formado por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. A presença do profissional farmacêutico no NASF permite a realização de ações de Assistência Farmacêutica, que visam fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às

equipes da atenção básica, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2008b).

O estudo de Soler *et al.* (2010) descreve que no município de Janaúba/MG contava com 20 ESF e cada equipe era composta por médico, enfermeiro, dentista, ACS, gerente e um farmacêutico em média para cada três equipes. Neste estudo, demonstrou a inserção do farmacêutico na ESF e sua participação efetiva e sua integração junto às equipes de saúde (SOLER *et al.*, 2010). Quando se trabalha em equipe, o saber específico dos profissionais de saúde se completa e suas ações são potencializadas. Para isso, torna-se necessário que as equipes do NASF e da ESF tenham reuniões periódicas para discutir as necessidades assistenciais dos usuários e elaborem e executem projetos terapêuticos (BRASIL, 2009b).

O afastamento do farmacêutico da equipe de saúde traz consequências negativas como perda de medicamentos, troca de medicamentos na dispensação, falta de orientação ao usuário sobre o uso de medicamentos, faltas frequentes de medicamentos essenciais no momento oportuno ao tratamento, dentre outros problemas (MACIEL, 2010). Sendo importante a inserção de farmacêuticos no NASF numa quantidade que possa atender as necessidades de todas as unidades de ESF e, desta forma, contribuir para promoção do URM e da saúde da população. Soler *et al.* (2010), no município de Janaúba/MG, avaliou a estratégia da assistência farmacêutica clínica desenvolvida pelo farmacêutico nas equipes do Programa Saúde da Família – PSF e a inserção do profissional na Atenção Primária à Saúde, e concluiu que as atividades da assistência farmacêutica clínica proporcionam ao farmacêutico apoiar e cooperar efetivamente com as ações de promoção, prevenção e tratamento na Atenção Primária à Saúde. Na Assistência Farmacêutica Clínica as ações são centradas no campo do uso racional de medicamentos na Atenção Primária à Saúde, resultante de intervenções planejadas, estruturadas, articuladas, monitoradas e avaliadas (SOLER *et al.*, 2010).

A inclusão da Assistência Farmacêutica como uma das áreas estratégicas de atuação do NASF, visa assegurar o acesso aos medicamentos com segurança e eficácia. Sendo esta, mais uma forma para o farmacêutico exercer sua profissão de forma integrada às equipes de saúde da família e contribuir para a resolutividade das ações em saúde, conforme as diretrizes da ESF, da PNM e da PNAF. A Assistência Farmacêutica no NASF deve ser desenvolvida com o apoio dos profissionais das equipes do NASF e da ESF, de modo a compartilhar as práticas em saúde nos territórios, mediante troca de saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado (BRASIL, 2009b).

Para que a atuação do farmacêutico no NASF contribua para aumentar a qualidade da Assistência Farmacêutica e a resolubilidade das ações de saúde, é fundamental que esse profissional desenvolva habilidades, conhecimentos e atitudes para atuar de forma interdisciplinar com as equipes no planejamento e execução das ações (BRASIL, 2009b).

Quando questionados sobre a presença do farmacêutico nas unidades, 100% dos respondentes afirmaram que não havia a presença constante do profissional farmacêutico, durante todo o período de funcionamento das unidades das Estratégias de Saúde da Família.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1988), o farmacêutico tem um papel relevante a cumprir no sistema de saúde, devido ao seu conhecimento técnico na área de medicamentos. Sendo considerado um profissional devidamente capacitado para conduzir às ações destinadas a melhoria do acesso e promoção do uso racional de medicamentos (OMS, 1988 *apud* BUSATO e LUNKES, 2012). Portanto, a presença do farmacêutico em unidades de saúde torna-se essencial para a promoção do URM e da saúde. Com a presença integral do farmacêutico nas unidades é possível um trabalho conjunto entre este profissional e os profissionais prescritores, aperfeiçoando o atendimento ao usuário, de modo a evitar gastos com medicamentos desnecessários. Além disso, permite que seja realizada uma das funções principais do farmacêutico, a atenção farmacêutica.

Na atenção farmacêutica, o farmacêutico atende o paciente, avalia e orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico, através da análise das suas necessidades relacionadas aos medicamentos e detectando problemas relacionados a medicamentos (PRM). Corresponde em um trabalho conjunto entre o médico, o paciente e o farmacêutico (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

A realização diária desta prática nas unidades de saúde contribuiria positivamente para a promoção do URM, pois os usuários seriam acompanhados e orientados quanto a importância de seguir a farmacoterapia indicada, bem como, esclarecidos quanto a seu problema de saúde. Porém, isso só seria possível com a inserção do profissional farmacêutico nas unidades de saúde durante seu horário de funcionamento. Sendo importante, que este profissional tenha consciência de seus deveres, visando à promoção da saúde da população. Provin *et al.* (2010), em seu estudo sobre a inserção do profissional farmacêutico na ESF, realizado em Goiânia, constatou que outros profissionais da saúde conseguiram perceber a importância do farmacêutico atuando numa equipe multiprofissional, o que proporcionou mudanças na unidade de saúde estudada após a inserção do profissional na equipe de saúde da família (PROVIN *et al.*, 2010).

A partir da análise dos dados coletados, pode-se verificar que, de acordo com os gerentes, o responsável técnico pela farmácia na maioria das unidades era o enfermeiro ou o técnico de enfermagem. No entanto, durante a aplicação do questionário alguns respondentes apresentaram dúvidas com relação à definição do termo responsável técnico, o que sugere que alguns dos gerentes podem ter respondido sem ter a certeza do seu significado e ainda houve alguns que não responderam. Além disso, a maioria dos respondentes afirmou que os responsáveis pela dispensação de medicamentos aos usuários eram, também, o enfermeiro ou o técnico de enfermagem (Tabela 3).

Tabela 3: Dados relacionados à farmácia da unidade e os dispensadores.

POR UNIDADE DE SAÚDE	FARMÁCIA DA UNIDADE	
	RESPONSÁVEL TÉCNICO	DISPENSADOR
Unidade 1	Não possui responsável técnico	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 2	Técnico de enfermagem e enfermeiro	Técnico de enfermagem
Unidade 3	Enfermeiro	Farmacêutico, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem
Unidade 4	Enfermeiro	Técnico de enfermagem
Unidade 5	NR	Técnico de enfermagem
Unidade 6	Enfermeiro	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 7	Técnico de enfermagem e enfermeiro	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 8	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem e enfermeiro e recepcionista
Unidade 9	NR	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 10	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem
Unidade 11	NR	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 12	Enfermeiro e farmacêutico	Farmacêutico, enfermeiro e técnico de enfermagem
Unidade 13	Enfermeiro	Farmacêutico, enfermeiro e técnico de enfermagem
Unidade 14	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem
Unidade 15	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 16	Técnico de enfermagem e enfermeiro	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 17	Técnico de enfermagem e farmacêutico	Técnico de enfermagem
Unidade 18	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem, enfermeiro e recepcionista
Unidade 19	Enfermeiro	Técnico de enfermagem e enfermeiro
Unidade 20	Técnico de enfermagem	Técnico de enfermagem
Unidade 21	NR	Técnico de enfermagem e enfermeiro

NR – Não respondeu.

De acordo com a Lei Federal nº 5.991/73, farmácia é definida como:

[...]estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica (BRASIL, 1973).

A Lei ainda preconiza que nenhuma farmácia no Brasil pode funcionar sem o farmacêutico como seu responsável técnico (BRASIL, 1973). A Resolução do CFF nº 577/13, também ressalta que o estabelecimento que exerça como atividade principal ou subsidiária o comércio, venda, fornecimento, dispensação, distribuição de medicamentos deverá dispor, obrigatoriamente, de um farmacêutico responsável técnico (BRASIL, 2013b).

Segundo a Resolução nº 328/99, da ANVISA, o responsável técnico por uma farmácia deve ser um profissional habilitado inscrito no Conselho Regional de Farmácia - CRF (BRASIL, 1999). Portanto, para tal função, o profissional a ser designado deve ser um farmacêutico, regularmente inscrito no CRF de sua região. Como visto anteriormente, algumas unidades de saúde não possuem atuação frequente do profissional farmacêutico, apenas do farmacêutico do NASF, desta forma a responsabilidade sobre a farmácia da unidade de saúde é assumida pelo enfermeiro.

Maciel (2010) em seu estudo em um município de Santa Catarina também constatou que as unidades de saúde não possuem o farmacêutico como responsável técnico, com isso, o enfermeiro é o responsável pelas farmácias das unidades (MACIEL, 2010). O Conselho Regional de Farmácia do estado de São Paulo realizou uma pesquisa que revelou que mais da metade (57%) das farmácias públicas têm irregularidades como a falta do farmacêutico ou problemas no armazenamento de medicamentos devido aos profissionais responsáveis não terem conhecimento suficiente para realização do gerenciamento (CRF - SP, 2010). Com relação à dispensação, o Decreto Federal nº 85.878/81, preconiza que é uma atividade privativa do farmacêutico, não podendo ser delegada a qualquer outro profissional da área de saúde (BRASIL, 1981). A Resolução nº 328/99, da ANVISA, complementa que o farmacêutico é responsável pela supervisão da dispensação, devendo possuir conhecimento científico e estar capacitado para a atividade. Além disso, deve promover o treinamento inicial e contínuo dos funcionários para a adequação da execução das atividades (BRASIL, 1999).

A Resolução nº 328/99 define, ainda, a dispensação como ato de fornecimento e orientação ao consumidor de medicamentos ou insumos farmacêuticos e correlatos a título remunerado ou não (BRASIL, 1999b). Ou seja, o ato de dispensação não configura apenas em

aviar uma determinada prescrição, mas também orientar e informar ao usuário sobre o medicamento prescrito. Na dispensação, o paciente deve ser esclarecido a respeito dos itens contidos na prescrição, dose, posologia, cuidados especiais no armazenamento, considerações ao tomar o medicamento, possíveis interações e efeitos adversos, dentre outras informações (PEPE e DE CASTRO, 2000).

O profissional farmacêutico encontra-se na interface entre a dispensação de medicamentos e o seu uso. Representando uma das oportunidades fundamentais de, dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica (PEPE e DE CASTRO, 2000). Desta forma, a presença do profissional farmacêutico durante a dispensação torna-se indispensável, seja na orientação direta ao usuário, ou na capacitação de outros profissionais para exercer essa função. No entanto, como o farmacêutico visita as unidades apenas uma ou duas vezes no mês, nos dias em que não está na unidade, a dispensação torna-se responsabilidade do enfermeiro ou do técnico de enfermagem e não ocorre supervisão direta do farmacêutico. É essencial que o profissional que irá realizar a dispensação tenha a devida capacitação para a promoção do URM e, conseqüentemente, para a promoção da saúde.

No estudo sobre a avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos municípios de uma Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, realizado por Bernardi *et al.* (2006), demonstrou que dos vinte municípios entrevistados, apenas cinco (25% do total) possuíam como responsável um farmacêutico na Assistência Farmacêutica Básica, sendo que o restante das unidades possuíam como responsáveis os enfermeiros, técnicos em enfermagem ou outro profissional (BERNARDI *et al.*, 2006). Já o estudo de Soler *et al.* (2010), em Janaúba/MG, apresentou a inserção de farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família, na época denominada de Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como finalidade assegurar o uso racional de medicamentos, de forma que cada farmacêutico fosse responsável por, em média, três equipes (SOLER *et al.*, 2010).

A partir das respostas dos gerentes pode-se verificar que 9,5% das unidades possuíam medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98). Esses medicamentos ficavam armazenados em armários, dos quais as chaves ficavam sob a responsabilidade do enfermeiro ou do técnico de enfermagem. A Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, é a legislação nacional que dispõe sobre o comércio de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (BRASIL, 1998a). O Quadro 3 apresenta os anexos constantes da referida Portaria, apresentando listas

que determinam a forma como devem ser prescritos e dispensados os medicamentos que constam na Portaria.

Quadro 3: Denominações das listas de substâncias sujeitas a controle especial.

LISTA	DENOMINAÇÃO
A1	Lista de substâncias entorpecentes.
A2	Lista de substâncias entorpecentes de uso permitido somente em concentrações especiais.
A3	Lista de substâncias psicotrópicas.
B1	Lista de substâncias psicotrópicas.
B2	Lista de substâncias psicotrópicas anorexígenas.
C1	Lista de outras substâncias sujeitas a controle especial.
C2	Lista de substâncias retinóicas.
C3	Lista de substâncias imunossupressoras.
C4	Lista de substâncias antirretrovirais.
C5	Lista de substâncias anabolizantes.
D1	Lista de substâncias precursoras de entorpecentes e/ou psicotrópicos.
D2	Lista de insumos químicos utilizados para fabricação e síntese de entorpecentes e/ou psicotrópicas.
E	Lista de plantas proscritas que podem originar substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicas.
LISTA F – Lista de substâncias de uso proscrito no Brasil	
F1	Substâncias entorpecentes.
F2	Substâncias Psicotrópicas.
F3	Substâncias Precursoras.
F4	Outras substâncias.

A Lei Federal nº 5.991/73, em seu Artigo 17, preconiza que os medicamentos sujeitos a regime de controle especial não podem ser aviados ou dispensados na ausência do profissional farmacêutico (BRASIL, 1973).

De acordo com o Capítulo 7, Artigo 67, da Portaria SVS/MS 344, a guarda dessas substâncias e dos medicamentos que as contenham deve ser, obrigatoriamente, sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico. Sendo vedada a delegação de responsabilidade sobre a chave dos armários a outros funcionários que não sejam farmacêuticos (BRASIL, 1998a). O farmacêutico também é responsável pela análise da prescrição e dispensação do medicamento de controle especial ao usuário, sendo que devem ser realizadas as devidas orientações sobre a importância do uso correto do medicamento, bem como os riscos do seu uso inadequado (CFF, 2009b).

No trabalho publicado por Vieira (2007), menciona que a maioria das farmácias das Unidades Básicas de Saúde funciona porque um leigo ou um profissional com pouco conhecimento sobre medicamentos atua na dispensação, tais como os auxiliares de

enfermagem, administrativos, de cozinha, entre outros (VIEIRA, 2007). Essa carência de conhecimento sobre os medicamentos é preocupante, podendo acarretar danos à saúde do usuário, principalmente no caso dos medicamentos de controle especial, visto que a orientação na dispensação desses medicamentos é fundamental para promover o URM. E o ato da dispensação é de suma importância para a realização da atenção farmacêutica visando a garantia da adesão a terapia medicamentosa, como também, a prevenção da automedicação e do uso inadequado de medicamentos.

O Ministério da Saúde preconiza que as funções do enfermeiro nas unidades envolvem a realização da assistência integral aos indivíduos; a consulta de enfermagem, a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicamentos, conforme normas técnicas legais da profissão; o planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS; a supervisão, coordenação e realização de atividades de educação permanente dos ACS; bem como, a contribuição e participação das atividades de educação permanente dos funcionários. Além disso, deve participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade. Por sua vez, o técnico de enfermagem é também responsável pelas ações educativas com usuários da unidade, devendo participar das atividades de assistência básica e, também, do gerenciamento dos insumos necessários para seu adequado funcionamento (BRASIL, 1997).

Com relação aos outros profissionais que atuam nas unidades de saúde, como médico, enfermeiro e dentista, 42,9% dos gerentes afirmaram que possuíam apenas um médico atuando, 23,8% possuíam dois médicos, 4,8% possuíam três, também 4,8% possuíam quatro médicos e, por fim, 4,8% possuíam cinco médicos. Quanto à quantidade de enfermeiros, a maioria dos gerentes (71,4%) afirmou que possuía apenas um, enquanto 9,5% possuíam dois enfermeiros atuando. Quanto aos dentistas, 28,6% dos gerentes afirmaram que não possuíam atuação desse profissional, 14,3% possuíam um dentista, 4,8% possuía dois, também 4,8% possuía três dentistas, 23,8% possuíam quatro e 4,8% possuía cinco dentistas (Tabela 4).

Tabela 4: Quantidade de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas) nas unidades de saúde.

POR UNIDADE DE SAÚDE	MÉDICOS	ENFERMEIROS	DENTISTAS
Unidade 1	4	1	0
Unidade 2	1	1	4
Unidade 3	1	1	0
Unidade 4	1	1	1
Unidade 5	5	1	4
Unidade 6	1	1	0
Unidade 7	1	1	1
Unidade 8	2	1	0
Unidade 9	1	1	3
Unidade 10	1	1	4
Unidade 11	2	1	2
Unidade 12	NR	NR	NR
Unidade 13	2	2	4
Unidade 14	1	1	1
Unidade 15	NR	NR	NR
Unidade 16	3	1	0
Unidade 17	2	2	5
Unidade 18	NR	NR	NR
Unidade 19	2	1	0
Unidade 20	NR	NR	NR
Unidade 21	1	1	4

NR = Não respondeu.

Como observado nos resultados, há uma grande variação na quantidade de médicos e dentistas nas unidades de saúde. Segundo Marin *et al.* (2003), a composição de uma unidade de Saúde da Família, recomendada pelo Ministério da Saúde, é de no mínimo um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo para cada duas equipes e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses profissionais devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral, a fim de garantir um vínculo com as famílias sob sua responsabilidade. Além dos profissionais recomendados, podem ser incorporados nas unidades outros profissionais, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (MARIN *et al.*, 2003). Como neste estudo não se conhece as

necessidades das 25 unidades de saúde da família do município, bem como, a quantidade de pessoas atendidas, não é possível identificar os motivos dessa diferença na quantidade de médicos e dentistas.

Os respondentes informaram que os funcionários não tiveram nenhum tipo de capacitação ou treinamento sobre temas relacionados ao Uso Racional de Medicamentos na unidade (81,0%) e de quatro unidades que informaram que já tiveram essa capacitação em apenas uma unidade houve continuidade.

Uma pesquisa realizada pela OMS mostrou que 15% da população mundial consome mais de 90% da produção farmacêutica e 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados irracionalmente. Com isso, hospitais gastam de 15 a 20% de seus orçamentos para tratar agravos decorrentes do uso inadequado de medicamentos e 40% dos pacientes que são atendidos nos prontos-socorros apresentam intoxicação por medicamento, mostrando a necessidade da promoção do URM (CUNHA *et al.*, 2012).

A educação continuada, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população (BRASIL, 1997). Desta forma o processo de capacitação e informação contínua é uma ferramenta eficaz para a promoção do URM.

Busato e Lunkes (2012) em seu estudo detectaram que os profissionais que atuam na ESF transferem aos usuários a responsabilidade pela falta de entendimento sobre seu tratamento, o que remete na não compreensão dos profissionais sobre a gravidade desse problema. Portanto, esses profissionais devem ser conscientizados sobre a importância de ser adotadas estratégias para que os usuários compreendam a importância do seu tratamento e que sejam auxiliados de alguma forma para se evitar o uso incorreto ou inadequado dos medicamentos (BUSATO E LUNKES, 2012), como também, é importante o usuário entender o processo de saúde e doença para que haja uma compreensão da importância da adesão a terapia medicamentosa, quando houver, e do tratamento.

Para a realização do URM é preciso selecionar informações provenientes de conhecimentos sólidos e independentes e, portanto, confiáveis. Constituinte um processo sistemático e contínuo de autoaprendizado, de forma que as condutas adotadas sejam racionais (BRASIL, 2012b). Uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos é a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Dentre as diversas formas de promovê-lo, encontra-se a capacitação de recursos humanos, na qual se busca promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada, além de outros assuntos que envolvam o URM, bem como promover a disseminação de informações

objetivas e atualizadas. Além disso, a PNM estabelece que a Assistência Farmacêutica, dentre suas muitas atividades, deve envolver a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o URM (BRASIL, 2001a).

Da Silva, et al, (2008), em seu estudo sobre educação continuada, constataram que muitos profissionais desconhecem sua importância e finalidade e, por isso, não participam das atividades. No entanto, o entendimento do profissional quanto a isso é fundamental para adesão do mesmo a essa prática, visto que seu objetivo é ampliar o conhecimento, para que ocorra promoção da saúde na população (DA SILVA *et al.*, 2008).

Uma forma de promover o URM é a confecção de materiais informativos sobre medicamentos. Apenas uma unidade afirmou possuir esse tipo de material, no entanto, as que não possuem poderiam investir na sua confecção, pois atrai a curiosidade dos usuários, podendo alcançar um maior número de pessoas com as informações contidas nele. Entretanto, não é possível descrever o conteúdo que há neste material informativo.

A maioria dos gestores (85,7%) afirmou que realizava em suas unidades o controle de estoque de medicamentos, sendo este feito de forma manual. Cerca de 4,8% referiu que não fazia nenhum tipo de controle de estoque de medicamentos. E 14,3% dos gerentes dessas unidades afirmaram que realizavam o controle diariamente, enquanto 19,0% realizavam semanalmente e 52,4% mensalmente. Freitas e Nobre (2011) realizaram um estudo em Mombaça, no Ceará, e seus resultados sugerem que o controle de estoque nas unidades de saúde também eram realizados de forma manual (FREITAS E NOBRE, 2011).

O controle de estoque tem por objetivo manter uma informação confiável sobre a movimentação física do estoque, considerando a demanda atendida e a demanda não atendida, de modo a evitar uma lotação do estoque ou seu desabastecimento (SMS - SP, 2003). Realizar esse controle é fundamental para não haver perda de medicamentos por vencimento de prazo de validade, devido ao acúmulo de um medicamento que não tem saída na unidade, e para não faltar um medicamento de grande saída, devido a uma falha na reposição do mesmo (BRASIL, 2006a).

O controle de estoque subsidia a programação e a aquisição de medicamentos, evitando uma sobreposição de estoque e/ou um desabastecimento do sistema, garantindo a sua regularidade e eliminando algumas perdas ou desperdícios de medicamentos. Esse controle pode ser feito de forma manual, através de fichas, ou por um sistema informatizado e neste controle deve constar a movimentação de entrada e de saída dos produtos (BERNARDI *et al.*, 2006).

O sistema de informação tem como função reduzir os gastos com estoque e evitar faltas de produtos, sendo ideal que o controle de estoque seja informatizado. A gestão manual dificilmente alcançará os resultados obtidos pela a informatização, devido à complexidade das atividades executadas (BERTAGLIA, 2006). Muitas empresas tem adotado o controle de estoque informatizado, o que trouxe grandes vantagens, como agilidade do processo, atendimento das necessidades, quantidade necessária de produtos, redução dos gastos, melhoria do serviço oferecido e elaboração de relatórios mais aperfeiçoados e confiáveis (BALLOU, 1993).

No entanto, caso não seja possível implantar um sistema informatizado nas unidades, é de grande importância que nas unidades seja realizado o controle de estoque mesmo que manual, para que não tenha desperdícios ou falta de medicamentos. Um controle de estoque inadequado que culmine na falta de medicamentos pode levar o usuário a interromper o tratamento prescrito, ocasionando uso inadequado de medicamentos e a não adesão à terapia medicamentosa. A não adesão pode, em alguns casos, colocar em risco a vida do usuário, como por exemplo, pacientes crônicos (como hipertensos e diabéticos, que se não tratados pode gerar consequências clínicas negativas) (DA SILVA, 2011).

No entanto, das 21 unidades de saúde que participaram do estudo, 9,5% dos gerentes afirmaram que possuíam um sistema de informatização. Porém, não possuíam acesso à *internet* (Tabela 5).

Tabela 5: Dados referentes ao sistema de informatização das unidades.

PERGUNTA	(%)		
	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
Há sistema de informatização	9,5	81,0	9,5
Possui internet	-	100	-

O sistema de informatização é de grande importância para a prática gerencial, visto que nenhum outro sistema é tão eficiente quanto (BALLOU, 1993). A informatização da Assistência Farmacêutica possibilita dispor de dados e informações que podem auxiliar na elaboração de indicadores para a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2011b). Desta forma, a introdução de um sistema de informatização em unidades de saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade do serviço prestado à população. Um sistema informatizado com acesso à internet traz benefícios tanto para a unidade, quanto para a população, podendo melhorar e facilitar o trabalho dos funcionários, tendo por consequência uma melhoria no atendimento à população. Para a implementação de um sistema informatizado que atenda às

necessidades do serviço realizado, alguns requisitos são necessários, como um serviço organizado, elaboração de um projeto de informatização, definir um responsável para gerenciar e acompanhar a implementação e testar e avaliar o sistema. Esses requisitos são fundamentais para o sistema funcionar. Sendo preciso definir o que se pretende, bem como, a necessidade e complexidade dos serviços a serem executados (MARIN *et al.*, 2003).

Neste contexto o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) consiste em um sistema de informatização que poderia ser utilizado para melhorar as atividades das unidades de saúde e promover o URM, bem como, a saúde da população atendida. O Hórus é uma importante ferramenta tecnológica para auxiliar os gestores de saúde na qualificação da Assistência Farmacêutica, bem como na transparência dos serviços prestados, tendo em vista as diretrizes traçadas pela PNAF. Possui como objetivos qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios; monitorar e avaliar as ações da Assistência Farmacêutica no país; contribuir para o planejamento dos serviços; conhecer o perfil de acesso e utilização de medicamentos pela população; otimizar os recursos financeiros; qualificar a atenção à saúde da população assistida no SUS; e oferecer uma base de dados para consolidar a elaboração de indicadores (BRASIL, 2013a).

O programa permite a integração dos serviços de Assistência Farmacêutica com isso, as unidades de saúde que possuem o programa passam a estar interligadas. Dessa forma, pode ser realizado o registro das entradas e saídas, bem como todas as movimentações de produtos entre almoxarifado ou Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e unidades de saúde, incluindo o remanejamento dos produtos entre os estabelecimentos e distribuição aos departamentos internos das unidades de saúde. A dispensação também pode ser registrada, possibilitando a consulta do histórico de dispensação do usuário em qualquer estabelecimento de saúde em que o Hórus esteja implantado (BRASIL, 2013a).

O Hórus tem duas funções principais, permitir a realização e o acompanhamento das dispensações possibilitando a finalização dos atendimentos em outras unidades, a identificação do perfil dos usuários do SUS, o conhecimento do padrão de consumo de medicamentos por unidade de saúde e o conhecimento da demanda atendida e não atendida; e proporcionar o gerenciamento estratégico dos medicamentos possibilitando a solicitação *online* ao almoxarifado ou CAF, a programação de aquisição a partir do consumo e do estoque disponível nos estabelecimentos de saúde, o acompanhamento da validade, a rastreabilidade de lotes dos medicamentos e o remanejamento entre estabelecimento de saúde e a atualização de estoques em tempo real (BRASIL, 2013a).

Portanto, a adoção do Hórus traz benefícios tanto para quem trabalha como para quem é assistido nos serviços de saúde. Podendo destacar como benefícios para a população a agilidade do atendimento, o agendamento da dispensação, a avaliação do serviço prestado e a ampliação do acesso aos medicamentos no SUS (BRASIL, 2013a). É recomendado que o Hórus seja implantado inicialmente no Almoarifado ou CAF e posteriormente nas farmácias e unidades de saúde (BRASIL, 2013a). As etapas a serem seguidas para a implementação do Hórus no município encontra-se no APÊNDICE B.

A maioria dos gerentes (66,7%) afirmou não possuir Procedimento Operacional Padrão (POP) escrito para as atividades desenvolvidas na farmácia e 14,3% afirmaram possuir. Enquanto 23,8% dos gerentes afirmaram possuir protocolos ou POPs escritos para orientar a dispensação de medicamentos (Tabela 6). No entanto, não se sabe quem confeccionou os POP das unidades que afirmaram possuir e não se conhece o conteúdo desse documento.

Tabela 6: Unidades que possuem Procedimento Operacional Padrão (POP) escrito para auxiliar nas atividades exercidas e dispensação de medicamentos.

PERGUNTA	%		
	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
Existência de POP escrito para as atividades da unidade	14,3	66,7	19,0
Existência de POP escrito para orientar a dispensação	23,8	61,9	14,3

O Procedimento Operacional Padrão (POP) consiste numa descrição minuciosa de técnicas e operações a serem utilizadas no estabelecimento, visando proteger e garantir a preservação da qualidade dos produtos, a uniformidade dos serviços e a segurança dos profissionais (BRASIL, 2001b). O objetivo da padronização de procedimentos é qualificar a sua concretização, orientar novos trabalhadores e uniformizar os resultados. Elaborar um POP é trabalhoso, uma vez que descreve todas as etapas do processo e deve ter a participação da equipe envolvida no mesmo, bem como, o treinamento dos funcionários na sua execução. Para a Assistência Farmacêutica, por exemplo, a adoção do POP evita conflitos desnecessários, uma vez que, cada processo depende de uma atividade anterior, que se conduzida de forma errônea, poderá comprometer os processos posteriores, trazendo consequências que podem alterar os resultados esperados (BRASIL, 2011b).

É indispensável que, além de uma estrutura adequada, exista um fluxo administrativo ágil, simplificado e racional dos processos, conhecido por todos os funcionários, tendo as competências e as atribuições das atividades padronizadas, através do POP (BRASIL, 2011b). Portanto, a confecção de Procedimentos Operacionais Padrões para nortear as atividades executadas traria muitas vantagens para as unidades e, principalmente, para a população

atendida, visto que facilitaria a realização das atividades executadas, garantiria uniformidade na execução, minimizaria os erros e melhoraria o atendimento ao usuário.

Quanto ao controle dos medicamentos que não foram atendidos no receituário, 38,1% dos respondentes afirmaram realizar esse controle, enquanto 52,4% não o realizavam. Todos os gerentes que afirmaram fazer o controle informam à Central de Abastecimento Farmacêutico sobre esta demanda reprimida (Tabela 7). Além disso, 81,0% dos gerentes afirmaram sinalizar a falta de medicamentos ao profissional prescritor, tendo este acesso à lista de medicamentos disponíveis na unidade.

Tabela 7: Dados referentes ao controle de medicamentos não atendidos no receituário por unidade de saúde.

POR UNIDADE DE SAÚDE	CONTROLE DE MEDICAMENTOS NÃO ATENDIDOS	
	REALIZA O CONTROLE	INFORMA A CAF
Unidade 1	Sim	Sim
Unidade 2	Sim	Sim
Unidade 3	Sim	Sim
Unidade 4	Sim	Sim
Unidade 5	Não	-
Unidade 6	Não	-
Unidade 7	Sim	Sim
Unidade 8	Não	-
Unidade 9	Não	-
Unidade 10	Não	-
Unidade 11	Não	-
Unidade 12	NR	NR
Unidade 13	Não	-
Unidade 14	Sim	Sim
Unidade 15	NR	NR
Unidade 16	Não	-
Unidade 17	Não	-
Unidade 18	Não	-
Unidade 19	Não	-
Unidade 20	Sim	Sim
Unidade 21	Sim	Sim

NR – Não respondeu.

A Assistência Farmacêutica possui como uma de suas prioridades, promover o acesso da população a medicamentos de qualidade. No entanto, tal acesso não ocorre como preconizado no Brasil, comprometendo alguns de seus fundamentos (MARIN et al., 2003). Cabe a Assistência Farmacêutica as funções de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos (BRASIL, 2011b).

A falta de medicamentos pode decorrer de um processo de aquisição pouco eficiente, moroso e extremamente burocratizado, como se tem observado em alguns municípios. Pode ser decorrente, também, da programação inadequada, da ausência de lista de medicamentos essenciais padronizado, de recursos financeiros escassos ou de perdas, por consequência de aquisição ou armazenamento inadequados. Dentre as consequências da falta de medicamento, há a dispensação incompleta e a insatisfação do usuário, que culminam na piora na qualidade da atenção à saúde (MARIN et al., 2003).

Marin et al. (2003) em seu estudo sugere um método de consumo histórico para auxiliar na programação de medicamentos realizada pela Assistência Farmacêutica em municípios. Este método consiste na análise do comportamento do consumo dos medicamentos, que possibilite estimar as necessidades fundamentadas na frequência e intensidade de utilização dos mesmos ao longo do tempo. Para a aplicação desse método tornam-se necessários a existência de registros de movimentação de estoques, de dados de demanda real (atendida e não atendida) de inventários com dados históricos de pelo menos 12 meses, incluídas as variações sazonais. Para obter uma programação efetiva por consumo histórico, é necessário que as informações de consumo sejam consistentes e confiáveis (MARIN *et al.*, 2003). Portanto, para a efetividade desse método, é fundamental que as unidades de saúde realizem o controle da demanda não atendida e as enviem para a CAF, local em que a Assistência Farmacêutica é gerenciada.

A CAF consiste numa área destinada à estocagem e guarda dos produtos farmacêuticos, visando à manutenção das suas características físico-químicas, conforme suas especificidades (BRASIL, 2006b). Além da estocagem, a CAF é responsável pelo recebimento e distribuição de medicamentos às unidades de dispensação do município de acordo com suas demandas mensais, sendo estas abastecidas mediante cronograma de distribuição programada por meio de prestação de contas, acompanhamento e controle pelas unidades assistidas (MARIN *et al.*, 2003).

Para se calcular a demanda não atendida, basta subtrair o número de dias em que faltou o medicamento pelo número de dias de funcionamento da unidade de saúde e multiplicar o

resultado pelo consumo médio mensal. Essa estimativa deve ser realizada mensalmente pelos gerentes das unidades (MARIN *et al.*, 2003).

Para evitar os problemas de falta de medicamentos, deve ser realizada, primeiramente, uma capacitação de recursos humanos, para que haja a realização da programação, da lista de medicamentos essenciais padronizados, a regularização dos recursos financeiros, uma normatização técnica da aquisição e implantação de boas práticas de armazenamento. As duas últimas culminam na redução de perdas de medicamentos. Essas práticas minimizam a falta de medicamentos, melhorando a qualidade de atendimento ao usuário e a qualidade da atenção à saúde (MARIN *et al.*, 2003).

Todos os brasileiros têm direito ao SUS, sendo necessária a prescrição médica ou odontológica para receber o medicamento nas unidades de saúde. Cidadãos atendidos por planos de saúde privados ou por médicos particulares, também, deveriam ter esse direito garantido. No entanto, o abastecimento das unidades é prejudicado pelo atendimento dessas solicitações que não apresentam uma previsão ou programação. Diante disso, as unidades de saúde só entregam medicamentos a partir de receitas assinadas por prescritores que atuam no serviço público e para pacientes que residem na área de abrangência do serviço (BRASIL, 2006b). Portanto, a comunicação ao profissional prescritor sobre a falta de algum medicamento é fundamental para auxiliar na prescrição e para que o paciente não saia sem o tratamento necessário. Esse profissional exerce um papel importante no URM, visto que é determinante na conduta do paciente (MARIN *et al.*, 2003).

O registro dos medicamentos dispensados para cada paciente, incluindo quantidade e data da dispensação, é realizado, segundo os gerentes, por 52,4% das unidades. Dessas unidades, cinco realizavam para todas as classes de medicamentos e uma apenas para medicamentos do programa HIPERDIA, enquanto cinco não responderam.

O programa HIPERDIA foi criado em 2002 como um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes Mellitus* (DM), devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares. O programa objetiva interferir nesses agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades de saúde (BRASIL, 2002).

No momento da dispensação de medicamentos é essencial realizar o registro do atendimento, visando documentar as atividades realizadas, tendo em vista as necessidades administrativas, técnicas e éticas. O dispensador deve estar atento para evitar os problemas relacionados à dispensação, sendo os mais comuns, interpretação errada da prescrição,

retirada do medicamento errado do estoque, dose errada, rotulagem inadequada ou inexistente, dentre outros. Devido às muitas áreas potenciais nas quais o dispensador pode cometer erros, a dispensação requer profissionais treinados, atentos, conscientes e responsáveis (MARIN *et al.*, 2003).

Garantir a rastreabilidade do medicamento é importante, entretanto é muitas vezes negligenciada. Por exemplo, se um paciente de uma determinada unidade identifica uma falha na qualidade do medicamento que lhe foi dispensado, deve ser possível a CAF identificar todas as informações relativas à compra para comprometer o fornecedor, como também identificar as unidades de saúde que receberam o mesmo lote e providenciar o recolhimento. A unidade realizando o registro de dispensação para cada paciente permite identificar se o medicamento com falha na qualidade foi dispensado a algum usuário e, assim, realizar também o recolhimento (MARIN *et al.*, 2003). Neste contexto, a informatização do serviço é uma importante ferramenta para viabilizar o controle dos medicamentos e da dispensação.

Com relação à fonte de consulta sobre medicamentos que há na unidade, a maioria delas possui o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), seguido da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e nenhuma das unidades afirmou possuir o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) como fonte de pesquisa.

O DEF consiste em uma lista de medicamentos comercializados no país, e possui informações detalhadas sobre cada medicamento. No entanto, o DEF não possui medicamentos com denominação genérica, não sendo a melhor fonte de consulta para o SUS. Vale ressaltar que o DEF deve ser de publicação recente, visto que, o aumento do arsenal das especialidades farmacêuticas é muito dinâmico. A REMUME e a RENAME são listas de medicamentos essenciais, porém não possuem informações detalhadas sobre os medicamentos. A REMUME é um instrumento norteador para a prescrição, sendo fundamental para a promoção do URM para o profissional prescritor, pois possibilita uma prescrição de acordo com os medicamentos contidos nessa lista, visto que são esses os medicamentos disponíveis para a atenção básica no município (ALONSO, BASEIO e GAROFALO, 2010), favorecendo a adesão à terapia medicamentosa. No entanto, como fonte de consulta sobre medicamentos, o Formulário Terapêutico Nacional é uma escolha mais adequada.

Para a promoção do URM, a PNM preconiza que seja elaborado e amplamente divulgado um Formulário Terapêutico Nacional (FTN). Esse formulário é importante para os profissionais de saúde na orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, bem

como, para a racionalização dos mesmos. O FTN contém todas as informações relativas aos medicamentos, incluindo absorção e ação no organismo (BRASIL, 2001a). Segundo Marin *et al.*, (2003) o FTN orienta as escolhas terapêuticas para medicamentos eficazes e custo-efetivos, bem como orienta quanto às abordagens terapêuticas mais adequadas, contribuindo para o URM. No Brasil, o FTN foi elaborado baseado nos medicamentos contidos na RENAME e disponível na Biblioteca Virtual de Saúde (MARIN *et al.*, 2003).

É indispensável que as unidades disponham de uma fonte de consulta sobre medicamentos para possibilitar a consulta sempre que necessário e evitando assim colocar em risco a vida do usuário devido a algum erro de prescrição. Os erros de prescrição são ocorrências muito graves, podendo assumir dimensões clinicamente significativas, causando problemas ao usuário e custos relevantes ao sistema de saúde. Uma fonte de consulta adequada permite minimizar os erros e promover a saúde do usuário, através da promoção do Uso Racional de Medicamentos (ANACLETO *et al.*, 2010).

Dos 90,4% de gerentes que responderam a questão sobre a notificação de reações adversas, 19,0% afirmaram realizar esse tipo de notificação. Enquanto, 71,4% referiram não realizar. No entanto, não se sabe os motivos desses gerentes não realizarem essa notificação, se eles não sabem como fazer ou se não precisaram fazer ou, outro motivo. Dos que realizam essa notificação, cada gerente afirmou realizar esse procedimento de forma diferente, sendo através de material informativo, de notificação ou formulário. Além disso, essas informações são repassadas para órgãos diferentes. Dois gerentes afirmaram repassar para o SINAN, um para o(a) farmacêutico(a) do NASF e um gerente para a secretaria de saúde do município.

A Organização Mundial de Saúde define reação adversa a medicamento (RAM) como sendo qualquer evento nocivo e não intencional que ocorreu na vigência do uso de um medicamento, utilizado com finalidade terapêutica, profilática ou diagnóstica, seguindo as doses normalmente recomendadas (PFAFFENBACH, *et al.*, 2002). Não deve haver nenhuma dúvida quanto a essa definição, devendo saber que não constituem RAM os efeitos adversos oriundos de falhas de qualidade, a sobredose intencional e a conduta clínica imprópria, por exemplo. Esses eventos, embora adversos, não devem ser consideradas estritamente como RAM. As RAM estão submetidas a um conjunto de características, como mecanismo, tempo de aparecimento, gravidade, evolução ao suspender ou readministrar o medicamento, entre outras. Essas características distinguem e auxiliam no estabelecimento de causalidade, tratamento, se houver, prognóstico e prevenção (MARIN *et al.*, 2003).

As RAM podem ser classificadas quanto ao tipo de reação, à causalidade e à gravidade da reação. A classificação quanto ao tipo agrupa as reações em tipo A, B, C, D, E e F. As do tipo A constituem os efeitos farmacológicos esperados, porém com intensidade anormalmente elevada. As do tipo B são as reações totalmente inesperadas, em desacordo com o mecanismo de ação do medicamento. As do tipo C são reações que dependem da dose e do tempo, as D são reações tardias, E são referentes a síndromes de retirada e as F são reações que produzem falhas terapêuticas (ROMEU *et al.*, 2011).

As classificações quanto à causalidade e gravidade são preconizadas pela OMS. Na qual, a classificação em relação à causalidade da reação pode ser definida, provável, possível, improvável condicional e não classificável, e quanto à gravidade pode ser leve, moderada, grave e letal (ROMEU *et al.*, 2011).

Uma forma encontrada para prevenir ou reduzir a ocorrência desses efeitos e melhorar as ações de saúde pública foi à criação de um sistema de farmacovigilância. A farmacovigilância consiste numa ciência relacionada à identificação, avaliação, compreensão e prevenção dos problemas relacionados a medicamentos, ou seja, é o acompanhamento do desempenho dos medicamentos que estão sendo comercializados. As ações de farmacovigilância são realizadas de forma compartilhada pelas vigilâncias sanitárias dos estados, municípios e pela ANVISA (ROMEU *et al.*, 2011; ANVISA, 2014).

Para que seja realizado um controle das RAM é preciso que sejam feitas notificações de sua ocorrência. Essa notificação é um instrumento regulatório fundamental para a farmacovigilância, permitindo que decisões regulatórias sejam tomadas pela ANVISA. No Brasil, em 1999, o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos da ANVISA, adotou a notificação voluntária, que atinge tanto os profissionais de saúde como os usuários e hospitais sentinelas. Os hospitais sentinelas possuem o objetivo de estimular a notificação de eventos adversos ocorridos em hospitais e relacionados a produtos para a saúde (ROMEU *et al.*, 2011).

O repasse das notificações de reações adversas para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é realizado de forma incorreta pelas unidades. O SINAN tem como objetivo coletar e transmitir dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2014). Portanto, o SINAN coleta dados epidemiológicos e não notificações de reações adversas. Essas notificações devem ser levadas a hospitais sentinelas, caso tenha no município, ou os profissionais de saúde devem registrá-las no NOTIVISA (ANVISA, 2014b).

O NOTIVISA é um sistema informatizado na plataforma web para receber as notificações de eventos adversos, que consiste em qualquer efeito não desejado decorrente do uso de produtos sob Vigilância Sanitária (ANVISA, 2014b). Os profissionais de saúde devem estar cadastrados no site para realizar a notificação, bem como, os usuários. Caso o usuário não tenha acesso à *internet*, é importante que repasse as queixas para um profissional de saúde, para que este notifique à Vigilância Sanitária.

Realizar notificações de reações adversas a medicamentos é de grande importância para a saúde, portanto, é importante que todas as unidades saibam como realizar corretamente essa atividade. Essas notificações são essenciais para diminuir a ocorrência das RAM, para garantir medicamentos mais seguros para a população e para a promoção da saúde.

Com relação à medida tomada com os medicamentos que estão com a validade próxima ao vencimento, 9 gerentes informaram que devolvem para a Farmácia Municipal Central, 2 devolvem para a Central de Abastecimento Farmacêutico e dois afirmaram que são devolvidos, mas não disseram o local. Quando ocorrem perdas de medicamentos, seja por vencimento do prazo de validade ou por danos na embalagem, a maioria dos gerentes (81,0%) afirmou registrar as perdas. No entanto, quando questionados sobre como é feito o registro as respostas variaram entre formulário específico para devolução, levantamento de medicamentos, listagens, mapa de devolução, relatório em duas vias e relação mensal de medicamentos impróprios ao uso e próximos ao vencimento. Quando a perda é devido ao vencimento do prazo de validade, doze unidades encaminham para a Farmácia Municipal Central, enquanto duas delas encaminham para a Vigilância Sanitária e uma para a CAF.

A perda de medicamentos pode estar relacionada a uma série de motivos, dentre eles, a administração inadequada do estoque e uma seleção ou programação equivocada. Essa perda pode ser decorrente de danos na embalagem do medicamento ou pelo vencimento do prazo de validade do mesmo. São muitos casos de medicamentos vencidos na rede pública, o que acarreta em um desperdício dos recursos financeiros (CFF, 2011).

O efeito farmacológico de um medicamento depende de muitos fatores, dentre eles, o prazo de validade. Um medicamento dentro do prazo de validade, desde que armazenado corretamente, tem garantia de eficácia terapêutica e segurança. No entanto, após seu vencimento o medicamento deve ser inutilizado e descartado adequadamente, pois um descarte incorreto pode causar problemas de saúde pública e danos ao meio ambiente (MARIN *et al.*, 2003). Um descarte inadequado ou inseguro realizado pela unidade pode acarretar no reaproveitamento dos medicamentos vencidos ou na utilização indevida dos mesmos. Além disso, no Brasil, existe uma população considerável que vive do lixo, estando

esta submetida a mais este risco. Portanto, as unidades de saúde devem armazenar os medicamentos vencidos em local discriminado dos demais e adequadamente identificados, de forma a evitar sua utilização equivocada, enquanto aguardam o descarte adequado dos mesmos (MARIN et al., 2003). A implementação de um sistema de gerenciamento de resíduos de medicamentos, que objetive a redução dos riscos à saúde e ao meio ambiente, é de grande importância. Pesquisas por meio de análises químicas foram realizadas em diversos países, comprovando a existência de fármacos no meio ambiente. Ainda não se conhece as consequências desses fármacos para o meio ambiente, entretanto, sua presença na água é preocupante devido aos potenciais efeitos adversos para a saúde humana, animal e de organismos aquáticos. Os antibióticos e os estrogênios merecem uma atenção especial, visto que os primeiros podem levar ao desenvolvimento de bactérias resistentes, enquanto os estrogênios possuem potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos (CFF, 2011).

Portanto, é fundamental que as unidades de saúde descartem os medicamentos vencidos ou impróprios ao uso de forma adequada. O repasse desses medicamentos para o setor adequado é fundamental para que estes possam encaminhá-los a um correto descarte. Além disso, cabe aos profissionais de saúde contribuir para a redução da geração desses resíduos, que pode ser realizado através do gerenciamento e programação de estoques, evitando vencimentos; pela avaliação das prescrições no momento da dispensação; através da promoção do URM e do acompanhamento dos pacientes durante o tratamento. Com isso, é possível evitar as consequências de um descarte incorreto e, assim, promover a saúde da população (CFF, 2011).

Quanto à doação de medicamentos pela população para as unidades, pôde-se constatar que quatro unidades não recebem esse tipo de doação, entretanto, a maioria das unidades recebe e os direciona para a dispensação ao usuário, caso o medicamento encontre-se em condições adequadas para consumo.

A doação de medicamentos é importante, pois contribui para o descarte adequado do medicamento, visto que os medicamentos poderão ser encaminhados para um destino adequado. Entretanto, as doações podem constituir problemas para a unidade receptora, pois o medicamento doado pode não estar na lista dos padronizados no município ou também pode estar em quantidade superior ao consumo, podendo acarretar no vencimento do prazo de validade e na sua inutilidade (SMS-SP, 2003). Além disso, o principal problema de se receber doações de medicamentos é não conhecer as condições de armazenamento no qual foram submetidos, bem como, a temperatura e a umidade a que foram expostos (BUENO, WEBER

E OLIVEIRA, 2009), e no caso de ter sido armazenado de forma incorreta é possível que tanto a integridade do fármaco/medicamento esteja comprometida, como conseqüentemente a sua eficácia terapêutica, o que pode ser um grande problema, caso este medicamento doado venha a ser utilizado por um usuário do serviço de saúde.

Os medicamentos, ao mesmo tempo em que constituem um importante insumo no processo de atenção à saúde, podem também ser um fator de risco quando utilizados de forma incorreta. Portanto, apenas promover o acesso da população ao medicamento não é suficiente, sendo necessário priorizar a promoção do uso racional e seguro dos mesmos (PICON E BELTRAME, 2014).

6. CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que nas unidades de saúde no município em estudo mostrou alguns pontos que precisam de investimento tais como, a área física da farmácia das unidades, para um armazenamento adequado dos medicamentos; maior inserção do profissional farmacêutico para que atue junto à equipe na promoção à saúde e na responsabilidade técnica da farmácia; a educação continuada dos funcionários quanto a promoção do URM; e a informatização das unidades para melhoria do serviço oferecido à comunidade e, conseqüentemente, da saúde. Foi observado que havia grande variação nas atividades desenvolvidas pelas unidades como, por exemplo, destino dado aos medicamentos vencidos, realização de notificações de reações adversas, controle de medicamentos não atendidos no receituário e dispensação de medicamentos controlados. Sendo importante uma padronização das atividades obrigatórias a serem executadas, para o seu desempenho uniforme, adequado e, principalmente, para que melhore o atendimento ao usuário.

O estudo também permitiu identificar pontos positivos na maioria das unidades de saúde da família, como o gerenciamento de descarte de medicamentos vencidos, controle de estoque, sinalização da falta de medicamentos ao prescritor, o acesso do prescritor a lista de medicamentos disponíveis e registro de perdas de medicamentos.

O presente estudo permitiu um diagnóstico situacional da assistência farmacêutica nas unidades de saúde da família. Espera-se que as discussões dos resultados encontrados possam contribuir e dar subsídio para a reorganização das atividades das unidades, de modo que haja a promoção do URM, a melhoria da atenção à saúde e, conseqüentemente da qualidade de vida da população.

O URM e a promoção à saúde devem ser os objetivos principais das unidades de saúde. Para isso, é essencial que a prioridade de suas atividades seja a saúde da população, devendo

oferecer sempre um serviço de qualidade. Portanto, cabe a cada unidade de saúde promover ações que contribuam para a promoção do URM e da saúde, o que pode ser atingido com ações educativas para todos os funcionários da unidade, abordando temas importantes sobre os medicamentos, bem como, seu uso adequado e os riscos de um uso incorreto.

Uma maior inserção do farmacêutico nas unidades de saúde em período integral torna-se fundamental para as atividades referentes aos medicamentos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, M. S.; BASEIO, C., GAROFALO, G. Estratégias adotadas pelo município visando a garantia de adesão ao Uso Racional de Medicamentos. **Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos: experiência bem sucedida de profissionais nos serviços de saúde.** Prefeitura do Município de Mauá. São Paulo: 2010.

ANACLETO, T. A.; ROSA, M. B.; NEIVA, H. M.; MARTINS, M. A. P. Erros de medicação. Farmacovigilância Hospitalar: como implantar. Farmácia Hospitalar. **Pharmacia Brasileira** - Janeiro/Fevereiro. 2010.

ANSEL, H. C.; POPOVICH, N. G.; LOYD, V. O. **Farmacotécnica: formas farmacêuticas & sistemas de liberação de fármacos.** 6ª ed. São Paulo: Editorial Premier, 2000.

ANVISA. **Farmacovigilância.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Farmacovigilancia>>. Acesso em: 07 maio. 2014a.

ANVISA. Publicação Setor Regulado. **Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária - Notivisa.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/ouvidoria!/ut/p/c4/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3hnd0cPE3MfAwN_Dz8DA09_c19vrwAXAwNDE_2CbEdFADPcr4A!/?1dmy&urile=wcm%3Apath%3A/anvisa+portal/anvisa/setor+regulado/publicacao+setor+regulado/notificacao>. Acessado em: 09 maio. 2014b.

BALLOU, Ronald. **Logística empresarial: Transportes, administração de materiais e distribuição física.** São Paulo: Atlas, 1993.

BERTAGLIA, Paulo. **Logística: E gerenciamento da cadeia de abastecimento.** São Paulo: Saraiva, 2006.

BRASIL. Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.** Brasília: 1973.

BRASIL. Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. **Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.** Brasília: 1976.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.** Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: 1997.

BRASIL. Secretaria de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. **Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** SVS/MS. Brasília:1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Ministério da Saúde. 1998b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999. **Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias.** ANVISA, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos, de 1998.** 6ª Reimpressão. 40p. II - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25). Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.** CFF: 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação.** Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do Programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional.** Brasília: CONASS, 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasília: CNS, 2004b.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 417, de 29 de setembro de 2004. **Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica.** CFF, 2004c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 43, de 7 de julho de 2004. **Guia para a realização de estudos de estabilidade.** ANVISA: 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2ª edição; Brasília: 2006a.

BRASIL. Conselho Regional do Estado de São Paulo. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Medicamento um direito essencial.** Cremesp/CRF-SP/IDEC. São Paulo; 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Vigilância em Saúde.** 1ª edição. Coleção porgestoress. Para entender a gestão do SUS. CONASS. Brasília:2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008. **Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos.** ANVISA, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. Saúde da Família. 2ª edição. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília:2008c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. **Dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências**. ANVISA: 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do núcleo de apoio à saúde da família - NASF**. Caderno de Atenção Básica. Brasília:2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília:CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**. 2ª edição; Brasília: 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. CNS; 2012c.

BRASIL. Departamento de informática do SUS. **Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica**. Capacitação - Hórus. UNIVERSUS. Ensino e colaboração mediados por tecnologia. DATASUS. 2013a.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 577, de 25 de julho de 2013. **Dispõe sobre direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde**. CFF: 2013b.

BRASIL. Portal da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. Portal da Saúde - Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acessado em: 09 maio. 2014.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí - RS. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 30(2):203-210; 2009.

BUSATO, M. A. e LUNKES, E. F. Assistência farmacêutica na estratégia saúde da família em um município de pequeno porte de Santa Catarina. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, jan./abr. 2012.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos. **Exercício profissional diante dos desafios da farmácia comunitária**. 3ª edição. Brasília:CFF, 2006.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Atividades do farmacêutico na Farmácia Comunitária**. Manual II. Conselho Federal de Farmácia. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/69/encarte_farmacia_comunitaria.pdf>. Acesso em: 04/05. 2014.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Atividades do farmacêutico na farmácia comunitária. Manual III**. Conselho Federal de Farmácia. Brasília: 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/encarte_farmacia_comunitaria.pdf>. Acessado em: 22 maio. 2014.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **Descarte de medicamentos**. Pharmacia Brasileira nº 82 - Junho/Julho/Agosto. 2001. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/132/014a016_artigo_dr_walter.pdf>. Acessado em: 26 maio. 2014.

COREN. **Profissionais de enfermagem não podem executar dispensação de medicamentos**. 2013. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. COREN-SP. Disponível em: <<http://portal.coren-sp.gov.br/node/35780>>. Acessado em: 24 maio. 2014.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; DOS REIS, A. L. A.; DA SILVA, H. F.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L. Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1):171-182, jan-mar, 2000.

COSTA, K. S. e NASCIMENTO JUNIOR, J. M. HÓRUS: Inovação Tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**;46(Supl):91-9; 2012.

CUNHA, K. O. A.; RENOVATO, R. D.; DESCOVI, M. S.; DAL VESCO, J. R.; DA SILVA, C. A.; MISSIO, L.; ALVARENGA, M. R. M. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, 46(6):1431-7; 2012.

DA SILVA, D. B. **Hipertensão arterial e complicações associadas: análise do risco cardiovascular e da adesão ao tratamento em usuários do Sistema Único de Saúde**. 2011. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências de Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

DA SILVA, M. F.; DA CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidade da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde**. São Paulo:jan/mar 32(1):47-55. 2008.

DE ASSUNÇÃO, I. A.; SANTOS, K.; BLATT, C. R. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**;34(3):431-439. 2013.

DE BERNARDI, C.L.B.; BIEBERBACH, E.W.; THOMÉ, H.I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**. v.15, n.1, p;73-83, jan-abr; 2006.

FREITAS, J. M. S. M.; NOBRE, A. C. L. Avaliação da Assistência Farmacêutica do Município de Mombaça - CE. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo** v.2 n.1 15-20 jan./abr. 2011.

JOHNSON, J. A.; BOOTMAN, L. J. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. **American Journal of Health System Pharmacy**, v. 54, p. 554-558, mar. 1997.

MACIEL, Caroline Vieira. **Análise da estruturação da assistência farmacêutica nas unidades de saúde da família de um município do estado de Santa Catarina**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, 2010.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista Terapia Ocupacional da USP**. São Paulo, v. 19, n. 2, p.i, 2008.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O.; SANTOS, S. M. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003.

MARTINS, J. S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A. B. B. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. **Rev Enfermagem Integrada**. Ipatinga. v.1-n.1-Nov./Dez. 2008.

MEDEIROS, E. F. F.; MORAES, A. F.; KARNIKOWSKI, M.; NÓBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3139-3149, 2011.

OLIVEIRA, A. B.; OYAKAWA, C. N.; MIGUEL, M. D.; ZANIN, S. M. W.; MONTRUCCHIO, D. P. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Rev Brasileira de Ciências Farmacêuticas** vol. 41, n.4,out./dez., 2005.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília:OPAS, 2005.

Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. OMS:1946.

Organização Mundial de Saúde. **El papel Del farmacêutico em El sistema de atención de salud**. Informe de um grupo de consulta de La OMS. Nueva Delhi: OMS; 1998.

Organização Mundial de Saúde. **Conferência Mundial Sobre Uso Racional de Medicamentos, Nairobi**. OMS:1985.

PEPE, V. L. E. e DE CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(3):815-822, jul-set,2000.

PFAFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; BERGSTEN-MENDES, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Rev Assoc Med Bras.** 48(3): 237-41; 2002.

PICON, P. D. e BELTRAME, A. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticos.** Comissão de Assistência Farmacêutica/SAS. Diretor do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais/SAS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes.pdf>. Acessado em: 26 maio. 2014.

PORTELA, A. S.; LEAL, A. A. F.; WERNER, R. P. B.; SIMÕES, M. O. S.; MEDEIROS, A.C.D. Políticas Públicas de Medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**;31(1):09-14; 2010.

PROVIN, M. P.; CAMPOS, A. P.; NIELSON, S. E. O.; AMARAL, R. G. Atenção farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.717-723. 2010.

ROMEU, G. A.; TÁVORA, M. R. F.; DA COSTA, A. K. M.; DE SOUZA, M. O. B.; GONDIM, A. P. S. Notificação de reações adversas em um hospital sentinela de Fortaleza - Ceará. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo** v.2 n.1 5-9 jan./abr; 2011.

SESA. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. **Assistência Farmacêutica.** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. SESA: 2008.

SMS-SP. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de Estruturação de Almoxarifados de medicamentos e produtos para a saúde, e de boas práticas de armazenamento e distribuição.** Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Área Temática de Assistência Farmacêutica. SMS. São Paulo. 2003.

SEGUNDO, O. G. **Condições de armazenamento dos medicamentos da central de abastecimento farmacêutico no município de Jaguaratama.** 2007. Monografia (Especialização em Assistência Farmacêutica) - Escola de Saúde Pública do Ceará, 2007.

SILVA, K. E. R.; ALVES, L. D. S.; SOARES, M. F. R.; PASSOS, R. C. S.; FARIA, A. R.; ROLIM NETO, P. J. Modelos de avaliação da estabilidade de fármacos e medicamentos para a Indústria Farmacêutica. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 30(2):129-135;2009.

SILVA, A. L. **Qualificação do acesso à Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro.** IV Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://www.cosemsrj.org.br/images/ppt_iv_congresso_cosemsrj_qualificacao_acesso_assistencia_farmaceutica_erj.pdf> Acessado em: 19 maio. 2014.



SES-MS. **Saúde disponibiliza Relação Estadual de Medicamentos Essenciais.** Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=544&id_reg=143073&voltar=home&site_reg=116&id_comp_orig=544>. Acessado em: 19 maio. 2014.

SOLER, O.; ROSA, M.B.; DA FONSECA, A.L.; FASSY, M.F.; MACHADOM.C.; SILVA, R.M.C.; GOMES, C.A.P. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Rev. Bras. Farm.**, 91(1):37-45, 2010.

TOURINHO, F. S. V.; BUCARETCHI, F.; STEPHAN, C.; CORDEIRO, R. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 84 (5).2008.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(1):213-220, 2007.

APÊNDICE A- Questionário utilizado para avaliação da assistência farmacêutica e uso racional de medicamentos nas unidades de saúde.

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CAMPUS UFRJ-MACAÉ Professor Aloísio Teixeira</p> 
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS UNIDADES DE SAÚDE
I - DESCRIÇÃO ÁREA FÍSICA DA FARMÁCIA (responsável pela farmácia)
<p>1. Nas áreas de dispensação, como os medicamentos estão organizados? <input type="checkbox"/> Em ordem alfabética <input type="checkbox"/> Por classe farmacológica <input type="checkbox"/> Por forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Pela Denominação Comum Brasileira <input type="checkbox"/> Por outra forma, especificar _____</p> <p>2. Existem medicamentos em contato direto com piso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. Existem medicamentos em contato direto com parede? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>4. Existem sujidades (poeira, insetos ou seus dejetos e outros)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>5. Existem sinais de umidade (pintura danificada, mofo, sinais de infiltração) em parede ou teto nas áreas de armazenamento de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>6. Existe termômetro de ambiente na farmácia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, há o controle da temperatura? _____ Como é feito o controle? _____</p> <p>7. Existem medicamentos de controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, como estão armazenados, e quem detém a chave do armário? _____</p>
II- ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIDADE (responsável pela farmácia)
<p>8. Existem farmacêuticos trabalhando na unidade em todo o horário de funcionamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quantos farmacêuticos? _____</p> <p>9. Se respondeu não à pergunta anterior, há algum farmacêutico que atue na unidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, com que frequência ele vai à unidade? _____</p> <p>10. Caso a resposta anterior seja afirmativa, os farmacêuticos da unidade são contratados ou concursados? Especifique. _____</p> <p>11. Qual o período e carga horária do(s) farmacêutico(s) na unidade? _____</p> <p>12. Quais funcionários realizam a dispensação de medicamentos nesta unidade? Obs. colocar a quantidade dentro dos parênteses <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Assistente administrativo <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Recepcionista <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro. Especificar _____</p> <p>13. Quem é o responsável técnico pela farmácia? _____</p> <p>14. Já foi realizado algum tipo de capacitação ou treinamento, das pessoas que trabalham, na farmácia com o tema relacionado ao Uso Racional de Medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Se sim, existe uma continuidade nessa capacitação/treinamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p> <p>15. Quantos médicos há na unidade? _____</p> <p>16. Quantos enfermeiros há na unidade? _____</p> <p>17. Quantos dentistas há na unidade? _____</p>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CAMPUS UFRJ-MACAÉ
Professor Aloísio Teixeira



18. A unidade recebe fiscalização da Vigilância Sanitária?
 sim não

III. CARACTERÍSTICAS DA DOCUMENTAÇÃO (responsável pela farmácia)

19. Existe Procedimento Operacional Padrão (POP) escritos para as atividades desenvolvidas na farmácia?
 sim não

20. Existem protocolos ou procedimento operacional padrão (POP) escritos para orientar a dispensação de medicamentos?
 sim não

21. A farmácia apresenta sistema de informatização?
 sim não

Se sim, possui acesso a internet? sim não

22. É realizado algum tipo de controle do estoque de medicamentos na Farmácia?
 sim não

Se sim, qual tipo de controle é realizado?

Informatizado Manual Outro: _____

23. Qual o período em que o controle é realizado?

Diário Semanal Quinzenal Mensal

24. Existem materiais informativos sobre medicamentos (exemplo: folders) para distribuição aos usuários?
 Sim (caso exista arquivo de material produzido pelo município, favor anexar)
 Não

25. A farmácia realiza o controle dos medicamentos que não foram atendidos no receituário (demanda reprimida)?

Sim Não

Se sim, esta demanda é informada à Central de Abastecimento Farmacêutico ?

Sim Não

26. É feito o registro dos medicamentos dispensados para cada paciente, incluindo quantidade e data da dispensação? Obs. Não considerar como registro a cópia da prescrição retida no atendimento.

Sim Não

Se sim para a pergunta anterior para quais classes de medicamentos são feitos?

27. A falta de medicamento na farmácia é sinalizada ao prescritor?

Sim Não

28. O prescritor tem acesso a lista de medicamentos disponíveis na unidade?

Sim Não

29. Caso tenha medicamentos de controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98), como é documentada a sua dispensação?

30. Qual fonte de consulta sobre medicamentos há na unidade?

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas – DEF RENAME REMUME Internet

Livros Formulário Terapêutico Nacional Outros _____

31. Na sua unidade é realizada notificações de reações adversas?

Sim Não

Se sim, como é feito?

Essas informações são repassadas para onde? _____

IV - MEDICAMENTOS VENCIDOS / RESÍDUOS

32. Qual medida é tomada com os medicamentos que estão com a validade próxima do vencimento?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CAMPUS UFRJ-MACAÉ
Professor Aloísio Teixeira



33. É realizado o registro de informações sobre perdas de medicamentos (medicamento vencido, medicamento com embalagem danificada)?

Sim Não

Se sim, como é feito?

34. Qual o destino é dado aos medicamentos vencidos?

35. Vocês recebem doação de medicamentos pela população?

Sim Não

Em caso afirmativo, qual tipo:

medicamentos vencidos

medicamentos dentro do prazo de validade

ambos

36. Qual o destino do medicamento doado que esteja dentro do prazo de validade?

APÊNDICE B - Etapas para implementação do Hórus

Para a implantação do Hórus, algumas etapas devem ser seguidas. Primeiramente deve ser preenchido o Cadastro de Adesão do Hórus no site www.saude.gov.br/prodae, assinar o Termo de Adesão do Hórus e realizar a capacitação para utilização do Hórus. Em seguida, é preciso que seja solicitado ao DAF o cadastro do Gestor *Master* do município, que terá acesso a todas as funcionalidades do Hórus e as informações de todos os estabelecimentos do município. Deve-se, logo após, atualizar o cadastro das unidades de saúde e profissionais que atuam nesses serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para poder acessar o Hórus e registrar os estabelecimentos de saúde do município. Por fim, é preciso verificar se todos os produtos e programas de saúde utilizados no município possuem cadastro no Hórus, caso não haja, deve ser enviada uma solicitação de inclusão. Antes da instalação do programa é preciso realizar um inventário de produtos no local a ser implantado e registrar no Hórus o saldo de implantação, ou seja, o estoque de produtos existentes no estabelecimento no momento da implantação do sistema (BRASIL, 2013a).