

Experiências

exitosas de farmacêuticos no SUS

**Diretoria:**

Walter da Silva Jorge João (Presidente)
Valmir de Santi (Vice-Presidente)
José Gildo da Silva (Secretário-Geral)
João Samuel de Moraes Meira (Tesoureiro)

Conselheiros Federais:

Rossana Santos Freitas Spiguel (AC)
José Gildo da Silva (AL)
Marcos Aurélio Ferreira da Silva (AM)
Carlos André Oeiras Sena (AP)
Altamiro José dos Santos (BA)
Luís Cláudio Mapurunga da Frota (CE)
Forland Oliveira Silva (DF)
Gedayas Medeiros Pedro (ES)
Sueza Abadia de Souza Oliveira (GO)
Fernando Luís Bacelar de Carvalho Lobato (MA)
Gerson Antônio Pianetti (MG)
Angela Cristina Rodrigues da Cunha Castro Lopes (MS)
José Ricardo Arnaut Amadio (MT)
Walter da Silva Jorge João (PA)
João Samuel de Moraes Meira (PB)
Bráulio César de Sousa (PE)
Osvaldo Bonfim de Carvalho (PI)
Elena Lúcia Sales Sousa (PI) - Junho/Setembro 2016
Valmir de Santi (PR)
Alex Sandro Rodrigues Baiense (RJ)
Lenira da Silva Costa (RN)
Lérida Maria dos Santos Vieira (RO)
Erlandson Uchôa Lacerda (RR)
Josué Schostack (RS)
Paulo Roberto Boff (SC)
Vanilda Oliveira Aguiar (SE)
Marcelo Polacow Bisson (SP)
Amilson Álvares (TO)

EXPEDIENTE

Comissão de Saúde Pública do CFF

Israel Murakami
Lorena Baía Oliveira Alencar
Lúcia de Fátima Sales Costa
Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento
Silvio César Machado Santos
Valmir de Santi
Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara

Comissão para a seleção de “Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS”

Alessandra Russo
Cláudia Serafin
Pâmela Saaveda

Coordenação

Valmir de Santi

Revisão

Leilane Alves
Maria Isabel Lopes
Murilo Caldas
Veruska Narikawa

Edição

Leilane Alves
Maria Isabel Lopes

Projeto Gráfico

K&R Artes Gráficas e Editora Ltda

Impressão:

Qualytá Gráfica e Editora



Conselho
Federal de
Farmácia

UMA PUBLICAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

SHIS QI 15 - Lote L - Lago Sul CEP: 71.635-200 - Brasília/DF

Fone: (61) 3878-8700

www.cff.org.br

www.facebook.com/conselhofederaldefarmacia

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| MENSAGEM DOS DIRETORES | 05 |
| APRESENTAÇÃO | 08 |
| REGIÃO NORTE | |
| Manaus/AM | |
| Farmácia Clínica no manejo de antimicrobianos: preparo, administração e uso racional em um hospital universitário de Manaus..... | 09 |
| REGIÃO CENTRO-OESTE | |
| Taguatinga/DF | |
| Descarte correto de medicamentos: uma responsabilidade dos farmacêuticos que atuam na atenção primária..... | 16 |
| Campo Grande/MS | |
| Implantação dos serviços de Farmácia Clínica na atenção básica de Campo Grande | 25 |
| REGIÃO SUDESTE | |
| Espírito Santo | |
| Sistema Estadual de Registro de Preços (Serp): compra eficiente de medicamentos na atenção primária à saúde | 32 |
| Betim/MG | |
| Implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico em unidade de atenção primária à saúde de Betim: experiência do Projeto Dia a Dia | 40 |
| Teófilo Otoni/MG | |
| Atenção farmacêutica a pacientes hipertensos de alto risco no Centro Estadual de Atenção Especializada (Ceae) do município de Teófilo Otoni | 49 |
| Rio de Janeiro/RJ | |
| Acompanhamento farmacêutico de pacientes em tratamento de sífilis com penicilina benzatina em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro..... | 55 |
| Araraquara/SP | |
| Indicadores de resultado da implantação da gestão integral da farmacoterapia em um centro de referência do idoso de Araraquara..... | 61 |
| Franca/SP | |
| Importância da assistência farmacêutica na promoção do uso racional de medicamentos por meio da intervenção no processo de judicialização do SUS | 67 |
| Ribeirão Preto/SP | |
| Implantação de formulário para utilização e dispensação de medicamentos impactantes no orçamento hospitalar | 73 |
| São Paulo/SP | |
| Farmacêutico e educação permanente: benefícios para o Ceaf, RH, colaboradores e pacientes..... | 81 |

REGIÃO SUL**Curitiba/PR**

| | |
|--|----|
| Implantação dos serviços de Clínica Farmacêutica na farmácia da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná | 87 |
|--|----|

Novo Hamburgo/RS

| | |
|--|----|
| A atuação do farmacêutico junto ao grupo de hipertensos/diabéticos na UBS no bairro de Canudos, Novo Hamburgo..... | 94 |
|--|----|

Osório/RS

| | |
|--|----|
| Comissão de Farmácia e Terapêutica Regional - união dos farmacêuticos do litoral do Rio Grande do Sul..... | 99 |
|--|----|

Porto Alegre/RS

| | |
|--|-----|
| Cuidando da Farmácia Caseira: ações de um programa de extensão universitária | 109 |
|--|-----|

Santa Maria/RS

| | |
|--|-----|
| Farmacêuticos abordam assistência farmacêutica em situação de desastre e casos de alta complexidade em município gaúcho..... | 118 |
| 1 - A assistência farmacêutica em uma situação de desastre - o incêndio na Boate Kiss, em Santa Maria | 121 |
| 2 - A reconciliação farmacoterapêutica na otimização da terapia..... | 126 |

Pomerode/SC

| | |
|--|-----|
| Aquisição de medicamentos em embalagem fracionável: uma estratégia para o uso racional de medicamentos | 133 |
|--|-----|

REGIÃO NORDESTE**Camaçari/BA**

| | |
|---|-----|
| Auditoria SUS Camaçari: avanços e desafios..... | 141 |
|---|-----|

Fortaleza/CE

| | |
|--|-----|
| Atuação dos farmacêuticos da residência integrada em saúde em um ambulatório de DPOC | 150 |
|--|-----|

Teresina/PI

| | |
|---|-----|
| Farmacêutico e a segurança dos usuários de medicamentos: aplicação da ferramenta FMEA no serviço de Farmácia de um Hospital Público de Teresina | 154 |
|---|-----|

Natal/RN

| | |
|---|-----|
| Diagnóstico situacional das agências transfusionais do município de Natal com a implementação do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH/RN) | 166 |
|---|-----|

Sergipe

| | |
|---|-----|
| Cuidados farmacêuticos em farmácias populares do estado de Sergipe: resultados alcançados | 177 |
|---|-----|

Aracaju/SE

| | |
|--|-----|
| Tecendo Saberes sobre Plantas Medicinais: o resgate, a permanência e a construção do conhecimento popular na atenção básica do município de Aracaju..... | 184 |
|--|-----|

MENSAGEM DOS DIRETORES



Quanto vale a contribuição do farmacêutico para a saúde pública?

Em tempos de discussão acirrada sobre orçamentação e corte de verbas públicas na área da saúde, faz-se urgente e necessária uma avaliação rigorosa de como estão sendo investidos os recursos do governo reservados a esse setor. Será que o dinheiro disponível recebe a destinação adequada, visando ao melhor custo benefício e ao bem-estar da população?

Especialmente se considerarmos as redes municipal e estadual, que concentram o maior volume de serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), é impossível responder à pergunta sem avaliar qual é a composição das equipes de saúde e sem mensurar o valor da contribuição de cada um dos profissionais que as integram. E aqui gostaríamos de usar como exemplo, o farmacêutico. Quanto vale o trabalho farmacêutico para a saúde pública? Na última edição desta publica-

ção apresentamos alguns dados que merecem ser lembrados.

Somente em 2013, o país poderia ter economizado até R\$ 2,5 bilhões em gastos com hospitalizações de urgência e emergência. Isso porque, segundo as conclusões de uma revisão sistemática publicada em 2002, até 24,2% das internações hospitalares de urgência ou emergência são provocadas por problemas relacionados a medicamentos (PRMs) e cerca de 70% podem ser evitadas (PATEL; ZED, 2002). Naquele ano, segundo dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus) sobre internações hospitalares na rede pública, foram registradas 3,2 milhões de internações de urgência e emergência associadas a problemas com medicamentos no país, que custaram R\$3,6 bilhões aos cofres públicos (considerando o custo médio de R\$1,13 mil por internação pelo SUS). O

montante que poderia ter sido economizado se refere a 70% desse valor.

Trata-se de economia impossível de ser feita sem a intervenção direta dos farmacêuticos. A presença desses profissionais nas unidades de saúde, sejam públicas ou privadas, além de evitar os PRM, contribui para racionalizar o uso de medicamentos, padronizar condutas terapêuticas e evitar perdas desnecessárias. É o que conseguiu comprovar o município de Blumenau (SC). Um estudo feito no município constatou que a redução de gastos com medicamentos é inversamente proporcional ao aumento do número de farmacêuticos contratados. Em 2005, a cidade contava com dois profissionais, cujos salários somavam R\$ 33 mil anuais. O custo anual *per capita* com medicamentos era de R\$ 12,71, o que totalizou, no ano, R\$ 3,4 milhões. Em 2007, com 11 farmacêuticos na rede municipal e um gasto de R\$ 181,8 mil de salários, o custo *per capita* com medicamentos baixou para R\$ 6,65, totalizando R\$ 1,7 milhão no ano. Ou seja, a contratação de novos farmacêuticos gerou uma economia anual de R\$ 1,6 milhão.

Segundo relatórios de fiscalizações realizadas pela Controladoria Geral da União (CGU), entre agosto de 2004 e julho de 2006, 90,3% dos municípios apresentaram problemas na gestão de recursos ou serviços de assistência farmacêutica. Em 71% dos municípios foi constatada falta de controle ou deficiência de estoque. Condições inadequadas de armazenamento foram observadas em 39%; e a falta de medicamentos, detectada em 24%. São percentuais representativos, que merecem o olhar criterioso dos gestores.

A falta de estrutura e prioridade para a assistência farmacêutica tem gerado outro grave problema. A população tem buscado os seus direitos referentes ao fornecimento de medicamentos pela via judicial. Esse fenômeno é chamado de “Judicialização da Saúde” e pode ser minimizado com intervenção farmacêutica. A partir da inserção de um farmacêutico nos quadros da Defensoria Pública do Rio Grande do Sul, por meio de um termo de cooperação técnica do órgão com o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (CRF-RS), os defensores públicos auxiliados pelo farmacêutico

conseguiram resolver 70% das demandas pela via administrativa.

Experiências de outros países mostram que, além de proporcionar economia, a assistência farmacêutica resulta em qualidade de vida. Dados da pesquisa “Valor social e econômico das intervenções em saúde pública dos farmacêuticos nas farmácias em Portugal”, publicada em novembro de 2015 pela Ordem dos Farmacêuticos de Portugal, mostrou que o cuidado dispensado pelos farmacêuticos nas farmácias comunitárias, que são aquelas destinadas ao atendimento direto à comunidade, resulta num aumento de 8,3% na qualidade de vida das pessoas que frequentam esses estabelecimentos, e está associado a um ganho de 260.245 anos de vida com qualidade. O valor econômico para a sociedade foi estimado em cerca de 880 milhões de euros anuais, o que corresponde a 3,4 bilhões de reais.

O estudo, pioneiro em Portugal, incidiu sobre as diferentes intervenções dos farmacêuticos em saúde pública. Envolveu o acompanhamento de gestantes, crianças e pacientes com doenças crônicas, além do aconselhamento e a indicação farmacêutica nos casos de transtornos menores (tosse, constipação, diarreia, obstipação, etc), cessação tabágica e proteção solar, a aplicação de vacinas, etc. Não foi considerada no estudo a dispensação de medicamentos, que representa mais de 90% da atividade das farmácias comunitárias em Portugal.

Também foram calculados os ganhos que poderiam resultar de 15 intervenções farmacêuticas ainda não implantadas, mas possíveis de serem desenvolvidas nas farmácias comunitárias portuguesas, por meio de uma maior integração das farmácias com os cuidados primários de saúde e também com os cuidados secundários. Considerando a hipótese de implantação dessas intervenções farmacêuticas adicionais, o ganho de qualidade de vida poderá aumentar mais 6,9%, traduzindo-se num ganho adicional de 75.640 anos de vida com qualidade. O valor econômico das intervenções farmacêuticas para a comunidade se ampliará em mais 144,8 milhões de euros ou 574,72 milhões de reais. Este valor distribui-se entre intervenções farmacêuticas não remuneradas (120,3 milhões de euros) e redução das

despesas de saúde com consultas médicas (24,4 milhões de euros) e hospitalizações (100 mil euros).

Em suma, a pesquisa demonstrou que as intervenções farmacêuticas em Saúde Pública realizadas atualmente nas farmácias comunitárias portuguesas traduziram-se numa diminuição de cerca de 5,6% na despesa total em saúde, o que correspondeu a 0,5% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Distribuindo o valor economizado por farmacêutico, a constatação é a de que cada profissional contribui, em média, seis vezes mais para o PIB que a média de contribuição *per capita* nacional.

O estudo já deu resultados. Um deles foi a recente publicação pelo Governo de Portugal do Decreto-Lei nº 62/2016, que valoriza o papel das farmácias comunitárias como unidades de prestação de cuidados em saúde e prevê expressamente que o Ministério da Saúde contratualize com as farmácias comunitárias a prestação de serviços farmacêuticos de intervenção em Saúde Pública. Um grupo de trabalho interdisciplinar está verificando quais serviços poderão ser contratados e com a formalização dos contratos, que está prevista

para o próximo ano, o governo passará a pagar as farmácias por atendimento realizado.

Temos reiterado que a força de trabalho e a capacidade técnica do farmacêutico não podem mais ser subutilizadas, muito menos pela rede pública, que padece com a distância abissal entre a demanda e a oferta de serviços de saúde. Os farmacêuticos têm uma enorme contribuição a prestar e podem ajudar a equacionar os problemas vivenciados pelo SUS. Mais do que uma questão legal, a presença dos farmacêuticos durante todo o tempo de funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigida pela Lei nº13.021/14, deve ser encarada como uma medida de fundamental importância para a qualidade da assistência à saúde da população e também para a economia das verbas públicas.

É o que pode ser constatado também por meio dos relatos de 24 experiências de farmacêuticos que atuam no SUS reunidos nesta publicação. De forma positiva, eles estão contribuindo para transformar a realidade da saúde pública em seus estados e municípios. Farmacêutico na saúde pública não é custo. É investimento!



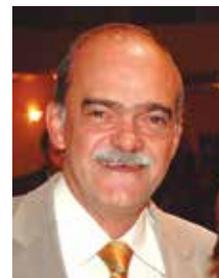

Walter da Silva Jorge João
(Presidente)




Valmir de Santi
(Vice-Presidente)




José Gil do Silva
(Secretário-Geral)




João Samuel de Morais Meira
(Tesoureiro)

APRESENTAÇÃO

O Grupo de Trabalho (GT) em Saúde Pública foi instituído pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), no ano de 2007. Desde então, diversas ações têm sido realizadas para aprimorar a atuação do farmacêutico no serviço público e, por consequência, a atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre estas ações destaca-se a Resolução CFF nº 578/2013, que regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do sistema. Com o intuito de subsidiar tanto a formação dos farmacêuticos quanto a sua atuação como gestores, foi publicado o livro “O farmacêutico na assistência farmacêutica no SUS: diretrizes para ação”.

O cenário da saúde pública atual aponta para a necessidade de otimizar os recursos disponíveis e utilizar ferramentas que aprimorem a gestão, a fim de obter os melhores resultados para a população. Ampliar o acesso aos medicamentos, integrar a assistência farmacêutica às demais políticas de saúde como parte do processo do cuidado, incorporando o farmacêutico às redes de atenção, são alguns dos desafios a enfrentar.

Muitas iniciativas têm sido desenvolvidas por farmacêuticos e gestores para aprimorar a AF pública, com importantes resultados para a população. Esta publicação, que tem periodicidade anual, foi idealizada pelo conselho com o intuito de valorizar as estratégias implantadas nos diversos cenários de atuação profissional e compartilhar os resultados positivos para inspirar outros colegas que atuam no serviço público.

Para esta quarta edição foram selecionados 24 trabalhos com temas relacionados a educação, gestão, assistência farmacêutica e outros. São relatos oriundos das cinco regiões do Brasil. Os relatos apresentados demonstram a qualidade do trabalho que vem sendo desenvolvido e reforçam que o farmacêutico, inserido nas equipes multidisciplinares, tem contribuído de forma significativa para qualificar a atenção à saúde.

Grupo de Trabalho sobre Saúde Pública do CFF

COORDENAÇÃO:



Valmir de Santi

MEMBROS:



Lúcia de Fátima Sales Costa, Sílvio César Machado Santos, Lorena Baía Oliveira Alencar, Israel Murakami, Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara, Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

COMISSÃO DE SELEÇÃO DOS TRABALHOS:



Alessandra Russo



Cláudia Serafin



Pâmela Saavedra



Farmácia Clínica no manejo de antimicrobianos: preparo, administração e uso racional em um hospital universitário de Manaus

CARACTERIZAÇÃO

O projeto citado neste relato foi realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), localizado no município de Manaus, Amazonas. Manaus foi criada no século XVII para confirmar a presença lusitana e fixar domínio português. É a capital do estado do Amazonas, localizada no coração da floresta amazônica, com uma área de 11.401,092 km² e população estimada pelo IBGE de 2.057.711 habitantes.

A capital amazonense, que foi uma das sedes da Copa do Mundo de Futebol, em 2014, recebeu nota máxima no índice de hospitalidade da Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas (Fipe). Com economia voltada para o polo de montagem, está entre as cidades que abrigam um expressivo polo industrial.

O Amazonas surpreende pela combinação de modernidade e conservação da natureza, contando com diversas opções de turismo, como visita a cavernas e cachoeiras, prática do

arvorismo, pesca esportiva, festivais folclóricos e patrimônios históricos.

Perfil epidemiológico

As doenças de registro mais frequentes ao longo do ano em Manaus são malária e dengue. No entanto, diarreia, hepatite A e leptospirose são as doenças mais comuns registradas no período de enchente dos rios no Amazonas (FVS-AM, 2015).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsa), as principais causas de mortalidade no município são neoplasias; causas externas, como óbitos por violência; e doenças do aparelho circulatório e respiratório.

Quanto às notificações de agravo houve aumento de casos novos de tuberculose de 2008 para 2012 em 18%, mas, em contrapartida, a hanseníase apresentou redução equivalente a 23%. Aids, sífilis e malária são outras doenças de notificação relatadas pela Semsa (2013).

Estruturação da rede de saúde

No Amazonas, a rede física dos serviços de saúde cadastrada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) abrange 2.153 estabelecimentos públicos, privados e filantrópicos, distribuídos por gestão dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios), gestão estadual e municipal, sendo 54,1% públicos e 45,9% privados.

Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. Além disso, no campo da assistência à saúde, os hospitais universitários federais são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS). A rede de hospitais universitários federais é formada por 50 hospitais vinculados à 35 universidades federais.



Entrada provisória do Hospital Universitário Getúlio Vargas, em Manaus. Foto: Adneison Severiano/G1 AM

Em 1965, por iniciativa do Governo Estadual do Amazonas, foi inaugurado o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV). Suas atividades básicas eram fundamentais na assistência em Clínica Médica e Cirurgia Geral. Hoje, o HUGV disponibiliza 156 leitos, atendendo as seguintes especialidades médicas: Clínica Neurológica, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Ortopédica, Centro de Terapia Intensiva, Nefrologia, bem como possui Centro Cirúrgico com 8 salas de cirurgia e o Ambulatório Araújo Lima que alberga diversas especialidades médicas.

Assistência farmacêutica

O setor de farmácia foi estruturado em 2015 para atender às recomendações da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), do qual, atualmente, fazem parte 12 farmacêuticos, 15 técnicos em farmácia, 4 auxiliares administrativos, 1 estagiário de nível superior (acadêmico de farmácia) e 4 estagiários de nível médio.

O Setor de Farmácia possui duas subdivisões: Unidade de Abastecimento e Unidade de Farmácia Clínica. O hospital possui uma central de dispensação, uma farmácia satélite no Centro Cirúrgico e uma farmácia ambulatorial.

Os serviços desenvolvidos pela equipe incluem: gestão de estoques de medicamentos e materiais médico-hospitalares, diluição e dispensação de germicidas, manipulação de antineoplásicos, nutrição parenteral e produtos farmacotécnicos, dispensação de medicamentos e produtos para a saúde, dispensação de artigos médicos para centro cirúrgico, Farmácia Clínica no Centro de Terapia Intensiva e apoio em comissões institucionais.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Considerando que os ambientes hospitalares são complexos e, onde frequentemente, se observam eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos, devem ser criados mecanismos que padronizem a administração de medicamentos, evitando eventos passíveis de erro.

Embora se saiba que o sistema de dispensação de dose unitária é o modelo ideal,

mais seguro e econômico para hospitais (FREITAS, 2005), a realidade de inúmeras instituições hospitalares demonstra que não é possível realizar dispensação de antimicrobianos por dose unitária. Dessa forma, o preparo e administração de antimicrobianos ficam sob responsabilidade das equipes de enfermagem. Utiliza-se, no HUGV, o sistema de dispensação individualizado direto, com dispensação para as 24 horas.

Após observar as inúmeras dúvidas sobre o uso desses medicamentos e falta de padronização de uso pela equipe, realizou-se um projeto de extensão em convênio com a Universidade Federal do Amazonas – Faculdade de Ciências Farmacêuticas - intitulado “Orientações acerca do uso correto de antimicrobianos injetáveis em um hospital universitário de Manaus”, com recursos obtidos do Programa de Atividade Curricular de Extensão (Pace).

Com o objetivo de padronizar a administração de antimicrobianos, o projeto foi executado nas seguintes etapas: treinamento dos integrantes da ação, auditoria na instituição, elaboração de um guia de preparo e administração de antimicrobianos injetáveis e treinamento dos profissionais de saúde nas clínicas.

METODOLOGIA

Por meio de convênio entre o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e a Universidade Federal do Amazonas (Ufam), realizou-se um projeto via Programa de Atividade Curricular de Extensão (Pace), cujos objetivos foram realizar auditoria situacional do uso de antibióticos, bem como elaborar material informativo sobre os antimicrobianos padronizados no HUGV.

Foi realizado treinamento dos participantes do projeto, composto por dois farmacêuticos e alunos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Ufam. Em seguida, foi realizada auditoria nos setores do hospital, nos quais foram avaliados os seguintes fatores: armazenamento, existência de estoques paralelos, integridade, validade e diluição de medicamentos, adequação física do ambiente, controle de temperatura e umidade de geladeiras e presença de coletores de lixo adequados.

Universidade Federal do Amazonas
Hospital universitário Getúlio Vargas
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



EBSERH
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES



Guia de Preparo e Administração de Antimicrobianos Injetáveis

Manaus - AM/2016

Capa do Guia de Preparo e Administração de Antimicrobianos Injetáveis do Hospital Universitário Getúlio Vargas, 2016

O material informativo foi elaborado e denominado “Guia de preparo e administração dos antimicrobianos injetáveis”, listando os medicamentos antinfetivos padronizados no hospital. Para cada medicamento foram incluídas informações sobre nome genérico, nome comercial, classe farmacológica, apresentação, forma farmacêutica, pH, reconstituição, vias de administração, tempo de infusão, soluções compatíveis, volumes de diluição, concentração para diluição e estabilidade. As informações foram obtidas por meio de análise das bulas dos medicamentos, consultas bibliográficas como *Clinical Drug information* (2016), *Farmácia Clínica – segurança na prática hospitalar* (FERRACINI, BORGES FILHO; 2011), além de ferramentas como o *Micromedex* (2016) e *Up to date* (2016).

Para executar o treinamento dos funcionários do Hospital, realizou-se primeiramente a capacitação de instrutores, cuja equipe era constituída de farmacêuticos, enfermeiros, téc-

nicos em farmácia e de enfermagem, residentes multiprofissionais e acadêmicos de farmácia.

O treinamento dos médicos, farmacêuticos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no hospital, foi executado em três ciclos, realizados em fevereiro, março e abril. A estratégia escolhida foi comparecer aos setores nos horários de mudança de plantão (manhã, tarde e noite) no intuito de alcançar o maior número de funcionários.

Disponibilizou-se material educativo impresso com recomendações gerais de preparo e administração de antimicrobianos, bem como um exemplar do Guia. A abordagem consistia em mostrar como interpretar as informações contidas no Guia e as particularidades do uso dos medicamentos, por meio de exemplos que se adequavam à prática clínica. Após o treinamento, os interessados podiam receber uma versão digital do Guia por e-mail.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Os resultados da auditoria revelaram a falta de padronização do preparo e administração dos antimicrobianos. Quanto aos critérios de armazenagem, verificaram-se inadequações como: presença de medicamentos reconstituídos e/ou diluídos sem identificação, medicamentos vencidos, medicamentos com lacre rompido e presença de alimentos em geladei-

ras de uso exclusivo para medicamentos. A falta de controle de temperatura e umidade e medicamentos em excesso foram verificados em 90% dos setores.

Em relação ao manuseio e armazenamento apropriado, 90% dos setores estavam em não conformidade. Após reconstituição, apenas 40% dos medicamentos estavam armazenados adequadamente. Havia coletores de lixo adequados em 90% dos setores.



Treinamento sobre o Guia de Preparo e Administração de Antimicrobianos Injetáveis para residentes e médicos do Hospital Universitário Getúlio Vargas

Após o treinamento, realizou-se a segunda auditoria nos setores, cujos resultados demonstraram redução de medicamentos em excesso para 55,6%. Quanto à armazenagem de medicamentos, 100% dos setores apresentaram locais satisfatórios.

Em relação à armazenagem de medicamentos reconstituídos e diluídos, 66% das clínicas apresentavam um refrigerador limpo e em condições para a armazenagem correta. No quesito armazenamento de alimentos junto a medicamentos, 80% das clínicas estavam em conformidade, resultado muito superior ao observado na primeira auditoria, na qual apenas uma clínica estava em conformidade.

Ao fim da auditoria, verificou-se ainda a persistência de algumas necessidades não relacionadas ao Setor de Farmácia, tais como aquisição de novos condicionadores de ar e termômetros para os refrigeradores e ambiente. Foram encaminhadas sugestões para adequação aos setores responsáveis.

Participaram do primeiro ciclo, 153 profissionais. Ao segundo e terceiro ciclos estiveram presentes 280 profissionais do HUGV. Durante as visitas, houve grande aceitação por parte dos funcionários, que sugeriram algumas modificações e inclusão de informações adicionais no guia. Também foi solicitado pelas equipes que a ação fosse estendida para todos os medicamentos injetáveis padronizados na instituição.

Devido ao êxito do treinamento sobre o Guia de Preparo e Administração de Antimicrobianos Injetáveis, a equipe foi convidada para divulgá-lo em outras instituições hospitalares de Manaus, a exemplo do Hospital e Pronto-Socorro 28 de Agosto, no qual se realizou o primeiro treinamento externo para 35 profissionais de terapia intensiva.

Um grande entrave relacionado à má manipulação dos antimicrobianos era a reconstituição e a diluição inadequada, o que ocasionava perda de doses de medicamento

e, conseqüentemente, a redispensação da medicação.

De acordo com os dados de redispensação de antimicrobianos do setor de farmácia, o gasto com esta prática antes da ação foi de R\$ 1.915,00, valor correspondente a 10 meses de análise. Nos dois meses após a ação, observou-se queda de 82% nos referentes gastos.

Vale destacar o apoio institucional na realização da ação e na divulgação do treinamento entre os colaboradores, bem como o interesse dos gestores em disseminar o conhecimento.

Exemplo de recomendação do uso de vancomicina no Guia de Preparo e Administração de Antimicrobianos Injetáveis.

| VANCOMICINA | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------|--|------------------|--|
| Nome genérico | Apresentação | Reconstituição | Vias de Administração | | | Tempo de infusão | Estabilidade |
| Nome comercial | Forma farmacêutica | | IM | EC direta | EV infusão | | |
| Classe farmacológica | pH | | | | | | |
| Vancomicina | Pó líofilo para solução injetável | 10 mL de AD para 500mg | Não | Não | Sim | Maior que 60 min | Reconstituído: - 24h (T _{amb}) |
| Vancocid® | 500mg ou 1g | 20 mL de AD para 1g | | | Solução compatível: | | - 14 dias (ref) |
| Antibacteriano | Frasco-ampola pH 2,5 a 4,5 | | | | Volume de diluição: 100mL ou mais Concentração para diluição: Até 5mg/mL Ex = 500mg em 100 mL = (5mg/mL) | | Diluído: - 24h (T _{amb}) 14 dias (ref) |

Próximos passos, desafios e necessidades

Devido à relevância da experiência, verificou-se a necessidade de criação de um programa de educação continuada para os profissionais, visando melhorar os indicadores observados e aumentar a segurança do paciente em relação ao uso correto e racional de antimicrobianos.

Verificou-se a importância de se disponibilizar material de consulta nas clínicas, como o guia, a fim de aprimorar os processos e fornecer informação baseada em evidência. Além

disso, constatou-se a necessidade de implementação de ação semelhante para todos os medicamentos injetáveis padronizados na instituição.

O uso correto de antimicrobianos em instituições hospitalares é um desafio complexo. É necessário o envolvimento e a colaboração da equipe multidisciplinar, visando o uso racional, a fim de promover a redução da infecção hospitalar, a resistência microbiana e, conseqüentemente, custos na instituição.

CONCLUSÃO

O uso de informação baseada em evidência é essencial em serviços de saúde, pois garante a promoção da segurança do paciente. É necessário que as instituições hospitalares ofereçam estratégias e instrumentos de consulta que padronizem as atividades relativas ao cuidado do paciente. Em nosso caso, levando em consideração que os custos foram apenas com a impressão de Guias, a adoção de estratégias de baixo custo e alto impacto são essenciais para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Em hospitais universitários, o apoio das universidades é fundamental para aproximar o conhecimento científico à prática, bem como possibilitar experiências acadêmicas voltadas à atuação profissional. A disponibilização de guias e protocolos permite a interação entre os demais profissionais de saúde e o farmacêutico, o que facilita a condução da farmacoterapia adequada ao paciente.

O apoio da gestão, assim como a participação e interesse dos colaboradores, contribui sobremaneira com ações que têm como foco a segurança do paciente. Neste sentido, a promoção de educação continuada é uma ferramenta que auxilia na melhoria contínua dos serviços.

A participação ativa do setor de farmácia em ambiente hospitalar é estratégica, pois além de promover a melhoria de todas as etapas relativas ao abastecimento e a redução de custos e desperdícios envolvendo medicamentos e produtos para saúde, permite a promoção de uso racional de medicamentos, uma vez que os recursos voltados ao setor devem ser estrategicamente direcionados a fim de garantir a eficácia, racionalidade e segurança terapêutica aos pacientes.

REFERÊNCIAS

CDI. Clinical Drug information. Disponível em: <<http://www.wolterskluwercdi.com/lexicomp-online/community-pharmacy/>>. Acesso em 25/04/2016.

FERRACINI, F. T.; BORGES FILHO, W. M. Farmácia clínica – segurança na prática hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2011.

FREITAS, A. R. Vigilância sanitária na farmácia hospitalar: o sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária (SMDU) em foco. Monografia da Especialização em Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. 2005:88p.

HUGV. Hospital Universitário Getúlio Vargas. Institucional. Disponível em: <<http://www.hugv.ufam.edu.br/institucional.html>>. Acesso em: 20 abril 2016.

MICROMEDEX. Micromedex Health Care Series. Disponível em: <<http://www-micromedexsolutions-com.ez2.periodicos.capes.gov.br/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.DoIntegratedSearch#>>. Acesso em 01/03/2016.

SEMSA. Secretaria Municipal de Saúde. Situação de saúde no município de Manaus. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/DIAGN%C3%93STICO-SITUACIONAL-DE-MANAUS-2.pdf>>. Acesso em 04/05/2016.

UP TO DATE. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/pt/home>>. Acesso em 26/04/2016.

INSTITUIÇÃO

Hospital Universitário Getúlio Vargas de Manaus

AUTORES

Bruna Monteiro Rodrigues
Alexandre Targino da Soledade
Gabriel Oliveira de Souza
Igor Rafael dos Santos Magalhães
Mírian Brasil Magalhães de Oliveira

CONTATOS

b_monteiro@hotmail.com
at.soledade@hotmail.com
gabriel.ifam@gmail.com
magalhaes.irs@gmail.com
mirianbrasil1@gmail.com



Descarte correto de medicamentos: uma responsabilidade dos farmacêuticos que atuam na atenção primária

CARACTERIZAÇÃO

O cenário da pesquisa é a cidade de Taguatinga, localizada no Distrito Federal, Região Centro-Oeste.

O nome da cidade surgiu de uma fazenda que, no século XVIII, abrigou um pequeno povoado formado por bandeirantes e tropeiros. Posteriormente, Taguatinga foi projetada por Lúcio Costa, durante a construção de Brasília, para ser uma cidade dormitório e possuir 25.000

habitantes. Nos dias atuais, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), essa cidade possui 361.063 habitantes, sendo mais da metade de outras regiões do Brasil, em especial da Região Nordeste.

A maior parte dos habitantes é do sexo feminino (52%) e metade possui entre 25 e 59 anos, ou seja, encontra-se em idade economicamente ativa. A renda *per capita* dos moradores é de 1,6 mil reais e a escolaridade da maioria está entre os níveis fundamental e médio.

Perfil epidemiológico

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Taguatinga é 0,855 - ou seja, acima da média nacional que é 0,755. O IDH é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de “desenvolvimento humano” e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo).

Contudo, mesmo com este índice, há questões importantes relacionadas à qualidade de vida que precisam ser discutidas como, por exemplo, a segurança e as dificuldades de mobilidade urbana.

Além disso, a população idosa tem morbidades relacionadas em especial com a síndrome metabólica, possuindo problemas como obesidade, hipertensão e diabetes.

Estruturação da rede de saúde

A saúde pública conta com um hospital com mais de 300 leitos e diferentes especialidades, além de unidades de emergência. No hospital está sediada a Regional de Saúde, que possui oito unidades vinculadas, uma clínica de Saúde da Família, além de uma policlínica denominada Unidade Mista de Atendimento.

As unidades de saúde possuem basicamente os serviços de ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia. Já a unidade mista de atendimento é referência em geriatria, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, DST/Aids, tabagismo, nutrição, odontologia, atendimento à saúde do adolescente, além de possuir uma farmácia de média complexidade, radiologia e laboratório de análises clínicas.

Mesmo que o sistema privado de saúde na cidade seja consistente, é importante salientar que a maior parte da população depende do sistema público de saúde.

Assistência farmacêutica

Os centros de saúde possuem farmacêuticos responsáveis pela dispensação. Além disso, na unidade mista de atendimento, há uma farmácia, também com farmacêutico, que cen-

traliza a dispensação de medicamentos como os controlados e outros considerados como de média complexidade.

No hospital há farmacêuticos distribuídos em atividades relacionadas à farmácia e às análises clínicas.

Taguatinga possui, ainda, 65 estabelecimentos farmacêuticos vinculados ao programa Aqui Tem Farmácia Popular, todos com pelo menos um farmacêutico.

O gasto *per capita* anual com medicamentos no Distrito Federal, na modalidade aplicação direta, é um dos maiores do Brasil chegando a R\$ 66,45 segundo Vieira e Zuchi (2011), no ano de 2009.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

No Brasil, existem diferentes regulamentos técnicos federais publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) que versam sobre resíduos de serviços de saúde. Entretanto, estes deixam lacunas quanto ao manejo e disposição final de resíduos de medicamentos domiciliares vencidos ou inapropriados para uso (Brasil, 2004; Brasil, 2005).

Buscando suprir esta lacuna, foi elaborada, no Distrito Federal, a Lei nº 5092/2013 (Distrito Federal, 2013) que dispõe sobre a obrigatoriedade de farmácias e drogarias receberem medicamentos com prazo de validade vencido, para descarte. Mesmo que esta lei nunca tenha sido sancionada, a Secretaria de Estado de Saúde orienta, por meio de notas técnicas, que as unidades de saúde recebam da população os medicamentos vencidos ou em desuso e deem a destinação correta. Contudo, a implementação deste processo não é simples, pois envolve recursos humanos, físicos e de logística.

Uma parceria entre a Universidade de Brasília e a Unidade de Saúde (Centro de Saúde nº 4 - CS4) de Taguatinga possibilitou a implantação do processo. A experiência foi desenvolvida com o auxílio de alunos da graduação em Farmácia por meio de atividades de estágio e de trabalhos de conclusão de curso, por alunos de pós-graduação e pelo apoio de núcleos de pesquisa e de projetos de extensão.

Nesse sentido, este trabalho busca apresentar o resultado desta experiência por meio da descrição do processo de descarte implementado e também pelos resultados do perfil dos medicamentos descartados incluindo a análise dos custos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência da implementação do processo de descarte de medicamentos em uma unidade de saúde. O CS4 de Taguatinga está localizado em uma das cidades satélites do Distrito Federal.

A descrição do processo dar-se-á de forma esquemática, tentando descrever as etapas envolvidas de acordo com as orientações da Diretoria de Assistência Farmacêutica (Diasf) do Distrito Federal.

Para a avaliação do perfil de medicamentos descartados foram coletadas informações nos primeiros nove meses de 2015. O perfil dos medicamentos descartados foi realizado por meio da criação de um banco de dados contendo todos os medicamentos descartados. Também foram incluídos no banco a data de validade, princípio ativo, laboratório responsável pelo medicamento e a forma farmacêutica. Os medicamentos também foram separados em outras três categorias:

- I. os que foram devolvidos pela comunidade foram denominados como “devolução”;
- II. amostras grátis de medicamentos que venceram dentro da unidade de saúde foram denominadas como “amostras grátis” e;
- III. os medicamentos de uso interno vencidos da unidade de saúde foram denominados de “interno”.

Foi estipulado o tempo gasto no processo de separação, remoção da embalagem secundária, armazenamento para o descarte e tabulação de dados para cada item, visando conhecer o tempo médio por item tabulado.

Também foram classificados pela forma farmacêutica e pelo grupo anatômico principal segundo a Classificação Anatômica Terapêutica e Química (ATC, sigla em Inglês).

Para avaliar o prazo de validade, os medicamentos foram organizados em grupos de acordo com a data de vencimento. Os grupos incluíam medicamentos vencidos antes de 2015, medicamentos vencidos no ano corrente e medicamentos não vencidos. Além disso, houve situações em que esta informação não pôde ser analisada, como em casos de problema de legibilidade.

Para a classificação dos medicamentos foi adotado o Sistema Anatômico e Terapêutico Químico (ATC). Esta classificação, como primeiro nível, divide os medicamentos de acordo com sistema ou órgão em que o fármaco atua; nos níveis subsequentes, as classes são divididas conforme as propriedades terapêuticas, químicas e farmacológicas. Entretanto, foi adotado apenas primeiro nível dessa classificação conhecida como grupo anatômico principal.

O custo dos medicamentos enviados para incineração foi estimado com base nos valores apresentados no site da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), de março de 2015, levando em consideração a alíquota de ICMS de 17%, vigente no Distrito Federal.

Os dados foram tabulados na ferramenta Microsoft Excel. Após a coleta dos dados, foi feita uma análise estatística descritiva. As variáveis numéricas são apresentadas em medidas de tendência central e dispersão e as variáveis categóricas em números absolutos e proporções.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob o código 1.057.271.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Como abordado anteriormente, essa é a principal experiência de descarte de implementação de um processo de coleta e de destinação correta para os medicamentos em unidade de saúde da Atenção Primária do Distrito Federal (figura 2), tanto pelo desenvolvimento do processo quanto pela possível aplicação dos resultados em ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos.

É importante destacar que a forma de descarte de medicamentos controlados pode

ser diferente em outras unidades federativas. No Distrito Federal, este processo foi desenvolvido com vistas a possibilitar a destinação correta sem que houvessem desvios. Nesse

caso, informa-se que há unidades federativas em que a própria vigilância se responsabiliza pelo descarte, assim que são encaminhados os medicamentos.

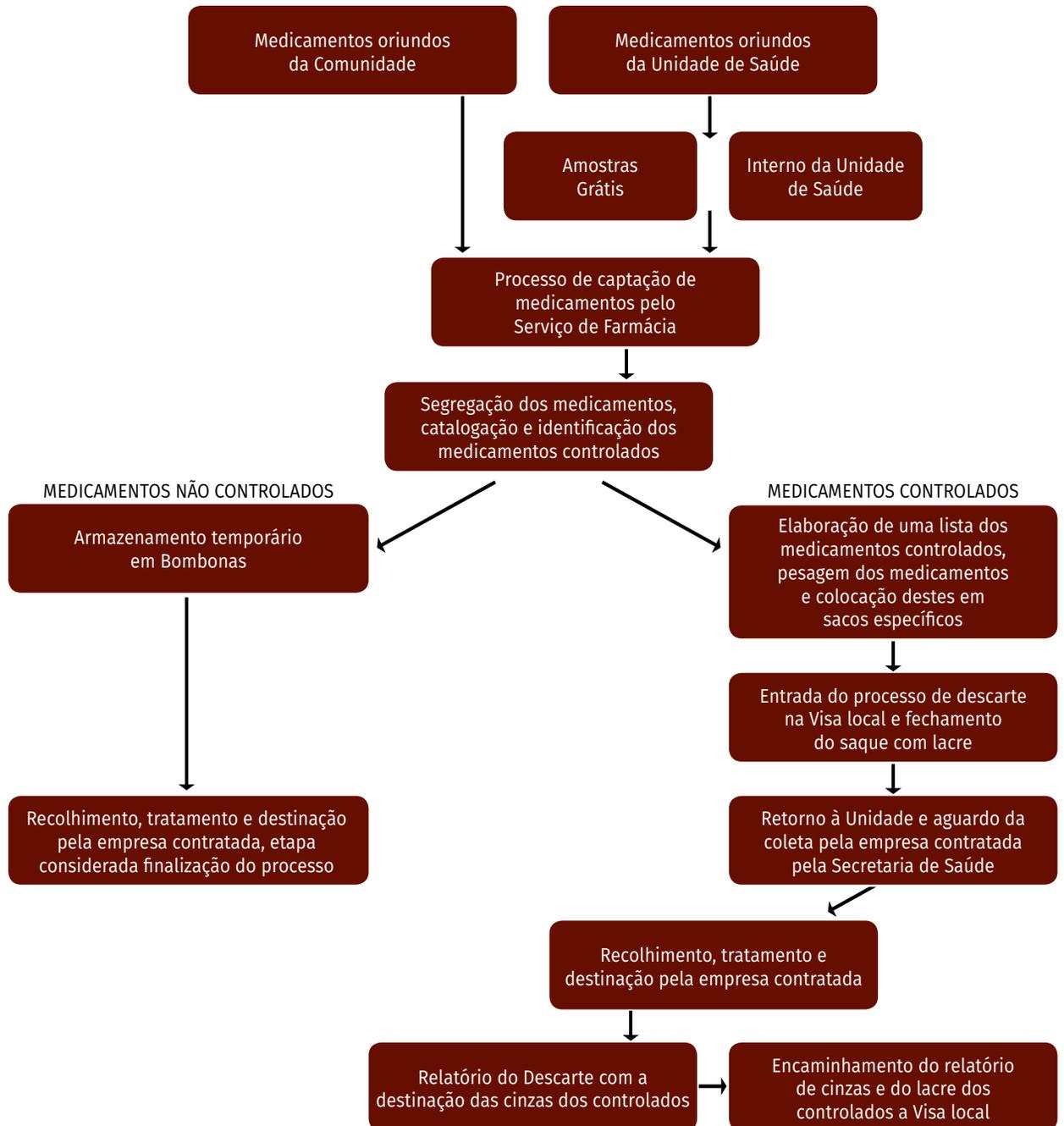


Figura 2 - Processo de descarte de medicamentos implementado no Centro de Saúde 4 de Taguatinga

A figura 3 apresenta os medicamentos recebidos da comunidade (A e B) e as amostras

grátis sendo organizadas por lote, antes da segregação e catalogação (C e D).



Figura 3 - Medicamentos descartados de origem da comunidade (A, B) e amostra grátis oriundas da própria unidade (C, D)

Durante os nove meses de coleta (janeiro a setembro de 2015), todos os medicamentos encaminhados à unidade, ou da própria unidade, direcionados ao descarte foram catalogados. Nesse contexto, foram cadastrados 454 medicamentos de diferentes lotes que, juntos,

somaram 14.085 unidades descartadas (comprimidos, bisnagas, frascos, etc).

Foi determinado o valor total para aquisição dos medicamentos descartados, tendo como base a lista de preço máximo de medicamentos por princípio ativo da CMED,

totalizando para os primeiros nove meses do ano de 2015, R\$ 25.597,71. Entretanto, este valor foi estimado para 87,7% dos itens descartados, uma vez que uma parte dos itens (12,3%) não foram identificados na referida lista. Estes últimos medicamentos são representados por medicamentos homeopáticos, fitoterápicos, anestésicos locais injetáveis, polivitamínicos e os chamados de medicamentos de notificação simplificada, os quais a lista não abrange, por se tratarem de produtos liberados dos critérios de estabelecimento ou reajustes de preços.

Segundo a Portaria nº 250/2014, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Artigo 24, é vedado o recebimento e fornecimento de amostras grátis de medicamentos e de produtos para saúde nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, entretanto, isso não impede que haja esta categoria de medicamentos em outras áreas da Unidade (Distrito Federal, 2014). Corroborando esta informação, 56% do valor total relacionado aos produtos descartados e 41% dos medicamentos a serem descartados são daquela categoria. O detalhamento desses valores está apresentado na figura 4.

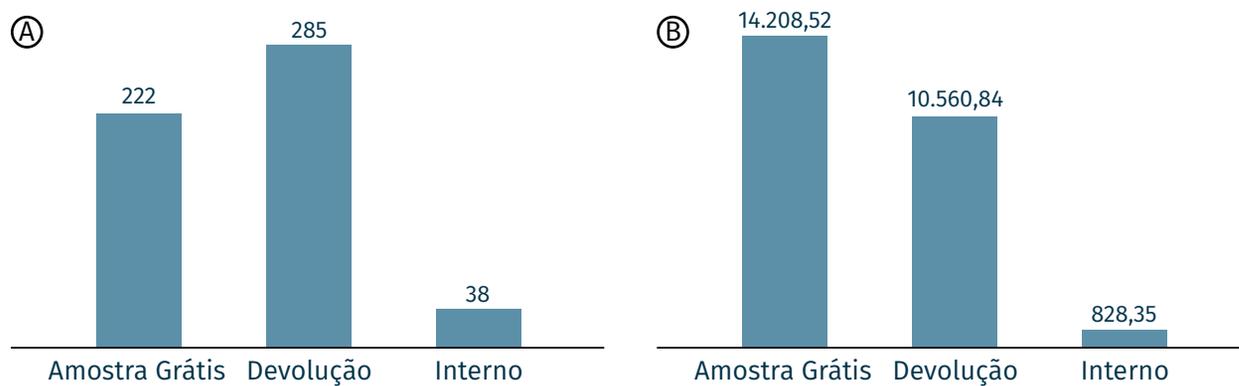


Figura 4 - Grupos de amostra grátis, devolução da comunidade e medicamento de uso interno da unidade de saúde. (A) Quantidade de medicamentos devolvidos (B) Valor estimado em reais (R\$) por meio da lista CMED CS4, Taguatinga - DF, 2015

A figura 5 representa perfil dos medicamentos descartados em relação a sua data de vencimento. Destaca-se que os medicamentos não avaliados são aqueles em que o

prazo de validade não estava legível ou mesmo tratava-se de parte da embalagem onde não havia esta informação.

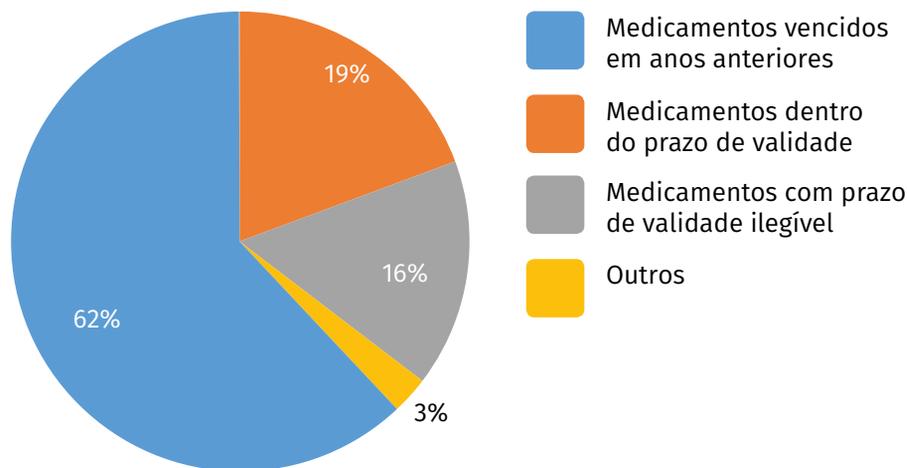


Figura 5 - Medicamentos descartados conforme seu prazo de validade, CS4, Taguatinga - DF, 2015

Os medicamentos foram classificados segundo a ATC. Dos 545 medicamentos listados, para 522 foi possível realizar esta análise. Dos medicamentos analisados, segundo a tabela 1, notou-se que os grupos farmacológicos que

apareceram com mais frequência foram os medicamentos destinados ao tratamento do sistema cardiovascular, seguidos pelos do aparelho digestivo e metabolismo e aparelho genito-uritário e hormônios sexuais.

Tabela 1 - Classificação dos medicamentos descartados segundo ATC, CS4, Taguatinga – DF, 2015

| Classe farmacológica do medicamento | Nº de itens (%) |
|--|-----------------|
| Aparelho digestivo e metabolismo | 96 (17,6) |
| Sangue e órgãos hematopoiéticos | 24 (4,4) |
| Sistema cardiovascular | 102 (18,7) |
| Dermatológicos | 19 (3,5) |
| Sistema geniturinário e hormônios sexuais | 70 (12,8) |
| Hormônios de uso sistêmico, exceto hormônios sexuais | 20 (3,6) |
| Agentes Antiinfecciosos para uso sistêmico | 32 (5,9) |
| Agentes antineoplásicos e imunomoduladores | 1 (0,2) |
| Sistema músculo-esquelético | 30 (5,5) |
| Sistema nervoso | 63 (11,6) |
| Produtos antiparasitários | 5 (0,9) |
| Sistema respiratório | 55 (10,1) |
| Órgãos dos sentidos | 3 (0,6) |
| Vários | 2 (0,4) |
| Não classificados | 23 (4,2) |

Na figura 6 estão apresentadas as formas farmacêuticas mais descartadas pelo CS4, sen-

do originadas da comunidade ou mesmo de origem interna.

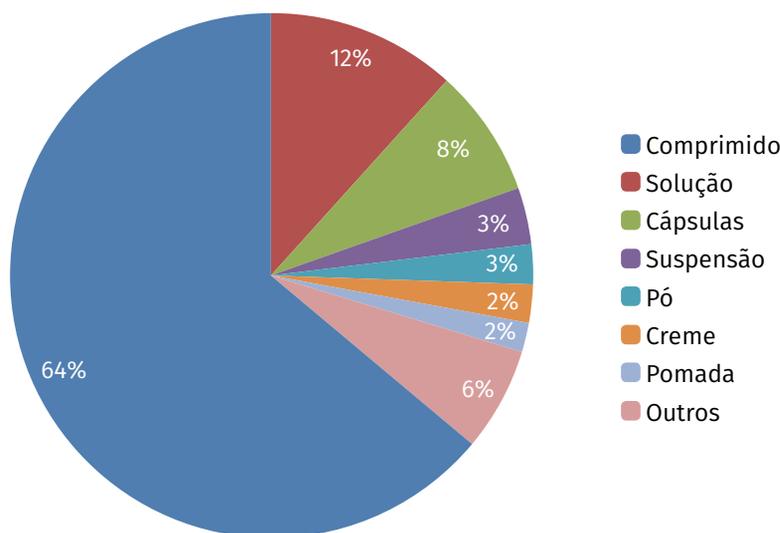


Figura 6 - Formas farmacêuticas mais descartadas CS4, Taguatinga – DF, 2015

Na figura 7 os medicamentos devolvidos foram separados segundo a classificação ATC,

e também nos grupos de amostras grátis e os devolvidos pela comunidade.

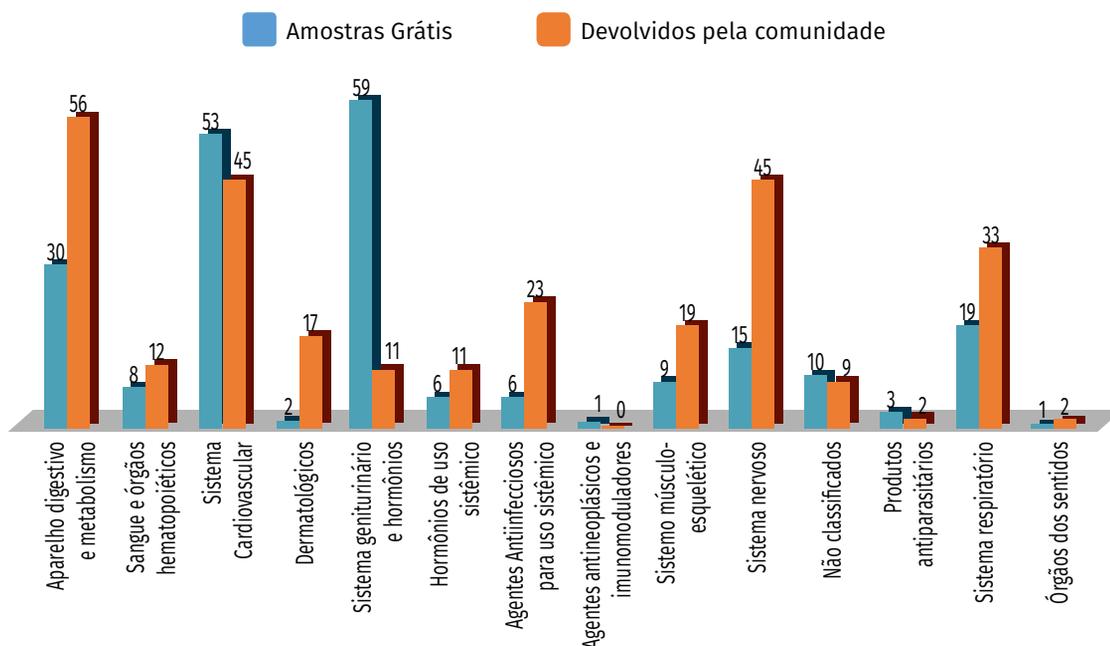


Figura 7 - Comparação das amostras grátis e medicamentos devolvidos pela comunidade, divididos em grupos segundo a classificação ATC, CS4, Taguatinga – DF, 2015

Ao final da coleta de dados, foi estipulado um tempo médio necessário para a segregação e catalogação dos medicamentos a serem descartados. Esse tempo foi estimado em 190 segundos por item. Levando em consideração os 545 itens mensurados, foram necessárias aproximadamente 29 horas.

Para a elaboração do banco de dados foram seguidas as seguintes etapas: separação dos medicamentos devolvidos por data de validade e lote, remoção da embalagem secundária caso houvesse, tabulação dos dados e encaminhamento para o descarte.

Desconsiderando embalagens secundárias e bulas, todo o montante foi pesado para estipular a quantidade em quilogramas destinada ao descarte, totalizando 10 quilos. Além disso, a incineração custa atualmente R\$ 8,50 por quilo de medicamento, segundo a Associação Brasileira de Empresas de Tratamentos de Resíduos, o que soma mais R\$ 85,00.

Nesse contexto, o valor total estimado para o descarte de medicamentos naquela unidade foi de R\$ 5.204,04, considerando exclusivamente o pagamento das horas necessárias para a catalogação dos medicamentos e o valor da incineração.

É preciso destacar que esse valor é subestimado uma vez que não se computou outros custos como o de armazenamento na unidade e nem aquele relacionado às questões sanitárias como tempo para ir à vigilância sanitária para o cadastro dos medicamentos da Portaria nº 344 (BRASIL, 1998).

Próximos passos, desafios e necessidades

Há duas ações que devem ser incentivadas em Taguatinga e no Distrito Federal. A primeira é a replicação desse processo de descarte em outras unidades de saúde, em especial aquelas da atenção primária que possuem uma maior interlocução com a população.

A segunda ação seria desenvolver estratégias vinculadas à atuação clínica do farmacêutico, seja por meio de educação em saúde ou de outros serviços como a dispensação e a revisão da farmacoterapia, voltados em especial a redução dos resíduos gerados, bem como, a destinação correta quando gerados.

O cenário é animador, uma vez que a pesquisa já foi apresentada em dois eventos relacionados ao tema no DF, além de compor outros dois trabalhos apresentados em congressos

nacionais (Oliveira et al, 2015; Rodrigues et al, 2015), sempre recebendo um grande destaque e servindo como modelo para a implantação em outras unidades. Além disso, em 2015 foi criada no DF a Portaria nº 187 (Distrito Federal, 2015), que instituiu o serviço de Farmácia Clínica em diferentes pontos da rede incluindo as unidades de saúde. A implementação desses serviços possibilitará também a redução do descarte por meio de ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos.

CONCLUSÃO

O papel do farmacêutico é essencial para o correto descarte de medicamentos implementado neste Centro de Saúde. A avaliação do perfil dos medicamentos descartados aponta para a responsabilidade ambiental e clínica dos paciente.

A responsabilidade ambiental está em propiciar o descarte adequado aos medicamentos diminuindo os impactos sobre o meio ambiente e também a saúde dos catadores e de outros trabalhadores em materiais recicláveis.

Já a interface com a clínica está relacionada à necessidade da prestação de serviços farmacêuticos voltados à racionalização do descarte. Entre os serviços cita-se a dispensação a qual se encontra associada à redução da quantidade de medicamentos a ser descartada, seja pela dispensação adequada por meio da quantidade exata para o tratamento (fracionamento) ou pela orientação para o uso correto. Tem-se também a revisão da farmacoterapia que pode ser adotada para promover a adesão à medicação, diminuindo o descarte de medicamentos por interrupção dos tratamentos.

REFERÊNCIAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União nº 237, Seção 1, p. 49. [citado em 05/05/2016]. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>>. Brasil. Ministério da Meio Ambiente. Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, 2010. Disponível em: <[\[ca-de-res%C3%ADduoss%C3%B3lidos\]\(http://www.mma.gov.br/pol%C3%ADti-ca-de-res%C3%ADduoss%C3%B3lidos\)>. Acessado em 05/05/2016.](http://www.mma.gov.br/pol%C3%ADti-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Brasil. Ministério do Meio Ambiente. Resolução do Conama nº 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 084, Seção 1, p. 63-65. [citado em 05/05/2016]. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>>.

Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Portaria nº 250, de 17 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.rcambiental.com.br/Atos/ver/PORT-SES-DF-250-2014/>

Distrito Federal. Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei nº 5.092, de 3 de abril de 2013. [citado em 05/05/2016]. Disponível em: <<http://legislacao.cl.df.gov.br/Legislacao/consultaTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR-10265!buscarTextoLeiParaNormaJuridicaNJUR.action>>.

Distrito Federal. Secretaria de estado da saúde. Portaria 187 de 23 de julho de 2015. [citado em 05/05/2016]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/PORTARIA%20N%C2%BA%20187,%20DE%202015%20DA%20SECRETARIA%20DE%20ESTADO%20DE%20SA%C3%9ADE%20DO%20DISTRITO%20FEDERAL.pdf>

Oliveira, WL; Vieira, AO; Alves, DR; Silva, EV; Gonzaga, FC; GALATO, D. Descarte de Medicamentos: Perfil de uma unidade de saúde de Taguatinga no Distrito Federal - DF. 2015.

Rodrigues LB; Oliveira Junior, LS; Eloi, SMG; MEINERS, M. M. M. A.; Karnikowski, MGO; Areda, CA; Oliveira, WL; GALATO, D. . O custo do descarte de medicamentos, muito mais que a incineração: o relato da experiência de uma unidade de saúde do Distrito Federal. 2015.

Vieria FS. Zucchi P. Aplicações diretas para a aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública 2011; 45(5):906-13.

INSTITUIÇÃO

Centro de Saúde Nº 4 de Taguatinga-DF

AUTORA

Waldelice Leite Oliveira

CONTATO

wal_oliveira@uol.com.br



Implantação dos serviços de Farmácia Clínica na atenção básica de Campo Grande

CARACTERIZAÇÃO

Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, possui extensão territorial de 8.092,95 km² e está localizada geograficamente na porção central do estado. A sede do município localiza-se nas imediações do divisor de águas das bacias do Paraná e Paraguai.

A população do município ultrapassa 850 mil habitantes (IBGE 2015) e a maioria vive na zona urbana (98,66%). Existe predomínio da população jovem, porém é crescente a parcela de habitantes com mais de 60 anos. Há um equilíbrio entre o número de homens e mulhe-

res. Sua economia está baseada no setor de serviços, seguido pela indústria e agropecuária, respectivamente.

Perfil epidemiológico

No município de Campo Grande, a taxa de mortalidade infantil vem reduzindo a cada ano, já a taxa de natalidade permanece constante desde o ano de 2005. Em 2014, 76% dos óbitos ocorreram na faixa etária acima de 50 anos de idade.

No ano de 2014, ocorreram 5.048 óbitos no município. As doenças do aparelho circulató-

rio lideram o ranking de causas, com 29,2% das mortes. Em seguida, vieram os óbitos por neoplasias (19,91%); doenças do aparelho respiratório (12,64%); causas externas de morbidade e mortalidade (11,33%); e outras causas (26,92%), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), de 2014.

Estruturação da rede de saúde

Os serviços de atenção primária da Rede Municipal de Saúde de Campo Grande (Remus) são organizados em quatro distritos sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste) e englobam 37 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS); uma unidade de Farmácia Especializada; quatro centros de especialidades (Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas, Centro de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias, Centro Ortopédico e Centro de Saúde do Homem); dois hospitais municipais (Hospital da Mulher e Hospital-Dia); nove unidades de Saúde 24 horas, sendo quatro Centros Regionais de Saúde e cinco Unidades de Pronto Atendimento (Upas); cinco Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do tipo II (ambulatoriais) e um do tipo III (para atendimento emergencial).

Da lista de unidades de saúde especializadas fazem parte os Centros de Especialidades Municipal (CEM), Ortopédico (Cenort), de Atendimento à Mulher (Ceam), de Referência à Saúde do Homem (CRSH), de Especialidades Infantil (CEI), e de Doenças Infecto-Parasitárias (Cedip/SAE/HD); a Unidade Especializada de Reabilitação e Diagnóstico (Uerd); seis Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sendo um Caps Infantil (Capsi), um Caps III, um Caps Álcool e Drogas, dois Caps II, e um Caps Pós-Trauma (CAPPT); dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO III e CEO II) e ambulatorios especializados.

Assistência farmacêutica

Em complemento às etapas logísticas do ciclo de assistência farmacêutica, este projeto visa promover o uso racional de medicamentos e o melhor acompanhamento ao tratamento dos pacientes. Para isso, foi implantado o serviço de Farmácia Clínica nas unidades básicas de Saúde do município de Campo Grande.

O processo de implantação do serviço percorreu diversas etapas, sendo utilizado um método de gerenciamento de projetos para sua execução. As 9 unidades de saúde participantes do projeto realizaram, no período compreendido entre abril e julho de 2016, 188 consultas sendo 159 consultas iniciais e 29 de retorno. Foram detectados 593 problemas relacionados à farmacoterapia e foram realizadas 1005 intervenções farmacêuticas em 97,5% dos pacientes.

Em toda a rede municipal de saúde existem 82 farmácias. A cobertura das unidades de saúde por profissionais farmacêuticos, até abril de 2016, era de 80%, apesar de o município ter 102 farmacêuticos vinculados à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF). Isso se explica devido ao fato de vários farmacêuticos terem assumido funções e setores não assistenciais, tais como gerência, chefia ou coordenadoria.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A institucionalização das atividades clínicas, no serviço aconteceu pela necessidade de ampliação das atividades farmacêuticas com foco na segurança do paciente, como estratégia fundamental para melhoria na qualidade da assistência e promoção do uso racional de medicamentos.

As etapas para se alcançar a ampliação dos serviços farmacêuticos em Campo Grande foram desenvolvidas ao longo dos anos. Foram diversas as tentativas e diversos os fracassos para efetiva implementação de um serviço de Farmácia Clínica.

A fomentação com um seminário de assistência farmacêutica, realizado em 2014, iniciou a proposta a ser formulada e implantada. Esse seminário contou com a participação de usuários, técnicos de diversos serviços da Sesaú, gestores e farmacêuticos. Durante as discussões, ficou evidente para os participantes a necessidade de uma mudança nas práticas do farmacêutico e no papel da Farmácia nas unidades de saúde: era necessário fazer mais do que apenas garantir o acesso. Os usuários exigiram o atendimento farmacêutico diferenciado.

A partir deste seminário e da experiência acumulada de outros anos, foi criado um grupo técnico para elaboração e execução do projeto de implantação do serviço de Farmácia Clínica. A primeira ação foi definir uma metodologia

para gerenciar o andamento do projeto, baseada no PMBOK Guide (descrita na metodologia). A formulação e gerenciamento do projeto envolveu as seguintes etapas:

Identificação das partes envolvidas no projeto e recursos necessários

Para o adequado desenvolvimento do projeto foram essenciais a aprovação e o apoio, com o provimento dos recursos necessários, de diversas instâncias da Sesau. Segue uma descrição de cada parte envolvida e de suas respectivas responsabilidades:

- Secretário de Saúde, Diretoria de Assistência à Saúde:
 1. aprovação do projeto;
 2. provimento de recursos necessários para desenvolvimento do projeto;
 3. provimento dos recursos necessários para funcionamento do serviço;
 4. destinação dos recursos humanos para adequado funcionamento do serviço;
 5. destinação da estrutura física adequada para o funcionamento do serviço;
 6. criação do serviço de Clínica Farmacêutica, subordinado à CAF.
- Coordenação de Assistência Farmacêutica:
 1. aprovação do projeto;
 2. coordenação e supervisão da execução do projeto;
 3. coordenação, supervisão e avaliação do serviço implantado;
 4. interlocução com as demais coordenadorias e serviços da Sesau nas diversas etapas de desenvolvimento do projeto;
 5. montar um grupo de trabalho para execução do projeto;
 6. cessão de local para reuniões e aulas, computadores, data-show, telefone, impressora e materiais de escritório necessários;
 7. cessão de carro da CAF para realizar visitas às unidades durante a execução do projeto.
- Conselho Federal de Farmácia (CFF) e Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso do Sul (CRF-MS):
 1. aprovação do projeto;
 2. apoio técnico para execução do projeto;
 3. apoio para execução do treinamento dos farmacêuticos.
- Conselho Municipal de Saúde:
 1. aprovação do projeto;
 2. avaliação da execução do projeto e do serviço implantado;
 3. apoio institucional à execução do projeto.
- Grupo de trabalho em Farmácia Clínica:
 1. elaboração do projeto de implantação do serviço de Farmácia Clínica;
 2. execução do projeto de implantação do serviço de Farmácia Clínica.

Análise de riscos

Riscos são eventos ou condições desconhecidas que podem afetar os objetivos do projeto de forma positiva ou negativa. Todo projeto tem riscos. Por isso é preciso antecipá-los e realizar uma análise de riscos. Isto é feito em quatro etapas:

- encontrar os riscos;
- analisar os riscos;
- desenvolver o plano de riscos;
- mitigar os riscos antes que eles tomem proporções que possam prejudicar o projeto.

Os riscos encontrados devem ser classificados quanto aos seguintes aspectos:

- impacto no projeto;
- probabilidade de ocorrência.

Os riscos possuem fatores desencadeantes ou gatilhos. Deve-se desenvolver ferramentas para identificar estes fatores quando eles estão atingindo o projeto ou, preferencialmente, antes que eles comecem a afetá-lo. A análise de riscos é uma ferramenta utilizada pela equipe envolvida, não deve ser apresentada no projeto nem divulgada para todos os envolvidos.

Execução do projeto

O projeto de implantação da Farmácia Clínica, em sua tramitação, foi apresentado para todos os órgãos competentes e obteve aprovação da Diretoria de Assistência à Saúde, da Coordenação de Assistência Farmacêutica, do CFF, do CRF-MS e, por unanimidade, no Conselho Municipal de Saúde.

A cada parte envolvida na aprovação e apoio ao projeto foram descritos os recursos necessários para o desenvolvimento do mesmo, entre eles: os recursos humanos (farmacêuticos e assistentes de serviço de saúde), estrutura física adequada, criação do serviço de Clínica Farmacêutica, coordenação, supervisão e avaliação do serviço implantado, recursos e apoio técnico para realização de capacitações contínuas dos profissionais envolvidos, além de apoio institucional à execução do projeto. Em Campo Grande, implantou-se a consulta farmacêutica em seis unidades de Saúde.

Nas unidades de Saúde, o projeto foi apresentado pela comissão responsável e o fluxo dos atendimentos do profissional farmacêutico pactuado com a toda equipe. O projeto também obteve incentivo e aprovação dos servidores de cada unidade, entre eles médicos, enfermeiros, assistentes sociais, agentes de saúde e administrativos.

METODOLOGIA

Utilizou-se uma metodologia de gerenciamento de projetos da instituição americana *Project Management Institute (PMI)*, descrita na publicação "*A Guide to the Project Management Body of Knowledge®*, (*PMBOK® Guide*) – *Fifth Edition*".

O gerenciamento do projeto foi dividido nas seguintes etapas:

- a) início
- b) planejamento
- c) execução
- d) monitoramento e controle
- e) fechamento

Em cada etapa foram realizadas discussões e definidas algumas ações:

INÍCIO

Identificação de pessoas envolvidas no projeto: realizamos discussões para identificar as pessoas envolvidas diretamente ou indiretamente no projeto. Foram definidas estratégias para conseguir o apoio e aprovação com todos os envolvidos.

PLANEJAMENTO

A principal ação realizada no planejamento foi a análise dos riscos.

Segundo o PMI, risco é "um evento ou condição incerta que, caso ocorra, tem um efeito negativo ou positivo sobre os objetivos do projeto".

Identificamos e definimos ações para mitigar qualquer risco que pudesse afetar negativamente o projeto.

EXECUÇÃO

Com a análise de envolvidos e a análise de riscos definidas, iniciamos as etapas de implantação do serviço nas unidades de Saúde.

Definições como cronograma, atribuições de tarefas para a equipe e definição de metas a serem atingidas foram fundamentais para o sucesso do projeto.

MONITORAMENTO E CONTROLE

Periodicamente, é feita a reavaliação dos riscos envolvidos, do desempenho de cada membro da equipe e do cumprimento do cronograma.

A flexibilidade e capacidade de adaptar o projeto aos problemas que surgem é uma habilidade indispensável para atingir os objetivos.

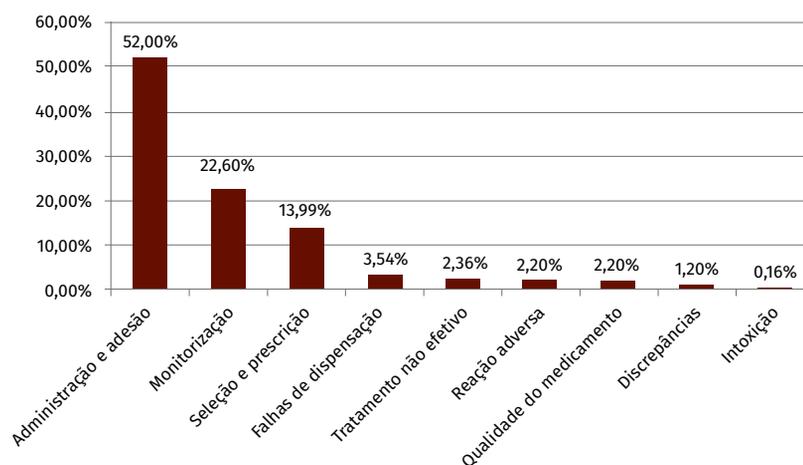
Descrição dos impactos gerados com esta experiência

As 9 unidades de Saúde participantes do projeto realizaram, no período compreendido entre abril e julho de 2016, 188 consultas sendo 159 consultas iniciais e 29 de retorno. Na análise de perfil desses pacientes identificou-se que 74,2% relataram autonomia na gestão de medicamentos, 77,4% não pra-

ticam exercícios físicos e 56% apresentam alto grau de risco cardiovascular. Foram detectados 593 problemas relacionados à farmacoterapia, uma média de 3,7 problemas

por paciente. A maioria dos problemas foi relacionada à administração e adesão ao tratamento, conforme discriminados no gráfico a seguir.

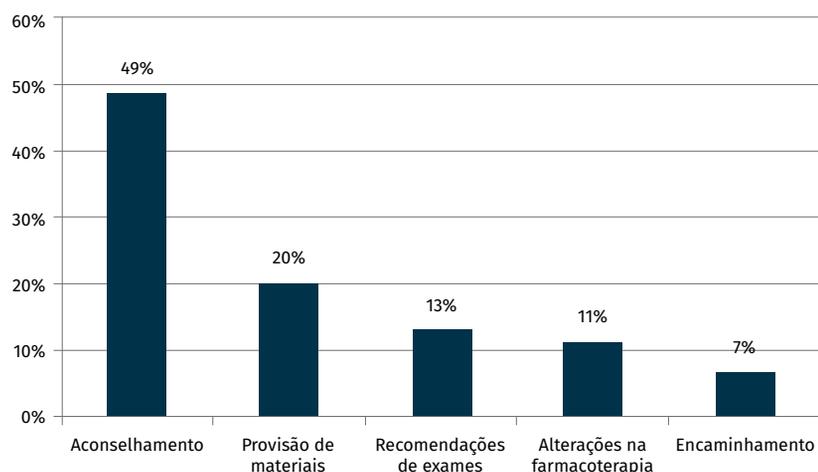
Figura 1. Prevalência de categorias de problemas relacionados à farmacoterapia entre pacientes atendidos no serviço de Farmácia Clínica no município de Campo Grande, entre abril e julho de 2016



Mais de 88,1% dos usuários atendidos em primeira consulta apresentaram algum problema de farmacoterapia. Constatou-se que 50,2% (n=83) dos pacientes omitiram doses dos medicamentos e 44% (n=70) apresentaram frequência e horário de administração incorreto. Isto demonstra a necessidade de serviços farmacêuticos direcionados a melhorar a adesão ao tratamento.

As doenças prevalentes mais encontradas foram diabetes e hipertensão. Para solucionar e prevenir os problemas identificados foram realizadas 1005 intervenções farmacêuticas em 97,5% dos pacientes (n=155). As intervenções estão demonstradas no gráfico a seguir. A média por paciente foi de 6,5 intervenções farmacêuticas.

Figura 2 - Intervenções farmacêuticas realizadas aos pacientes atendidos no serviço de Farmácia Clínica no município de Campo Grande, no período abril a julho de 2016



Em relação às consultas de retorno, apesar da pequena amostragem (n= 29), em decorrência do curto período de tempo do início das atividades, constatou-se que, com as intervenções farmacêuticas, houve melhora significativa na adesão ao tratamento farmacoterapêutico. Isto foi comprovado após a aplicação dos questionários validados de Morinsky Green e Haney-Saquet. Na primeira consulta identificou-se 27% de adesão e, no retorno, 72,7%.

Como resultados desenvolvidos neste curto período, já podemos verificar maior adesão ao tratamento, mudanças de comportamentos, realizações de exames de monitoramento, realizações de consultas médicas e alterações na farmacoterapia. Observa-se um quadro de mudanças positivas após as consultas farmacêuticas em prol da efetividade na farmacoterapia. Porém, um maior tempo de observação é necessário para a retirada de conclusões definitivas.

Próximos passos, desafios e necessidades

Após a implantação nas unidades piloto, o desafio é expandir o projeto para 70% das UBS e UBSF de Campo Grande. Para garantir essa expansão, bem como a qualidade do serviço, é essencial a disponibilização, por meio de concurso público, de mais farmacêuticos e auxiliares de farmácia. De acordo com o planejamento, já exposto ao Conselho Municipal de Saúde e aos gestores, pretendemos disponibilizar um auxiliar de farmacêutico (cargo já existente) para cada farmácia onde esteja ocorrendo a consulta farmacêutica.

A criação de um serviço específico de Farmácia Clínica dentro da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica também é de extrema importância para a continuidade do projeto.

Outro ponto essencial é garantir o treinamento contínuo dos farmacêuticos. A atuação clínica requer esta constante atualização e as parcerias firmadas com as instituições de ensino superior visam justamente a esse apoio técnico educacional.

CONCLUSÃO

A inserção da assistência farmacêutica nas práticas clínicas otimiza os benefícios e minimiza os riscos relacionados à farmacoterapia.

As intervenções farmacêuticas aos pacientes polimedicados garantem o uso racional de medicamentos e, por meio desse cuidado, pode-se planejar estratégias de monitoramento e melhoria contínua. Além do paciente ser o maior beneficiado com atenção integral, o farmacêutico alcança a realização profissional e ganha maior valorização dos demais membros da equipe e da população.

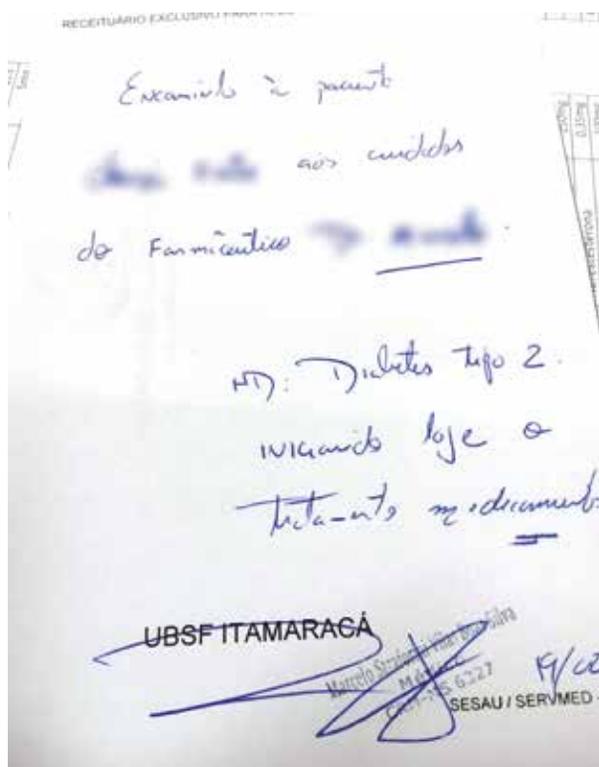
A aposta, então, é que o farmacêutico possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde.



Farmacêutico Felipe Marques Rocha realizando consulta farmacêutica



Farmacêutico Marcelo da Silva Dias realizando consulta farmacêutica



Documento de registro de encaminhamento de paciente

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidados farmacêuticos na atenção básica: caderno 1. Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidados farmacêuticos na atenção básica: caderno 2. Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidados farmacêuticos na atenção básica: caderno 3. Brasília, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidados farmacêuticos na atenção básica: caderno 4. Brasília, 2014.

Project Management Institute (PMI), descrita na publicação "A Guide to the Project Management Body of Knowledge®, (PMBOK® Guide) – Fifth Edition".

INSTITUIÇÃO

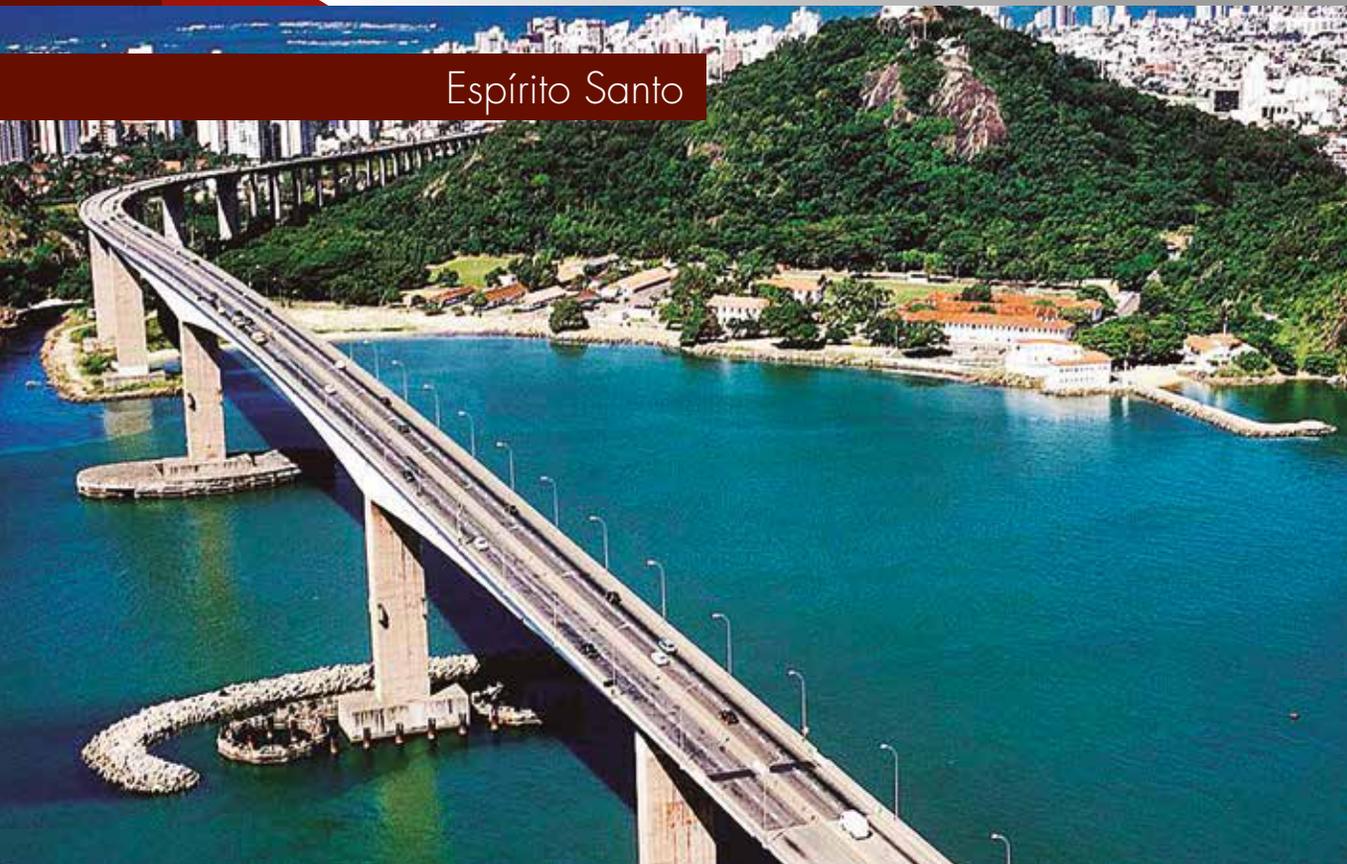
Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (MS)

AUTORES

Amador Alves Bonifácio Neto
Juliana Manvailler
Ana Helena da Silva Gimenes

CONTATO

amador_net@hotmail.com
julifarma28@gmail.com



Sistema Estadual de Registro de Preços (Serp): compra eficiente de medicamentos na atenção primária à saúde

CARACTERIZAÇÃO

O estado do Espírito Santo possui 3.885.049 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2014). A região metropolitana corresponde a 43,4% da população. Do total, aproximadamente 83% reside na zona urbana. A densidade populacional é de 84,28 habitantes/km².

Perfil epidemiológico

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais responsáveis pelas mortes

prematargas e perda de qualidade de vida da população.

As doenças do aparelho circulatório representam a primeira causa de óbito para ambos os sexos, ganhando forte significado a partir dos 50 anos de idade. Destacam-se os óbitos por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, ocupando 34% e 32% respectivamente. Enquanto em indivíduos do sexo masculino a incidência de óbitos por doença cardíaca foi maior, no sexo feminino prevaleceram as mortes por doenças cerebrovasculares. O infarto agudo do miocárdio foi responsável por 85% das mortes

por doença isquêmica do coração em 2010, seguido pelas doenças isquêmicas crônicas, com 12%. Entre as mortes por doenças cerebrovasculares, o acidente vascular cerebral foi responsável por 86%.

A epidemia de Aids no Espírito Santo é considerada estável. No ano de 2004 existiam 16,7 pessoas com Aids para cada 100 mil habitantes. Em 2010, essa taxa permaneceu em 16,6, apresentando uma média de 500 casos novos por ano nesse período.

As coberturas vacinais de rotina em menores de 01 ano no Espírito Santo atingem as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde (90% para o BCG e 95% para as demais vacinas).

Estruturação da rede de saúde

O estado conta com uma rede hospitalar própria, composta por 15 hospitais, distribuídos em 10 municípios, sendo que 03 destes hospitais são administrados por Organização Social (OS).

Além da rede hospitalar, o estado conta ainda com os seguintes serviços de referência:

- a) O Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Alexandre Campos (CAPAAC);
- b) O Laboratório Central (Lacen);
- c) O Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo (Toxcen);
- d) O Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (Crefes);
- e) Os Centros Regionais de Especialidades (CRE), onde são ofertadas consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico;
- f) Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);
- g) O Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (Hemoes): responsável pela captação e qualidade do sangue fornecido a todos que dele necessitam. Coordena, ainda, a Política Estadual de Assistência Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias;
- h) O Centro de Referência em Homeopatia e Acupuntura do ES.

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica estadual possui uma equipe composta por 85 farmacêuticos, 02 nutricionistas, 43 médicos, 01 enfermeira, 04 assistentes sociais e 129 profissionais de nível médio.

O acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) no estado do Espírito Santo se dá por meio das farmácias cidadãs estaduais, novo modelo em farmácia pública, com ênfase na humanização e presença permanente de farmacêuticos na dispensação. Atualmente, existem dez farmácias em diferentes municípios, abrangendo várias regiões do estado. No ano de 2015, foram realizados 740 mil atendimentos e abertos 25 mil novos processos de solicitação de medicamentos, os quais são avaliados de acordo com normas definidas em protocolos clínicos.

Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) são financiados pelas três esferas de gestão, adquiridos pelos municípios e dispensados nas farmácias das unidades de saúde e farmácias cidadãs municipais dos 78 municípios do estado. Atualmente, existem 12 farmácias cidadãs municipais.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O governo do estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), em parceria com diversas outras instituições, realizou, em 2006, o “Diagnóstico Estadual da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária em Saúde”. Foram envolvidos 25 pesquisadores e trabalhou-se com uma amostragem de 10 municípios, por meio de uma metodologia validada e proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A partir desses estudos, debateu-se e formulou-se a política farmacêutica para o estado com os diversos segmentos e atores afins, sendo o segundo estado da Federação a implantar uma política própria na área.

Por meio desse diagnóstico, definiram-se várias ações necessárias, no sentido de organizar e estruturar as diversas frentes de trabalho na área de assistência farmacêuti-

ca, inclusive um Sistema Estadual de Registro de Preços (Serp).

A Sesa formulou e apresentou aos gestores municipais, por meio do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems), a proposta de estruturação do Serp.

Após a adesão, cada município elaborou sua programação, com a estimativa de necessidades dos itens padronizados na Rememe (Relação Estadual de Medicamentos) para 12 meses de consumo. Todas as diferentes programações foram consolidadas pela Secretaria, transformando-se em um único objeto a ser licitado, em escala muito maior do que seria a compra fragmentada por cada município.

Realizou-se os vários pregões eletrônicos, por meio da Comissão Permanente de Licitação da Sesa. Após a tramitação e cumprimento de todas as etapas previstas na legislação, disponibilizou-se as Atas de Registro de Preços para serem utilizadas pelos gestores municipais.

Em paralelo, foi realizada uma consulta prévia ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo acerca da legalidade da adesão e utilização dos gestores municipais do Serp. O parecer favorável subsidiou e respaldou a articulação e mobilização dos secretários municipais de Saúde.

A gestão do Serp é realizada pela Sesa, por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (Sesa/Geaf). Nesse modelo idealizado, a Secretaria faz apenas a gestão virtual do mesmo, não se envolvendo em nenhuma logística de suprimento nem na gestão financeira.

Objetivando-se facilitar o uso do Serp, elaborou-se um passo a passo para orientar os gestores municipais, disponibilizando-se toda a funcionalidade por meio da internet.

METODOLOGIA

A Sesa disponibiliza a todos os municípios um sistema de gerenciamento do Serp via *internet*. Para o acesso é necessário um cadastro prévio e posterior disponibilização de senha. A Sesa treinou todos os coordenadores municipais da assistência farmacêutica.

Após o primeiro acesso, o usuário pode alterar a senha. O sistema de gerenciamento via

internet contempla, além da adesão/programação a publicação das atas, possibilitando aos usuários realizarem os pedidos e posteriormente informar ao sistema o recebimento do medicamento e o pagamento ao fornecedor, sob pena do sistema não autorizar a realização de novos pedidos.

Anualmente, a Sesa convida oficialmente todos os 78 municípios para participarem da programação anual do Serp. Então, os municípios participantes elaboram a sua programação no sistema de gestão do Serp, com a estimativa de necessidades dos itens padronizados para 12 meses de consumo. As programações são consolidadas pela Secretaria e transformam-se em um único objeto a ser licitado. Este ano (2016), 58 municípios aderiram ao Serp, abrangendo mais de 3,28 milhões de pessoas, o que representa 84,5% da população do estado.

São realizados vários pregões eletrônicos, por meio da Comissão Permanente de Licitação da Sesa. Após a tramitação e cumprimento de todas as etapas previstas na legislação, as Atas de Registro de Preços são disponibilizados para os municípios, para serem executadas. As atas possuem vigência de 12 meses.

Os pedidos são realizados pelos municípios em qualquer tempo e de acordo com sua programação prévia e necessidade. A entrega dos medicamentos é feita diretamente ao município e a prefeitura faz o pagamento ao fornecedor, preservando sua autonomia.

Após a realização dos pedidos é montado um processo interno e encaminhado ao secretário municipal de Saúde, para avaliação e aprovação. O processo é, então, enviado ao Fundo Municipal de Saúde, para empenho e confecção da autorização de fornecimento (AF) e envio ao(s) fornecedor(es). As atas são disponibilizadas, os pedidos realizados e há relatos de alguns municípios em que as AF são emitidas em 05 dias.

O grande diferencial do projeto é que não são necessários investimentos, além daqueles já previstos. O Serp promove, na verdade, uma economia de recursos, já que inúmeros processos licitatórios nas prefeituras, que envolvem vários recursos humanos e materiais, podem ser substituídos por

um processo único, aproveitando a experiência e a estrutura já existente.

Para coordenar e articular todo o processo, a Sesa disponibiliza um farmacêutico exclusivamente para tratar do Serp.

Há que se ressaltar ainda, que não existe custo extra com o armazenamento, controle, guarda e distribuição de medicamentos pela Sesa, pois essa logística é feita diretamente com os municípios.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

O projeto teve início em 2008 e já está na 8ª edição. Na 1ª edição, houve uma redução de 83% nos preços do Serp em relação aos praticados pelos municípios. Hoje não faz mais sentido fazer um paralelo entre os preços adquiridos pelo Serp com os dos municípios.

O elenco de medicamentos conta com 288 itens, sendo 284 medicamentos e 04 insumos para os usuários insulino-dependentes (fita reagente para glicose, seringas e microlanceta).

Atualmente, o Sistema conta com 58 (74%) municípios participantes o que representa 84,5% população do estado, ou seja, 3.281.153 pessoas.

Próximos passos, desafios e necessidades

A lista de medicamentos e insumos deve ser aperfeiçoada constantemente, pois foi verificado que os itens com quantitativo consolidado extremamente pequeno, apresentam um alto índice de fracasso nos certames licitatórios. Portanto, periodicamente, é necessário reavaliar a lista de medicamentos.

Um dos principais desafios verificado é a constante substituição dos gestores municipais (secretários e farmacêuticos), o que leva a uma descontinuidade do serviço e necessidade de convencimento e treinamento dos novos gestores, visto que os profissionais

que saem não repassam as informações ao seu sucessor.

Constatamos que, a principal necessidade do projeto hoje, é a contratação de outro profissional, pois o Serp é gerenciado por apenas um farmacêutico, além da estrutura da Comissão Permanente de Licitação da Sesa. Além disso, é necessário concluir o relatório do sistema de gerenciamento do Serp, para uma melhor gestão.

CONCLUSÃO

Os 58 municípios que aderiram ao Serp beneficiam potencialmente 84,5% da população do estado. Isso possibilita acesso ampliado e regular aos medicamentos da atenção primária à saúde, garantindo tratamentos eficazes, sem interrupção e conseqüente melhoria na qualidade de vida.

O Serp é uma das estratégias da Sesa para fortalecer a atenção primária, que deve ser organizada como porta de entrada do sistema de saúde, enfatizando sua função resolutiva, a fim de atender a maioria das necessidades em saúde da população (doenças mais prevalentes), evitando-se a complicação dos agravos e a necessidade de internação na rede hospitalar, que é extremamente sobrecarregada.

Por meio do Serp, incentiva-se o município a utilizar adequadamente a ferramenta do planejamento, conhecer o perfil de saúde de sua população, para que então possa elaborar uma programação adequada dos medicamentos de atenção básica a serem adquiridos.

Além disso, podemos destacar como principal conhecimento adquirido no desenvolvimento desse projeto o fato de que grandes resultados não dependem necessariamente de projetos e ações complexas e caras. Muitas vezes, em gestão, boas doses de criatividade e espírito empreendedor, são capazes de forjar a construção de soluções extremamente úteis à nossa sociedade e às organizações públicas.


SISTEMA ESTADUAL DE REGISTRO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS (SERP)
ORIENTAÇÕES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DAS AQUISIÇÕES DOS MEDICAMENTOS PELOS MUNICÍPIOS

1º Passo: O município deverá regulamentar o artigo 15 da Lei 8.666/93, que versa sobre sistema de registro de preços, através de Ato Autorizativo (Lei/Decreto Municipal) de forma que contenha autorização para que os órgãos e entidades do Poder Público Municipal possam fazer uso de ata de registro de preços de outro ente federativo, bem como, em caminho inverso, órgãos e entidades de outro ente federativo possam utilizar a ata de registro de preços do Município (nos moldes do Decreto Estadual N.º 1.790-R, de 24/01/07 – Anexo I).

Obs.: Sem esta regulamentação não será permitido o Município utilizar a Ata de Registro de Preços.

2º Passo: Assinatura do Termo de Adesão pelo Prefeito e pelo Secretário Estadual de Saúde em ato presencial.

3º Passo: Programação anual de cada medicamento, com base na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REMEME) vigente. A SESA disponibiliza para todos os Municípios que aderiram ao SERP um Sistema Informatizado de Gerenciamento do SERP.

Obs.: A SESA capacitou os responsáveis pelo SERP dos municípios que aderiram para o uso do Sistema Informatizado de Gerenciamento do SERP em dezembro/2009 e julho/2010.

4º Passo: Solicitação de medicamento.

A partir de 2011, o responsável pelo gerenciamento do SERP no município irá acessar o site da Secretaria de Estado da Saúde (www.saude.es.gov.br/serp), informar o login e senha e realizar o pedido no sistema de gerenciamento do SERP, o qual irá gerar uma planilha contendo número do processo, CNPJ do fornecedor, marca, número da Ata, vigência, quantidade programada, quantidade solicitada, para que seja anexada ao processo.

5º Passo: O Município deverá abrir um processo de compra específico para cada ATA, visto que o processo "mãe" estará de posse da SESA. Este processo deverá ser instruído com as seguintes documentações:

- Documento inicial endereçado ao ordenador de despesas do município, solicitando a compra dos medicamentos em questão através da Ata de Registro de Preços de Medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde (modelo no Anexo IV).
- Planilha gerada pelo sistema, conforme descrito no 4º passo.

1



c) Cópia da A.R.P. – Ata de Registro de Preços firmada pelo Estado assinada pelo Secretário de Estado da Saúde e pelo fornecedor (disponível no site www.saude.es.gov.br/serp/atas);

d) Cópia da Publicação da Ata no DOES (está no final de ata disponível no site de saúde);

e) Cópia do Ato Autorizativo (Lei/Decreto) Municipal;

f) Cópia do Termo de Adesão do município ao SERP;

g) Solicitação de empenho no valor a ser pago ao fornecedor.

6º Passo: O ordenador de despesa autoriza o empenho e anexa ao processo a declaração de atendimento à Lei de Responsabilidade Fiscal. O processo é encaminhado ao Fundo Municipal de Saúde.

7º Passo: O Fundo Municipal de Saúde informa a dotação orçamentária e empenha o valor referente à compra.

Obs.: Não há necessidade de pesquisa de preço para verificar se os valores praticados pelo SERP estão compatíveis com o mercado, visto que durante o processo licitatório é obrigatório uma ampla pesquisa de preços, conforme preconiza a Lei 8.666/93, e todos os Municípios aderiram ao SERP, estão no processo como órgãos participantes, ou seja, estão instruindo o processo desde o início, com a programação, informações orçamentárias, local de entrega dos medicamentos e integram a ata de registro de preço. Sem necessidade uma pesquisa de preço, caso os Municípios estivessem utilizando as atas como "carona" ou "órgão não participante" (ver art. 3º do decreto 1790). O processo "mãe" com todas as informações do processo licitatório, tais como, pesquisa de preços, avaliação da viabilidade econômica pela SECONT (Secretaria de Estado de Controle e Transparência), parecer do PGE (Procuradoria Geral do Estado), entre outras informações, está disponível na SESA para consulta pelos Municípios, quando necessário.

8º Passo: Emissão da Autorização de Fornecimento de Medicamentos (AFM);

9º Passo: O resumo da AFM deve ser publicado de acordo com a Lei Orgânica do Município.

10º Passo: A AFM é encaminhada ao fornecedor por fax, quando se tratar do SERP 2009/2010. Para o SERP 2010/2011 será encaminhada automaticamente ao fornecedor pelo Sistema de Gerenciamento do SERP.

2



11º Passo: O fornecedor realiza a entrega;

12º Passo: A Central de Abastecimento Farmacêutica do Município recebe e confere os medicamentos, posteriormente assina a nota fiscal e anexa ao processo, que é encaminhado ao Fundo Municipal de Saúde para pagamento.

13º Passo: Após pagamento, o processo retorna à Assistência Farmacêutica, para que as informações sejam inseridas no Sistema de Gerenciamento do SERP e para realizar novas solicitações, quando necessário.

Para novas solicitações, a planilha com quantitativo solicitado e autorizado deverá ser anexada ao mesmo processo, que será encaminhado ao Ordenador de despesa solicitando empenho de nova parcela. A partir daí, deve-se seguir o 6º passo em diante.

3


IMPORTANTE:

- Em hipótese alguma o total solicitado (quantidade acumulada) deverá exceder o quantitativo total programado pelo Município. No SERP 2010/2011, o sistema bloqueia automaticamente o pedido quando o saldo daquele Município estiver zerado.
- Deve-se atentar para a validade das Atas. Dessa forma, a última parcela deverá ser solicitada com antecedência suficiente para que a entrega dos medicamentos efetivamente ocorra antes do vencimento da Ata.
- A gestão do SERP será realizada pela SESA, por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (SESA/GEAF). Ficará sob a competência e responsabilidade do gestor municipal a gestão dos recursos financeiros destinados a esse sistema, a definição sobre o cronograma para execução das parcelas, o recebimento e armazenamento dos medicamentos adquiridos por meio do SERP, assim como o efetivo pagamento diretamente aos fornecedores.
- É ainda responsabilidade do gestor municipal, alimentar um Sistema de Informações Gerenciais de Assistência Farmacêutica Básica (Anexo V). Ressalta-se que o preenchimento dos indicadores constitui condição prévia à habilitação e continuidade de uso do SERP pelo Município, conforme cláusula terceira do Termo de Adesão.
- No caso de irregularidade por parte do fornecedor, o Município deverá se reportar diretamente ao mesmo em busca da solução do problema. Caso não haja acordo entre as partes, o fato deverá ser oficializado ao Gestor Estadual do SERP para as providências cabíveis.
- Caso seja constatado que o preço de algum item constante do SERP esteja maior que o praticado pelo mercado, essa informação deve ser encaminhada ao Gestor Estadual do SERP, para que o mesmo negocie com o fornecedor a redução do preço ou a liberação do fornecedor das responsabilidades na referida ATA.

CONTATO:
 Fábio Rogério Gomes Pereira – Gestor Estadual do SERP (SESA/GEAF)
 (71) 3382-5074
prof.serp@saude.es.gov.br

4



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

NORMAS TÉCNICAS DA ESTRUTURAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE REGISTRO DE PREÇOS (SERP)

1. A SESA implantará o Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP) para aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

2. A referida ARP contemplará exclusivamente o elenco de medicamentos de competência municipal, que regira a RENAME, em conformidade com a consolidação das listas e programações encaminhadas oficialmente em cada município.

3. O SERP possibilitará a aquisição dos referidos medicamentos, pelos gestores municipais, tornando-se uma ação para reduzir a burocracia local e promover a consequente melhoria da disponibilização da medicação a rede básica de saúde, com maior agilidade e, possivelmente, a preços menores em função da economia de escala.

4. A adesão municipal ao SERP deverá acontecer anualmente, de maneira formal, em conformidade com o entendimento das seguintes etapas: a) Edição de Decreto Municipal regulamentando esse matéria no esfera municipal de gestão; b) Elaboração de Edital de Licitação em conformidade com a necessidade epidemiológica local e em o elenco de medicamentos de Atenção Primária em Saúde (competência municipal) constante da RENAME; c) Elaboração da estimativa de necessidades de cada mês selecionado para 12 meses, utilizando-se métodos adequados de programação; d) Formalização da adesão ao SERP, mediante preenchimento e envio do Termo específico que será disponibilizado pela SESA.

5. Para a adesão a primeira edição do SERP (2008), os municípios interessados deverão cumprir as etapas previstas no parágrafo anterior, improntivamente até 07 de abril de 2008.

6. Os municípios interessados deverão ainda alimentar um Sistema de Informações Gerenciais de Assistência Farmacêutica (SIG-AP) na APS, composto por indicadores, fluxos e periodicidade definidos pela SESA, Resoluções e que a implementação da alimentação desse SIG-AP constituir condição prévia à habilitação e continuidade de uso do SERP, pelo município.

7. A gestão do SERP e da ARP será realizada pela SESA, por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (SESAFAP) e do Setor de Compra, Fica sob a competência e responsabilidade do gestor municipal, a gestão dos recursos financeiros destinados a esse objetivo, a definição sobre o cronograma de execução das parciais, o recebimento e armazenamento dos medicamentos adquiridos por meio do SERP, assim como o efetivo pagamento diretamente aos fornecedores.

8. A partir da efetiva disponibilização da ARP para execução, fica facultada ao gestor municipal a opção de adquirir os medicamentos em quantidade por outro meio, que não seja o SERP, nas seguintes situações: a) quando os preços da ARP não forem mais vantajosos do que outra opção; b) quando se verificar a não implementação do contrato por parte do fornecedor; c) quando o prazo para entrega estipulado pelo fornecedor for incompatível com a necessidade do(s) paciente(s) e/ou com os prazos determinados judicialmente.

8.1. Adesão entre participante e contrato

1. O Decreto nº 2.911/07, assinado pelo Governador do Estado, em 04 de maio de 2007, instituiu o Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP) para aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

2. A referida ARP contemplará exclusivamente o elenco de medicamentos de competência municipal, que regira a RENAME, em conformidade com a consolidação das listas e programações encaminhadas oficialmente em cada município.

3. O SERP possibilitará a aquisição dos referidos medicamentos, pelos gestores municipais, tornando-se uma ação para reduzir a burocracia local e promover a consequente melhoria da disponibilização da medicação a rede básica de saúde, com maior agilidade e, possivelmente, a preços menores em função da economia de escala.

4. A adesão municipal ao SERP deverá acontecer anualmente, de maneira formal, em conformidade com o entendimento das seguintes etapas: a) Edição de Decreto Municipal regulamentando esse matéria no esfera municipal de gestão; b) Elaboração de Edital de Licitação em conformidade com a necessidade epidemiológica local e em o elenco de medicamentos de Atenção Primária em Saúde (competência municipal) constante da RENAME; c) Elaboração da estimativa de necessidades de cada mês selecionado para 12 meses, utilizando-se métodos adequados de programação; d) Formalização da adesão ao SERP, mediante preenchimento e envio do Termo específico que será disponibilizado pela SESA.

5. Para a adesão a primeira edição do SERP (2008), os municípios interessados deverão cumprir as etapas previstas no parágrafo anterior, improntivamente até 07 de abril de 2008.

6. Os municípios interessados deverão ainda alimentar um Sistema de Informações Gerenciais de Assistência Farmacêutica (SIG-AP) na APS, composto por indicadores, fluxos e periodicidade definidos pela SESA, Resoluções e que a implementação da alimentação desse SIG-AP constituir condição prévia à habilitação e continuidade de uso do SERP, pelo município.

7. A gestão do SERP e da ARP será realizada pela SESA, por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (SESAFAP) e do Setor de Compra, Fica sob a competência e responsabilidade do gestor municipal, a gestão dos recursos financeiros destinados a esse objetivo, a definição sobre o cronograma de execução das parciais, o recebimento e armazenamento dos medicamentos adquiridos por meio do SERP, assim como o efetivo pagamento diretamente aos fornecedores.

8. A partir da efetiva disponibilização da ARP para execução, fica facultada ao gestor municipal a opção de adquirir os medicamentos em quantidade por outro meio, que não seja o SERP, nas seguintes situações: a) quando os preços da ARP não forem mais vantajosos do que outra opção; b) quando se verificar a não implementação do contrato por parte do fornecedor; c) quando o prazo para entrega estipulado pelo fornecedor for incompatível com a necessidade do(s) paciente(s) e/ou com os prazos determinados judicialmente.

9. O presente Termo de Adesão é o resultado do processo de licitação de Edital de Licitação, tendo sido elaborado pelo(a) licitante vencedor(a) em conformidade com o Edital de Licitação nº 001/2008, publicado em 04 de maio de 2008, e assinado pelo(a) licitante vencedor(a) e pelo(a) representante legal do Estado do Espírito Santo, em 04 de maio de 2008.

10. O presente Termo de Adesão constitui o instrumento de adesão ao Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP) para aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

11. A referida ARP contemplará exclusivamente o elenco de medicamentos de competência municipal, que regira a RENAME, em conformidade com a consolidação das listas e programações encaminhadas oficialmente em cada município.

12. O SERP possibilitará a aquisição dos referidos medicamentos, pelos gestores municipais, tornando-se uma ação para reduzir a burocracia local e promover a consequente melhoria da disponibilização da medicação a rede básica de saúde, com maior agilidade e, possivelmente, a preços menores em função da economia de escala.

13. A adesão municipal ao SERP deverá acontecer anualmente, de maneira formal, em conformidade com o entendimento das seguintes etapas: a) Edição de Decreto Municipal regulamentando esse matéria no esfera municipal de gestão; b) Elaboração de Edital de Licitação em conformidade com a necessidade epidemiológica local e em o elenco de medicamentos de Atenção Primária em Saúde (competência municipal) constante da RENAME; c) Elaboração da estimativa de necessidades de cada mês selecionado para 12 meses, utilizando-se métodos adequados de programação; d) Formalização da adesão ao SERP, mediante preenchimento e envio do Termo específico que será disponibilizado pela SESA.

14. Para a adesão a primeira edição do SERP (2008), os municípios interessados deverão cumprir as etapas previstas no parágrafo anterior, improntivamente até 07 de abril de 2008.

15. Os municípios interessados deverão ainda alimentar um Sistema de Informações Gerenciais de Assistência Farmacêutica (SIG-AP) na APS, composto por indicadores, fluxos e periodicidade definidos pela SESA, Resoluções e que a implementação da alimentação desse SIG-AP constituir condição prévia à habilitação e continuidade de uso do SERP, pelo município.

16. A gestão do SERP e da ARP será realizada pela SESA, por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (SESAFAP) e do Setor de Compra, Fica sob a competência e responsabilidade do gestor municipal, a gestão dos recursos financeiros destinados a esse objetivo, a definição sobre o cronograma de execução das parciais, o recebimento e armazenamento dos medicamentos adquiridos por meio do SERP, assim como o efetivo pagamento diretamente aos fornecedores.

17. A partir da efetiva disponibilização da ARP para execução, fica facultada ao gestor municipal a opção de adquirir os medicamentos em quantidade por outro meio, que não seja o SERP, nas seguintes situações: a) quando os preços da ARP não forem mais vantajosos do que outra opção; b) quando se verificar a não implementação do contrato por parte do fornecedor; c) quando o prazo para entrega estipulado pelo fornecedor for incompatível com a necessidade do(s) paciente(s) e/ou com os prazos determinados judicialmente.

PARERE/CONSULTA TC-001008

PROCESSO - TC-0576007
INTERESSADO - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ASSUNTO - LICITAÇÃO

ESTRUTURAÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO AOS GESTORES MUNICIPAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE REGISTRO DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS - POSSIBILIDADE DE ACESSO E REGULAMENTAÇÃO PELOS MUNICÍPIOS INTERESSADOS ATRAVÉS DE LEI LOCAL ESPECÍFICA - EXISTÊNCIA DE LIMITAÇÃO À ADESAO DE OUTROS ÓRGÃO E ENTIDADES DA ADMINISTRAÇÃO, SOB PENA DE INFRINGÊNCIA AOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS INERENTES ÀS LICITAÇÕES.

Visto, relatado e discutido nos termos do Parecer TC-0216/2007, em que o Conselho de Estado do Espírito Santo, em sessão realizada em 04 de maio de 2007, decidiu sobre o processo de licitação para a aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

- 1. Possibilidade de estruturação e disponibilização aos Gestores Municipais de uma Ata Estadual de Registro de Preços de Medicamentos (com preços estabelecidos previamente, devidamente consolidados em Edital).
- 2. Possibilidade de adesão e contratação de Gestores Municipais a referida Ata Estadual de Registro de Preços de Medicamentos.
- 3. Não incidência dessa matéria em matéria de entendimento administrativo decorrente de adesão ao Edital de Licitação e a estes Gestores Municipais?

Considerando que a Lei nº 6.002/2004, de 12 de maio de 2004, instituiu o Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP) para aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

1. O presente Termo de Adesão é o resultado do processo de licitação de Edital de Licitação, tendo sido elaborado pelo(a) licitante vencedor(a) em conformidade com o Edital de Licitação nº 001/2008, publicado em 04 de maio de 2008, e assinado pelo(a) licitante vencedor(a) e pelo(a) representante legal do Estado do Espírito Santo, em 04 de maio de 2008.

2. O presente Termo de Adesão constitui o instrumento de adesão ao Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP) para aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

3. O SERP possibilitará a aquisição dos referidos medicamentos, pelos gestores municipais, tornando-se uma ação para reduzir a burocracia local e promover a consequente melhoria da disponibilização da medicação a rede básica de saúde, com maior agilidade e, possivelmente, a preços menores em função da economia de escala.

4. A adesão municipal ao SERP deverá acontecer anualmente, de maneira formal, em conformidade com o entendimento das seguintes etapas: a) Edição de Decreto Municipal regulamentando esse matéria no esfera municipal de gestão; b) Elaboração de Edital de Licitação em conformidade com a necessidade epidemiológica local e em o elenco de medicamentos de Atenção Primária em Saúde (competência municipal) constante da RENAME; c) Elaboração da estimativa de necessidades de cada mês selecionado para 12 meses, utilizando-se métodos adequados de programação; d) Formalização da adesão ao SERP, mediante preenchimento e envio do Termo específico que será disponibilizado pela SESA.

5. Para a adesão a primeira edição do SERP (2008), os municípios interessados deverão cumprir as etapas previstas no parágrafo anterior, improntivamente até 07 de abril de 2008.

6. Os municípios interessados deverão ainda alimentar um Sistema de Informações Gerenciais de Assistência Farmacêutica (SIG-AP) na APS, composto por indicadores, fluxos e periodicidade definidos pela SESA, Resoluções e que a implementação da alimentação desse SIG-AP constituir condição prévia à habilitação e continuidade de uso do SERP, pelo município.

7. A gestão do SERP e da ARP será realizada pela SESA, por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (SESAFAP) e do Setor de Compra, Fica sob a competência e responsabilidade do gestor municipal, a gestão dos recursos financeiros destinados a esse objetivo, a definição sobre o cronograma de execução das parciais, o recebimento e armazenamento dos medicamentos adquiridos por meio do SERP, assim como o efetivo pagamento diretamente aos fornecedores.

8. A partir da efetiva disponibilização da ARP para execução, fica facultada ao gestor municipal a opção de adquirir os medicamentos em quantidade por outro meio, que não seja o SERP, nas seguintes situações: a) quando os preços da ARP não forem mais vantajosos do que outra opção; b) quando se verificar a não implementação do contrato por parte do fornecedor; c) quando o prazo para entrega estipulado pelo fornecedor for incompatível com a necessidade do(s) paciente(s) e/ou com os prazos determinados judicialmente.

9. O presente Termo de Adesão é o resultado do processo de licitação de Edital de Licitação, tendo sido elaborado pelo(a) licitante vencedor(a) em conformidade com o Edital de Licitação nº 001/2008, publicado em 04 de maio de 2008, e assinado pelo(a) licitante vencedor(a) e pelo(a) representante legal do Estado do Espírito Santo, em 04 de maio de 2008.

10. O presente Termo de Adesão constitui o instrumento de adesão ao Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP) para aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

11. A referida ARP contemplará exclusivamente o elenco de medicamentos de competência municipal, que regira a RENAME, em conformidade com a consolidação das listas e programações encaminhadas oficialmente em cada município.

12. O SERP possibilitará a aquisição dos referidos medicamentos, pelos gestores municipais, tornando-se uma ação para reduzir a burocracia local e promover a consequente melhoria da disponibilização da medicação a rede básica de saúde, com maior agilidade e, possivelmente, a preços menores em função da economia de escala.

13. A adesão municipal ao SERP deverá acontecer anualmente, de maneira formal, em conformidade com o entendimento das seguintes etapas: a) Edição de Decreto Municipal regulamentando esse matéria no esfera municipal de gestão; b) Elaboração de Edital de Licitação em conformidade com a necessidade epidemiológica local e em o elenco de medicamentos de Atenção Primária em Saúde (competência municipal) constante da RENAME; c) Elaboração da estimativa de necessidades de cada mês selecionado para 12 meses, utilizando-se métodos adequados de programação; d) Formalização da adesão ao SERP, mediante preenchimento e envio do Termo específico que será disponibilizado pela SESA.

14. Para a adesão a primeira edição do SERP (2008), os municípios interessados deverão cumprir as etapas previstas no parágrafo anterior, improntivamente até 07 de abril de 2008.

15. Os municípios interessados deverão ainda alimentar um Sistema de Informações Gerenciais de Assistência Farmacêutica (SIG-AP) na APS, composto por indicadores, fluxos e periodicidade definidos pela SESA, Resoluções e que a implementação da alimentação desse SIG-AP constituir condição prévia à habilitação e continuidade de uso do SERP, pelo município.

16. A gestão do SERP e da ARP será realizada pela SESA, por meio da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (SESAFAP) e do Setor de Compra, Fica sob a competência e responsabilidade do gestor municipal, a gestão dos recursos financeiros destinados a esse objetivo, a definição sobre o cronograma de execução das parciais, o recebimento e armazenamento dos medicamentos adquiridos por meio do SERP, assim como o efetivo pagamento diretamente aos fornecedores.

17. A partir da efetiva disponibilização da ARP para execução, fica facultada ao gestor municipal a opção de adquirir os medicamentos em quantidade por outro meio, que não seja o SERP, nas seguintes situações: a) quando os preços da ARP não forem mais vantajosos do que outra opção; b) quando se verificar a não implementação do contrato por parte do fornecedor; c) quando o prazo para entrega estipulado pelo fornecedor for incompatível com a necessidade do(s) paciente(s) e/ou com os prazos determinados judicialmente.

18. O presente Termo de Adesão é o resultado do processo de licitação de Edital de Licitação, tendo sido elaborado pelo(a) licitante vencedor(a) em conformidade com o Edital de Licitação nº 001/2008, publicado em 04 de maio de 2008, e assinado pelo(a) licitante vencedor(a) e pelo(a) representante legal do Estado do Espírito Santo, em 04 de maio de 2008.

19. O presente Termo de Adesão constitui o instrumento de adesão ao Sistema Estadual de Registro de Preços (SERP) para aquisição de medicamentos de função primária, por meio do qual disponibilizarei aos municípios, que aderirem à proposta, a respectiva Ata de Registro de Preços (ARP).

20. A referida ARP contemplará exclusivamente o elenco de medicamentos de competência municipal, que regira a RENAME, em conformidade com a consolidação das listas e programações encaminhadas oficialmente em cada município.

21. O SERP possibilitará a aquisição dos referidos medicamentos, pelos gestores municipais, tornando-se uma ação para reduzir a burocracia local e promover a consequente melhoria da disponibilização da medicação a rede básica de saúde, com maior agilidade e, possivelmente, a preços menores em função da economia de escala.

22. A adesão municipal ao SERP deverá acontecer anualmente, de maneira formal, em conformidade com o entendimento das seguintes etapas: a) Edição de Decreto Municipal regulamentando esse matéria no esfera municipal de gestão; b) Elaboração de Edital de Licitação em conformidade com a necessidade epidemiológica local e em o elenco de medicamentos de Atenção Primária em Saúde (competência municipal) constante da RENAME; c) Elaboração da estimativa de necessidades de cada mês selecionado para 12 meses, utilizando-se métodos adequados de programação; d) Formalização da adesão ao SERP, mediante preenchimento e envio do Termo específico que será disponibilizado pela SESA.

23. Para a adesão a primeira edição do SERP (2008), os municípios interessados deverão cumprir as etapas previstas no parágrafo anterior, improntivamente até 07 de abril de 2008.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica



OF/ SESA/GEAF/SERP Nº 091/2016. Vitória, 19 de Janeiro de 2016

Prezado (a) Senhor (a):

Com o objetivo de darmos início a 8ª edição do SERP (Sistema Estadual de Registro de Preço), informamos que estará disponível do dia 11/02 a 04/03/2016 no sistema de gerenciamento do SERP, no site saude.es.gov.br/serp a lista de medicamentos para programação ANUAL;

Na composição da programação anual, deverá ser considerado o **histórico de consumo médio mensal** de cada medicamento;

Ressaltamos que esta programação instruirá o(s) processo(s) licitatório(s) contendo os medicamentos cuja(s) ata(s) irá(ão) vencer em 2016;

Apenas a realização da programação anual no sistema, não autoriza o Município a utilizar a(s) ata(s) de registro de preço originária do processo licitatório do SERP VIII, é necessário firmar a adesão em formulário padrão, o qual deverá ser assinado pelo Prefeito e pelo Secretário Estadual de Saúde;

Informamos que o manual para realizar a programação no sistema de Gerenciamento do SERP, está disponível no site antigo da saúde/SERP/ATAS/INFORMAÇÕES ADICIONAIS.

De acordo o Art. 13, Item II do Decreto estadual nº 1790/2007:

"Art. 13 O edital de preço ou de concorrência para registro de preço contemplará, no mínimo:
II - a estimativa de quantidades mínimas e máximas a serem adquiridas no prazo de validade do registro;"

Ficará estipulada a estimativa de quantidades mínimas e máximas a serem adquiridas de cada item, em 20% e 100% respectivamente;

Qualquer dúvida deverá ser enviada para o e-mail geaf.serp@saude.es.gov.br, aos cuidados de Fábio Rogério Gomes Pereira;

Atenciosamente


Lucienne Bermond Fadini
Gerente Estadual de Assistência Farmacêutica
CPF: 115.105.105-105
Gestora de Assistência Farmacêutica - SESA/GEAF

LUCIENNE BERMOND FADINI
Gerente Estadual de Assistência Farmacêutica - SESA/GEAF

At: (m)(a) Sr(a)
SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2015 - Bento Ferreira, Vitória/ES - 29050-625
Telefones: (27) 3137-2426 - 3137-2326 (fax) www.saude.es.gov.br - geaf@saude.es.gov.br

REFERÊNCIAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <[http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=32&search=espírito-santo->acesso Maio/2016](http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=32&search=espírito-santo->acesso%20Maio/2016)>

Plano Estadual de Saúde 2012/2015. Secretaria de Estado da Saúde. Governo Do Espírito Santo. Vitória, novembro de 2012.

INSTITUIÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

AUTORES

Lucienne Bermond Fadini
Fábio Rogério Gomes Pereira

CONTATOS

luciennefadini@saude.es.gov.br
geaf.serp@saude.es.gov.br



Implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico em unidade de atenção primária à saúde de Betim: experiência do Projeto Dia a Dia

CARACTERIZAÇÃO

O município de Betim possui extensão territorial de 344 km² e faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte, estando localizado a uma distância de 30 km da capital mineira. Segundo estimativa do IBGE, em 1º de julho de 2015, o município contava com 417.307 habitantes. A pirâmide demográfica apresenta maior

concentração populacional na faixa etária de 20 a 49 anos, mas as taxas de crescimento apresentam redução. Nota-se uma aceleração no envelhecimento da população, com tendência de redução dos jovens, que serão superados pelos idosos.

O planejamento estadual da década de 50, destinou a Betim duas funções econômicas: a

industrialização de base, representada pelas siderúrgicas, e a produção de alimentos para o abastecimento local. Nestes últimos 30 anos, o parque industrial de Betim cresceu e se diversificou. Além de polo petroquímico e automotivo, a cidade também abriga importantes indústrias nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica e logística (BETIM, 2014).

Perfil epidemiológico

Em Betim, nos anos de 2007 a 2010, observou-se uma queda na taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na faixa etária de 20 a 69 anos de idade, da ordem de 435 óbitos para 346 óbitos para cada 100.000 habitantes. Entre as internações hospitalares, verifica-se que a principal causa, após excluídos gravidez, parto e puerpério, são as lesões, envenenamentos e outras causas externas, que respondem por 11,5% das internações e 10,4% do valor pago por internações de habitantes de Betim, em 2011. Na sequência, encontram-se as doenças do aparelho circulatório (12,7%), e aparelho respiratório (11,9%). No município de Betim, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pelo maior número de mortes entre os anos de 2009 e 2011, ocupando segundo lugar no período de 2005 a 2008, com tendência de crescimento. Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares respondem por mais de um terço das mortes, seguidas por outras doenças cardíacas e pelas doenças isquêmicas do coração, principalmente o infarto agudo do miocárdio (BETIM, 2013).

Em relação ao diabetes, considerando a população do município de Betim, para maiores de 20 anos, (estimativa de 417.307 habitantes, IBGE 2015), a população diagnosticada estaria em torno de 23 mil pessoas. A taxa de mortalidade pela doença tem uma tendência crescente, saindo de 8,8 por 100.000 habitantes em 2007 para 18,2 por 100.000 habitantes em 2011 (BETIM, 2013).

Estruturação da rede de saúde

O município de Betim possui 270 estabelecimentos de saúde listados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A rede de atendimento é formada por 34 unidades de atenção primária à saúde (UAPS),

quatro unidades de atendimento imediato, dois hospitais, um laboratório hospitalar, um hemocentro, quatro centros de referência em saúde mental, dois centros de especialidades médicas, um centro de atendimento psicossocial para dependentes de álcool e droga, uma maternidade e um centro de controle de zoonoses (BETIM, 2014).

A UAPS Petrovale, local do estudo, atende a uma população estimada em 7.683 habitantes. É composta por três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com formação integral no período analisado (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Conta ainda com uma equipe de apoio formada por um clínico geral, um pediatra e uma ginecologista, além de auxiliares de enfermagem e administrativos (BETIM, 2014).

Assistência farmacêutica

O município de Betim conta com 26 farmácias nas UAPS. Possui ainda quatro farmácias nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), uma farmácia no Centro de Referência Especializado Divino Braga, uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) – do Serviço Especializado de Prevenção e Atendimento a Doenças Infectocontagiosas –, três farmácias no Centro Especializado de Referência Saúde Mental (Cersam), uma farmácia no Hospital Público Regional de Betim, uma farmácia na Maternidade Municipal, a Farmácia Viva (manipulação de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos) e uma Farmácia Popular do Brasil (BETIM, 2014).

A assistência farmacêutica de Betim tem como estratégia garantir o acesso aos medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume). A lista conta com 308 apresentações padronizadas; desses, 231 são dispensados aos pacientes, e 77 são de uso interno nas unidades. A assistência farmacêutica desenvolve ainda ações para atender às demandas de medicamentos não constantes na Remume, de medicamentos para doenças de baixa prevalência, para casos de falha terapêutica ou para eventos adversos aos medicamentos padronizados. Também direciona a elaboração e/ou a renovação dos processos de solicitação de medicamentos do Componente Especializado à Secretaria de Estado de Saúde (SES).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O uso racional de medicamentos continua a ser a exceção e não a regra na nossa sociedade, mesmo para aquelas pessoas que têm acesso aos medicamentos prescritos. Mais da metade de todas as prescrições estão incorretas e mais da metade das pessoas não conseguem aderir à prescrição corretamente. Assim, não basta garantir o acesso aos medicamentos, é preciso garantir a utilização adequada, que conduza aos melhores resultados possíveis para o paciente e para a sociedade (OLIVEIRA, 2011).

A identificação e a resolução dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico (AF) podem mudar essa realidade, trazendo economia de recursos ao sistema. Há uma redução de internações e atendimentos de urgência, bem como um avanço na qualidade de vida de pacientes com diabetes, contribuindo para o controle da doença e minimizando as possíveis complicações.

A experiência relatada fez parte do Projeto Dia a Dia, uma iniciativa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que tem entre seus objetivos específicos capacitar os farmacêuticos do SUS nesse estado, para realização de AF e aplicação de uma metodologia da prática para indivíduos com diabetes (ACURCIO, 2010). No período de julho de 2013 a agosto de 2014, 22 pacientes com diabetes foram acompanhados pela farmacêutica na UAPS Petrovale, no município de Betim, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Os farmacêuticos do município foram convidados a participar do projeto e acompanhar, por um ano, os pacientes com diabetes. Foram capacitados presencialmente por dois dias e acompanhados ao longo do estudo, por meio de reuniões, contatos por telefone e e-mail.

As consultas foram registradas no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica do Governo do Estado de Minas Gerais (Sigaf) e os dados enviados a uma central, que compilava os resultados. O sistema possui um módulo de Cuidado Farmacêutico que utiliza uma adaptação dos métodos Pharmacother-

rapy Workup (PW) e Dáder para o acompanhamento farmacoterapêutico. Neste trabalho, a autora faz uma revisão dos PRM registrados no sistema com referencial do método PW.

A fim de aperfeiçoar a operacionalidade do atendimento foram desenvolvidas algumas ferramentas ao longo do trabalho, tais como planilha de monitoramento dos parâmetros clínicos, antropométricos e laboratoriais; bolsinha de tecido para guarda de medicamentos e orientação e posologia aos pacientes; carta padrão de comunicação com médicos de outros serviços; um impresso modelo de curva de glicemia aos pacientes e um bilhete de agendamento dos retornos.

Neste estudo foi realizada uma reavaliação dos dados no Sigaf identificando os PRM segundo o método PW, que os classifica em: 1) medicamento desnecessário; 2) necessita de medicamento adicional; 3) medicamento inadequado; 4) dose inferior ao necessário; 5) reação adversa aos medicamentos; 6) dose superior ao necessário e 7) adesão inapropriada ao medicamento.

Foram realizadas 132 consultas ao longo do período estudado. Após o convite feito a 22 pacientes, 82% compareceram à primeira consulta agendada e 59% concluíram o acompanhamento de 12 meses que foi proposto.

Determinada uma data de abordagem, 22 entre todos os pacientes que compareceram à farmácia com prescrição de algum medicamento indicado para o tratamento de diabetes foram convidados a participar do Projeto Dia a Dia. Importante ressaltar que 22 pacientes era o número máximo compatível com a capacidade de atendimento da farmacêutica. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A partir daí, foi agendada a primeira consulta. O paciente foi orientado a levar todos os seus medicamentos em uso, as prescrições, os últimos exames e o glicosímetro. Nessa consulta, foram avaliados: descrição dos medicamentos e forma de uso; descrição de queixas e condições de saúde; hábitos de vida; monitoramento clínico com aferição de pressão arterial, glicemia capilar, circunferência da cintura e quadril, peso, altura, frequência cardíaca e avaliação de exames laboratoriais como glicemia de jejum, he-

moglobina glicosilada, perfil lipídico, creatinina, microalbuminúria, proteinúria, entre outros. Foram pactuados os objetivos terapêuticos e, a seguir, foi realizada a identificação dos PRM, classificando-os entre os blocos de necessidade, efetividade, segurança e adesão, além das possíveis intervenções farmacêuticas para alcance das metas.

Consultas subsequentes foram agendadas a cada 30 dias, aproximadamente. Exames laboratoriais foram solicitados pelo enfermeiro da equipe de saúde a cada quatro meses, aproximadamente. Nessas consultas de monitoramento foram realizados: a revisão dos medicamentos em uso e suas prescrições; a descrição de novas informações como condições de saúde diagnosticadas, queixas e reações adversas ao medicamento; o monitoramento quantitativo com exames

clínicos e laboratoriais, seguidos das etapas de identificação de novos PRM e possíveis intervenções farmacêuticas.

Os dados analisados foram coletados entre julho de 2013 e agosto de 2014. Os registros foram feitos no *software* Sigaf, no prontuário de cada paciente e como notas pessoais do farmacêutico em caderno próprio.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Mais detalhes podem ser obtidos no Edital MCT/CNPq/CT-SAUDE/MS/SCTIE/DECIT Nº 42/2010.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

O perfil dos pacientes, traçado entre os dezoito que compareceram à primeira consulta, é demonstrado na Tabela 1.

TABELA 1 - Perfil demográfico e clínico dos pacientes

| Categoria | Número de pacientes (n=18) | Percentual (%) |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------|
| SEXO | | |
| Masculino | 8 | 44% |
| Feminino | 10 | 56% |
| FAIXA ETARIA | | |
| Abaixo de 18 anos | 1 | 6% |
| 18 a 30 anos | 0 | 0% |
| 31 a 40 anos | 1 | 6% |
| 41 a 50 anos | 7 | 39% |
| 51 a 60 anos | 5 | 28% |
| Acima de 60 anos | 4 | 22% |
| CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES | | |
| Tipo 1 | 1 | 6% |
| Tipo 2 | 16 | 89% |
| LADA | 1 | 6% |
| TOTAL DE MEDICAMENTOS USADOS | | |
| Até 5 | 4 | 22% |
| 5 a 10 | 13 | 72% |
| Mais de 10 | 1 | 6% |
| PATOLOGIAS ASSOCIADAS | | |
| Dislipidemia | 15 | 83% |
| Hipertensão arterial | 12 | 67% |
| Hipotireoidismo | 2 | 11% |

As ferramentas desenvolvidas para otimizar o atendimento clínico são detalhadas abaixo:

a) Planilha de monitoramento mensal dos parâmetros clínicos, antropométricos e laboratoriais.

| Nome | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|
| Prontuário | | | | | | | | | | | | | |
| Equipe | | | | | | | | | | | | | |
| Idade | | | | | | | | | | | | | |
| | 1º consulta | monit 1 | monit 2 | monit 3 | monit 4 | monit 5 | monit 6 | monit 7 | monit 8 | monit 9 | monit 10 | monit 11 | monit 12 |
| PA | | | | | | | | | | | | | |
| GC | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | | | | | | | | | | | | | |
| ALTURA | | | | | | | | | | | | | |
| IMC | | | | | | | | | | | | | |
| CINTURA | | | | | | | | | | | | | |
| QUADRIL | | | | | | | | | | | | | |
| GJ | | | | | | | | | | | | | |
| A1C | | | | | | | | | | | | | |
| COL | | | | | | | | | | | | | |
| HDL | | | | | | | | | | | | | |
| LDL | | | | | | | | | | | | | |
| TG | | | | | | | | | | | | | |
| CREAT | | | | | | | | | | | | | |
| RFG | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| data avaliação | | | | | | | | | | | | | |
| data exames | | | | | | | | | | | | | |

Figura 2 - planilha de monitoramento mensal

b) Bolsa de tecido não tecido (TNT) para organização dos medicamentos conforme o horário da dose, determinado por figuras.



Figura 3 - bolsa de TNT

- c) Carta de encaminhamento a médicos de outros serviços, solicitando alguma intervenção no tratamento.

| | |
|---|--|
|  diaAdia Acompanhando sua saúde! | PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA UAPS PETROVALE – PROJETO DIA A DIA |
| Dr (a) _____ | |
| <p>O paciente _____ está sob acompanhamento farmacoterapêutico individual na UAPS Petrovale através do Projeto Dia a Dia. Em parceria com a UFMG e a Sec. Estadual de Saúde, esse projeto visa acompanhar pacientes diabéticos em consultas mensais durante 1 ano. Nessas consultas com o farmacêutico, são monitorados indicadores como glicemia capilar, glicemia de jejum, glicohemoglobina, RFG e fatores de risco cardiovascular. Buscamos ações interdisciplinares (médico, nutricionista, farmacêutico, agentes comunitários, etc) e contamos com sua colaboração nesse processo. Diante disso, envio relatório abaixo e peço sua avaliação do caso para possíveis intervenções médicas.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |

Figura 4 - carta ao médico

- d) Curva de glicemia com horários pré-definidos para registro das medidas domiciliares de glicemia capilar feitas pelo paciente.

| | | | | | | | |
|--|---|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|
|  diaAdia Acompanhando sua saúde! | UAPS PETROVALE – PROJETO DIA A DIA CURVA DE GLICEMIA | | | | | | |
| DATA | JEJUM | 2h antes do almoço | 2h após almoço | 2h antes do jantar | 2h após jantar | Ao deitar | 3h da manhã |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

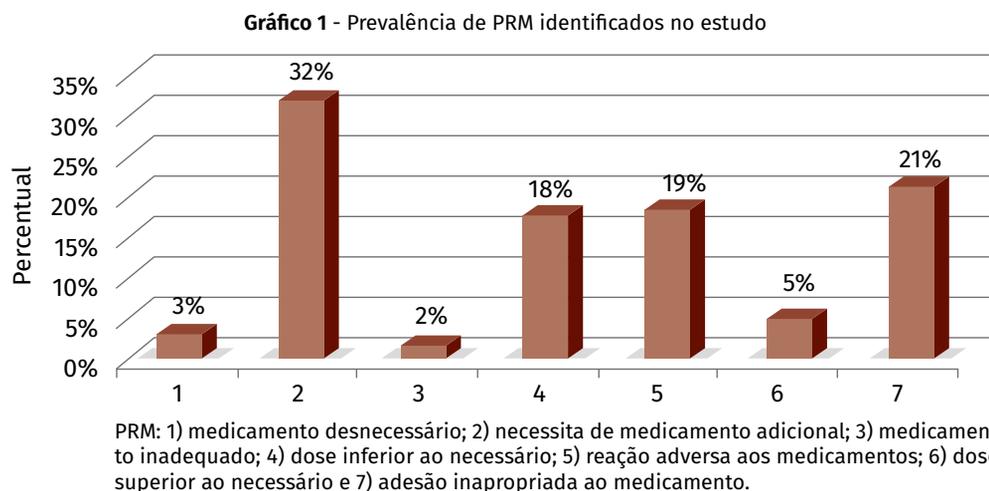
Figura 5 - curva de glicemia

e) Cartão de retorno para lembrar a data da consulta farmacêutica.

| | |
|--|---------------|
|  Acompanhando sua saúde! | Farm. Lorayne |
| Data: ____/____/____ Horário: _____ Trazer: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Medidas de Pressão <input type="checkbox"/> Últimos exames <input type="checkbox"/> Última receita <input type="checkbox"/> Medidas de glicemia <input type="checkbox"/> Glicosímetro | |

Figura 6 - cartão de retorno

Os problemas relacionados ao uso de medicamentos foram registrados no Sigaf em blocos de necessidade, efetividade, segurança e adesão, sem numeração própria dos métodos de acompanhamento farmacoterapêutico. A revisão dos dados identificou 219 PRM, segundo o método PW, conforme o Gráfico 1.



O PRM 2 foi o mais prevalente (32%). Na primeira consulta predominou a necessidade de medicamento adicional para controle do diabetes ou HAS, uma vez que os pacientes não atingiram os objetivos terapêuticos com a dose máxima do tratamento instituído até então. Ao longo do acompanhamento, porém, foi observada uma maior necessidade de medicamento profilático, como ácido acetilsalicílico e estatina, para prevenção primária de eventos cardiovasculares em pacientes de alto risco. O PRM 7 (não adesão) foi o 2º mais prevalente, tendo como causa principal a não compreensão das instruções de uso do medicamento. O PRM 5 apareceu em 19% dos casos, tendo como principais reações adversas a hipoglicemia em uso de insulinas e glibenclamida; a diarreia em uso de metformina de liberação imediata; e a dispepsia em uso de AAS 100mg. A baixa dose terapêutica (PRM 4) foi observada em 18% dos casos e a dose excessiva (PRM 6), representou 5% do total de PRM identificados. O PRM

1, caracterizado pelo uso de medicamento desnecessário, apresentou-se em 3% do total de casos. O PRM 3, definido pelo uso de medicamento inefetivo ou contra-indicado para a condição clínica do paciente, apareceu em 2% do total de PRM.

As intervenções farmacêuticas podem ser farmacológicas, em busca de mudanças na farmacoterapia, ou medidas não farmacológicas, com o intuito de estimular o paciente a buscar hábitos de vida mais saudáveis. Nesse sentido, todos os pacientes receberam orientação esquemática, na forma de um desenho explicativo de como as altas taxas de glicose na corrente sanguínea podem trazer complicações, e como agem os medicamentos indicados.

A bolsinha de TNT, para guardar e orientar o uso de medicamentos, foi oferecida a todos os 16 pacientes em uso de medicamentos orais, sem recusa por parte de nenhum. Mostrou-se um importante fator de adesão ao tratamento

e uso correto, contribuindo para garantir a autonomia de cuidado ao paciente.

Os pacientes que usavam insulina foram orientados quanto às técnicas corretas de armazenamento, transporte e utilização do medicamento.

Na primeira consulta, todos os pacientes receberam orientações simples de hábitos alimentares saudáveis e sua importância no tratamento do diabetes, bem como foram estimulados para a prática de atividades físicas regulares, com metas graduais devidamente pactuadas.

A Tabela 2 apresenta as intervenções propostas.

Tabela 2 - Intervenções farmacológicas propostas

| Tipo de intervenção | N (%) |
|------------------------------------|------------|
| Mudança de dose | 25 (10%) |
| Mudança de posologia | 20 (8%) |
| Adição de medicamento | 37 (14%) |
| Troca de medicamento | 15 (6%) |
| Retirada de medicamento | 9 (4%) |
| Ensinar uso correto do medicamento | 76 (30%) |
| Conscientização para adesão | 75 (29%) |
| Total | 257 |

Houve predomínio das duas intervenções voltadas para medidas de conscientização e ensino do uso correto dos medicamentos. A população estudada demonstrou grande carência de informação e falhas na compreensão da prescrição, o que exigiu a repetição dessas intervenções em várias consultas subsequentes, aumentando sua proporção frente às demais intervenções. A terceira intervenção mais frequente foi a sugestão para adição de medicamento, o que era esperado, considerando a alta prevalência do PRM 2.

Próximos passos, desafios e necessidades

Entre os 13 pacientes que concluíram o estudo, apenas 1 preferiu não continuar no serviço, uma vez que se encontra estável e bem adaptado à farmacoterapia. A proposta é manter o serviço e oferecê-lo a outros pacientes com diabetes, otimizando os pontos que apresentaram alguma dificuldade.

Entre os desafios para a prática do serviço podemos citar o registro das atividades, que era feito triplicado: no Sigaf, no prontuário do paciente e nas anotações pessoais da farmacêutica. A informatização dos prontuários por meio de um sistema operacional que contempla o cuidado farmacêutico faz-se necessária para minimizar o tempo gasto na consulta e favorecer o compartilhamento das informações.

No município de Betim, o farmacêutico do SUS não é exclusivamente clínico e precisa manter todas as rotinas da farmácia em andamento. Esse fato também se configurou como uma limitação para o AF. Sistemas informatizados de controle de estoque e dispensação, recursos humanos, procedimentos operacionais aos atendentes e normas bem estabelecidas podem favorecer a prática clínica, liberando horas de trabalho da farmacêutica.

Por tratar-se de uma prática nova na UAPS Petrovale, as consultas farmacêuticas não tinham um espaço destinado para esse fim e era necessário buscar consultórios vazios a cada atendimento. O ambiente da farmácia, voltado para dispensação, não oferecia um espaço privativo minimamente equipado para as consultas. A partir da consolidação do serviço na unidade, esperamos definir um espaço físico compartilhado com outros profissionais, com escala pré-definida de uso.

Por fim, impactaram, também, a carência de computador, acesso à internet e impressora, para agilizar o processo de trabalho. Tal estrutura faz-se necessária de forma permanente no consultório destinado aos atendimentos e será providenciada nas etapas futuras de informatização da rede básica de saúde de Betim.

CONCLUSÃO

A experiência de implantação do serviço de AF foi extremamente enriquecedora. A presença da farmacêutica como membro da equipe da UAPS foi muito relevante para a prática clínica. O apoio do gestor local e dos demais profissionais foram fatores importantes para o sucesso do serviço. A receptividade dos pacientes também foi relevante para a continuidade do serviço. Alguns pacientes relataram surpresa pelo novo papel do farmacêutico, que imaginavam restrito à farmácia e seus produtos.

O tratamento farmacológico na associação de doenças crônicas exige o uso de polifarmácia, aumentando significativamente a probabilidade de ocorrência de PRM. Esse cenário mostrou-se ambiente imprescindível para atuação do farmacêutico clínico, como mais um membro da equipe de cuidado, por meio do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico.

A prática das consultas farmacêuticas fomentou a criação de formulários e ferramentas para aperfeiçoar o trabalho do farmacêutico e alcançar os resultados esperados junto aos pacientes.

A experiência mostrou o predomínio do PRM 2, no qual o paciente necessita de medicamento adicional para sua condição de saúde. O resultado é coerente com outros estudos dessa natureza, mas diverge do senso comum entre profissionais da saúde, que apontam as falhas de adesão como principal causa de PRM. Os problemas de adesão ao tratamento apareceram em segundo lugar no total de PRM, demonstrando a importância do papel do farmacêutico clínico na educação para o uso correto e conscientização do paciente.

Nas intervenções farmacêuticas propostas, observamos o predomínio de orientações para adesão e uso correto dos medicamentos. Esse resultado mostra a capacidade de atuação do farmacêutico com seus conhecimentos inerentes à profissão, no primeiro momento, para depois avançar nas propostas de alteração de tratamento, que exigem maior aprofundamento sobre as evidências farmacoterapêuticas.

Nesse contexto, o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico pode contribuir de forma significativa para a inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar de ESF e a valorização da profissão. A atuação do farmacêutico pode trazer benefícios claros ao paciente, quando o profissional se responsabiliza pelos resultados terapêuticos e busca garantir que o paciente utilize os medicamentos indicados, efetivos e seguros para sua condição. O farmacêutico pode ser um indutor

da adesão ao tratamento e uso correto dos medicamentos.

Concluimos que o serviço de AF pode contribuir de forma significativa para a inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar e a valorização da profissão. A atuação do farmacêutico pode trazer benefícios claros ao paciente, quando o profissional se responsabiliza pelos resultados terapêuticos e busca garantir que o paciente utilize os medicamentos indicados, efetivos e seguros para sua condição.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO *et al.* Avaliação epidemiológica e econômica dos esquemas terapêuticos utilizados no tratamento do diabetes em Minas Gerais. Projeto - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

BETIM. Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017. Betim, 2014. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude;;20150213.pdf. Acesso em 22 set. 2014.

BETIM. Avaliação das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, seus fatores de risco e fatores protetores no município de Betim. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Betim, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670>. Acesso em 10 mar. 2015.

OLIVEIRA, Djenane Ramalho de. Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCM Editora, 2011. 326p.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Betim (MG)/
Unidade de Atenção Primária à Saúde

AUTORA

Lorayne Caroline Resende

CONTATO

loraynefarma@yahoo.com.br



Atenção farmacêutica a pacientes hipertensos de alto risco no Centro Estadual de Atenção Especializada (Cea) do município de Teófilo Otoni

CARACTERIZAÇÃO

O Centro Estadual de Atenção Especializada (Cea) é um centro de atenção secundária à saúde caracterizado por oferecer atendimento médico especializado a pacientes hipertensos com alto grau de risco. O Centro possui sede no município de Teófilo Otoni (MG) e tem como abrangência 32 municípios que

compõem a sua macrorregional de saúde. Os pacientes hipertensos, após estratificados pela atenção primária, são encaminhados ao Cea para atendimento médico especializado, realização de exames e consultas com equipe multidisciplinar composta por nutricionista, enfermeiro, assistente social, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e farmacêutico. O farmacêutico foi inserido no corpo clínico em

julho de 2014 e suas atividades se referem a assistência farmacêutica para reabilitação terapêutica dos pacientes.

O município de Teófilo Otoni se localiza no nordeste de Minas Gerais, no Vale do Mucuri, e é considerado o centro macrorregional, ocupando uma área de 3.242,8 Km², abrigando uma população de 134.733 habitantes, e densidade populacional de 39,3 hab/km² (IBGE, 2010). Como cidade polo, Teófilo Otoni absorve em seu contexto assistencial, todas as referências ambulatoriais e hospitalares de 63 municípios.

O sistema público de Saúde de Teófilo Otoni abrange todos os níveis de atenção. A atenção primária é composta por 32 unidades distribuídas em 4 distritos (Distrito Sul, Distrito Norte I, Distrito Norte II e Distrito Leste). A cobertura apresenta-se em 100%, fazendo parte de todas as equipes de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, a atenção básica conta com o apoio multidisciplinar de quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Os serviços de urgência e emergência são direcionados ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) que possui sede no município mas atende a toda macrorregião, a unidade de pronto atendimento (UPA) e o Hospital Municipal Raimundo Gobira. Na atenção terciária são cinco hospitais, três públicos e dois privados, sendo o Hospital Santa Rosália a instituição que absorve maior demanda devido a seu caráter de alta complexidade.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica com um alto custo médico-social, sendo um dos fatores de risco mais comuns para a expansão de doenças cardiovasculares. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas (Almeida et al, 2003). Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos. O perfil epidemiológico do estado de Minas Gerais estima a prevalência de 20% de hipertensos na população com idade acima de 20 anos (Lima e Costa et al, 2009). Os dados são

ainda mais alarmantes quando consideramos os estudos realizados pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais que aponta a fração de 25% da população de hipertensos como de alto grau risco ou muito alto grau de risco.

METODOLOGIA

O farmacêutico foi inserido no Ceae em julho de 2014, com o objetivo de realizar assistência farmacêutica integral ao paciente hipertenso na expectativa de promover melhoria clínica do mesmo. O estudo proposto avaliou a evolução do encaminhamento de pacientes hipertensos ao centro de atenção secundária, no período de agosto de 2014 à dezembro de 2015. Os pacientes atendidos no centro são monitorados por meio de prontuários eletrônicos com anamnese clínica compreendida de dados pressóricos, índice de massa corporal, idade, sexo, hábitos de vida (tabagismo, etilismo, sedentarismo) e níveis de colesterol.

O município de Teófilo Otoni possui cerca de 1.537 pacientes cadastrados no Ceae e para a pesquisa foram acompanhados 600 pacientes em um período de 12 meses.

O monitoramento clínico dos pacientes hipertensos foi realizado com os dados obtidos dos prontuários eletrônicos e considerando os pacientes que foram submetidos à assistência farmacêutica em seu tratamento. Para avaliar a eficiência da assistência farmacêutica no tratamento dos hipertensos foram considerados os seguintes índices:

- 1) Porcentagem de pacientes com adesão ao tratamento.

Foi analisada a porcentagem de pacientes que demonstraram compreender, aceitar e realizar a conduta terapêutica proposta, assim como manter-se frequente às consultas médicas e farmacêuticas, bem como a realização de exames.

- 2) Porcentagem de pacientes que apresentaram redução dos níveis de pressão sistólica após atenção farmacêutica realizada.

Considerou-se os pacientes que foram submetidos, no mínimo, a duas aferições de pressão durante 12 meses e apresentaram, em

sua última aferição de pressão sistólica, níveis menores que a primeira durante este período.

- 3) Porcentagem de pacientes que apresentaram redução na terapia medicamentosa após intervenção farmacêutica.

A redução da terapia medicamentosa foi estabelecida por diminuição da dose de medicamentos e ou redução da quantidade de classes de anti-hipertensivos utilizados.

- 4) Porcentagem de pacientes que obtiveram alta do Ceae.

Os pacientes que apresentaram níveis pressóricos menores que 140x90 mmHg no período de 90 dias foram deligados temporariamente do Ceae por não estarem estratificados como alto grau de risco ou muito alto grau de risco.

Diante dos parâmetros analisados objetivou-se avaliar a eficiência da atenção farmacêutica aos pacientes hipertensos de alto risco em um centro de atenção secundária à saúde.

A proposta foi avaliar a interferência do atendimento farmacêutico na conduta terapêutica do paciente quanto à adesão ao tratamento, diminuição dos níveis pressóricos, redução da terapia medicamentosa e a porcentagem de altas dos mesmos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O paciente hipertenso de alto risco necessita de extremo cuidado e atenção, pois a cronicidade da doença ocasiona complicações que resultam em mudanças significativas na sua qualidade de vida. O caráter multifatorial da hipertensão e as comorbidades que podem ser desenvolvidas pela mesma se traduzem em enorme preocupação com problemas relacionados à automedicação. A aquisição de produtos de venda livre ou até mesmo medicamentos fornecidos por terceiros agravam a situação (DANTAS, 2011).

Assim, o farmacêutico se torna um profissional fundamental para contornar esses obstáculos e garantir a eficiência do tratamento do paciente hipertenso, uma vez que ele é detentor de todo o conhecimento a respeito do medicamento e será o elo entre o prescritor e o paciente.

O Ceae obteve um aumento significativo do número de pacientes hipertensos cadastrados entre os anos de 2014 e 2015. No perfil epidemiológico do município de Teófilo Otoni estima-se que 4 mil indivíduos apresentam hipertensão de alto risco. Entretanto, é necessário que a atenção primária realize busca ativa destes pacientes para que sejam conduzidos a um atendimento especializado. O programa de educação permanente e matriciamento do Ceae promoveu maior estímulo aos encaminhamentos de pacientes hipertensos no ano de 2015, como demonstra a tabela 1.

TABELA 1 - Pacientes hipertensos de alto risco encaminhados ao Ceae

| ANO | 2014 | 2015 | % |
|-----------|------|-------|-------|
| PACIENTES | 487 | 1.537 | 215,6 |

Fonte: Centro Estadual de Atenção Especializada

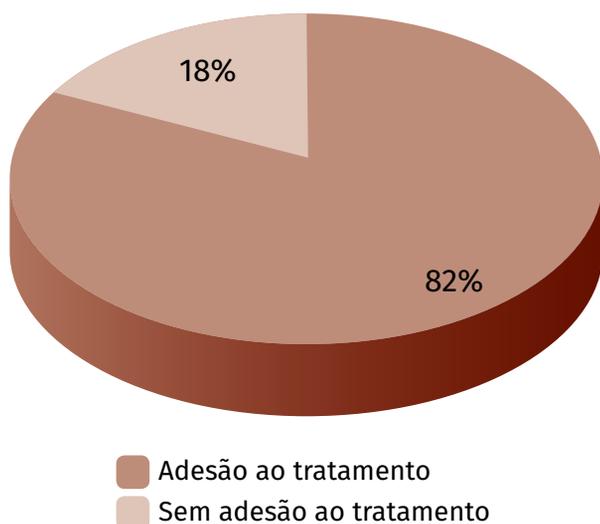
Descrição dos impactos gerados com esta experiência

O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica depende da colaboração do paciente com o tratamento. O primeiro passo para se obter sucesso no tratamento, é a aceitação da patologia. Posteriormente, o hipertenso deve buscar conhecimento sobre as possíveis complicações e realizar a adesão ao tratamento (SILVA, 2010). A adesão é fundamental para que o tratamento seja efetivo, no entanto, vários fatores podem interferir neste processo, entre eles, o sexo, a idade, hábitos religiosos, conhecimento em relação aos anti-hipertensivos, condições socioeconômicas e, principalmente, o apoio familiar e de profissionais da saúde (VITOR et al., 2011). A atenção farmacêutica em sua essência busca estreitar a aceitação do paciente ao uso racional de medicamentos e favorecer a adesão ao tratamento. Diante disso, foi analisada a porcentagem de adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos de alto risco. Os resultados obtidos demonstraram que 82% (n=492) dos 600 pacientes apresentaram adesão ao tratamento e apenas 18% (n=108) não manifestaram adesão mesmo submetidos à atenção farmacêutica.

O atendimento clínico farmacêutico baseia-se nas informações dispensadas ao pa-

ciente quanto ao uso correto dos medicamentos prescritos e o comprometimento quanto à conduta do tratamento. A adesão dos pacientes é mensurada por meio da contrarreferência enviada pela atenção primária e do questionário de aceitabilidade/adesão ao tratamento aplicado pelo farmacêutico.

GRAFICO 1 - Porcentagem de pacientes que apresentaram adesão ao tratamento após a Atenção Farmacêutica



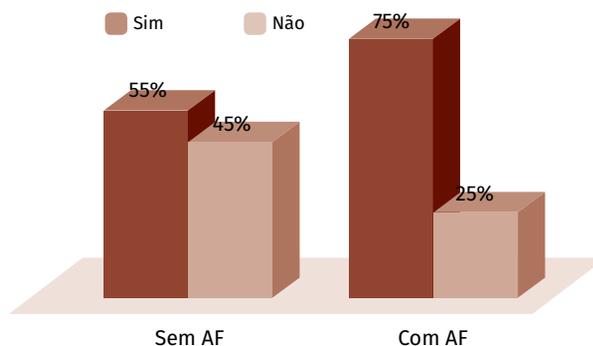
Fonte: Centro Estadual de Atenção Especializada

A importância do farmacêutico em uma equipe de saúde está em garantir a adesão e a eficácia do indivíduo ao tratamento medicamentoso. Aconselhar o paciente sobre a importância do uso racional de medicamentos é uma atividade importante para a toda a população e em especial para o paciente hipertenso, devido às múltiplas patologias que acarretam o uso de vários medicamentos. Desse modo, a intervenção do farmacêutico é essencial para reduzir os riscos de efeitos colaterais ou adversos, interações medicamentosas e até mesmo intoxicações. (ARAÚJO et al., 2008).

O monitoramento dos níveis pressóricos é a principal forma de avaliar a conduta terapêutica dos pacientes hipertensos. Portanto, foi realizada pesquisa sobre a redução dos valores de pressão sistólica dos pacientes em referência à primeira e última aferição. Observou-se que 75% (n=450) dos 600 pacientes monitorados durante os 12 meses, apresentaram redução dos níveis de pressão sistólica após inter-

venção da atenção farmacêutica. Verificou-se por meio da anamnese dos pacientes, contidas nos prontuários eletrônicos, que a redução dos níveis pressóricos não apresentou a mesma eficiência na ausência da atenção farmacêutica, perfazendo apenas 55% (n=330) dos pacientes com melhoria clínica.

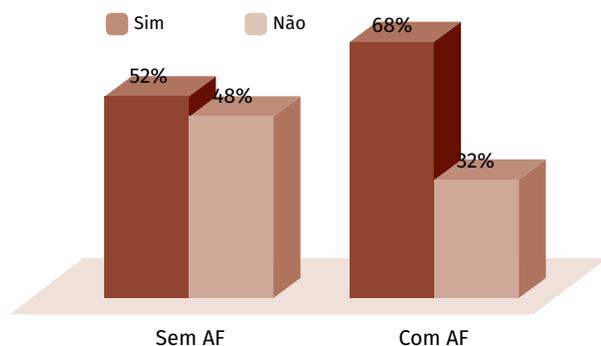
GRÁFICO 2 - Porcentagem de pacientes que apresentaram redução dos níveis de pressão sistólica



Fonte: Centro Estadual de Atenção Especializada

A atenção farmacêutica é uma prática que tem como principal finalidade melhorar a qualidade de vida do paciente, otimizar o tratamento farmacológico e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos. Portanto, os atendimentos realizados pelo farmacêutico no Ceae priorizam garantir, manter e recuperar o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos hipertensos por meio do uso correto de medicamentos. Diante disso, avaliou-se a porcentagem de pacientes que apresentaram redução na terapia medicamentosa, ou seja, obtiveram diminuição da dose de medicamentos e/ou redução da quantidade de classes de anti-hipertensivos utilizados. Os resultados encontrados demonstraram que 68% (n=408) dos pacientes apresentaram redução na terapia medicamentosa. Os pacientes que não foram submetidos à intervenção farmacêutica apresentaram uma redução da terapia medicamentosa menos significativa, totalizando apenas 52% (n=312) dos pacientes. Isso sugere que a atenção farmacêutica pode ter contribuído para intensificar a eficiência da conduta terapêutica medicamentosa prescrita.

GRÁFICO 3 - Porcentagem de pacientes que apresentaram redução na terapia medicamentosa

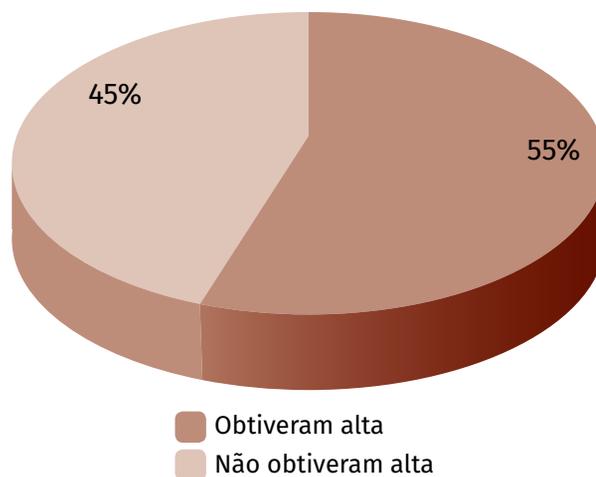


Fonte: Centro Estadual de Atenção Especializada

Por meio da atenção farmacêutica, o paciente recebe suporte e aconselhamento sobre o tratamento, podendo esclarecer dúvidas, que além de garantir a adesão ao tratamento, fará com que este seja mais eficiente, pois o paciente está consciente de possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas. Portanto, a intervenção farmacêutica por meio de ações educativas e sobre a terapia medicamentosa ocasiona diversos benefícios à saúde do hipertenso. O desempenho dessas ações pode ser avaliado por meio dos reflexos clínicos apresentados pelos pacientes, e o seu maior benefício está atribuído à redução e estabilização de seus níveis pressóricos. O paciente que apresenta níveis pressóricos menores que 140x90 mmHg por três meses é submetido ao desligamento temporário (alta) do Ceeae. Entretanto, o paciente permanece sendo acompanhado pela atenção primária do município. No intuito de avaliar a eficiência do tratamento ao hipertenso no Ceeae, determinou-se a porcentagem de (alta) entre pacientes pesquisados.

Os resultados demonstraram que 55% (n=330) dos pacientes obtiveram alta após tratamento sob atuação permanente da atenção farmacêutica. É importante ressaltar que a alta (desligamento temporário) dos pacientes hipertensos de alto risco atendidos no Ceeae não possui registros praticados anterior ao acompanhamento farmacêutico.

GRÁFICO 4 - Porcentagem de pacientes que receberam desligamento temporário (alta) do Ceeae após Atenção Farmacêutica



Fonte: Centro Estadual de Atenção Especializada

Próximos passos, desafios e necessidades

A conduta terapêutica aos pacientes hipertensos apresenta alta complexidade. A diversidade de fatores que proporcionam o desenvolvimento da doença requer uma terapia multidisciplinar e acompanhamento constante. O Ceeae tem priorizado o atendimento clínico humanizado e principalmente integrado às diversas áreas da saúde como a Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Farmácia. A atenção farmacêutica exerce um papel de grande importância para garantir o uso racional de medicamentos, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo por pacientes idosos e a eficácia do mesmo. O farmacêutico é o detentor dos conhecimentos acerca dos medicamentos podendo aconselhar e esclarecer dúvidas sobre o tratamento, possíveis reações adversas e interações medicamentosas. Portanto, a intervenção do farmacêutico, por meio de medidas educativas, tende a acarretar diversos benefícios ao tratamento do paciente hipertenso.

Diante dos reflexos da intervenção farmacêutica no tratamento dos pacientes hipertensos, sugere-se a ampliação do quadro de profissionais farmacêuticos pelo Ceeae, bem como estabelecer adequações ao fluxo de atendimento aos pacientes oportunizando o atendimento farmacêutico em caráter integral.

Outros estudos complementares podem ser considerados no intuito de avaliar a real interferência da atenção farmacêutica frente a melhor conduta terapêutica em diferentes classes de anti-hipertensivos, possíveis interações e ajuste posológico.



Sede do Ceae em Teófilo Otoni-MG



Recepção do Ceae



Atendimento no Ceae

REFERÊNCIAS

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: . Acesso em: mar. 2016.

ALMEIDA, FF, Barreto SM, Couto BR, Starling CE. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2003;80(1):41-60.

LIMA E COSTA MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000;9(1):23-41.

DANTAS, A. O. Hipertensão arterial no idoso: fatores dificultadores para adesão ao tratamento medicamentoso. 2011. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni.

VITOR, A. F.; MONETEIRO, F. P. M.; MORAIS, H. C.C.; VASCONELOS, J. D. P.; LOPES, M. V. DE O.; DE ARAÚJO, T. L. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. *Esc. Anna Nery*, v.15, n.2, p. 251-260, abril/junho, 2011.

INSTITUIÇÃO

Centro Estadual de Atenção Especializada (Ceae) de Teófilo Otoni

AUTORES

Daniel de Azevedo Teixeira (Coordenador)
Martha Honorato
Fernanda Miranda Froeder
Aline Camargos Abrantes

CONTATOS

danielteixeira@unipacto.com.br
marthahonorato@yahoo.com.br
froeder.fernanda@gmail.com
alinemalaca@yahoo.com.br



Acompanhamento farmacêutico de pacientes em tratamento de sífilis com penicilina benzatina em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro

CARACTERIZAÇÃO

A cidade do Rio de Janeiro é o destino mais frequente do turismo internacional no Brasil, na América Latina e em todo o hemisfério Sul. Também é a capital brasileira mais visi-

tada no país e a mais conhecida no exterior. Com uma população estimada em 6,4 milhões (IBGE/2013), o Rio de Janeiro é uma cidade de fortes contrastes econômicos e sociais. Cerca de 22% dos moradores, quase 1,5 milhão de pessoas, vivem em favelas sobre os morros,

onde as condições de moradia, saúde, educação e segurança são extremamente precárias.

Perfil epidemiológico

A Organização Mundial de Saúde estima a incidência de 1 milhão de casos de sífilis por ano, entre as gestantes e preconiza a detecção e o tratamento, em tempo oportuno, destas e de seus parceiros. A infecção pode ser transmitida ao feto com graves complicações.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível (DST) de ação sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode ser classificada entre sífilis adquirida, quando é transmitida durante o ato sexual ou por transfusão sanguínea, ou sífilis congênita, quando é transmitida da mãe para o filho por meio da placenta.

A sífilis congênita é um grave problema de saúde que pode ser evitado com o diagnóstico precoce e a adoção de todas as medidas para o tratamento e a cura. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são muito importantes para o combate à doença.

Em 2013, observou-se uma taxa de 4,7 casos de sífilis congênita para 1.000 nascidos vivos no Brasil (média nacional). O Rio de Janeiro foi uma das unidades da federação que apresentaram incidências superiores à média nacional, em 2013. A média de casos do município do Rio de Janeiro naquele ano foi de 17,5 para cada 1.000 nascidos vivos. Apesar de possuir tratamento seguro, eficaz e de baixo custo, essa doença continua a desafiar os governos nos dias atuais, com altas taxas de incidência no Brasil.

Estruturação da rede de saúde

A rede de saúde pública local (Área Programática 3.2) é composta por dez centros médicos de saúde (CMS), que incluem atendimentos especializados (nível secundário); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); um hospital com atendimento geral e dez clínicas da família, que garantem uma cobertura de 45,84% da população. Os demais habitantes, que não residem na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, são aten-

tidos pelos CMS. Desde 2009, a cidade conta com o programa Saúde Presente, que oferece um sistema integrado e personalizado de assistência a regiões até então prejudicadas na gestão de saúde. O cidadão tem uma equipe de saúde multidisciplinar que o acompanha, oferecendo orientações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças e realizando o diagnóstico precoce de enfermidades. Com o programa, a expectativa é melhorar indicadores de mortalidade materno-infantil e de qualidade de vida da população, além de reduzir custos hospitalares, na medida em que é mais praticada a medicina preventiva, diminuindo internações, consultas e exames.

Implantado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o sistema integrado de atendimento é composto por 80 clínicas da família, entre outras unidades (tabela 1), e tem como objetivos a prevenção de doenças e a promoção da saúde do cidadão. Nesse sentido, as clínicas representam um marco na reformulação da Atenção Primária. Desde o início do programa, houve a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, de 3,5% da população do município, em janeiro de 2009, para 47,03%, em abril de 2015.

Tabela 1 - Relação de unidades de saúde no município do Rio de Janeiro

| Unidades de Saúde | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Clínica da Família | 80 |
| CMS | 148 |
| Policlínica | 85 |
| Caps | 29 |
| UPA | 42 |
| Hospital | 280 |

Assistência farmacêutica

Todas as unidades de saúde possuem farmácia com área exclusiva para armazenamento de medicamentos e dispensação, que ocorre mediante apresentação de prescrição. A farmácia é mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade. A dispensação de medicamentos é realizada por profissional farmacêutico. Todos os medicamentos dispensados nas unidades primárias de saúde estão relacionados na Relação Municipal de Medicamentos (Remume), entre eles, os utilizados

para o tratamento de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e sífilis. Todas as farmácias possuem refrigeradores para o acondicionamento de insulina e todos os pacientes em uso de insulina recebem insumos (glicosímetros, fitas, seringas, lancetador e lancetas para aplicação de insulina e monitoramento domiciliar) e medicamentos controlados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Portaria nº 344/98 e suas atualizações.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência acompanhou os casos de sífilis que foram diagnosticados e iniciaram tratamento com penicilina benzatina na Clínica da Família Bibi Vogel. Os casos foram acompanhados de acordo com as orientações contidas no Guia de Referência Rápida para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Atenção ao Pré-Natal, elaborado pela prefeitura municipal do Rio de Janeiro, conforme descrito na tabela 02. Estes guias têm a finalidade de orientar a assistência clínica nas unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2015, pelo Serviço de Farmácia.

Tabela 02 - Protocolo estabelecido para o tratamento de sífilis (baseado no estágio da doença), do Guia de Referência Rápida para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Atenção ao Pré-Natal

| PROTOCOLO PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS | |
|--------------------------------------|---|
| ESTÁGIO | TRATAMENTO |
| Sífilis primária | PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega). |
| Sífilis secundária | PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega). Repetir mesma dose após uma semana. |
| Sífilis terciária | PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, semanalmente por 3 semanas. |

Diante da grande quantidade de casos, sobretudo em gestantes; da baixa adesão ao tratamento; da dificuldade em tratar o parceiro; do número elevado de casos de sífi-

lis no município do Rio de Janeiro; da falta de registro em prontuário das aplicações de penicilina benzatina e da ausência de dados sobre a adesão ao tratamento dos casos de sífilis, foi elaborado um sistema para orientação farmacêutica, controle da dispensação e administração da penicilina benzatina pela unidade de saúde.

Para tanto, elaborou-se um formulário eletrônico para compartilhamento, a ser preenchido no momento da dispensação, com os seguintes dados: nome completo do (a) paciente, Equipe de Saúde da Família (ESF) a qual pertence, a dose (primeira, segunda ou terceira) e, no caso das mulheres, se a paciente é gestante ou não. Após o preenchimento, a plataforma envia os dados para uma planilha onde são informados, ainda, a data e o horário do atendimento.

Em posse do medicamento, o (a) paciente é conduzido (a) pelo farmacêutico até a sala de observação para administração e registro em prontuário eletrônico da dose prescrita. O procedimento é realizado por um técnico de enfermagem. Desta forma, é possível acompanhar o (a) paciente desde o momento do diagnóstico e prescrição, passando pela dispensação e orientação farmacêutica, até a administração e registro em prontuário eletrônico, o que garante o controle adequado do tratamento.

No ato da dispensação, o farmacêutico orienta sobre o tempo de tratamento e como será o acompanhamento durante esse período. São descritas, na prescrição, as datas de administração de cada dose de penicilina benzatina, sendo obrigatório o retorno à unidade de saúde para a administração. Em caso de não comparecimento, o farmacêutico faz contato por telefone e, não obtendo sucesso nesta investida, aciona o enfermeiro responsável pela ESF para que este tenha ciência de que a adesão ao tratamento não aconteceu. Assim, o agente comunitário de saúde (ACS) é acionado para realização de busca ativa ao (a) paciente.

O acompanhamento dos pacientes com sífilis, realizado durante o ano de 2015, teve por objetivo, de forma geral, levantar a incidência da doença, mensurar a adesão ao tratamento e elaborar um sistema que garantisse a rastreia-

bilidade de todo o tratamento, inclusive que todas as doses de penicilina benzatina, recomendadas em cada caso, fossem efetivamente administradas.

O objetivo específico foi a observação caso a caso e o tratamento de forma individualizada dos pacientes, intervindo quando necessário para que a terapêutica pudesse obter sucesso e contribuindo, de forma essencial, no processo de cuidado ao paciente.

A experiência contou com o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, em que médicos, enfermeiros, farmacêutico, técnico de enfermagem e ACS estavam diretamente envolvidos no processo. Todas as rotinas implantadas não acrescentaram custo ao sistema de saúde e reforçaram a necessidade de utilizar e registrar todas as ações em prontuário eletrônico.

A maior dificuldade encontrada foi fazer com que os pacientes retornassem à unidade para tomada de todas as doses prescritas, mesmo estes tendo recebido a orientação sobre a importância da realização do tratamento por completo. A mudança de endereço e o cadastro incompleto de pacientes também contribuíram de forma negativa.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Durante o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2015 foram coletados pelo Serviço de Farmácia dados de pacientes em tratamento de sífilis com penicilina benzatina, totalizando 67 pacientes. As seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) envolvidas neste trabalho serão identificadas como equipes de 1 a 6, sendo que as equipes 01, 03 e 04 abrangem áreas populacionais com um maior poder aquisitivo, com melhores condições de moradia e melhor nível de escolaridade, enquanto as equipes 02, 05 e 06 são responsáveis por uma população inserida em um território mais vulnerável, com condições precárias de moradias, baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade. A maior parte dos 67 casos ocorreu, como mostra a tabela 03, em áreas mais carentes.

Tabela 03 - Número de casos de sífilis por áreas de abrangência das ESF

| Número de casos de sífilis por Equipe de Saúde da Família. | |
|--|-----------------|
| Equipe de Saúde da Família | Número de casos |
| Equipe 01 | 3 |
| Equipe 02 | 16 |
| Equipe 03 | 6 |
| Equipe 04 | 10 |
| Equipe 05 | 19 |
| Equipe 06 | 13 |
| Total | 67 |

Destes, 50 casos tiveram desfecho satisfatório, cumprindo de forma integral a prescrição médica, o que representa 73,5% de casos iniciados e com desfecho de acordo com o que preconiza o protocolo clínico da prefeitura municipal do Rio de Janeiro. O índice de conclusão de casos por equipe é apresentado no gráfico 01.

A maioria dos tratamentos foi iniciada em mulheres: 47 casos (70,1%) na população feminina contra 20 (29,9%) na masculina. Das 47 mulheres, 23 eram gestantes. Dos 17 pacientes que não aderiram ao tratamento, 10 eram mulheres. Um dado alarmante é que 8 estavam gestantes, fator que pode contribuir para o aumento no número de casos de sífilis congênita.

Esse trabalho pode ser considerado inovador no âmbito da atenção farmacêutica e até mesmo no modelo de atenção básica, que propõe, por meio da ESF, um cuidado compartilhado e multiprofissional. Por esse motivo, não foi possível levantar dados anteriores a esta experiência para se ter um real impacto da intervenção do farmacêutico no manejo da sífilis, o que demonstra o quanto é importante o acompanhamento da utilização do medicamento e a adesão adequada ao tratamento, o registro e a consolidação dos dados para fins epidemiológicos.

NÚMERO DE CASOS E CASOS CONCLUÍDOS

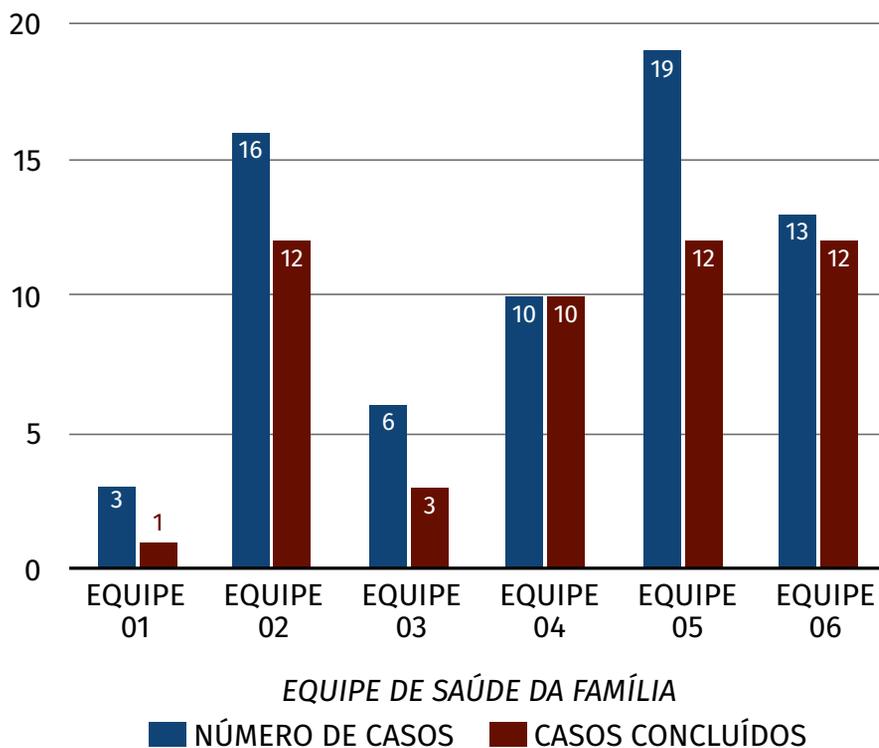


Gráfico 01 - Número de pacientes diagnosticados / casos concluídos de acordo com Protocolo Clínico.

Próximos passos, desafios e necessidades

Expandir esse modelo de acompanhamento da adesão adequada ao tratamento de pacientes com diagnóstico positivo de sífilis para toda a rede do município, fazendo com que tenhamos números em uma maior proporção. Consolidar os dados de todas as unidades e propor fóruns para debate e tomada de decisão diante do desafio que é o tratamento dos parceiros. Para isso é necessário o comprometimento de toda equipe multiprofissional no cuidado ao paciente em tratamento de sífilis.

CONCLUSÃO

Direcionada ao acompanhamento e ao tratamento de pacientes com diagnóstico de sífilis, a experiência realizada pelo Serviço de Farmácia da Clínica da Família Bibi Vogel mostrou a importância do farmacêutico como parte integrante na equipe multidisciplinar. Evidenciou também que, mesmo com o acompanhamento dos profissionais da saúde, boa parte dos pacientes não conclui o tratamento pres-

crito – neste caso, foram 17 (26,5%). Demonstrou, ainda, que as estratégias de busca ativa previamente estabelecidas para uma possível falha na adesão são ferramentas importantíssimas. As intervenções conseguiram produzir desfecho satisfatório em 12 dos 17 casos em que os pacientes que não tiveram adesão adequada ao tratamento inicial. Das 8 gestantes que faziam parte desse grupo, apenas uma não fez o retratamento, em função de mudança de endereço. Entre os 5 pacientes cujo tratamento foi considerado insatisfatório ou inadequado, 4 eram homens. A estatística representa um alerta para a necessidade de ampliação dos cuidados com a saúde do homem. Por último, a pesquisa foi satisfatória por elucidar dados sobre uma doença que é considerada problema de saúde pública, mas tem protocolo de tratamento definido, seguro e eficaz, além de ser curável.

O modelo adotado para o acompanhamento não tem custo extra, reforça a interação entre os membros da equipe multidisciplinar e pode ser implantado em outras unidades de saúde do município do Rio de

Janeiro. Sua utilização de forma ampla pode contribuir para a obtenção de estatísticas mais reais relacionadas à doença, sobretudo naqueles casos em que os pacientes têm acesso ao diagnóstico, mas não realizam o tratamento de forma adequada.

Contribuir com as estratégias de vigilância em saúde, especialmente no tratamento da sífilis, foi um dos propósitos desse trabalho, visto que a assistência farmacêutica na atenção primária tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida da população, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, apoiando as ações de saúde com promoção do acesso aos medicamentos e com o seu uso racional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Superintendência de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro. Guia de Referência de Atenção Primária. Atenção ao Pré-Natal, Rotina para Gestantes de Baixo Risco. Versão profissionais, 1ª edição, 2013.

INSTITUIÇÃO

Clínica da Família Bibi Vogel

AUTOR

Luiz Claudio Simões de Medeiros

CONTATO

luizclaudiosimoes@hotmail.com



Indicadores de resultado da implantação da gestão integral da farmacoterapia em um centro de referência do idoso de Araraquara

CARACTERIZAÇÃO

Araraquara está localizada no interior do estado de São Paulo, com população estimada de 224.304 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,815, que a coloca na 14ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros (IBGE, 2014). Está localizada a 278 km de São Paulo e em sua economia destaca-se a agroindústria da cana e laranja.

Perfil epidemiológico

O município possui aproximadamente 30 mil pessoas idosas, sendo 58% composto por mulheres.

Araraquara ocupa o 22º lugar no estado de São Paulo em quantidade de estabelecimentos de saúde. O índice de mortalidade infantil, até 1 ano (por mil nascidos vivos) é de 11,2 (2012). E a expectativa de vida é de 77,6 anos (2010).

No município, a mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) passou de 16,8 por mil nascidos vivos, em 2000, para 10,2 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 22,7.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,0 anos na última

década, passando de 73,6 anos, em 2000, para 77,6 anos, em 2010. Em 1991, era de 70,1 anos

Estruturação da rede de saúde

A rede de saúde pública de Araraquara conta com 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 10 UBS tradicionais, 22 UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma UBS estadual municipalizada; duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); uma Maternidade; uma Santa Casa de Misericórdia; dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps); um hospital psiquiátrico; um almoxarifado central de medicamentos; uma Farmácia Popular do Brasil e nove centros de especialidade em atendimentos de média complexidade.

Entre os centros de especialidades, o Centro de Referência do Idoso de Araraquara (CRIA) caracteriza-se pelo atendimento ambulatorial de média complexidade, especializado na assistência à saúde da pessoa idosa. A unidade objetiva a preservação da autonomia e independência, bem como seu envelhecimento ativo. O atendimento é transdisciplinar e integrado, sendo a equipe composta por um assistente social, dois médicos geriatras, dois psicólogos, dois fisioterapeutas, um educador físico, um fonoaudiólogo, dois técnicos de enfermagem, dois agentes administrativos, dois agentes operacionais e um motorista.

Os pacientes atendidos no CRIA são referenciados pela atenção básica, que realiza o tratamento das doenças crônicas relacionadas a sua esfera de atuação, como hipertensão, diabetes e dislipidemias, cujo tratamento continua concomitante ao atendimento realizado na atenção secundária.

Assistência farmacêutica

Na assistência farmacêutica municipal, 25 farmacêuticos atuam nas farmácias da atenção básica e especializada, Caps, UPA, almoxarifado central de medicamentos, ações judiciais, Farmácia Popular do Brasil, vigilância sanitária e gestão.

É desenvolvida no município uma parceria com a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), na qual farmacêuticos do município, alunos de pós-graduação e gra-

duação da faculdade de Ciências Farmacêuticas norteiam suas atividades em algumas dessas unidades de saúde, desenvolvendo trabalhos em atenção farmacêutica, o que possibilita a integração do farmacêutico na equipe multidisciplinar. Estes profissionais atuam principalmente no atendimento de pacientes idosos polimedicados.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno mundial, provocando mudanças no perfil da população. Para tanto, se faz necessária uma reestruturação econômica e dos serviços de saúde prestados (IBGE, 2014), tendo em vista as doenças inerentes ao envelhecimento como diabetes, hipertensão arterial, neoplasias, doenças neurodegenerativas e outras, prevalentes nessa população. Geralmente esses pacientes estão sujeitos a polimedicação, o que pode desencadear regimes complexos de medicação e não adesão à farmacoterapia.

Diante deste cenário, a parceria entre a assistência farmacêutica municipal e a faculdade de Ciências Farmacêuticas/Unesp, propôs a implantação da Gestão Integral da Farmacoterapia (GIF) que objetiva identificar, resolver e melhorar a farmacoterapia dos pacientes idosos assistidos no CRIA, além de desenvolver a formação acadêmica, profissional, pesquisa e prestação de serviço na prática dos cuidados em saúde.

METODOLOGIA

Em setembro de 2012 foi proposto à Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara a implantação da GIF em um centro de referência de saúde do idoso, para o desenvolvimento de atividades de extensão universitária assistencial, ensino e pesquisa.

O CRIA foi o local escolhido para implantação da GIF, uma vez que a equipe transdisciplinar atua de modo integrado para a promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente idoso.

Os pacientes atendidos pela GIF foram encaminhados pela equipe técnica da unidade, sendo os atendimentos individualizados, com duração de uma hora para o primeiro encontro e 30 minutos para os retornos. A frequência dos

retornos foi estabelecida, conforme as necessidades dos pacientes.

A GIF é constituída de avaliação inicial, plano de cuidados (monitoramento farmacoterapêutico) e sua avaliação, segundo critérios de necessidade, efetividade, segurança e adesão farmacoterapêutica, tal como proposto no manual da *Organización de Farmacéuticos Ibero-latinoamericanos* (OFIL, 2012).

O processo de cuidado caracteriza-se por um processo de retroalimentação, o qual exige acompanhamento contínuo e sistematizado, a saber (OFIL, 2012):

1. *Avaliação inicial*: teve por finalidade certificar se a farmacoterapia em uso era necessária, efetiva e segura, além de identificar e prevenir possíveis e potenciais Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM) e avaliar a adesão a farmacoterapia, segundo sua experiência farmacoterapêutica e motivações para o uso da medicação. Para tanto, se fez necessário conhecer o histórico farmacoterapêutico, os problemas de saúde, as preocupações, as expectativas e as experiências subjetivas com a farmacoterapia dos pacientes ou familiares/cuidadores.
2. *Plano de cuidados (monitoramento farmacoterapêutico)*: o objetivo desta etapa foi promover a adesão à farmacoterapia, resolver os PRM identificados na avaliação inicial e prevenir o aparecimento de novos problemas de saúde. Isso foi possível pela negociação de metas terapêuticas passíveis de resolução, respeitando as preocupações, os desejos, o quadro clínico e as possibilidades do paciente ou familiar/cuidador.
3. *Avaliação dos resultados*: foi avaliada a evolução das metas terapêuticas, identificados novos PRM e novas necessidades farmacoterapêuticas.

Durante a GIF foi realizado monitoramento de parâmetros clínicos, por meio de exames de autoteste (glicemia capilar, colesterol total e triglicérides) e fisiológico (pressão arterial), além de avaliação de exames laboratoriais solicitados pelo médico.

Foram realizadas intervenções farmacêuticas de ajuste dose, unitarização de doses, e foram enviados informes médicos para otimização da farmacoterapia. Também foram realizadas intervenções educativas referentes ao estilo de vida, alimentação, farmacoterapia e comorbidades.

Quando identificadas necessidades não atendidas, os pacientes foram encaminhados a outros profissionais da Saúde para avaliação. Sempre que necessário eram discutidos os casos com a equipe do CRIA.

Após solucionadas as necessidades identificadas e alcançadas as metas terapêuticas, o paciente recebia alta da GIF e era emitida uma declaração do serviço farmacêutico conforme modelo da RDC 44/09, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Descrição da experiência

Embora o paciente tenha acesso aos medicamentos por meio da atenção básica, isso não garante a efetividade do tratamento, uma vez que existem inúmeros fatores que induzem o paciente a decidir por não tomar o medicamento, como esquemas posológicos complexos, sua percepção e autoavaliação sobre seu estado de saúde. A GIF consegue atender de forma integral essas necessidades, uma vez que o paciente se responsabiliza pela sua farmacoterapia, respeitando suas limitações, medos e desejos, o que facilita a relação terapêutica entre o paciente e o profissional, colaborando para a resolução dos problemas identificados.

Com um seguimento personalizado e focado nas necessidades do paciente, a GIF visa desenvolver o autocuidado, censo crítico, independência e autonomia do paciente, usando estratégias como lembretes por escrito e verbalizados, unitarização de doses, adequações posológicas, intervenções educativas e farmacêuticas e orientações sobre os medicamentos e comorbidades.

Com a implantação da GIF, conseguiu-se promover benefícios para a saúde e reduzir potenciais riscos relacionados aos medicamentos dos pacientes idosos, tendo em vista a melhora na adesão à farmacoterapia e resultados clínicos, além de colaborar para o ensino, pesquisa e extensão.

A consolidação da GIF e a inserção do farmacêutico na equipe de saúde contribui para a prevenção de doenças e diminui a busca por serviços de urgência e emergência. Consequentemente, evita gastos com hospitalizações, realizações de exames de alta complexidade e custo elevado, além de outras despesas com medicamentos prescritos em duplicidade pelos profissionais da instituição pública e privada.

O serviço também demonstrou ser uma importante ferramenta de comunicação entre o CRIA e atenção básica, uma vez que faz a interlocução das necessidades do paciente nas duas esferas (atenção básica e especializada), por meio do envio de informes ao prescritor para informação quanto à farmacoterapia em uso, queixas principais e parâmetros avaliados, que muitas vezes são desconhecidos pelo médico ao qual o paciente foi referenciado. Esses informes colaboram para a assertividade médica, assim como, para os cuidados ao paciente.

Além disso, a GIF minimiza o uso irracional do medicamento, promovendo educação sanitária por meio de intervenção educativa, diminuindo os danos causados à saúde, evitando

o desperdício e consequentemente o descarte inadequado dos medicamentos e a contaminação do meio ambiente.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

De novembro de 2012 a dezembro 2013 foram capacitados nove farmacêuticos do município, um aluno de pós-graduação e 20 alunos de graduação para a realização da GIF.

Dos nove farmacêuticos capacitados, três iniciaram a GIF em uma unidade de saúde da atenção básica, sendo que um desenvolveu atividades de tutoria e extensão universitária assistencial e dois desenvolveram em parceria com médico da atenção básica, um protocolo para a retirada gradativa ou diminuição do uso crônico de benzodiazepínicos de pacientes idosos.

Foram atendidos 52 pacientes, dos quais 43 apresentavam pelo menos um PRM. No total, foram identificados 90 PRM (tabela 1), sendo solucionado um a cada dois problemas identificados. Em média foram realizados quatro encontros por paciente.

Tabela 1 - Frequência e descrição dos Problemas Relacionados ao uso de Medicamentos (PRM) antes e depois das intervenções da Gestão Integral da Farmacoterapia (GIF), e o índice de eficiência (resolução) em 43 pacientes atendidos em Araraquara-SP (novembro/2012 a dezembro/2013)

| PRM | GIF | | |
|------------------------------------|---------------|-------------|------------|
| CLASSIFICAÇÃO | TEMPO INICIAL | TEMPO FINAL | RESOLUÇÃO |
| NECESSIDADE | | | |
| Farmacoterapia necessária | 3 | 1 | 0,4 |
| Farmacoterapia desnecessária | 14 | 7 | 0,5 |
| Subtotal | 17 | 8 | 0,4 |
| EFETIVIDADE | | | |
| Inefetividade qualitativa | 13 | 5 | 0,4 |
| Inefetividade por por baixas doses | 17 | 8 | 0,4 |
| Subtotal | 30 | 13 | 0,4 |
| SEGURANÇA | | | |
| Eventos adversos | 14 | 8 | 0,6 |
| Toxicidade | 6 | 2 | 0,4 |
| Subtotal | 20 | 10 | 0,5 |
| ADESÃO | 23 | 12 | 0,5 |

Fonte: MASTROIANNI, P. C.; OLIVEIRA, F. M.; ALMEIDA, L. A.; POLLI, L. M.. Logros de las unidades experimentales de optimización de la farmacoterapia en Araraquara/São Paulo- Brasil. In: VI Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, 2014, Málaga. La Revista Farmacéuticos comunitarios. Madrid: Sociedade Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), 2014. p. 29-29.

OLIVEIRA, F.M.; MASTROIANNI, P. C. Implantación de um servicio de gestión integral de la farmacoterapia em um centro de referencia del adulto mayor. XVI Congreso Internacional de la Organización de Farmacéuticos Ibero-latinoamericanos, Assunción/Paraguay, 2014.

O PRM de maior frequência foi de inefetividade por baixas doses, principalmente nos medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos. Esses problemas foram resolvidos, sobretudo, por adaptações e ajustes posológicos (15), envio de informe médico (9) e unitarização de doses (6). As adaptações posológicas realizadas foram de substituição de forma farmacêutica e o principal ajuste posológico foi no horário de tomada da medicação.

Vinte e três pacientes não aderiam a farmacoterapia devido a dificuldade de compreensão, problemas cognitivos, complexidade dos esquemas posológicos e pouca ou nenhuma informação a respeito de seus medicamentos e comorbidades. Ainda, a ausência de cuidador e a experiência negativa com seus medicamentos também colaboraram para a não adesão. Após a intervenção, foi possível promover a adesão em 11 desses pacientes.

Ao final do trabalho, 19 pacientes receberam alta da GIF por apresentarem, no mínimo, um parâmetro clínico controlado.

Diante disto, observou-se eficácia do serviço em pouco tempo de implantação, o que nos sugere impacto positivo na assistência farmacêutica municipal, apresentando um índice de eficiência de 0,5.



Próximos passos, desafios e necessidades

A proposta de implantação da GIF no CRIA atuou como “incubadora” para a formação de recursos humanos e a consolidação do serviço na rede de atenção à saúde de Araraquara. Porém, ainda são necessários esforços para a expansão e implantação da GIF em novas unidades assistenciais, demonstrando o grande desafio que o município ainda dispõe.

Um dos próximos passos para a consolidação da GIF é a capacitação de maior número de farmacêuticos para o seguimento farmacoterapêutico e para extensão universitária. A prática clínica requer preparo e dedicação, além de um árduo processo de divulgação, devido à falta de conhecimento e entendimento por outros profissionais da saúde e até pelo próprio farmacêutico.

Ainda é necessário incluir estudos econômicos para avaliação do impacto proporcionado pela GIF na unidade de implantação, visando à sustentabilidade econômica da prática de cuidados em saúde.

CONCLUSÃO

A GIF resolveu metade dos PRM identificados, principalmente aqueles relacionados a eventos adversos (0,6) como acatisia medicamentosa induzida por síndrome serotoninérgica em paciente usando fluoxetina (Mastroianni et al, 2015). Também promoveu a otimização da farmacoterapia, benefícios à saúde dos pacientes, formação profissional e educação continuada.

A mudança na percepção da assistência farmacêutica em relação ao processo de cuidado do paciente proporcionou a integração do farmacêutico à equipe de saúde e sua participação ativa e corresponsabilização pela farmacoterapia do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE Cidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=350320>>. Acesso em 09 jan. 2016.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada nº 44, 17 de agosto de 2009. Brasília, DF: [s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=1696:resolucao-rdc-no-44-de-17-de-agosto-de-2009-&catid=113:legislacao> Acesso em: 19 jan. 2016.

MASTROIANNI, P.C.; OLIVEIRA, F. M.; VARALLO, F.R. Resolution of Tremor Fluoxetine-induced in an Elderly Patient. *International Journal of Medical and Pharmaceutical Case Reports*, v.

3, p. 1-5, 2015. <http://www.sciencedomain.org/abstract.php?iid=787&id=38&aid=7354>

MASTROIANNI, P. C.; OLIVEIRA, F. M.; ALMEIDA, L. A.; POLLI, L. M.. Logros de las unidades experimentales de optimización de la farmacoterapia en Araraquara/São Paulo- Brasil. In: VI Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, 2014, Málaga. La Revista Farmacéuticos comunitarios. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), 2014. p. 29-29.

OLIVEIRA, F.M.; MASTROIANNI, P. C. Implantación de un servicio de gestión integral de la farmacoterapia en un centro de referencia del adulto mayor. XVI Congreso Internacional de la Organización de Farmacéuticos Ibero latinoamericanos, Asunción/Paraguay, 2014.

ORGANIZACIÓN DE FARMACÉUTICOS IBEROLATINOAMERICANOS (OFIL). Guía para la implantación

de servicios de gestión integral de la farmacoterapia. Disponível em: <<http://www.ofil-internacional.org>>. Acesso em: 19 janeiro 2016.

INSTITUIÇÃO

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp)
Centro de Referência do Idoso de Araraquara (CRIA)

AUTORES

Fernanda Mariana Oliveira
Silvana Lee
Oriomar Sampaio Carmagnani
Patrícia Carvalho Mastroianni

CONTATOS

femoliveira12@gmail.com



Importância da assistência farmacêutica na promoção do uso racional de medicamentos por meio da intervenção no processo de judicialização do SUS

CARACTERIZAÇÃO

Franca é um município localizado na região nordeste do estado de São Paulo, distante 401 km da capital estadual e a 676 km de Brasília. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma área de 605,679 km², e sua população estimada em 2015 é de 342.112 habitantes.

Em relação à saúde pública local, o município de Franca presta atendimento nas áreas

de atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, por meio de serviços próprios, conveniados e contratados. É referência para outros 22 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VIII. O estado de São Paulo é dividido em 17 departamentos que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria Estadual de Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e instituições da sociedade civil.

Assistência farmacêutica

No tocante ao Componente Especializado, a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica (Ceaf) ocorre por meio das farmácias situadas nos departamentos regionais de Saúde. Cada farmácia atende aos municípios de sua região garantindo acesso a medicamentos de elevado valor unitário ou que, pela cronicidade do tratamento, tornam-se excessivamente caros para a maioria da população.

A farmácia de Franca abrange 22 municípios e atende em média 22 mil pacientes por mês. É realizado um trabalho articulado entre as esferas federal, estadual e municipal para promover a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, garantindo tratamento em todas as fases evolutivas das doenças contempladas. Assim, o Ministério da Saúde elabora os protocolos clínicos a serem seguidos para dispensação de medicamentos e que são uma forma de possibilitar a prescrição segura e o uso racional de medicamentos. A Secretaria de Saúde do Estado fornece orientações, suporte técnico, realiza aquisição, distribuição e financiamento de medicamentos. Os municípios são responsáveis pela estrutura dos serviços de saúde, fornecendo condições para que sejam cumpridos os critérios estabelecidos, além da atenção básica, visto que muitas doenças contempladas no componente especializado requerem inicialmente uma abordagem no nível básico da assistência. As três esferas são responsáveis pela aquisição de medicamentos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A constatação de que a garantia de acesso aos medicamentos é componente fundamental para a integralidade da assistência à saúde acompanha o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. A Lei nº 8.080, em seu artigo 6º, prevê no campo de atuação do SUS, entre outras, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e a formulação da política de medicamentos.

Assim, o direito universal à saúde e os princípios da integralidade e universalidade, que são deveres do Estado, têm sido utilizados como argumento para justificar as ações judiciais para o fornecimento de medicamentos

padronizados ou não no SUS¹. As listas de medicamentos essenciais e os critérios de fornecimento preconizados pelos componentes da assistência farmacêutica vem sendo desconsiderados.

A garantia do acesso a medicamentos está, portanto, colocada no centro da pauta e das preocupações dos gestores², frente aos desafios para a efetiva consolidação dos princípios do SUS. Entre eles está o processo de judicialização da saúde, que motiva discussões nos poderes Executivo e Judiciário. Por um lado defende-se que este fenômeno acontece devido à busca por acesso adequado às necessidades individuais de cada paciente em meio ao desenvolvimento organizativo e operacional ainda insuficiente no SUS^{3,4}, e, por outro lado, compromete a qualidade do fornecimento e uso racional dos medicamentos e a utilização dos recursos disponíveis de forma eficiente.

Também é preciso ressaltar as tendências inevitáveis que pressionam o Sistema e colaboram para o crescimento da judicialização, como: maior acesso à informação do cidadão e, portanto, mais exigências por tecnologias em saúde; maior exercício do direito individual assegurado pela Constituição; envelhecimento da população com a prevalência de doenças crônicas; transição epidemiológica, com presença de doenças emergentes juntamente com as antigas.

Segundo Vieira & Zucchi⁵, a solicitação pela via judicial de medicamentos incorporados aos programas do SUS sugere falhas na garantia de acesso ou o desconhecimento de prescritores e requerentes sobre a disponibilidade desses medicamentos, reforçando a hipótese de deficiências na gestão das políticas farmacêuticas. Desta forma, cabe aos gestores do SUS a reorganização da assistência farmacêutica para garantir a disponibilidade e o fornecimento dos medicamentos previstos nas políticas, evitando que demandas justificadas se transformem em ações judiciais⁶. Porém, não basta garantir os recursos financeiros necessários para a aquisição e disponibilidade destes medicamentos se não houver investimentos para a organização e qualificação dos serviços⁷.

Diante do exposto, fica evidente que a assistência farmacêutica tem um papel fundamental no planejamento de ações para

garantir a qualidade do fornecimento e uso racional dos medicamentos e a utilização dos recursos disponíveis de forma eficiente, buscando melhorias sobre os resultados em saúde, além de diminuir o processo de judicialização no SUS.

Esta experiência relata a transferência de pacientes que recebem medicamentos via ação judicial na farmácia do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) para serem atendidos nas Farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Fceaf) de Franca, mediante trabalho em conjunto da equipe de assistência farmacêutica das farmácias envolvidas. Também demonstra os benefícios do atendimento de pacientes por meio da Fceaf em detrimento da via judicial.

Esta atividade visa promover uso racional de medicamentos por meio do fornecimento dos mesmos, com orientação, segurança e eficácia terapêutica, além de reduzir os gastos com judicialização, pois na Fceaf os medicamentos são adquiridos por um preço reduzido devido aos quantitativos e às modalidades de compra aplicadas. E a dispensação é realizada mediante comprovação de critérios de diagnóstico, inclusão e monitorização do tratamento estabelecidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Dessa forma, a transferência é possível quando os medicamentos solicitados estão padronizados no Componente Especializado, são preenchidos estes critérios e o paciente concorda em ser atendido na Fceaf.

METODOLOGIA

Os pacientes atendidos pela via judicial na farmácia do NAF, cujos medicamentos estavam disponíveis no Componente Especializado, foram previamente orientados sobre as vantagens desta transferência e quanto aos documentos necessários para o cadastro e dispensação na Fceaf. Foram informados de que a ação judicial permaneceria ativa por até 4 meses, para que sentissem segurança em mudar o local de retirada do medicamento. Recebiam então o medicamento via ação judicial e, caso trouxessem os documentos solicitados em conformidade com os PCDT, eram cadastrados na Fceaf e, no mês seguinte, passavam a retirar

seus medicamentos por meio do Componente Especializado.

Em janeiro de 2016, após a consolidação destas transferências, foi realizado levantamento, referente aos medicamentos imunobiológicos Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe e Tocilizumabe. De acordo com os estudos, estes medicamentos são de custo elevado e estão entre os mais solicitados via ação judicial, mesmo sendo disponibilizados pelo SUS por meio do Ceaf.

Desta forma, listou-se a quantidade total de pacientes transferidos da farmácia do NAF para a Fceaf e a quantidade total de frascos de medicamento retirada mensalmente por estes pacientes, sendo realizada a comparação do custo do tratamento mensal via ação judicial e via dispensação na Fceaf.

O preço unitário dos medicamentos adquiridos para atender a demanda judicial foi obtido consultando-se a ata de registro de preços em vigência para cada medicamento no site da Secretaria de Estado da Saúde e as notas fiscais das últimas compras efetuadas pela farmácia do NAF pela modalidade pregão eletrônico. Enquanto o preço dos medicamentos para atender a demanda da Fceaf foi consultado na nota fiscal do mês de janeiro de 2016 emitida em referência à aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde.

Posteriormente, foram realizados cálculos do gasto mensal do tratamento de cada medicamento nas duas farmácias, demonstrando assim a diferença total de custos mensal e anual.

Desse modo, foi possível fazer a comparação dos valores dos medicamentos por paciente para um mês de tratamento em cada farmácia, possibilitando calcular também a economia gerada com o atendimento dos pacientes pela Fceaf.

Descrição dos resultados e impactos gerados com esta experiência

A partir da transferência dos pacientes e do levantamento de dados, tendo como referência o mês de janeiro de 2016, foi elaborada a seguinte tabela:

Tabela 1 - Comparação do custo dos medicamentos adquiridos via ação judicial e via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Fceaf)

| Medicamentos | nº de pacientes transferidos | quantidade frascos/mês | Ação judicial | | Fceaf | |
|-------------------|------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| | | | preço unitário | custo mensal | preço unitário | custo mensal |
| Abatacepte 250mg | 1 | 3 | R\$ 1.112,41 | R\$ 3.337,23 | R\$ 458,38 | R\$ 1.375,14 |
| Adalimumabe 40mg | 25 | 47 | R\$ 1.700,00 | R\$ 79.900,00 | R\$ 776,09 | R\$ 36.476,23 |
| Etanercepte 25mg | 2 | 8 | R\$ 1.224,91 | R\$ 9.799,28 | R\$ 194,42 | R\$ 1.555,36 |
| Etanercepte 50mg | 13 | 52 | R\$ 2.425,32 | R\$ 126.116,64 | R\$ 381,00 | R\$ 19.812,00 |
| Golimumabe 50mg | 4 | 4 | R\$ 2.597,54 | R\$ 10.390,16 | R\$ 1.331,90 | R\$ 5.327,60 |
| Infliximabe 100mg | 6 | 19 | R\$ 920,97 | R\$ 17.498,43 | R\$ 920,36 | R\$ 17.486,84 |
| Rituximabe 500mg | 3 | 6 | R\$ 4.182,00 | R\$ 25.092,00 | R\$ 1.921,76 | R\$ 11.530,56 |
| Tocilizumabe 80mg | 11 | 77 | R\$ 445,44 | R\$ 34.298,88 | R\$ 209,18 | R\$ 16.106,86 |
| Total | 65 | 216 | R\$ 14.608,59 | R\$ 306.4322 | R\$ 6.193,09 | R\$ 109.607,59 |

Entre os pacientes transferidos, 65 estavam em tratamento com os medicamentos Abatacepte, Adalimumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe e Tocilizumabe. Eles passaram a retirar na Fceaf por meio do Programa de Medicamentos Especializados. Assim, observou-se que o custo total do tratamento mensal (mês de referência: janeiro/2016) para estes 65 pacientes via Fceaf foi de R\$ 109.670,59. Se continuassem retirando os medicamentos por via judicial o custo seria de R\$ 306.432,62. Ou seja, foi promovida uma economia de 179,4% para o governo. Em um ano, a diferença de gasto seria de R\$ 2.361.144,36.

Além da economia de gastos com aquisição de medicamentos, é importante considerar que é mais seguro, conveniente e vantajoso para o paciente e para o sistema de saúde que os medicamentos sejam entregues na Fceaf. Por meio do Programa de Medicamentos Especializados o paciente recebe medicamentos registrados e selecionados, pertencentes ao elenco de medicamentos essenciais, com indicação baseada em evidências clínicas. Os medicamentos são entregues após avaliação de critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão, esquemas terapêuticos, monitorização/acompanhamento estabelecidos nos PCDT do Ministério da Saúde. Esses protocolos são formulados a partir das melhores evidências científicas disponíveis e isentos de conflitos de interesse.

Também é importante considerar que, na Fceaf, além do acolhimento, da estrutura física planejada e apropriada para a dispensação de medicamentos e dos recursos humanos capacitados para as atividades farmacêuticas, existe a avaliação da prescrição. O atendimento é realizado com assistência farmacêutica em período integral, ou seja, há a interação direta entre farmacêutico/usuário onde se busca uma farmacoterapia racional que conduza aos resultados clínicos desejados. Dessa forma, a dispensação é realizada na dose, forma farmacêutica e quantidade apropriada, com informações sobre o uso adequado. Desse modo, são garantidas a segurança, a eficácia e a adesão ao tratamento. Além disso, o paciente recebe os medicamentos mediante apresentação periódica de documentos preenchidos pelo prescritor, assegurando o acompanhamento médico do tratamento, evitando a automedicação e uso indiscriminado, bem como permitindo seguimento dos possíveis efeitos adversos.

Outra vantagem é que na Fceaf a troca/substituição da medicação pode ser realizada com maior facilidade, já que os PCDT estabelecem linhas de cuidado com alternativas terapêuticas. Quando o medicamento de primeira escolha, adquirido por via judicial, não oferece boa resposta é necessário impetrar uma nova ação contra o Estado.

Vale ressaltar que na Fceaf os pacientes têm a possibilidade de relatar reações adversas dos medicamentos recebidos que, por sua vez, são notificadas ao Núcleo de Farmacovigilância do Estado de São Paulo, configurando-se uma estratégia de monitoramento assistencial. Assim, consolida-se o serviço farmacêutico como um serviço de saúde comprometido com os resultados da farmacoterapia e com a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Dessa forma, estratégias de gestão como a transferência dos pacientes da via judicial para o Componente Especializado, são fundamentais para garantir a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Colaboram também para a adequada operacionalização do sistema, além de assegurar a aplicação dos recursos públicos em saúde de maneira eficaz, eficiente e justa; o cumprimento das premissas das políticas da assistência farmacêutica e a promoção do uso racional de medicamentos.

Próximos passos, desafios e necessidades

A judicialização indica, em certas circunstâncias, falhas a serem sanadas no sistema de saúde. Ela contraria a consolidação da Política Nacional de Medicamentos e leva a uma desarticulação do ciclo da assistência farmacêutica. Os processos de seleção e aquisição são desconsiderados, pois os medicamentos adquiridos não são padronizados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), não tendo, portanto, comprovação de eficácia e/ou registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). É importante mencionar também a eventual aquisição de medicamentos novos, a custos elevados, com indicações para as quais não há aprovação no país. Muitas vezes existe alternativa terapêutica para substituí-los nos programas do SUS^{8,9}. Além disso, devido à urgência de atendimento das ações do Poder Judiciário, os procedimentos de compra utilizados implicam em maior gasto na aquisição de medicamentos do que aquelas planejadas e licitadas, o que leva ao aumento da irracionalidade na utilização do recurso público⁷.

Embora as ações judiciais sejam uma forma legítima de assegurar direitos, o fornecimento de medicamentos por esta via prioriza as necessidades individuais em detrimento das coletivas, violando-se a garantia do acesso uni-

versal e igualitário à saúde, previsto na Constituição Federal. Além disso, as ações judiciais reduzem o direito à saúde a ações curativas e paliativas, desconsiderando o caráter fundamental da promoção, proteção e recuperação da saúde, inerente à assistência farmacêutica. A judicialização se resume em promover o acesso do paciente ao medicamento, mas não garante assistência integral à saúde.

Outras estratégias que poderiam contribuir para assegurar o acesso aos medicamentos essenciais, reduzindo o número de processos judiciais, seria a criação de colegiados compostos por profissionais da saúde, que avaliassem a necessidade dos medicamentos solicitados. Aliada a essa iniciativa, seria positiva a melhor divulgação dos programas públicos de distribuição de medicamentos.

CONCLUSÃO

Considerando-se os princípios doutrinários do SUS de universalidade, integralidade e equidade; a necessidade de se assegurar continuamente a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade da assistência prestada; e a escassez de recursos financeiros destinados ao setor saúde, fica evidente a importância da utilização de estratégias que proporcionem impactos sobre a assistência e economia dos gastos em saúde.

Assim, o atendimento de pacientes pela Fceaf, em detrimento da via judicial, é mais vantajoso tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- CHIEFFI, A.L; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.8, p.1839-1849, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, vol. 7. 186 p.
- BORGES, D.C.L; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de

Janeiro, Brasil, em 2005. Cad. Saúde Pública, v.26, n.1, p. 59-69, 2010.

BRASIL. Secretaria de assuntos estratégicos. Instituto de pesquisa econômica aplicada. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília: IPEA, 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Revista Saúde Pública. 2007. 41(2): pp. 214-222.

MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. Revista Saúde Pública. 2011; 45(4): pp. 706-713.

BLATT, C. R.; FARIAS, M. R. Diagnóstico do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina. Latin American Journal of Pharmacy. 2007; vol. 26, n. 5. p. 776-783.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2405-2414, 2010.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.77-100, 2010.

INSTITUIÇÃO

Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de Franca (SP) – Departamento Regional de Saúde VIII

AUTORAS

Rejane Silva de Pádua Souza
Márcia Freitas de Andrade Derruci
Juliana de Almeida Machado
Géssia Flauzino Kremer

CONTATOS

farmex-franca@bol.com.br
marciafandrade@yahoo.com.br
ju_farmachado@yahoo.com.br
gessiaflau@hotmail.com



Implantação de formulário para utilização e dispensação de medicamentos impactantes no orçamento hospitalar

CARACTERIZAÇÃO

A cidade de Ribeirão Preto localiza-se no nordeste do estado de São Paulo, com área territorial de aproximadamente 650 km² e população estimada em 666.323 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2015. Destes, 89,9% são alfabetizados, 48% do sexo masculino e 52% feminino. Em 2013,

o município possuía um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 2,8 milhões.

Perfil epidemiológico

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2014/2017), o perfil de morbidade do município tem se modificado. O envelhecimento populacional tem contribuído para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. A

violência urbana e outros fatores contribuem para o aumento de internações por causas externas.

No município de Ribeirão Preto, a dengue representa ainda um desafio, sendo caracterizada como endemia, com aumento de casos em algumas épocas do ano.

Dentre as principais causas de internação hospitalar no ano de 2012, destacam-se: doenças do aparelho circulatório (13,9%); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12,8%); doenças do aparelho digestivo (10,5%); neoplasias (10,1%); doenças do aparelho respiratório (8,8%).

Estruturação da rede de saúde

A rede de atenção à saúde do município está organizada em cinco distritos de saúde,

uma unidade funcionando 24 horas para pronto atendimento e unidades básicas, em cada distrito. Há 15 unidades hospitalares públicas e privadas, sendo que 71% dos leitos são disponibilizados ao SUS.

Entretanto, devemos ressaltar que o município se caracteriza como polo regional de saúde, sendo referência para demais municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, para outros DRS e também outros estados em determinados procedimentos, principalmente aqueles de alta complexidade.

Dentro dessa rede está inserido o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP), da Universidade de São Paulo (USP), que se caracteriza pela alta complexidade e atende toda a população da Rede Regional de Saúde (RRAS) XII. Esta compreende os DRS III Araraquara, V Barretos, VIII Franca e XIII Ribeirão Preto. Essa região é composta por 90 municípios.



Figura 1 - Região de abrangência do HCRP onde estão inseridas as regionais de Ribeirão Preto, Araraquara, Franca e Barretos

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica da unidade de emergência do HCRP possui cinco profissionais, que atuam distribuídos da seguinte maneira: um farmacêutico responsável téc-

nico, um farmacêutico especializado na área de gestão de estoques e dispensação de medicamentos e três farmacêuticos atuantes na Farmácia Clínica, lotados nos setores mais críticos (centros de terapia intensiva e urgências).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O trabalho foi desenvolvido na unidade de emergência do HCRP no último trimestre de 2014. A disponibilidade de alguns medicamentos padronizados no hospital sofreu um desabastecimento devido a restrições orçamentárias. Dentre esses, os medicamentos cisatracúrio ampola, dexmedetomidina frasco-ampola, propofol 1% seringa pronta para uso, remifentanil frasco-ampola e sevoflurano inalatório tiveram seus estoques drasticamente reduzidos ou deixaram de ser adquiridos pela instituição. Para o ano de 2015, a equipe administrativa definiu então que os referidos medicamentos seriam novamente adquiridos pela instituição, porém em quantidade reduzida (50%) em relação do consumo de todo o ano de 2014.

Essa redução impôs a necessidade de realizar o controle da utilização, para que os pacientes que realmente tinham indicações precisas para uso dos medicamentos não deixassem de ser atendidos.

A partir disso, estruturou-se um grupo de trabalho composto por profissionais das áreas assistenciais que utilizavam esses medicamentos com maior frequência. Esse grupo era composto de representantes, tais como o diretor de atenção à saúde, supervisor médico do Centro de Terapia Intensiva, coordenador médico do Centro Cirúrgico, um docente da pediatria, um farmacêutico responsável técnico e um médico da coordenação.

Esse grupo de trabalho definiu que havia a necessidade de criação de protocolos de indicações de uso particularizados para as diferentes áreas assistenciais.

Como resultado do trabalho desse grupo, definiu-se as principais indicações para cada respectivo medicamento nos setores de maior demanda: Centro de Terapia Intensiva-Adulto, Centro de Terapia Intensiva-Pediátrico e Centro Cirúrgico. Foi elaborado então o formulário denominado "Solicitação Especial-Liberação de Medicamentos" para a dispensação na farmácia (imagem 1).

É importante salientar que os medicamentos estavam disponíveis para atendimento de paciente internado em qualquer enfermaria do hospital, desde que o formulário também fosse preenchido, justificando a sua utilização, ou

seja, o uso não ficou restrito apenas às principais enfermarias/setores onde ocorria o maior consumo, mas a todos os pacientes que precisassem desses medicamentos devido à situação clínica avaliada.

Imagem 1 - Frente do formulário utilizado

| FMRP-USP HOSPITAL FROST | | SOLICITAÇÃO ESPECIAL LIBERAÇÃO DE MEDICAMENTOS | | | |
|---|-----------------|--|------------------------------|---|---|
| ETIQUETA | | LOCAL | | DATA | |
| | | <input type="checkbox"/> CTI 3º <input type="checkbox"/> CTI 4º <input type="checkbox"/> CTI PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGIA <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ | | ____/____/____ | |
| JUSTIFICATIVA – CTI | | PESO: _____ Kg | INÍCIO: ____/____/____ | DIA DE USO: <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 | |
| MEDICAMENTO | DOSE | VEL. INFUSÃO | QUANT. DIÁRIA | PREVISÃO DE USO | DOSE COMPLEMENTAR? |
| <input type="checkbox"/> DEXMEDETOMIDINA | _____ mg/Kg/h | _____ ml/h | _____ Amp. | _____ h (Max. 72h) | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> Segurança tentativa de desmame ventilatório em paciente agitado <input type="checkbox"/> Desmame ventilatório em paciente com Delirium | | | | | |
| MEDICAMENTO | DOSE | VEL. INFUSÃO | QUANT. DIÁRIA | PREVISÃO DE USO | DOSE COMPLEMENTAR? |
| <input type="checkbox"/> CISATRACÚRIO | _____ mg/Kg/min | _____ ml/h | _____ Amp. | _____ h (Max. 96h) | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> SARA <input type="checkbox"/> Tétano <input type="checkbox"/> Status epiléptico <input type="checkbox"/> Crise de asma severa em ventilação controlada | | | | | |
| JUSTIFICATIVA – ANESTESIOLOGIA | | PESO: _____ Kg | | | |
| MEDICAMENTO | DOSE | VEL. INFUSÃO | QUANT. DIÁRIA | PROCEDIMENTO | |
| <input type="checkbox"/> DEXMEDETOMIDINA | _____ mg/Kg/h | _____ ml/h | _____ Amp. | | |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de grande porte (ex: coluna, queimado) p/ reduzir consumo de opioides no intra e no pós-operatório | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Procedimento de fibroscopia em paciente pouco colaborativo | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Procedimento radio-intervencionista com mínimo risco de depressão respiratória | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico em paciente com MEO apresentando elevado risco de depressão respiratória | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sedação na sala recuperação pós-anestésica com indicação de entubação precoce | | | | | |
| MEDICAMENTO | DOSE | VEL. INFUSÃO | QUANT. DIÁRIA | PROCEDIMENTO | |
| <input type="checkbox"/> REMIFENTANIL | _____ mg/Kg/min | _____ ml/h | _____ Amp. | | |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de curta duração com possibilidade de alta precoce | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Via aérea crítica, que necessita estar bem desmontada, ventilação adequada e nível plasmático de opióide baixo ao final do procedimento | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Paciente com insuf. renal crônica com previsão de entubação ao final do procedimento | | | | | |
| MEDICAMENTO | DOSE | QUANT. DIÁRIA | PROCEDIMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> PROPOFOL 1% PSF | _____ Ser | _____ Ser | | | |
| <input type="checkbox"/> Neurocirurgia em hipertensão intracraniana grave que necessita de concentração alveolar mínima de halogenado elevada. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> História prévia ou familiar de hipotensão maligna ou com dispreja neurovascular | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Intoxicação aguda por drogas ilícitas com elevados níveis de catecolaminas circulantes | | | | | |
| MEDICAMENTO | DOSE | QUANT. DIÁRIA | PROCEDIMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> CISATRACÚRIO | _____ mg/Kg | _____ Amp. | | | |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência renal ou hepática associadas a patologias associadas a liberação de histamina | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Atopia ou asma brônquica com contra-indicação ao uso de Rocurônio | | | | | |
| <input type="checkbox"/> História de reação alérgica ao Atracúrio com contra-indicação ao uso de Rocurônio | | | | | |
| MEDICAMENTO | DOSE | QUANT. DIÁRIA | PROCEDIMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> SEVOFLURANO | _____ ml | _____ ml | | | |
| <input type="checkbox"/> Indução anestésica inalatória em paciente pediátrico sem acesso venoso periférico | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Manutenção de anestesia inalatória em paciente pediátrico de 0 a 10 anos | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Procedimentos cirúrgicos em pacientes cardiopatas | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Procedimentos cirúrgicos de curta duração (até 45 min) com previsão de alta hospitalar para o mesmo dia | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Indução anestésica inalatória em adultos pouco colaborativos ou com dificuldade de obtenção de acesso venoso periférico | | | | | |
| Médico Residente: _____ | | | Docente/Assistente: _____ | | |
| CRM: _____ Assinatura: _____ | | | CRM: _____ Assinatura: _____ | | |

* Preenchimento correto e assinatura do Docente/Assistente são obrigatórios para a liberação do medicamento por parte da Farmácia

Verso do formulário utilizado

Atenção:

Os medicamentos Dexmedetomidina, Cisatracúrio, Remifentanil, Propofol 1% PSF e o Sevoflurano sofreram uma redução quantitativa que promoveu a necessidade de um controle rigoroso de suas utilizações, tornando-se necessário justificá-las.

Como o uso inadequado pode promover a falta destes medicamentos, os mesmos serão auditados semanalmente pela farmácia, de acordo com anotações em prontuário e prescrições, e, reportados para a Supervisão Médica e Coordenação da Unidade de Emergência.

Uso exclusivo de farmácia:

| Medicamentos | Autorizado | Custo Unitário | CONTROLE DA FARMÁCIA - CTI | | | | Total de Amp. Solicitadas | Custo do tratamento |
|-----------------|---|----------------|----------------------------|------------|------------|------------|---------------------------|---------------------|
| | | | D1 | D2 | D3 | D4 | | |
| DEXMEDETOMIDINA | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | _____ Amp. | _____ Amp. | _____ Amp. | _____ Amp. | | |
| CISATRACÚRIO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | _____ Amp. | _____ Amp. | _____ Amp. | _____ Amp. | | |

| Medicamentos | Autorizado | Custo Unitário | CONTROLE DA FARMÁCIA - ANESTESIOLOGIA | | Total de Amp. Solicitadas | Custo do tratamento |
|-----------------|---|----------------|---------------------------------------|--|---------------------------|---------------------|
| | | | Ampolas liberadas por procedimento | | | |
| DEXMEDETOMIDINA | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | _____ Amp. | | | |
| REMIFENTANIL | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | _____ Amp. | | | |
| PROPOFOL 1% PSF | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | _____ Ser. | | | |
| CISATRACÚRIO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | _____ Amp. | | | |
| SEVOFLURANO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | _____ Fr. | | | |

Anotações / Observações:

Farmacêutico(a): _____
 CRM: _____ Assinatura: _____

Indicações nos Centros de Terapia Intensiva (Adulto e Pediátrico):

a) *cloridrato de dexmedetomidina injetável frasco-ampola 200 mcg 2 ml:*

ADULTOS:

- segunda tentativa de desmame ventilatório em paciente agitado;
- desmame ventilatório em paciente com *Dellirium*.

PEDIATRIA:

- abstinência por opióides e/ou benzodiazepínicos;
- tolerância ao opióide;
- sedação difícil.

b) *besilato de cisatracúrio 2 mg/ml ampola 5 ml:*

ADULTO / PEDIATRIA:

- S.A.R.A. (Síndrome da Angústia Respiratória Aguda);
- tétano;
- *status epléticus*;
- crise de asma severa em ventilação controlada.

Indicações Anestesiologia:

a) *cloridrato de dexmedetomidina injetável frasco-ampola 200 mcg 2 ml:*

- cirurgias de grande porte (exemplo: coluna, queimados) para reduzir consumo de opióides no intra-operatório e no pós-operatório;
- procedimento de fibroscopia em paciente pouco colaborativo;
- procedimento radio-intervencionista com mínimo risco de depressão respiratória;
- procedimento cirúrgico em paciente com MEG apresentando elevado risco de depressão respiratória;
- sedação na sala de recuperação pós-anestésica com indicação de extubação precoce.

b) *cloridrato de remifentanila injetável frasco-ampola 2 mg:*

- cirurgia de curta duração com possibilidade de alta precoce;

- via aérea difícil, que necessite estar bem desperto, ventilação adequada e nível plasmático de opióide baixo ao final do procedimento;

- paciente com insuficiência renal crônica com previsão de extubação ao final do procedimento.

c) *propofol 1% injetável seringa pronta para uso 50 ml:*

- neurocirurgia em hipertensão craniana grave que necessite de concentração alveolar mínimo de halogenado elevada;
- história prévia ou familiar de hipertermia maligna ou com doença neuromuscular;
- intoxicação aguda por drogas ilícitas com elevados níveis de catecolaminas circulantes.

d) *besilato de cisatracúrio 2 mg/ml ampola 5 ml:*

- insuficiência renal ou hepática associadas a patologias relacionadas à liberação de histamina;
- atopia ou asma brônquica com contraindicação ao uso de rocurônio;
- história de reação ao atracúrio com contraindicação ao uso de rocurônio.

e) *sevoflurano 100% inalatório frasco 250 ml:*

- indução anestésica inalatória em paciente pediátrico sem acesso venoso periférico;
- manutenção de anestesia inalatória em pacientes pediátricos de 0 a 10 anos;
- procedimentos cirúrgicos em pacientes cardiopatas;
- procedimentos cirúrgicos de curta duração (até 45 minutos) com previsão de alta hospitalar para o mesmo dia;
- indução anestésica inalatória em adultos pouco colaborativos e/ou com dificuldade de obtenção de acesso venoso periférico.

Conforme pode ser observado nas imagens o formulário Solicitação Especial - Liberação de Medicamentos - possui uma se-

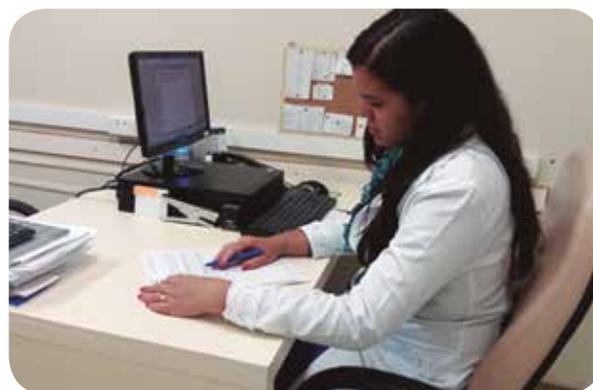
ção destinada ao uso exclusivo da farmácia. Esse espaço é destinado a análises realizadas pelos farmacêuticos. Após ser preenchido, o formulário era encaminhado para a farmácia, que efetuava a dispensação somente mediante autorização expressa dos médicos assistentes ou docentes responsáveis pelas áreas. Estabeleceu-se que o formulário deveria ser entregue diariamente, para que a dispensação e utilização dos medicamentos fossem sempre acompanhadas pela equipe de farmacêuticos da Unidade de Emergência. A partir dessa análise criteriosa pelos farmacêuticos, indicadores foram gerados e refletiram em resultados satisfatórios, pois não ocorreram desabastecimentos dos medicamentos dispensados por meio do formulário e os pacientes que tinham indicações necessárias foram atendidos, não impactando negativamente na assistência prestada ao paciente.

METODOLOGIA

A partir da necessidade do controle mais rigoroso de utilização de cinco medicamentos padronizados na instituição, foram definidas as principais situações para utilização dos medicamentos mediante justificativa. Depois dessa análise conjunta, as situações anteriormente definidas foram todas inseridas em um formulário específico para controlar a utilização desses medicamentos.

Após elaboração do formulário, o mesmo foi amplamente divulgado na unidade e a farmácia passou a dispensar os medicamentos envolvidos mediante a entrega prévia do formulário. Desde então, a dispensação desses medicamentos acontece seguindo os protocolos previamente definidos.

É importante ressaltar que o processo de dispensação de medicamentos na instituição ocorre de maneira eletrônica.



Farmacêutica Aline Araújo Lopes Morais realizando a análise do formulário desenvolvido



Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde os trabalhos foram realizados

Descrição dos resultados e impactos gerados com esta experiência

Quando o formulário foi implantado, a meta era reduzir o consumo dos medicamentos para 50% do que havia sido utilizado no segundo semestre de 2014.

O formulário mostrou-se muito efetivo e alcançou economia geral de 70%; com dois dos medicamentos controlados pelo formulário (cisatracúrio e remifentanila), a redução de consumo foi de mais de 80%, conforme pode ser observado nas tabelas apresentadas a seguir:

Consumo referente de julho a dezembro de 2014

| Medicamento | Consumo Quantidade | Consumo Valor |
|--|--------------------|-----------------------|
| DEXMEDETOMIDINA, CLOR. INJETÁVEL FR-AMP 200 MCG 2 ML | 2554 | R\$ 295.397,14 |
| CISATRACURIO BESILATO 2MG/ML AMPOLA 5ML | 7973 | R\$ 180.987,10 |
| REMIFENTANILA, CLOR, INJETÁVEL FRASCO-AMPOLA 2 MG. | 1180 | R\$ 48.191,20 |
| PROPOFOL 1% INJETÁVEL SERINGA PRONTA PARA USO 50 ML | 304 | R\$ 31.282,20 |
| SEVOFLURANO 100%, INALATÓRIO, FRASCO 250 ML. | 202 | R\$ 64.191,00 |
| TOTAL | | R\$ 620.048,64 |

Consumo referente de julho a dezembro de 2015

| Medicamento | Consumo Quantidade | Consumo Valor |
|--|--------------------|-----------------------|
| DEXMEDETOMIDINA, CLOR. INJETÁVEL FR-AMP 200 MCG 2 ML | 1013 | R\$ 119.597,30 |
| CISATRACURIO BESILATO 2MG/ML AMPOLA 5ML | 2378 | R\$ 22.952,46 |
| REMIFENTANILA, CLOR, INJETÁVEL FRASCO-AMPOLA 2 MG. | 167 | R\$ 6.412,80 |
| PROPOFOL 1% INJETÁVEL SERINGA PRONTA PARA USO 50 ML | 145 | R\$ 14.263,30 |
| SEVOFLURANO 100%, INALATÓRIO, FRASCO 250 ML. | 88 | R\$ 21.262,50 |
| TOTAL | | R\$ 184.488,36 |

Análise Utilização Ficha Controle Especial - Unidade de Emergência

| Medicamento | 2014 | 2015 | Redução | % |
|--|------|------|---------|-----|
| DEXMEDETOMIDINA, CLOR. INJETÁVEL FR-AMP 200 MCG 2 ML | 2554 | 1013 | 1541 | 60% |
| CISATRACURIO BESILATO 2MG/ML AMPOLA 5ML | 7973 | 2378 | 5595 | 70% |
| REMIFENTANILA, CLOR, INJETÁVEL FRASCO-AMPOLA 2 MG. | 1180 | 167 | 1013 | 86% |
| PROPOFOL 1% INJETÁVEL SERINGA PRONTA PARA USO 50 ML | 304 | 145 | 159 | 52% |
| SEVOFLURANO 100%, INALATÓRIO, FRASCO 250 ML. | 202 | 88 | 114 | 56% |

Análise Utilização Ficha Controle Especial - Unidade de Emergência

| Medicamento | 2014 | 2015 | Redução | % |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| DEXMEDETOMIDINA | R\$ 295.397,14 | R\$ 119.597,30 | R\$ 175.799,84 | 60% |
| CISATRACURIO | R\$ 180.987,10 | R\$ 22.952,46 | R\$ 158.034,64 | 87% |
| REMIFENTANILA | R\$ 48.191,20 | R\$ 6.412,80 | R\$ 41.778,40 | 87% |
| PROPOFOL SERINGA | R\$ 31.282,20 | R\$ 14.263,30 | R\$ 17.018,90 | 54% |
| SEVOFLURANO | R\$ 64.191,00 | R\$ 21.262,50 | R\$ 42.928,50 | 67% |
| TOTAL | R\$ 620.048,64 | R\$ 184.488,36 | R\$ 435.560,28 | 70% |

A análise apresentada demonstra os dados referentes aos seis meses de utilização do formulário durante o ano de 2015 (julho a dezembro), pois o formulário foi implantando no meio do ano de 2015; portanto os dados até agora obtidos ainda não são referentes à utilização anual desses medicamentos, mas ainda assim são muito significativos.

Próximos passos, desafios e necessidades

As novas perspectivas para a melhoria contínua da qualidade da assistência oferecida ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do trabalho desenvolvido seriam:

- a tentativa de implantação na outra unidade da instituição e também em outros hospitais da região de Ribeirão Preto que tivessem interesse em utilizar a mesma metodologia, a experiência do HCRP serviria como projeto piloto para os demais;
- a revisão do formulário para adequações, visando às variações de preço de medicamentos envolvidos nesse trabalho;
- a manutenção da utilização do formulário para manter a economia apresentada anteriormente.

Outros medicamentos que possuem elevados preços também poderão ser controlados utilizando indicadores semelhantes ou não, adequados às necessidades atuais de redução de gastos e ampliação de atendimento de pacientes, pois devido à atual conjuntura econômica no país, é tendência que os cidadãos que anteriormente eram atendidos pela saúde privada migrem para a rede pública de saúde, o que já tem sido observado.

CONCLUSÃO

Diante dos motivos que levaram à redução na compra dos medicamentos, as princi-

pais dificuldades iniciais foram observadas nos questionamentos sobre a necessidade de preenchimento diário do formulário. Com o passar do tempo e apoio de todos os envolvidos no sentido de esclarecer dúvidas e incentivar à adesão da equipe clínica, enfermagem, auxiliares de farmácia e farmacêuticos, foi possível implantar o uso efetivo desse importante instrumento de controle de estoque.

Apesar das atuais dificuldades econômicas, esse trabalho mostra que é possível realizar reduções de despesas com custo-benefício e manter o atendimento de demandas realmente necessárias no âmbito hospitalar, com a utilização de ferramentas extremamente acessíveis e de baixo impacto financeiro para implantação.

O trabalho visou o uso racional dos medicamentos em questão e possíveis desabastecimentos. Salienta-se a importância da equipe multidisciplinar no êxito do objetivo alcançado.

O papel do farmacêutico nas equipes multiprofissionais mostrou-se extremamente relevante para a garantia do uso seguro, racional e efetivo de medicamentos, garantindo o atendimento aos usuários do sistema público de maneira adequada, com as terapias indicadas às necessidades de cada paciente.

REFERÊNCIAS

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014 -2017, Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Acesso ao site: <http://www.hcrp.usp.br/sitehc/upload/gestao%202015%20-%20Virtual-net.pdf>, acessado em 02/05/2016.

INSTITUIÇÃO

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
– Unidade de Emergência

AUTORES

Aline Araújo Lopes Morais (coordenadora)
Ana Paula Araki
Márcia Pradela Sanches
Alessandra Kimie Matsuno
Cláudia Ferracini Righeti
José Paulo Pintyã
José Wilson Lovato
Sérgio Innocente

CONTATOS

alinemoraishcrp.usp.br ou
alinealopes@yahoo.com.br
ana.farma@yahoo.com.br
marcinha76@gmail.com
matsuno@fmrp.usp.br
claudia.righeti@terra.com.br
jppintya@hcrp.usp.br
wjlovato@gmail.com
sinnocente@hcrp.usp.br

São Paulo/SP



Farmacêutico e educação permanente: benefícios para o Ceaf, RH, colaboradores e pacientes

CARACTERIZAÇÃO

São Paulo é a cidade brasileira mais influente no cenário global. É considerada a 14ª cidade mais globalizada do planeta, recebendo a classificação de cidade global alfa, por parte do *Globalization and World Cities Study Group & Network* (GaWC).

Localizada na Região Sudeste, possui área de aproximadamente 1.521 km² e população estimada de 12 milhões de habitantes (IBGE/2014), sendo considerada a cidade mais populosa do Brasil.

O município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito alto (0,805), o décimo quarto maior do estado e o 28º do Brasil. Porém, o desenvolvimento humano na cidade não é homogêneo. Em geral, os distritos mais centrais apresentam IDH superior a 0,9, que diminui gradativamente à medida que se afasta do centro, até chegar a valores de cerca de 0,7 nos limites do município. Isto se deve a questões históricas, uma vez que a área central, sobretudo a localizada entre os rios Pinheiros, Tietê e Tamanduateí, foi o local onde mais se concentraram os investimentos e o planeja-

mento urbano por parte do poder público, bem como onde se instalou, historicamente, quase a totalidade da elite econômica da cidade.

Um ranking mundial de qualidade de vida, elaborado pela consultoria internacional em recursos humanos *Mercer*, aponta a capital paulista na 117ª posição entre 221 cidades internacionalmente e na terceira posição entre as quatro cidades brasileiras do ranking, atrás somente de Curitiba, Florianópolis e Porto Alegre, e à frente de Brasília. O status ecológico em um ranking paralelo aponta a cidade na 148ª posição.

Perfil epidemiológico

De acordo com dados da prefeitura de São Paulo, a população do município, em 2011, estava estimada em 12 milhões de habitantes e taxa de crescimento populacional de 0,76%. Desses 12 milhões, 14,08% eram crianças e 11,9% idosos. A taxa de natalidade (por 1.000 habitantes) era de 15,6 e de mortalidade, 6,02.

Em 2001, o percentual de mortalidade precoce (abaixo de 60 anos) por AVC foi de 22,5% e por diabetes 17,9%. No mesmo ano, segundo os indicadores municipais, foram registrados, para cada grupo de 100 mil habitantes, 53 casos de tuberculose, 16 casos de Aids e 2 casos de hanseníase.

Em São Paulo, 55,6% da população depende exclusivamente do SUS, e por se tratar de uma metrópole, a rede parece grande, pois são 18 hospitais municipais, 16 unidades de pronto socorro e pronto atendimento e 439 UBS. No total, a cidade conta com 916 estabelecimentos ou serviços de saúde pública, ainda insuficientes para uma demanda de 12 milhões de habitantes e seus problemas de saúde. Agrava essa situação, as epidemias de Dengue, Chikungunya, Zika Vírus, entre outras.

Assistência farmacêutica

A política de medicamentos, como parte integrante da política de saúde, com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser implementada visando garantir que medicamentos seguros e eficazes, com qualidade, estejam disponíveis, ao menor custo possível a todos que deles necessitem.

A garantia de acesso a medicamentos é especialmente importante nos países em desenvolvimento. Um terço da população mundial, sobretudo nos países pobres, não tem acesso a medicamentos essenciais. Por outro lado, os países desenvolvidos consomem cerca de 80% dos medicamentos produzidos no mundo.

No Brasil, em 1998, a Portaria/GM nº 3916 do Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), embasada em preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS). As responsabilidades dos gestores federal, estaduais e municipais foram definidas. Ao Ministério da Saúde cabe a implementação e a avaliação da PNM. À direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde. No âmbito municipal, cabe à secretaria de Saúde a responsabilidade de coordenar e executar a assistência farmacêutica por meio da seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, controle de qualidade e utilização dos medicamentos, visando à provisão adequada dos medicamentos na rede municipal.

A assistência farmacêutica, na cidade de São Paulo, é constituída por componentes e elementos que formam um conjunto de ações interligadas, técnica e cientificamente fundamentadas com critérios de equidade, custo e efetividade, tendo o medicamento como suporte das ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

O componente técnico-científico é responsável pela seleção, normatização de tratamento, prescrição, dispensação, atenção farmacêutica, utilização, farmacoepidemiologia, farmacovigilância, farmacoeconomia e qualidade do medicamento. O componente logístico trata da programação, aquisição, armazenamento, distribuição.

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) criou em, 2001, a Área Técnica de Assistência Farmacêutica, que passou a compor uma das áreas técnicas da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (Codepps). Devido à organização estrutural da SMS cabe à Área Técnica de Assistência Farmacêutica o desenvolvimento do componente técnico-científico e à Divisão de

Suprimentos a responsabilidade por desenvolver o componente logístico da assistência farmacêutica.

A equipe técnica da área de assistência farmacêutica é composta por 6 farmacêuticos que contam com o apoio da Secretaria Executiva da Comissão Farmacoterapêutica da SMS-SP (CFT).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) existe desde 1993. No início de 1999, a Secretaria de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, elaborou os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para uma lista de medicamentos padronizados, de maneira a racionalizar a sua prescrição e dispensação.

A ampla divulgação desse Programa provocou o aumento de atendimento a pacientes. Na busca por parcerias para garantir o acesso da população, a Secretaria de Estado da Saúde celebrou convênios com a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) que, atualmente, gerencia cinco unidades de farmácia do Ceaf, sendo três no município de São Paulo, uma no município de Guarulhos e uma no município de Campinas.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O presente trabalho tem como objetivo mostrar o desenvolvimento de uma nova área de atuação farmacêutica, a educação permanente. A meta é destacar a importância do envolvimento do farmacêutico com o setor de recursos humanos para o desenvolvimento e capacitação de profissionais envolvidos com o atendimento de pacientes e usuários das unidades de farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf).

A experiência mostrou que a conscientização quanto a correta dispensação e todos os procedimentos envolvidos na segurança do paciente requer tempo, paciência e muito trabalho. Concluímos que a criação do setor de educação permanente dentro das unidades de farmácia do Ceaf é apenas um passo rumo à valorização do profissional e das questões relacionadas ao atendimento com qualidade dos pacientes nos serviços de saúde.

As mudanças atuais no cenário econômico do país desdobram-se, também, em mudanças no âmbito organizacional. Cultura, de acordo

com o dicionário Aurélio (1986), significa cultivar e vem do latim *colere*. Em linhas gerais, a cultura é todo aquele complexo que inclui o conhecimento, a arte, as crenças, a lei, a moral, os costumes e todos os hábitos e aptidões adquiridos pelo homem, não somente em família, mas de sua convivência como membro de uma sociedade. A cultura organizacional remete para o conjunto de normas, padrões e condições que definem a forma de atuação de uma organização.

Estudos sobre a cultura organizacional aumentaram consideravelmente nos últimos anos e são relevantes para as organizações. Sem a perspectiva de cultura, o acesso à gestão estratégica de pessoas é mais complexo e pouco assertivo, pois ela permite apenas a visão macro do negócio (SHEIN, 2004).

Segundo Chanlat (1996), nos anos 1970 ocorreram várias mudanças na sociedade, houve a feminização do mercado de trabalho, elevação dos graus de instrução, crescimento das cidades, afirmação dos direitos individuais, globalização da economia e flexibilização do trabalho.

Nos anos 1980 surge a ideia de que a empresa deve preocupar-se em gerir as carreiras de seu pessoal. Esta preocupação, que é nova em sua formulação, parte da importância que a empresa adquire nos anos 80 e da profissionalização da gestão que ocorre nos países industrializados, no mesmo período (CHANLAT, 1996).

Há alguns anos, muitos analistas apresentaram dados de que a sociedade está em vias de se fragmentar. O mercado de trabalho é o centro desse processo, observado em países industrializados. Lecher (1989 apud CHANLAT, 1996, p.14) descreveu que nos anos 1990 a mão de obra passou a se dividir em 25% dos trabalhadores em um núcleo estável, outros 25%, classificados como permanentes-periféricos, e 50% em empregos externos ou periféricos precários.

A gestão de pessoas está direcionada às ações, não somente aos registros e procedimentos escritos, mas na realização dos objetivos organizacionais que buscam facilitar o desenvolvimento e a satisfação dos colaboradores. Atualmente, é difícil imaginar qualquer

organização atingindo e mantendo a eficácia sem programas e atividades efetivas de gestão de recursos humanos (IVANCEVICH, 2008).

Diante de todas essas mudanças sociais e primando pela qualidade do atendimento ao paciente, em 2013, foi criado, nas unidades de farmácia do Ceaf, o Setor de Educação Permanente, com o objetivo de capacitar os colaboradores sobre a legislação vigente, a dispensação segura e correta dos medicamentos disponibilizados aos pacientes, desde a etapa de recrutamento e seleção até o momento em que são divididos entre as atividades dos diferentes setores de farmácia.

É o Setor de Educação Permanente que realiza a aplicação desses treinamentos com foco na segurança do paciente a todos os colaboradores das unidades de farmácia do Ceaf.

Dentre os temas ministrados pelo farmacêutico, podemos citar:

1. dispensação segura de medicamentos;
2. farmacovigilância e notificação de eventos;
3. atenção farmacêutica;
4. processo de faturamento e seus principais erros;
5. protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, portarias e resoluções;
6. atendimento no *call center*;
7. humanização;
8. importância da correta identificação do paciente;
9. motivação;
10. higienização das mãos;
11. gerenciamento de resíduos de serviços de Saúde.



METODOLOGIA

Os treinamentos são desenvolvidos e ministrados pelo farmacêutico, com ênfase na melhora de indicadores internos e diminuição dos riscos relacionados a dispensação de medicamentos aos pacientes.

O desenvolvimento do cronograma e a escolha dos temas anuais são definidos no mês de janeiro. Todos os treinamentos devem ser aplicados até o mês de setembro do ano corrente. Os meses de outubro, novembro e dezembro são utilizados para reaplicação dos temas já ministrados aos colaboradores ausentes na data inicial. As estratégias citadas são utilizadas para que 100% dos colaboradores sejam treinados e garantam o cumprimento das regras para a segurança do paciente.

O objetivo é oferecer treinamentos dinâmicos, que simulem situações do cotidiano e que agreguem valor aos colaboradores, primando, sempre, pela melhoria da qualidade do serviço e das orientações prestadas aos pacientes e usuários. Foram desenvolvidos certificados de participação que são entregues a todos os colaboradores, uma forma de motivar e incentivar a participação de todos, nos treinamentos aplicados.

Realizamos uma aproximação da área de recursos humanos com os demais colaboradores para melhor compreensão do contexto no qual estão inseridos, com possibilidade de desenvolvimento do relacionamento interpessoal, comprometimento com o resultado e dedicação constante, visto o alto número de atendimento e a diversidade de público e patologias nas unidades de farmácia do Ceaf.

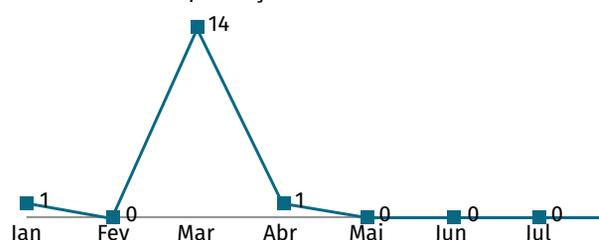
Descrição dos resultados e impactos gerados com esta experiência

Os treinamentos dos colaboradores com foco na segurança do paciente desenvolvidos nas unidades de farmácia do Ceaf, possibilitaram uma melhoria no atendimento prestado ao paciente e um melhor entendimento dos riscos e consequências relacionados a uma dispensação incorreta.

O gráfico abaixo ilustra a efetividade do treinamento “Dispensação Segura de Medicamentos”, aplicado no início de abril de

2015 em uma das unidades de farmácia, na Vila Mariana. Desde que o tema foi aplicado, os erros caíram a zero.

Erros de dispensação 2015 - Ceaf Vila Mariana



Após o treinamento, até julho de 2015, não ocorreram erros de dispensação.



Modelo do certificado entregue aos colaboradores que participam dos treinamentos voltados para a segurança do paciente

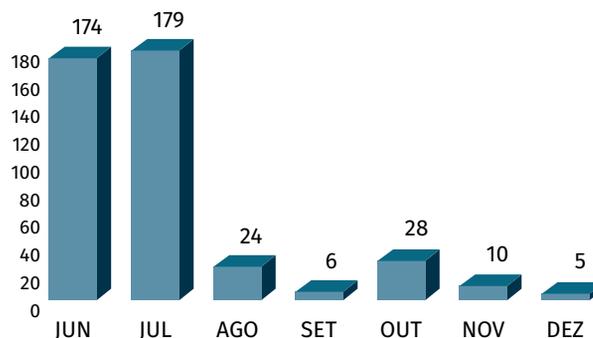
O interesse dos colaboradores nos treinamentos foi observado em novembro de 2015, quando foram incluídos medicamentos novos no tratamento da hepatite viral crônica C nas unidades de farmácia. Trata-se de medicamentos que seguem um protocolo específico para seu uso efetivo e racional. Com o treinamento de atenção farmacêutica este tema foi abordado e os colaboradores desenvolveram apresentações que ofereceram um conteúdo didático de instruções, como por exemplo, qual seria o correto armazenamento desses medicamentos, horários adequados, alimentação aconselhada, permissão para exercícios físicos, dentre outros. Dessa forma, o paciente só retira o medicamento após receber todas essas instruções.

O retorno da ação foi positivo. Muitos pacientes notificaram reações adversas quando retornaram às unidades e contribuíram tanto

com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) como também com toda a sociedade, trazendo suas experiências para o órgão responsável por essa questão.

Por meio dos treinamentos foi também possível alertar os colaboradores sobre os erros frequentes, principalmente de cadastro do medicamento, que impactavam em dispensação incorreta e perdas de faturamento. Quando cadastrado incorretamente (em um quantitativo menor), o sistema acusa um consumo menor comparado ao real, podendo causar a falta daquele item. O treinamento foi realizado no início de julho de 2015 e, a partir de então, os erros diminuíram conforme gráfico ilustrado da unidade de farmácia da Vila Mariana.

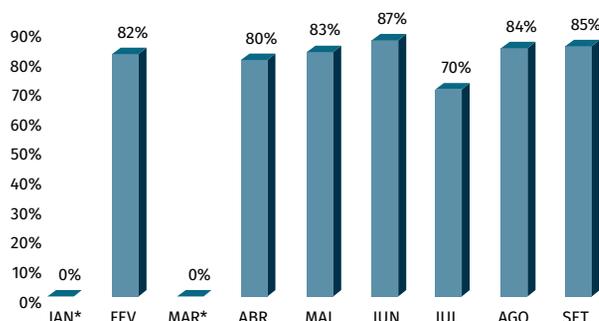
Erros de faturamento 2015 - Unidade Vila Mariana



Os erros diminuíram após a aplicação do treinamento.

O gráfico a seguir mostra a percentagem média de colaboradores treinados nas unidades de farmácia do Ceaf com foco na segurança do paciente durante o ano de 2015.

Colaboradores treinados nas unidades de farmácia do Ceaf - 2015



Nos meses de janeiro não houve treinamento devido a definição do cronograma anual e dos temas a serem aplicados no decorrer do ano. Em março, a farmacêutica responsável pela Educação Permanente estava em período de gozo de férias.



Entrega dos certificados aos colaboradores participantes

Próximos passos, desafios e necessidades

A meta das unidades de farmácia do Ceaf é atingir 100% de colaboradores treinados em todos os temas elencados. Para os próximos treinamentos serão aprimorados os materiais visuais, com a inserção de vídeos, impressos e dinâmicas para reforçar o conteúdo e despertar nos colaboradores a ideia de desenvolvimento constante.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os treinamentos proporcionaram um canal de comunicação e desenvolvimento dos colaboradores, refletido no atendimento prestado aos pacientes já que os colaboradores passam a utilizar o conhecimento adquirido no contato com os usuários, gerando ações favoráveis tanto para a saúde pública quanto para as unidades de farmácia.

A experiência é relevante tanto para os profissionais das unidades de farmácia quanto para os pacientes. O esclarecimento das dúvidas gera um ambiente coerente que se adapta às mudanças da legislação e às necessidades da população envolvida.

REFERÊNCIAS

CHANLAT, Jean-François. Quais carreiras e para qual sociedade? I. . Rev. adm. empres. [online]. 1995, vol.35, n.6, pp. 67-75. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/38319/37035>>. Acesso em 18 de julho de 2015

CHANLAT, Jean-François. Quais carreiras e para qual sociedade? II. Rev. adm. empres. [online]. 1996, vol.36, n.1, pp. 13-20. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901996000100003>>. Acesso em 18 de julho de 2015

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

IVANCEVICH, John. Gestão de Recursos Humanos. São Paulo: Mc Graw Hill, 2008.

SCHEIN, Edgar. Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde
de São Paulo (SMS-SP)

AUTORES

Aline Pierobon
Daniele Pinho Biagio
Graziella Coppo
Taiz Jacob Tuasca
Thamiris Teles de Oliveira

CONTATO

daniele.biagio@ceaf.spdm.org.br



Implantação dos serviços de Farmácia Clínica na farmácia da 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

CARACTERIZAÇÃO

O estado do Paraná é composto por 22 regionais de saúde. A 2ª Regional de Saúde (RS) do Paraná tem sede na cidade de Curitiba, e abrange 29 municípios, atendendo moradores de Curitiba e região metropolitana. De acordo com o IBGE (Censo 2010) o Paraná é o sexto estado mais populoso do país, com cerca de 11 milhões de habitantes, sendo

que 64% estão concentrados na região metropolitana de Curitiba (RMC). A população feminina representa 51,4% do total de habitantes do estado.

Dados do Censo Demográfico de 2010 mostram a RMC com 3.174.201 habitantes, correspondendo a 33,45% do total da população do Paraná, ou seja, praticamente um terço da população do estado. A área ocupada pela RMC é de 15.419 km². A economia

da RMC está entre as maiores do estado, em razão do dinamismo da indústria e dos serviços.

Perfil epidemiológico

No ano de 2013, as principais causas de mortalidade na RMC foram: 26,25% por doenças do aparelho circulatório, 20,82% por neoplasias, 13,8% por causas externas, 10,26% por doenças do aparelho circulatório; e 7,15% por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. As doenças crônicas não transmissíveis são as causas mais frequentes de morbimortalidade no estado e vêm ocasionando um aumento na procura por serviços de urgência

e emergência e internações hospitalares com alto custo ao SUS. A prevenção e o correto tratamento reduz as internações.

Estruturação da rede de saúde

As 22 regionais de saúde do estado do Paraná contam com uma sede da Farmácia do Paraná, que atende o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), garantindo o tratamento de 80 doenças crônicas e graves com cerca de 200 itens padronizados.

A Farmácia da 2ª RS localiza-se em Curitiba e atende em duas unidades, a matriz localizada no centro da cidade e outra (filial) no bairro Portão.

Figura 1 - Mapa da 2ª Regional de Saúde



A 2ª RS possui cinco hospitais, sendo um de atendimento geral; um especializado em doenças infectocontagiosas; um infantil; um especializado em dermatologia e um hospital colônia. Possui um centro de especialidade psiquiátrica; um centro de atendimento ao deficiente; um centro de atenção integral ao fissurado labiopalatal; um centro hospitalar de reabilitação; laboratório central; vigilância sanitária e atendimento em diversas especialidades médicas.

Assistência farmacêutica

Na 2ª RS estão em funcionamento duas farmácias próprias: a sede, que conta com uma equipe de dez farmacêuticos e está localizada no centro de Curitiba; e uma farmácia no bairro Portão, onde atuam dois farmacêuticos. A Regional possui uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que distribui medicamentos aos municípios, contando com dois farmacêuticos; e um laboratório central, que realiza diagnósticos clínicos e epidemiológicos.



Farmácia do Paraná - 2ª Regional de Saúde

Os serviços desenvolvidos pelos farmacêuticos compreendem coordenação da farmácia, controle de estoque, solicitação de medicamentos e autorização dos processos de solicitação de medicamentos, onde se verifica a quantidade de medicamento prescrito, a posologia e a dosagem. Os farmacêuticos também apoiam clínicas, hospitais e municípios. O farmacêutico atua ainda na dispensação de medicamentos, orientação e consulta farmacêutica, dentre outras atividades exigidas pelo processo de trabalho da farmácia.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A orientação farmacêutica tem como principal objetivo minimizar o erro no uso do medicamento, garantindo que o paciente tenha adesão ao tratamento e apresente melhora na qualidade de vida. O cuidado no atendimento tem foco no paciente, e não apenas no medicamento.

Após a dispensação do medicamento toda orientação dada ao usuário visa à manutenção da qualidade do medicamento, de modo a garantir sua eficácia e segurança. A busca é por atender as necessidades do paciente em relação à farmacoterapia acompanhando os exames de monitoramento para o controle de suas enfermidades.

A complexidade de utilização e as necessidades especiais de armazenamento de vários medicamentos, muitas vezes gera erro em seu uso e baixa adesão ao tratamento. Pensando nisso, há aproximadamente oito anos a farmácia da 2ª RS criou um consultório farmacêutico com atendimento individualizado, para orientação ao usuário no primeiro atendimento. A princípio, a orientação era para alguns usuários que necessitavam de uma maior atenção, como no uso dos medicamentos injetáveis, por exemplo. Mas, posteriormente, foi ampliada para todos os usuários em início de tratamento.



Consultório Farmacêutico

Após aprovação da solicitação do medicamento, o usuário passava pela assistente social, da qual recebia informações sobre o funcionamento da farmácia e as regras para renovações. Então, o usuário retirava senha para pegar o medicamento e era encaminhado ao farmacêutico. Na hora da consulta, o

farmacêutico chamava o usuário pelo nome, o que conferia maior humanização ao atendimento. Ele era orientado sobre as normas de funcionamento da farmácia e sobre os procedimentos para renovação e adequação da solicitação dos medicamentos. Os profissionais se revezavam durante todo o dia neste atendimento, mesmo assim, a espera era longa e alguns usuários desistiam.



Consulta farmacêutica - Farmacêutica Rosângela de Lima Silva Pugliese e a paciente Márcia Cristina Barcelos Marins

Em relação aos medicamentos de controle especial o usuário era orientado sobre o prazo de validade da receita - 30 dias, a necessidade de apresentação de nova receita a cada dispensação e, ainda, sobre as datas das receitas e rasuras. Recebia ainda, instruções sobre o correto armazenamento dos medicamentos recebidos, como por exemplo, quanto à necessidade de refrigeração durante o transporte e em casa. Isso era enfatizado para que a qualidade e a eficácia do medicamento fossem mantidas. Os usuários eram orientados também sobre indicações, modo de administração, posologia, uso com refeições, possíveis reações adversas e interações quando em uso simultâneo de outros medicamentos.

Aos usuários de medicamentos injetáveis, era dada uma atenção especial, devido à necessidade, em alguns casos, de preparo dos medicamentos, por meio da mistura do diluente com o pó liofilizado. No caso de injetáveis de aplicação subcutânea, as orientações abrangiam o processo correto de diluição (quando necessário) e os locais indicados para a aplicação, sempre seguindo as recomendações do fabricante, além dos cuidados anteriores à aplicação (uso de algodão com álcool 70% para assepsia no local e a necessidade de rodízio

dos locais de aplicação). O correto descarte dos resíduos e perfuro cortantes também eram abordados pelo farmacêutico. Em abril de 2015 iniciou-se a implantação do serviço de Farmácia Clínica no âmbito Ceaf com o projeto Cuidado Farmacêutico, desenvolvido em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) e o Ministério da Saúde.

A primeira dispensação qualificada foi aprimorada, com o desenvolvimento de um formulário para registro. No formulário constava o que já era realizado e foram acrescentados campos para a coleta de informações, como a origem da prescrição (SUS, convênio ou particular), se o paciente possuía convênio médico e a qual unidade de saúde pertencia, além da lista de medicamentos que utilizava e se tinha outras patologias.

Nesse momento, caso o farmacêutico identificasse algum problema relacionado à farmacoterapia como, por exemplo, interação medicamentosa ou horário de administração incorreto, já realizava a intervenção e registrava no formulário. Também nesse formulário eram colocadas perguntas para verificar se o usuário preenchia os critérios de seleção para consulta farmacêutica. Atendendo aos critérios, o paciente então era convidado a participar da consulta, que tinha seu dia e horário devidamente agendados.

Durante a primeira consulta farmacêutica eram coletados dados de identificação do paciente, história social, problemas de saúde, resultados de exames, sinais e sintomas. Anotava-se todos os medicamentos utilizados (prescritos e por automedicação), posologia, tempo de uso e resultados obtidos. Eram feitas perguntas sobre a adesão, se algum medicamento o incomodava, se eram utilizadas terapias complementares e se possuía alguma alergia conhecida. O paciente era avaliado como um todo e não apenas no que dizia respeito à sua doença. Verificados eventuais problemas relacionados à farmacoterapia, as intervenções farmacêuticas necessárias eram feitas durante a consulta. Os retornos eram agendados até que seus problemas de saúde estivessem controlados e o paciente conseguisse realizar o autocuidado.

Com isso, um consultório não era mais suficiente para atender aos pacientes, então

foi adaptada mais uma sala para os atendimentos. Em paralelo, a reforma da nova sede da farmácia do Paraná estava sendo finalizada e foram disponibilizadas três salas para consultórios farmacêuticos. Em novembro de 2015, a nova sede foi inaugurada e com melhor estrutura passou-se a agendar o primeiro atendimento farmacêutico após aprovação do processo de solicitação de novo medicamento para todos os usuários. As consultas

e retornos também eram todas agendadas. Aumentou o grau de satisfação dos usuários e melhorou a adesão ao tratamento e o entendimento sobre sua condição de saúde. No mês de dezembro de 2015, a farmácia matriz da Regional contava com 23.963 usuários ativos e média de 1100 dispensações de medicamentos por dia. A quantidade de novos processos aprovados mensalmente ficava em torno de 800.

Antes

- Orientação aos pacientes novos no momento da entrega dos medicamentos
- Informações sobre condições de uso, armazenamento e transporte dos medicamentos
- Orientações sobre exames e documentos para renovação do tratamento

Fonte: Autores

METODOLOGIA

O estudo foi realizado na farmácia especial matriz da 2ª RS, localizada na cidade de Curitiba. O presente trabalho se trata de relato de experiência e descreve o processo de implantação dos serviços de Farmácia Clínica no âmbito Ceaf.

A implantação do projeto Cuidado Farmacêutico teve início em 2015 após convite do Ministério da Saúde para aplicação no âmbito Ceaf. O cuidado farmacêutico foi inicialmente implantado na atenção básica em Curitiba e o modelo foi adaptado ao processo de trabalho da farmácia especial.

Foram analisados os prontuários de 129 primeiras consultas farmacêuticas, correspondentes a 129 usuários atendidos, no período de agosto a novembro de 2015.

Houve capacitação nos serviços dos farmacêuticos e foram realizadas reuniões com a equipe da farmácia, do departamento de assistência farmacêutica da Sesa e do Ministério da Saúde, para definir os critérios de seleção dos pacientes, os formulários a serem utilizados na primeira dispensação, na primeira consulta e na consulta de retorno.

Depois

- Dispensação foi qualificada com a coleta de dados para monitorar as doenças, identificar problemas relacionados à farmacoterapia e realizar intervenções
- Agendamento da primeira consulta
- Entrega de material impresso com orientações

A primeira dispensação qualificada realizada por farmacêutico antes do projeto foi mantida, e desenvolvido formulário/instrumento para poder realizar a seleção dos pacientes. Os critérios de seleção eram:

1. ser o paciente ou cuidador;
2. usar cinco ou mais medicamentos;
3. possuir três ou mais patologias;
4. possuir dúvidas sobre os medicamentos utilizados, suspeitar que algum medicamento em uso não está fazendo efeito ou sentir incômodo ou efeito indesejado após utilizar algum medicamento;
5. ter interesse em ser acompanhado pelo farmacêutico.

Para pacientes com artrite reumatóide ou artrite psoriática eram aplicados questionários específicos sobre essas doenças.

Durante as consultas eram utilizados formulários para registro das informações, seguindo o roteiro criado e validado por Abdel-Tawab e colaboradores (2011), no Reino Unido, que é composto de quatro etapas: introdução; coleta de dados e identificação de problemas; ações e soluções; e fechamento da consulta.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Foram capacitados seis farmacêuticos para a realização do serviço de Farmácia Clínica. No período de agosto a novembro de 2015 foram atendidos aproximadamente 2,5 mil usuários na primeira dispensação qualificada, 129 na primeira consulta. Foram realizadas 71 consultas de retorno, totalizando 200 consultas.

Nas primeiras consultas foram elencados 4,5 problemas de saúde por paciente. Destes, 19,6% estavam controlados, 34,5% não controlados e

24,7% eram desconhecidos. A média de medicamentos por paciente foi de 7,4 e a de problemas relacionados a farmacoterapia, de 2,6.

Dos 129 pacientes atendidos, 67% apresentaram pelo menos um problema relacionado a farmacoterapia. Desses problemas, a maioria (45,6%), foi de administração e adesão terapêutica. O restante se dividiu entre necessidade de monitorização, 27,9%, tratamento não efetivo, 21,7%, de reações adversas a medicamentos, 18,6%, seleção e prescrição, 17,1%, qualidade do medicamento, 14,7%, discrepâncias entre prescritores ou níveis assistenciais, 7,0%.

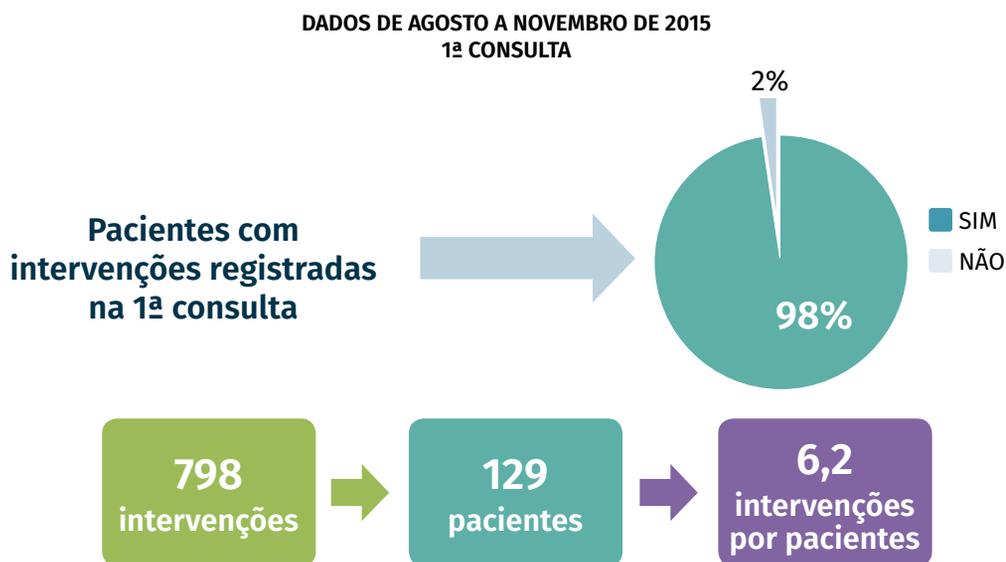


Figura 2: Dados de agosto a novembro/2015 - primeira consulta

Para 98% dos pacientes foram realizadas intervenções farmacêuticas, numa média de 6,2 intervenções por paciente.

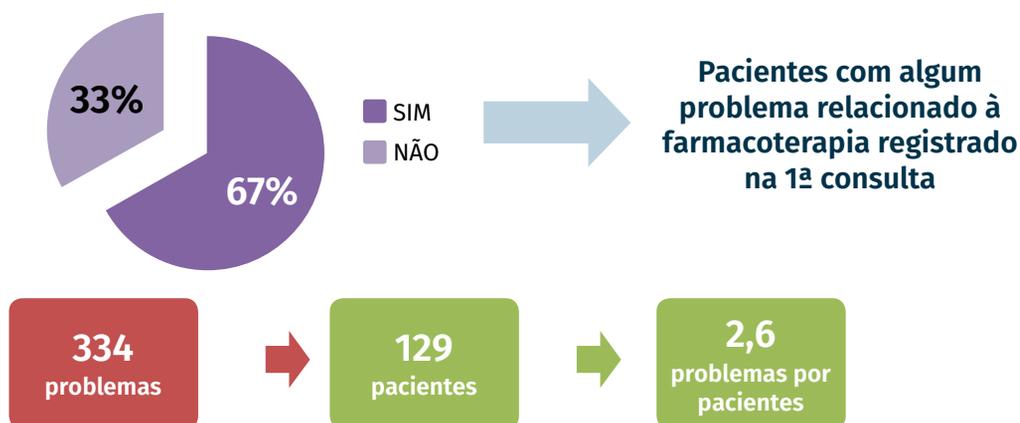


Figura 3: Dados de agosto a novembro/2015 - primeira consulta

As intervenções farmacêuticas na primeira consulta foram: informação e aconselhamento (98,4%), alteração ou sugestão na terapia (41,9%), monitoramento (31,8%), provisão de materiais (39,5%) e encaminhamentos a outros profissionais ou serviços (20,9%).

Com a melhora da infraestrutura da farmácia e a instalação de três consultórios farmacêuticos localizados em um pavimento separado da dispensação, os pacientes são atendidos com privacidade e mais qualidade, pois não há barulho e interrupções. Com o agendamento, todos que iniciam seu tratamento são atendidos pelo farmacêutico. Além disso, são realizadas as consultas de acompanhamento para os selecionados.

Hoje, os usuários da farmácia têm um contato mais próximo com o farmacêutico. Já o conhecem logo na primeira vez em que recebem o medicamento e sabem que ele é um profissional que entende do medicamento e com o qual podem contar quando têm alguma dúvida.

Próximos passos, desafios e necessidades

Os serviços de Farmácia Clínica estão implantados na farmácia da 2ª RS e pretende-se aplicar para os demais usuários que igualmente necessitam.

Entre os objetivos, também estão o de aprimorar e manter as consultas, realizar reuniões entre os farmacêuticos para discussão dos casos clínicos, fornecer mais material com informações por escrito sobre a utilização dos medicamentos e estreitar contato com os profissionais prescritores para auxiliar na assistência à saúde dos usuários.

CONCLUSÃO

Os resultados têm mostrado que o atendimento farmacêutico individualizado promove melhor adesão ao tratamento, conscientização em relação ao armazenamento e conservação

do medicamento, diminuição das devoluções e do abandono do tratamento.

Atualmente, todos ou usuários que iniciam seu tratamento são atendidos por farmacêutico no consultório, no dia e horário agendado, o que melhorou muito a qualidade do atendimento e tem motivado muitos elogios ao serviço.

A Farmácia Clínica ainda proporcionou uma maior realização profissional e reconhecimento.

Os cuidados farmacêuticos são possíveis de serem realizados mesmo com todas as atribuições que o farmacêutico possui. Devem ser prioridade e, com organização, tornam-se realidade. O cuidado farmacêutico prestado é o que valoriza os profissionais diante da sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. (2014); *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica.*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse_tab_rm_zip.shtm. Acesso em: 01 maio 2016.

INSTITUIÇÃO

Farmácia do Paraná – 2ª Regional de Saúde

AUTORAS

Rosângela de Lima Silva Pugliese
Kelly Cristiane Gusso Braga

CONTATOS

rosangelapugliese@yahoo.com.br
kelly.braga@sesa.pr.gov.br
farm02rs@sesa.pr.gov.br



A atuação do farmacêutico junto ao grupo de hipertensos/diabéticos na UBS no bairro de Canudos, Novo Hamburgo

CARACTERIZAÇÃO

Canudos é um bairro localizado a leste do município brasileiro de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul. É o maior bairro urbano da cidade e o mais populoso, com 62.292 habitantes.

Canudos é um bairro importante para a economia do município, pois tem um comércio forte, onde se localizam diversos bancos, fábricas e lojas. Ainda assim é um bairro fortemente residencial, sendo classificado como bairro residencial/comercial. Possui algumas indústrias

de médio porte. É também em Canudos que se localiza o aeroclube do município.

Estruturação da rede de saúde

As Unidades de Saúde da Família (USF) trabalham com território de abrangência definido e são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada às suas áreas. Cada equipe da USF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Esses profissionais e a população acompanhada criam vín-

culos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Atualmente, o município conta com 35 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), contemplando uma cobertura de 63% da população. O município conta com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma delas localizada no Bairro Canudos.

A UBS Canudos possui uma equipe multiprofissional que busca integralidade em serviços por meio de um olhar mais ampliado aos pacientes com doenças crônicas. A equipe realiza atendimentos tanto no âmbito individual quanto coletivo como, por exemplo, grupos de educação em saúde, a fim de promover o autocuidado, a corresponsabilização dos indivíduos e torná-los também multiplicadores em saúde.

Em média, são atendidos nesta unidade mais de 8 mil pacientes/mês e destes, aproximadamente 2 mil são hipertensos e/ou diabéticos.

O município possui uma farmácia comunitária, nove farmácias distribuídas em unidades de saúde e uma farmácia popular. E a rede conta com oito farmacêuticos envolvidos na atenção básica. Os serviços farmacêuticos têm por objetivo alcançar os melhores resultados de saúde possíveis e melhorar assim a qualidade de vida dos indivíduos, família e comunidades.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A experiência descrita, nesse relato, tem como foco a inserção do farmacêutico no grupo de Hiperdia (hipertensos/diabéticos) de uma UBS no Bairro Canudos no município de Novo Hamburgo (RS), com o objetivo de incentivar o uso correto dos medicamentos, melhorar a adesão ao tratamento e proporcionar mais qualidade de vida aos pacientes.

O grupo é composto por aproximadamente 15 pacientes hipertensos e/ou diabéticos com idades entre 57 e 71 anos. Os encontros são realizados toda primeira quarta-feira do mês e a equipe de saúde é composta por duas enfermeiras, uma farmacêutica, uma farmacêutica residente e uma nutricionista. O grupo já existia anteriormente, e a inserção do farmacêutico ocorreu oficialmente em julho de 2015.

As atribuições do farmacêutico na atenção básica se dividem em dois tipos: atividades e

ações de suporte ao processo gerencial da assistência farmacêutica, voltadas principalmente para a logística do medicamento, em suporte à prescrição e à dispensação e as ações assistenciais que visam o cuidado ao usuário, o uso racional do medicamento, a efetividade do tratamento, seja no âmbito individual ou coletivo, priorizando o paciente e não o medicamento. As atividades têm como base a gestão clínica do medicamento e se caracterizam por serviços centrados no usuário de forma a garantir a utilização correta de medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos efetivos.

Vários foram os fatores que motivaram a inserção do farmacêutico no Grupo de Hiperdia na equipe desta UBS, entre eles:

- no Brasil, aproximadamente 65% dos idosos com hipertensão arterial sistêmica, sendo que, entre as mulheres com mais de 65 anos, a prevalência pode chegar a 80%. Considerando que, em 2025, haverá mais de 35 milhões de idosos no país, o número de hipertensos tende a crescer. (Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002).
- os fatores como envelhecimento, maior prevalência das enfermidades crônico-degenerativas e consumo de fármacos, aumentam a incidência dos problemas relacionados aos medicamentos, deixando a população vulnerável aos vários problemas de saúde e aumentando os custos do sistema de atenção sanitária. (Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión de la OMS en Tokio, Japón, en 1993. El papel del farmacéutico en el sistema atención de salud. Informe técnico de la Organización Mundial de la Salud. Pharm Care Esp 1999 enero-febrero; 1:207-11).
- o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é etapa fundamental para a promoção do uso correto dos medicamentos. A abordagem educativa possibilita a ação colaborativa entre os profissionais, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, atenuando a ansie-

dade pela convivência com problemas semelhantes já solucionados, bem como proporciona maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas.

- a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois a mesma pode influenciar positivamente na adaptação da doença e na efetivação da farmacoterapia. Na equipe, há múltiplos objetivos e abordagens com ação diferenciada, corrigindo a grande limitação no tratamento dos idosos, melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença. A ação conjunta de farmacêuticos, enfermeiros e nutricionistas tem sido ampliada, com resultados positivos nos serviços de atenção aos pacientes em tratamentos de hipertensão arterial e diabetes.
- os farmacêuticos são os profissionais indicados para orientar a respeito dos medicamentos prescritos e dispensados aos idosos, pois estão em contato

frequente com os pacientes, podendo iniciar discussões sobre os problemas de saúde, informar sobre a natureza da doença crônica e identificar as razões do tratamento.

- a baixa adesão entre os idosos com hipertensão arterial e diabetes, tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. A educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro. E a maior interação entre os profissionais da saúde pode reduzir diversos problemas relacionados a medicamentos, da prescrição à administração, e reduzir custos do sistema de saúde.

Os encontros realizados são em forma de roda de conversas com atividades lúdicas e diálogos simples, de maneira que o paciente compreenda o assunto proposto.

Segue programação anual dos encontros realizados:

| Data | Participantes | Assunto/Profissionais | Objetivo |
|------------|---------------|--|--|
| 01/07/2015 | 8 | Dislipidemias (farmacêutica, residente de Farmácia, nutricionista, enfermeira) | Conhecimento da doença, dos fármacos e como evitar. |
| 05/08/2015 | 8 | O que são diuréticos? Sal na alimentação. Oficina de sal temperado. (farmacêutica, residente de Farmácia, enfermeira) | Entender qual a função do diurético e como o sal aumenta a pressão arterial. |
| 02/09/2015 | 9 | Uso correto de insulinas. (farmacêutica, residente de Farmácia, enfermeira) | Informar sobre a estabilidade, armazenamento, uso e descarte de seringas e agulhas. |
| 07/10/2015 | 9 | Análise da composição dos rótulos de alimentos. (farmacêutica, residente nutricionista, enfermeira) | Saber diferenciar os alimentos <i>diet</i> , <i>light</i> e composições dos produtos Industrializados. |
| 04/11/2015 | 10 | 10 passos da alimentação saudável (farmacêutica, enfermeira, nutricionista) | Entender como a alimentação saudável influencia na saúde. |
| 02/12/2015 | 11 | Confraternização amigo secreto de frutas. (farmacêutica, residente de Farmácia, nutricionista, enfermeira) | Interagir com os participantes do grupo, finalizando o ano de maneira saudável. |
| 06/01/2016 | 8 | Objetivos dos participantes do grupo para 2016. (farmacêutica, nutricionista, enfermeira) | Traçar metas para o ano que se inicia. |
| 03/02/2016 | 12 | As fibras no controle do colesterol e diabetes. Oficina de <i>cookies</i> integrais. (farmacêutica, nutricionista, enfermeira) | Incentivar uso de fibras na alimentação, horário correto do uso da sinvastatina. |
| 02/03/2016 | 13 | Oficina de caixas para separar os medicamentos. (farmacêutica, enfermeira) | Uso correto dos medicamentos nos respectivos horários (manhã, tarde, noite) |
| 06/04/2016 | 16 | Oficina de garrafas <i>pet</i> para executar exercícios físicos. (farmacêutica, nutricionista, enfermeira, residente fisioterapeuta) | Incentivar a prática de exercícios físicos. |

Continua>>>

| Data | Participantes | Assunto/Profissionais | Objetivo |
|------------|---------------|--|---|
| 04/05/2016 | 18 | Pé diabético/Oficina de bolo integral de banana com aveia. (farmacêutica, nutricionista, enfermeira) | Orientar sobre cuidados com pé diabético, uso contínuo de medicamentos, alimentação saudável. |
| 01/06/2016 | 15 | Stress na pessoa hipertensa e diabética. (farmacêutica, nutricionista, enfermeira, psicóloga) | Alertar como o stress influencia na manutenção da doença. Cuidado integral do corpo. |
| 06/07/2016 | 15 | Chás/Fitoterápicos. (residente de Farmácia, enfermeira, nutricionista) | Saúde além do medicamento. Como preparar e cuidados com os chás. |



Antes das atividades, os pacientes realizam a verificação de pressão arterial (PA) e controle de hemoglicoteste (HGT). Esses dados são anotados mensalmente para manter um controle dos resultados obtidos.

O tempo de cada encontro é de aproximadamente 1h30 e a programação anual não tem um contexto pré-definido, decide-se conforme a necessidade do grupo sempre com um mês de antecedência. Os encontros ocorrem toda primeira quarta-feira do mês.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

O farmacêutico é o profissional da saúde mais acessível para a comunidade podendo favorecer o cuidado ao paciente com diabetes e hipertensão. A acessibilidade permite a esse profissional prover serviços como a educação em saúde ao paciente e cuidado contínuo, além de ser uma referência no tratamento far-

macológico para os profissionais da saúde na atenção básica quando necessário.

Alguns problemas farmacoterapêuticos foram identificados e resolvidos nesses pacientes:

- uso de sinvastatina 20mg no período da manhã;
- administração de metformina 850mg com glibenclamida 5mg juntos, antes do café da manhã;
- paciente não aceitava o fato de fazer uso de insulina e não estava utilizando.

A melhora no controle do diabetes e da hipertensão pode ser alcançada com o tratamento medicamentoso ou não (controle de glicemia capilar e pressão arterial, alimentação balanceada). O tratamento não-medicamentoso tem como finalidade primária retardar o adoecimento e, quando ele ocorre, evitar ou adiar o tratamento medicamentoso ou a associação de medicamentos necessários para o controle da doença. O segundo deve ser introduzido quando não se obtiver sucesso com o primeiro. Em ambos é necessária a compreensão e adesão do paciente.

Observa-se um aumento gradativo do número de participantes e boa assiduidade. Em todos os encontros são anotados parâmetros de HGT e PA. Analisando exemplo de pacientes que frequentam desde o início e são assíduos, demonstra-se os seguintes resultados:

| Pacientes* | Máximo HGT antes da inserção do farmacêutico | Máximo HGT após inserção do farmacêutico |
|------------|--|--|
| N.T.O | 319 | 243 |
| A.D.S | 330 | 277 |
| T.B.T | 207 | 147 |

* Identificados apenas pelas iniciais do nome.

“Tive sete AVCs, perdi o gosto de viver, mas hoje tudo é diferente, comecei a participar das conversas, no começo era tudo estranho e hoje não falto por nada, nunca estive tão bem graças a este grupo”.

Relato da paciente A.D.S, 74 anos, integrante do grupo.

Observação: Nos hipertensos não houve parâmetros significativos.

Próximos passos, desafios e necessidades

- Conseguir aumentar o número de integrantes do grupo, porém alguns pacientes ainda não se sentem estimulados a participar de grupos educativos;

- Fazer uma pesquisa via questionário para saber o que melhorou na vida do paciente após a inserção do farmacêutico no grupo;
- Incluir outros profissionais da saúde na equipe multiprofissional;
- Incentivar outras Unidades da Atenção Básica a constituírem um grupo de Hipertensão.

INSTITUIÇÃO

Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo

AUTORA

Daniela Pinhatti Flores

CONTATO

danielapf@fsnh.net.br



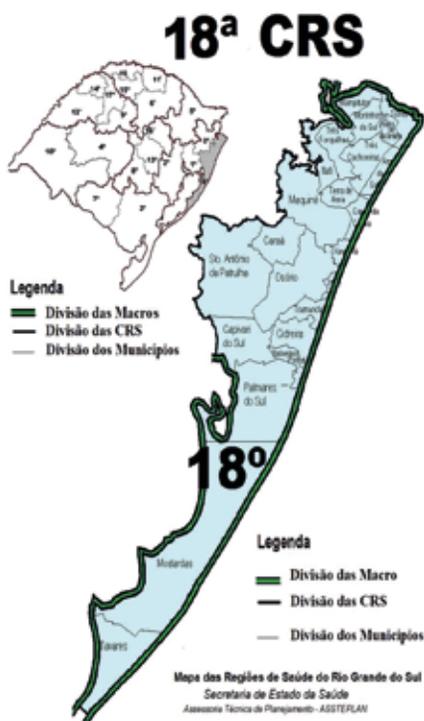
Comissão de Farmácia e Terapêutica Regional - união dos farmacêuticos do litoral do Rio Grande do Sul

CARACTERIZAÇÃO

A 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) faz parte da Região Macro-Metropolitana de Saúde do estado do Rio Grande do Sul e é composta pelas regiões de saúde, Belas Praias (4), e, Bons Ventos (5) - ver figuras 1, 2 e 3. A Região Belas Praias possui 141,5 mil habitantes e compreende os municípios: Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas e Xangrilá. Já a Região Bons Ventos possui 207.987 habitantes e compreende os municípios: Balneário Pinhal, Caraá, Capivari do Sul, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares

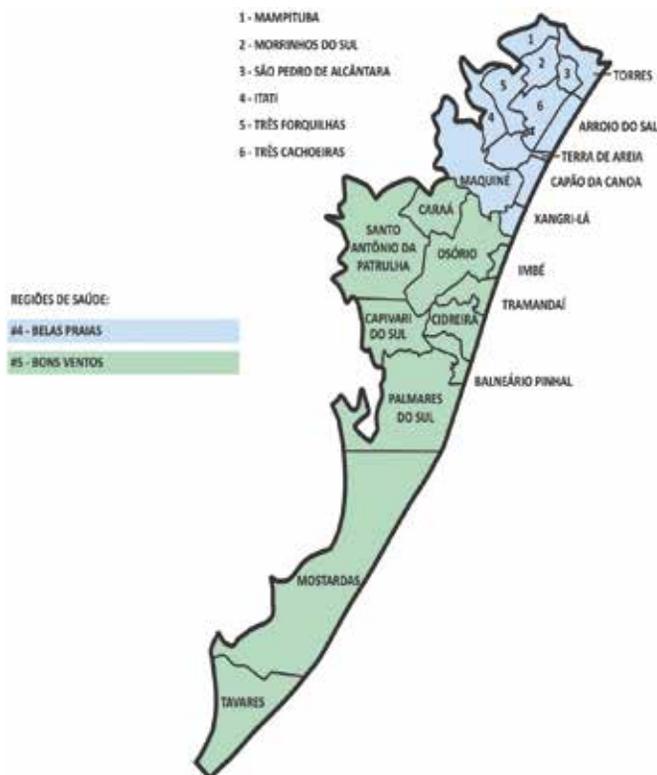
do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares e Tramandaí. A população total das regiões de saúde é de 349.487 habitantes, sendo 50,5% do sexo feminino e 49,5% do sexo masculino. As regiões possuem 17% da população vivendo em área rural e 83% da população vivendo em área urbana. A renda média domiciliar corresponde a R\$ 765,16, com uma proporção de 22% de pessoas com menos de meio salário mínimo de renda e taxa de analfabetismo de 5,8% (IBGE, 2010). As atividades econômicas predominantes na região são comércio, turismo, agricultura e indústria. O relevo do litoral norte gaúcho é composto pela borda do Planalto Meridional e região de planície com um vasto complexo de lagoas.

Figura 1: Mapa da localização da 18ª Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul



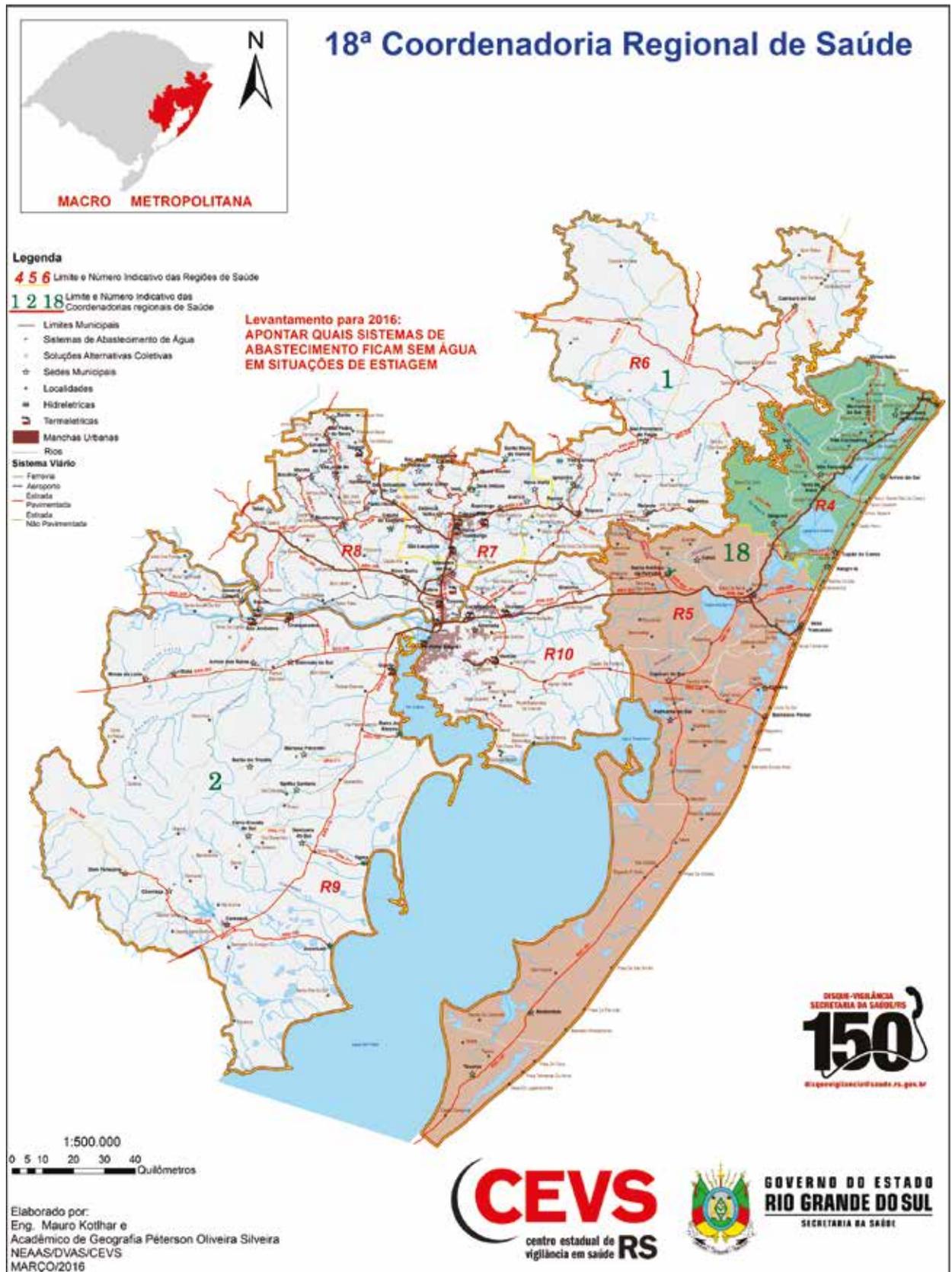
Fonte: Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, disponível em: www.saude.rs.gov.br

Figura 2: Mapa das regiões de saúde 4 e 5



Fonte: Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, disponível em: www.saude.rs.gov.br

Figura 3: Mapa da região macro-metropolitana, 18ª Coordenadoria Regional de Saúde e a divisão em regiões de saúde 4 e 5.



Fonte: Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2016.

Perfil epidemiológico

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios pertencentes à 18ª CRS é considerado de médio a alto. O município de Caraá apresenta IDH de 0,652, sendo o mais baixo da região, já o município de Capivari do Sul, apresenta IDH de 0,766, o maior da região. A média de IDH da região é 0,726 (Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

De acordo com o estudo Programa de Saúde da Família nos Municípios do Litoral Norte do Rio Grande do Sul: Perfil das Equipes e População Atendida, publicado em 2011, os agravos mais frequentes atendidos nas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios do litoral norte do Rio Grande do Sul são hipertensão e diabetes. Na região da 18ª CRS prevalecem as internações durante a gestação, o parto e o puerpério, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho digestivo, respectivamente (SIH-SUS, 2016).

Estruturação da rede de saúde

A região possui 74 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídas nos 23 municípios. A cobertura das ESFs é de 70% na região da 18ª CRS. Sendo que na região das Belas Praias, a cobertura de ESF é maior que na região dos Bons Ventos, principalmente pelas baixas coberturas dos municípios de Tramandaí (em torno de 40%) e Imbé (em torno de 20%). A região possui quatro maternidades em funcionamento, conforme segue: Hospital São Vicente de Paulo, em Osório; Hospital Santa Luzia, em Capão da Canoa; Hospital Tramandaí, em Tramandaí; Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, em Torres.

Assistência farmacêutica

Atualmente, dos 23 municípios pertencentes à 18ª CRS, 18 contam com profissional farmacêutico atuando no SUS, totalizando 26 farmacêuticos. Cinco municípios não contam com este profissional, sendo estes Caraá, Dom Pedro de Alcântara, Mampituba, Maquiné e Morrinhos do Sul (ver quadro 1).

Quadro 1: Número de farmacêuticos por município em maio de 2016

| Região Belas Praias | | Região Bons Ventos | |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Município | Nº de farmacêuticos atuantes no SUS | Município | Nº de farmacêuticos atuantes no SUS |
| Arroio do Sal | 01 | Balneário Pinhal | 01 |
| Capão da Canoa | 02 | Caraá | - |
| Dom Pedro de Alcântara | - | Capivari | 01 |
| Itati | 01 | Cidreira | 01 |
| Mampituba | - | Imbé | 01 |
| Maquiné | - | Mostardas | 01 |
| Morrinhos | - | Osório | 03 |
| Terra de Areia | 01 | Palmares | 01 |
| Torres | 02 | Santo Antônio da Patrulha | 02 |
| Três Cachoeiras | 01 | Tavares | 01 |
| Três Forquilhas | 01 | Tramandaí | 03 |
| Xangri-Lá | 02 | Total | 15 |
| Total | 11 | | |

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O SUS é constituído pela conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, sendo

organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A organização do SUS em regiões de saúde respeita as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, conforme prevê o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011). Segundo esse decreto, as Comissões Interges-

tores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção. A Comissão Intergestores Regional (CIR), está vinculada à Secretaria Estadual da Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite. Dentre as ações de assistência à saúde, uma que ganha especial atenção no Decreto nº 7.508/2011, é a assistência farmacêutica (AF).

A AF trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Esse 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 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. Essa definição de AF está estabelecida na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que engloba, dentre outros, os seguintes eixos estratégicos:

- a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;
- a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;
- a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Em novembro de 2014, a partir de sucessivas reuniões dos farmacêuticos municipais pertencentes aos municípios da 18ª CRS, estes verificaram a necessidade de dar continuidade as reuniões regionais entre todos os farmacêuticos pertencentes à 18ª CRS com a finalidade de discutir os problemas encon-

trados no cotidiano da AF e buscar soluções para os mesmos. Para tanto, surgiu a ideia da criação de um Grupo Condutor da Assistência Farmacêutica Regional (GCAF) e de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica Regional (CFT), que se concretizou em dezembro de 2014, a partir da aprovação destes na Comissão Intergestores Regionais, por meio das Resoluções CIR nº 60/2014, CIR nº 61/2014, CIR nº 63/2014 e CIR nº 64/2014.

O GCAF é composto pelos farmacêuticos da 18ª CRS e pelos farmacêuticos municipais das regiões de Saúde 4 e 5. A criação do GCAF surgiu como um anseio dos farmacêuticos da região em tornar aquele grupo permanente de busca de soluções entre os profissionais da área.

A CFT foi criada como forma de legitimar as demandas provenientes do GCAF, por meio da presença e troca de profissionais de outras categorias.

Logo, o GCAF se constituiu com a finalidade de avaliar o uso e prescrições dos medicamentos constantes na Relação Regional de Medicamentos Essenciais, bem como a demanda dos medicamentos não inseridos nesta relação. É também sua finalidade construir espaços para compartilhamento de informações em saúde, facilitando o processo de gestão da AF e contribuindo para a educação permanente em saúde, além de discutir o processo da AF regional a fim de definir pautas a serem abordadas nas reuniões da CFT.

Nas reuniões do GCAF sempre há grande troca de experiências entre os membros, discussão de problemas relacionados à AF e discussões de casos, o que tem contribuído expressivamente para o processo de educação permanente. Dentre os papéis do GCAF, a geração de demandas para serem discutidas na CFT é um dos pontos de grande destaque, pois é a partir de protocolos e normativas elaborados pela CFT que são sugeridas as soluções para os problemas apontados no GCAF. A CFT é formada por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, que discute e estuda os problemas e demandas solicitadas pelo GCAF a fim de buscar soluções e ferramentas para a AF.

Entre as dificuldades encontradas nesta experiência está a impossibilidade da pre-

sença dos colegas nas reuniões, uma vez que a maioria dos participantes detém responsabilidade técnica na AF municipal. Como forma de superar a dificuldade de liberação do profissional do serviço, a 18ª CRS encaminha uma solicitação de presença formal para o gestor municipal. Outra dificuldade é a adesão de profissionais de outras categorias na CFT, como é o caso de dois enfermeiros convidados, que desistiram da participação na comissão, e uma médica. Entre as dificuldades alegadas na participação, estão a dificuldade de deslocamento até o município sede da 18ª CRS para participar das reuniões e a falta de tempo para estudar os temas propostos frente à alta carga de trabalho já existente.

METODOLOGIA

A articulação e a organização do trabalho desenvolvido iniciaram com a posse de uma servidora farmacêutica no Departamento de Ações em Saúde da 18ª CRS e a realização de reuniões mensais com os farmacêuticos responsáveis pela gestão da AF em 18 municípios das regiões de saúde “Belas Praias” e “Bons Ventos”. A realização dessas reuniões possibilitou a aproximação dos serviços farmacêuticos da atenção básica com a coordenação regional e teve como consequência a criação do GCAF. A criação do GCAF, por meio de resoluções CIR nº 60/2014 e 63/2014, com a elaboração e adoção de um regimento interno, foi uma forma encontrada de formalizar e garantir a continuidade do trabalho iniciado por esse grupo. O GCAF, conforme consta em seu regimento interno, é de um grupo de caráter permanente e consultivo, cujas ações têm por objetivo principal o uso racional de medicamentos.

Como forma de dar respaldo às ações acordadas pelo GCAF, foi proposta a criação da CFT. Aprovada pela Comissão Intergestores Regional a CFT é composta pelos seguintes profissionais: um farmacêutico representante do GCAF, um farmacêutico representante da 18ª CRS, um farmacêutico clínico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista e um médico (ver figura 4).

Figura 4: Equipe multiprofissional e multidisciplinar da Comissão de Farmácia e Terapêutica em reunião no auditório da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo da esquerda para direita: Adriana K.C. Nunes, Lúcia M. Z. Horn, Elen L. P. F. Abdalla, Paula W. Souza e Rodrigo M. Palmeira.

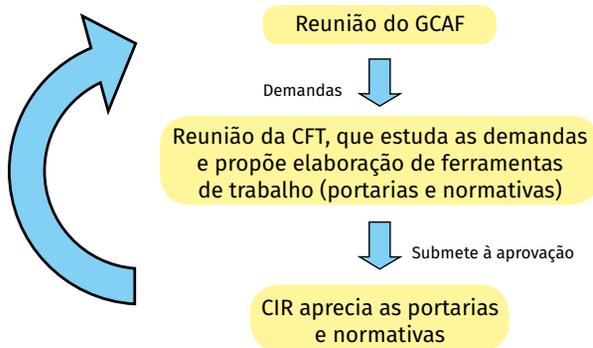


Figura 5: Fachada da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde



Conforme as resoluções CIR nº 61/2014 e 64/2014, que aprovam a CFT, a Comissão tem por objetivo formular e implementar políticas relacionadas à seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, prescrição e uso racional de medicamentos, num processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar a terapêutica eficaz e segura e a melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde da população. O trabalho conjunto e articulado do GCAF e da CFT (ver figura 6) tem possibilitado a padronização de procedimentos e condutas da AF na região da 18ª CRS melhorando a orientação aos prescritores em relação ao uso racional de medicamentos.

Figura 6: Fluxograma de construção dos protocolos e normativas elaborados pela CFT



Descrição dos resultados e impactos gerados com esta experiência

A análise das Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (Remumes) dos municípios pertencentes à 18ª CRS e a padronização de uma Relação Regional de Medicamentos Essenciais (Rereme) foram os primeiros resultados concretos do trabalho conjunto da CFT e do GCAF. A Rereme é uma lista que, tendo como base a Renome (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e as Remumes da região, buscou tanto nortear a revisão periódica das Remumes já padronizadas, quanto servir como base àquelas ainda em processo de elaboração.

Outro produto dessa ação conjunta e articulada de diferentes profissionais foi o Protocolo de Prescrição e Dispensação de Medicamentos. Nesse protocolo, foram estabelecidos procedimentos e normas com o objetivo de padronizar as condutas adotadas na assistência farmacêutica dos diversos municípios da região. Nele há, por exemplo, orientações de como o farmacêutico deve proceder no caso da captação de prescrições com doses ou associações medicamentosas não usuais.

Foi elaborado também um Formulário de Devolução de Receita (figura 7), que se destina a justificar a não dispensação do medicamento, por alguma não conformidade constatada na receita, como letra ilegível, doses não usuais, entre outros. A adoção desse tipo de ferramenta pelos serviços facilita a comunicação entre os profissionais da saúde e o próprio paciente, visto que muitas vezes o contato com o prescritor não pode ser realizado no momento da detecção da inconformidade pelo profissional farmacêutico, gerando uma lacuna entre a informação prestada na farmácia, a informação compreendida pelo paciente e a informação que chega ao prescritor.

Figura 7: Formulário de devolução de receita

| ANEXO I FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE RECEITA | |
|---|--|
| Paciente: | Prezado(a) Dr.(a) _____ a |
| | prescrição do(a) paciente |
| | não foi dispensada porque, conforme exige a portaria 344/98, Lei 5991/73(art.35), Lei 9787/99(art.3º), o Código de Ética Médica e o Protocolo 01/2015 da Comissão de Farmácia e Terapêutica e Normativas complementares, a receita apresenta a(s) seguinte(s) não conformidade(s): |
| | <input type="checkbox"/> Letra ilegível |
| | <input type="checkbox"/> Não contém o nome genérico |
| | <input type="checkbox"/> Não contém a posologia completa (tempo, quantidade e frequência) |
| | <input type="checkbox"/> Não contém data |
| | <input type="checkbox"/> Não contém seu carimbo com o nome e número do conselho |
| | <input type="checkbox"/> Não contém a sua assinatura |
| | <input type="checkbox"/> Não contém o nome do(a) paciente |
| | <input type="checkbox"/> Não contém a identificação da Unidade de Saúde |
| | <input type="checkbox"/> Falta a Notificação de Receita B(azul) |
| | <input type="checkbox"/> Falta a Receita em 2 vias (branca) |
| | <input type="checkbox"/> Falta a dosagem ou dosagem está incorreta |
| | <input type="checkbox"/> Posologia está em desacordo com a quantidade prescrita |
| | <input type="checkbox"/> Dose diária encontra-se acima da usual |
| | <input type="checkbox"/> Falta LAUDO justificado |
| | <input type="checkbox"/> OUTRO, especificar: _____ |
| JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR | |
| Data: ___/___/20__ | |
| Assinatura: | |

Figura 8 - Laudo

| ANEXO II LAUDO | |
|-----------------------------------|---|
| Paciente: | |
| Objetivo do laudo: | |
| | <input type="checkbox"/> Aumentar a quantidade de dispensação do medicamento |
| | <input type="checkbox"/> Aumentar a dose do medicamento |
| | <input type="checkbox"/> Liberar a utilização do medicamento para finalidade não usual |
| | <input type="checkbox"/> Liberar associação medicamentosa não usual |
| | <input type="checkbox"/> Liberar dispensação de Nimesulida para paciente com contra-indicação ao uso de AINES não seletivos |
| | <input type="checkbox"/> OUTRO, especificar: _____ |
| JUSTIFICATIVA COMPLEMENTAR | |
| Data: ___/___/20__ | |
| Assinatura: | |

Portanto, essa é uma ferramenta cuja utilização se dá de profissional para profissional, buscando reduzir o risco de erro, aumentar a segurança do paciente e dos profissionais e contribuir para o uso racional de medicamentos. Esse formulário foi elaborado multiprofissionalmente pelos integrantes da CFT, disponibilizado no GCAF para todos os municípios, e por meio dos farmacêuticos municipais, apresentado para as equipes de saúde. As sugestões que surgiram após este contato das equipes foram avaliadas pela CFT, que realizou todos os ajustes antes da aprovação do mesmo. A adoção desse tipo de procedimento, definido pelos próprios profissionais e elaborado a partir das necessidades deles, padroniza as condutas adotadas na assistência farmacêutica dos diversos municípios da região e qualifica o serviço prestado ao usuário. Além disso, foi criado o laudo para a dispensação da receita em casos específicos, conforme figura 8. As ferramentas criadas pela CFT trouxeram mais segurança aos farmacêuticos no que se refere à devolução de receitas não conformes e à dispensação de medicamentos para determinados casos.

Outro documento elaborado pela CFT foi a Normativa Complementar nº 01/2015 (NC 01/15). Nessa normativa são estabelecidos os procedimentos a serem adotados no caso da prescrição e dispensação dos medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). A prescrição em demasia e o uso abusivo dessa classe de medicamentos era uma causa frequente de relatos entre os profissionais da assistência farmacêutica municipal. As dosagens e o tempo máximo de tratamento que a prescrição deve obedecer, as quantidades máximas a serem dispensadas por receita e os procedimentos nos casos de prescrição de dosagens acima da usual, são exemplos de condutas padronizadas nessa normativa. As quantidades máximas constantes na NC 01/15 foram estabelecidas tendo como referência o Formulário Terapêutico Nacional (BRASIL, 2010). É importante salientar que todos os documentos padronizados, até então, foram aprovados pela Comissão Intergestores Regional.

A adoção de protocolos e normativas pela AF nos municípios pertencentes à 18ª CRS norteia as ações na região. A padronização de procedimentos é uma das formas de somar experiências, apresentar resultados e pro-

por mudanças com a finalidade de beneficiar os pacientes, mesmo consideradas as rápidas mudanças que podem ocorrer em função dos avanços científicos.

Todos os documentos elaborados e padronizados, até então, foram aprovados pela Comissão Intergestores Regional, e disponibilizados para todos os integrantes do GCAF. A implantação e utilização dos mesmos pelas equipes de saúde acontecerá por meio dos farmacêuticos municipais, que trarão para o grande grupo suas experiências locais, a fim de aprimorar, qualificar e facilitar cada vez mais o trabalho das equipes.

Este trabalho conjunto que vem sendo desenvolvido pelo GCAF e pela CFT atende o perfil local e respeita as peculiaridades de cada município. A construção coletiva de protocolos e ferramentas para serem utilizados com segurança pelas equipes de saúde é uma forma de vivenciar experiências, apresentar resultados e propor mudanças, com a finalidade de beneficiar os pacientes. Esse processo é positivo, principalmente quando esta construção acontece dentro de uma proposta de educação permanente e é construída levando em consideração as práticas e experiências de cada profissional.

Próximos passos, desafios e necessidades

Pelas características das ações desenvolvidas e dos perfis dos usuários atendidos, torna-se primordial que as atividades da assistência farmacêutica da atenção básica sejam executadas de forma a garantir uma relativa uniformidade das condutas. A adoção de regras e normas comuns em uma mesma região de saúde facilita o entendimento do funcionamento dos serviços farmacêuticos prestados, facilitando a comunicação entre os profissionais e permitindo o acesso aos medicamentos de forma racional.

A resposta das equipes de saúde e dos usuários frente a essas normatizações será acompanhada e adequações poderão ser propostas e incorporadas às novas versões dos documentos, que são revisados periodicamente, já que este é um trabalho contínuo e de construção coletiva. Nos encontros do GCAF, haverá oportunidade de debater a utilização destas fer-

ramentas pelos profissionais para programar ações melhores e mais adequadas. Este grupo será porta voz das equipes de saúde, com a finalidade de garantir o melhor impacto na atuação profissional.

Para tanto, o apoio dos gestores municipais e a conscientização de profissionais prescritores sobre a importância do uso racional de medicamentos ainda é um desafio. Desafio esse que tem como meta disseminar a ideia de que a padronização de normativas na assistência farmacêutica não tem como objetivo disseminar um caráter proibitivo de restrição ao acesso, mas sim de uso racional e segurança do paciente.

CONCLUSÃO

A gestão qualificada da AF possibilita o aprimoramento dos serviços de saúde, na medida em que melhora a lacuna entre o potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam desses medicamentos. A gestão qualificada da AF, leva em consideração a equidade, como forma de propiciar o acesso, a segurança, a eficácia e o uso racional dos medicamentos. A gestão adequada da AF também possibilita a otimização e racionalização de recursos financeiros e a disponibilização de ferramentas fundamentais para o cuidado em saúde.

A necessidade de padronizar as dispensações de medicamentos no SUS, por meio de protocolos/normativas eficientes, pautados no custo-efetividade, em evidências científicas e na boa prática profissional, busca o uso racional de medicamentos. A criação de comissões multidisciplinares para este fim permite congrega ideias e realidades dos diversos profissionais, considerando suas vivências e experiências para tomada de decisões. Além disso amplia a capacidade de desenvolver trabalhos realmente úteis e estimuladores para as equipes. A oportunidade de discussão e experimentação das propostas pelo grande grupo, bem como a possibilidade constante de intervenção e melhoria, torna o processo dinâmico e interativo, fugindo do tradicional protocolo burocratizado, que engessa o sistema. A integração dos profissionais na busca pelo aperfeiçoamento de técnicas e fluxos de trabalho que

facilitem a rotina diária e tornem as ações da atenção primária mais resolutivas está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, conforme prevê a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Os momentos e espaços de troca dos farmacêuticos em prol da AF buscam refletir positivamente na qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS.

O cuidado farmacêutico melhora a adesão ao tratamento, a qualidade de vida do paciente, seus níveis de satisfação e os resultados obtidos com o uso dos medicamentos em diversos grupos (idosos, pacientes com hipertensão, diabetes, transtornos mentais e polimedicados). Ele reduz o sofrimento e a incapacidade, além de resultar em menores custos e queda no desperdício de recursos para o sistema de saúde e para a sociedade. Portanto, o modelo de trabalho articulado entre o GCAF e a CFT possibilitou a criação de ferramentas para qualificar o processo de prescrição e dispensação de medicamentos nos municípios pertencentes à 18ª CRS, o que vem contribuindo com o uso racional de medicamentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 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.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Homologado nos termos de delegação de competência de 12 de novembro de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia Insumos Estratégicos. Departamentos de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 1136 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.

htm. Acessado em: 18 de junho de 2015.

BRASIL. Lei n. 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm Acessado em: 15 de abril de 2016.

Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/ranking-idhm-municipios-2010.aspx> Acessado em: 15 de abril de 2016.

SANTOS PR, 2011. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão de curso de Pós-graduação Lato Sensu em Saúde Pública. Programa de Saúde da Família nos Municípios do Litoral Norte do Rio Grande do Sul: Perfil das equipes e população atendida. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34050/000790184.pdf?sequence=1> Acessado em: 15 de abril de 2016.

SIH-SUS, 2016. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acessado em: 15 de abril de 2016.

Instituição

18ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul

Autores

Adriana Kleist Clark Nunes
Lúcia Munaretto Zimmermann Horn
Elen Luiza Pelisoli Formagio Abdalla
Patrícia Bobsin Teixeira Flores
Cátia Maritan
Daiane Bernardi Annes
Rita de Cássia Bassani dos Santos
Silvana Velho Pereira

Contato

magda-bartikoski@saude.rs.gov.br
adriana-nunes@saude.rs.gov.br
lucia.zimmermann@gmail.com
elenformagio@tramandai.rs.gov.br
patriciateixeira.farm@yahoo.com.br
catiamaritan@hotmail.com
farmaciaxangrila@gmail.com
ritafarma@gmail.com
silvelho@terra.com.br



Cuidando da Farmácia Caseira: ações de um programa de extensão universitária

CARACTERIZAÇÃO

O município de Porto Alegre tem uma população residente de 1.409.351 pessoas, sendo que 755.917 são mulheres e 654.022 são homens. As principais bases econômicas são serviços.

As ações relatadas neste trabalho foram realizadas na região da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. A região Norte compreende os bairros Sarandi e parte do Ru-

bem Berta, e a região Eixo Baltazar, os bairros Passo das Pedras e parte do Rubem Berta. A região Norte/Eixo Baltazar possui em torno de 181.484 habitantes. Destes, 86.213 são homens e 95.220 são mulheres (IBGE, 2010, DDA/UFCSPA).

Perfil epidemiológico

O perfil epidemiológico dos usuários dos serviços de saúde da região Norte/Eixo Baltazar aponta para condições insalubres de moradia, saneamento básico insatisfatório ou au-

sente, abastecimento de água irregular e outros fatores que afetam diretamente a qualidade de vida da população, predispondo ao adoecimento. Esse distrito apresenta um alto índice de mortalidade por doenças crônicas, seguindo a tendência observada em todo o país. Além disso, a vulnerabilidade social gera um estado de violência constante, fruto do tráfico de drogas, assaltos e roubos. Logo, as causas de morte dessa população são associadas à violência, como as mortes por arma de fogo (IBGE, 2010).

Estruturação da rede de saúde

A rede assistencial da região Eixo Baltazar está composta por seis Unidades de Saúde da Família (USF) e cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS). A região Norte é constituída por cinco USF, oito UBS, e por Equipe de Interconsulta em Saúde Mental, composta por psicólogo, psiquiatra e terapeuta de família, que realizam encaminhamentos para o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

As equipes das unidades de saúde do território são constituídas por médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, nutricionistas, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, auxiliar de gabinete odontológico, técnicos de enfermagem, atendente de recepção, auxiliares administrativos e agentes comunitários de saúde.

Assistência farmacêutica

O município de Porto Alegre conta com dez farmácias distritais que mantêm em estoque os medicamentos da lista básica, definida na Relação Municipal de Medicamentos (Remume), em acordo com as normas do Ministério da Saúde. Nesses locais, são fornecidos medicamentos de controle especial, medicamentos pertencentes aos protocolos ou que possuam alguma especificidade.

As farmácias estão localizadas em diferentes regiões da cidade, e todas elas contam com farmacêuticos que atuam como responsáveis técnicos e coordenadores do serviço especializado de fornecimento de medicamentos. Além das farmácias distritais, as UBS e as USF também possuem dispensários de medicamentos. Porém, os medicamentos controlados ou que detenham especificidades não fazem parte dos estoques dessas unida-

des. A distribuição dos medicamentos prescritos em consultas pelo SUS é gratuita, tanto nas farmácias distritais como nas UBS e USF. Além desses serviços, o município conta com o Programa Farmácia Popular do Brasil, que tem por finalidade ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. Possui uma Farmácia Popular da rede própria e a parceria com farmácias da rede privada. O gasto com medicamentos em 2014 totalizou R\$ 26 milhões. A capital vem gastando R\$ 11,00 *per capita* (prefeitura municipal de Porto Alegre, 2015).

A Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar conta com uma farmácia distrital (FD) – a Farmácia Distrital de Saúde Sarandi e dois profissionais farmacêuticos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A região Norte/Eixo Baltazar é o Distrito Docente Assistencial da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (DDA/UFCSPA) e se caracteriza por ser um território geográfico onde são realizadas as atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão da universidade, o que proporciona a longitudinalidade e a integralidade destas atividades, beneficiando tanto a população quanto os profissionais da saúde e acadêmicos. O Programa de Extensão Cuidando da Farmácia Caseira, desde 2012, realiza ações educativas de promoção à saúde para os usuários e equipes das unidades de saúde desta região.

As atividades envolvem orientações sobre cuidados com o uso, guarda e descarte dos medicamentos e também abordam o manejo e uso correto e seguro de plantas medicinais. As ações desenvolvidas baseiam-se no acolhimento, na escuta eticamente comprometida com a cultura e o saber dos usuários do serviço e utilização de novos espaços para a construção de uma assistência farmacêutica capaz de transcender a aquisição e distribuição dos medicamentos, e proporcionar reflexões sobre o impacto dos medicamentos e uso de plantas medicinais como recursos terapêuticos.

O Programa de Extensão Cuidando da Farmácia Caseira está alinhado às Políticas Nacionais de Extensão Universitária, de Humaniza-

ção e de assistência farmacêutica na medida em que trabalha para qualificar a interação entre a academia, a equipe e os usuários, além de auxiliar na estruturação de uma assistência farmacêutica significativa para a população. (BRASIL, 2004, BRASIL, 2007; FORPROEX, 2012)

A prestação de assistência farmacêutica qualificada permanece como um desafio para muitas equipes de saúde, haja vista a grande demanda de trabalho, a falta de profissionais qualificados e a precária estrutura física das unidades de saúde. Essas condições são apontadas como fragilidades dos serviços de saúde e fazem com que a assistência seja praticamente invisível aos olhos dos usuários.

Nesse relato, são descritas as atividades desenvolvidas em oficinas de formação continuada para agentes comunitários de saúde, atividades de orientação em sala de espera, oficinas para usuários do serviço de Saúde e campanhas de descarte de medicamentos vencidos. As ações foram realizadas nos anos de 2014 e 2015, pelo Programa de Extensão.

Descrição da experiência

Oficinas de formação continuada para agentes comunitários de saúde (ACS)

Os ACS são profissionais que possuem uma atribuição especial e particular na equipe de saúde, pois compartilham dos mesmos costumes, linguagem e cultura da comunidade em que atuam.

Entre as responsabilidades desses profissionais estão a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Por meio de visitas domiciliares ou comunitárias, promovem intervenções educativas em saúde e estimulam a participação da comunidade em questões que envolvem as políticas públicas voltadas à saúde pública. Desta forma, os ACS são considerados o principal elo entre equipe de saúde e população, possibilitando a troca de informação entre os dois grupos.

As atividades desenvolvidas com os ACS ocorreram no segundo semestre do ano de 2014. Os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos. Para cada grupo foram realizadas 4 oficinas, totalizando 16 horas aulas.

Os assuntos discutidos e utilizados como norteadores das oficinas de formação de ACS, basearam-se em situações corriqueiras na atuação destes profissionais, que favorecem a utilização inadequada de medicamentos e de plantas medicinais utilizadas como recursos terapêuticos.



Oficina de Formação de Agentes Comunitários de Saúde

Dois oficinas abordaram o tema “Cuidados com os medicamentos na farmácia caseira: guarda e descarte de medicamentos; formas farmacêuticas e vias de administração de medicamentos; automedicação e uso racional de medicamentos”. Outras duas oficinas abordaram o tema “Uso correto e seguro de plantas medicinais em atenção primária: mitos e verdades sobre o uso de plantas medicinais; manejo de plantas medicinais; principais usos, interações medicamentosas, efeitos adversos e precauções no uso de plantas medicinais”.

Para a execução das oficinas os temas foram trabalhados na forma de apresentação expositiva; jogos e roda de discussão de casos. O uso destas estratégias permitiu ampla participação dos ACS nas atividades propostas, uma vez que oportunizou que se sentissem à vontade para compartilhar suas experiências e suas opiniões.

Considerando a importância desses profissionais, seu contato direto com a comunidade e sua capacidade de influenciá-la quanto à correta utilização de medicamentos e plantas medicinais, a criação das histórias foi baseada em situações que refletiam a realidade dos agentes comunitários de saúde. As respostas aos casos foram registradas em fichas confeccionadas para cada oficina realizada. No início das oficinas

foi realizado levantamento de conhecimento prévio sobre os temas abordados e, ao final, a atividade foi avaliada pelos participantes por meio de pesquisa de satisfação sobre as atividades e conhecimento adquirido.

Atividades de orientação em sala de espera

A atividade de orientação aos usuários em sala de espera foi desenvolvida no segundo semestre de 2015, nas unidades de saúde Beco dos Coqueiros, Ramos e na FD Sarandi, situadas na zona norte de Porto Alegre. Durante esse período, as atividades foram realizadas duas vezes por semana, por quatro acadêmicas dos cursos de Farmácia e Enfermagem da UFCSPA.

A atenção básica em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações que preconizam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012). Entretanto, apesar das políticas públicas e dos esforços relacionados, a assistência ainda baseada na lógica prescritiva e verticalizada acaba restrita aos consultórios, inutilizando os demais espaços disponíveis no serviço e na comunidade como ponto terapêutico, com vistas à educação em saúde.



Atendimento em sala de espera de unidade de Saúde

Nessa perspectiva, as salas de espera das unidades de saúde na atenção primária permanecem em segundo plano enquanto recurso terapêutico, uma vez que deveriam ser utilizadas como espaços para a promoção de saúde. Nelas é possível acolher as expressões, vivências e espontaneidade dos usuários do serviço, para construir uma in-

teração participativa e problematizadora da realidade, consciente dos contextos sociais e subjetividades dos sujeitos.

Para título dessa experiência, buscou-se a valorização do saber dos usuários no momento da abordagem, com o intuito de construir um diálogo sobre as temáticas desenvolvidas no programa. Para tal, as acadêmicas identificavam-se como integrantes da equipe “Cuidando da Farmácia Caseira” e iniciavam um diálogo acerca das questões relacionadas aos hábitos de uso de medicamentos e de plantas medicinais e de guarda e descarte dos mesmos. Nessa abordagem foram utilizados materiais informativos confeccionados pelas discentes e amostras de medicamentos, para ilustrar as questões discutidas. Ressalta-se que as abordagens em sala de espera caracterizaram-se pela sua brevidade, dado o curto período em que os usuários aguardam aos atendimentos previamente agendados ou a retirada de medicamentos.

Oficinas com usuários do serviço de saúde

Na atenção primária em saúde o grupo é um espaço privilegiado para as atividades educativas e tem representado uma alternativa que favorece o desenvolvimento do vínculo com o serviço, o diálogo, a troca de conhecimento e, conseqüentemente, fornece elementos para a construção da autonomia e empoderamento dos sujeitos participantes (SATO, AYRES, 2015).

As oficinas foram realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ramos, no segundo semestre de 2015, sob responsabilidade das professoras e das acadêmicas. Surgiram a partir de demanda da própria unidade, dadas as características da população local e condições das agendas dos profissionais do serviço.

A população adstrita da unidade soma mais de 12 mil pessoas que, à semelhança do perfil de morbimortalidade da população brasileira, tem nos idosos um grupo de grande representatividade e, conseqüentemente, com importante prevalência das doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes. Esse perfil condiciona o uso de polifarmácia, expondo os usuários aos riscos da falta de orientação.

Considerando essas características, a equipe do serviço solicitou a atividade como complemento às consultas periódicas de um grupo de usuários com hipertensão e diabetes. O objetivo era contribuir para a adesão ao tratamento e a promoção do uso racional dos medicamentos e de plantas medicinais. Optou-se pela realização de duas oficinas em dias distintos; uma para contemplar o uso das plantas medicinais e outra para conversar a respeito do uso racional dos medicamentos, além da guarda e descarte dos mesmos.

As oficinas foram realizadas por meio de atividades lúdicas como o jogo “bingo de plantas medicinais” que continha informações sobre as espécies mais utilizadas na região. E para abordar as questões referentes aos medicamentos, foi elaborado o jogo “batata quente” construído a partir dos mitos e verdades sobre o uso, guarda e descarte de medicamentos. Durante as dinâmicas, várias questões foram trazidas pelos pacientes, o que permitiu conhecer seus hábitos e práticas, esclarecer dúvidas, trocar experiências e conhecimento sobre a temática do programa. Ao final, as oficinas foram avaliadas pelos participantes por meio de pesquisa de satisfação sobre as atividades e conhecimento adquirido.

Campanha de Descarte de Medicamentos Vencidos

Quando bem indicados, os medicamentos representam um recurso terapêutico de grande impacto na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Entretanto, o expansivo crescimento do mercado farmacêutico, aliado a fatores culturais, expõe a população aos riscos relacionados à automedicação e estimula a manutenção das “farmácias caseiras”.

O acúmulo doméstico de medicamentos contém algumas formulações vendidas sem receita médica, como antigripais, antitérmicos, analgésicos e sobras de medicamentos sujeitos à prescrição que deixaram de ser utilizados.

Esse é um fator preocupante, porque muitos produtos ficam guardados por longos períodos, em condições inadequadas, com prazos de validade ignorados e posteriormente são descartados no lixo comum, no vaso sanitário ou enterrados nos jardins, representando um

problema ambiental devido aos contaminantes oriundos desses resíduos.



Divulgação da campanha de recolhimento de medicamentos vencidos em Unidade de Saúde

A campanha de descarte dos medicamentos vencidos realizada pelo programa contou com duas caixas para coleta: a primeira ficou disponível permanentemente na FD Sarandi, da zona Norte/Eixo Baltazar da cidade de Porto Alegre. A segunda, alocada nas unidades vinculadas ao programa por um período médio de seis semanas. A divulgação da campanha foi realizada nas atividades em sala de espera, pelas acadêmicas, em suas abordagens aos usuários do serviço. Foi utilizado material informativo e banner do Programa Cuidando da Farmácia Caseira.

Os medicamentos recolhidos foram levados à laboratório da UFCSPA para contagem e separação de embalagens secundárias e bulas, e posteriormente encaminhados para destino adequado por empresa terceirizada conveniada com a universidade.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

As ações do Programa de Extensão Cuidando da Farmácia Caseira neste período, envolveram profissionais e usuários de 16 Unidades de Saúde e a FD da Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar.

A atividade Formação Continuada para ACS contou com 31 participantes e foi realizada na sede da universidade. Os resultados do levantamento de conhecimento prévio realizado com os ACS indicam que todos possuíam

medicamentos em seus domicílios, sendo que 53% armazenavam na cozinha e 35,8% descartavam medicamentos vencidos no lixo comum ou vaso sanitário. Também relataram utilizar plantas medicinais, sendo que 41,7% adotavam esta prática afirmando que “por ser natural não faz mal”, e 64,7% que este uso era realizado por tradição familiar.

Os dados demonstram comportamentos e práticas pessoais incorretas em relação à guarda e descarte de medicamentos e à utilização de plantas medicinais por parte dos ACS.

A falta de informação sobre o tema também pôde ser evidenciada pelas falas e reflexões dos profissionais ao longo da atividade. Apesar de serem capazes de problematizar a sua prática profissional, relatam que muitas vezes utilizam suas concepções e hábitos pessoais para transmitir informações aos usuários dos serviços de saúde.

É importante ressaltar que as ações de formação continuada contribuem para a valorização profissional e para minimizar as fragilidades conhecidas dos serviços de saúde, além de contribuir para a formação dos acadêmicos que participam da construção destas ações.

Após a formação continuada, os ACS foram preparados e incentivados a inserir no seu cotidiano profissional, por exemplo, nas visitas domiciliares, ações de cuidado e de orientação de aspectos relacionados à guarda e ao descarte de medicamentos, e também ao uso de medicamentos e de plantas medicinais.

Os ACS ainda foram motivados a desenvolver estratégias e/ou ferramentas de educação em saúde como promoção da adesão ao tratamento e orientação dos cuidados na preparação e uso de chás.

As atividades em sala de espera foram realizadas em duas US e na FD (tabela 1).

Tabela 1: atendimentos em sala de espera realizados nos serviços de saúde pelo Programa de Extensão Cuidando da Farmácia Caseira da UFCSPA.

| Unidades de Saúde | Usuários atendidos | Tempo de atendimento em sala de espera / semana (horas) | Número de semanas de realização da atividade |
|------------------------|--------------------|---|--|
| USF Beco dos Coqueiros | 35 | 2 | 3 |
| UBS Ramos | 153 | 4 | 6 |
| Farmácia Distrital | 152 | 6 | 3 |

Este resultado sugere que, apesar do alto custo relacionado à terapêutica medicamentosa, os indivíduos podem não realizar os tratamentos de forma adequada. O número elevado de unidades de medicamentos descartado demonstra a importância da existência de locais de descarte acessíveis e que não exponham as pessoas aos riscos de um descarte inadequado.

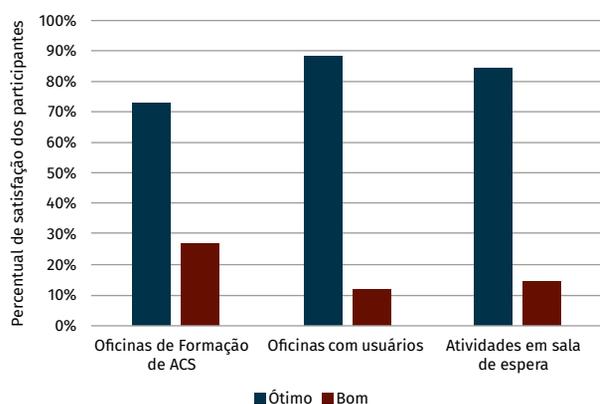
Os dados apresentados demonstram a necessidade de ações capazes de sensibilizar, educar e capacitar os usuários dos serviços de saúde para a promoção do autocuidado e, conseqüentemente, a adesão à terapêutica medicamentosa.

Observa-se a relevância de envolver toda a equipe de saúde na promoção de ações vol-

tadas para cuidados com medicamentos e plantas medicinais, usualmente restritas aos profissionais farmacêuticos. As ações de promoção à saúde envolvendo estes temas devem ser realizadas de forma transversal, por toda a equipe, seja em consulta, visita domiciliar ou em sala de espera, e não só durante a dispensação de medicamentos.

As pesquisas de satisfação apontam o resultado positivo das ações realizadas, demonstrando contribuição para a formação profissional e para a educação em saúde. As atividades proporcionaram discussão de temas relevantes e de situações relacionadas, comuns nos domicílios e muitas vezes não discutidos nos serviços de saúde (figura 1).

Figura 1: Percentual de satisfação dos participantes das atividades do Programa de Extensão Cuidando da Farmácia Caseira, no período de 2014 e 2015.



A proposta foi bem aceita pelos usuários que, em sua maioria, mostraram-se receptivos à conversa e dividiram experiências e hábitos relacionados ao uso, guarda e descarte dos medicamentos e chás, bem como demonstraram dúvidas, principalmente em relação à polifarmácia.

Quanto ao uso de chás, a prática é prevalente e baseia-se principalmente na tradição familiar e na cultura local. Muitos foram os relatos de guarda de medicamentos na cozinha ou banheiro, uso de medicamentos fora do prazo de validade e principalmente descarte em lixos comuns, vasos sanitários ou pias.

Os relatos foram obtidos por meio da postura informal, acolhedora e de escuta ativa, sem juízo de valor, o que facilitou a interação e o vínculo com os usuários. A receptividade das equipes dos serviços também foi um fator facilitador da experiência, uma vez que os servidores incentivaram e divulgaram as ações do programa em suas práticas assistenciais.

Acredita-se que essas ações em sala de espera foram úteis na sensibilização dos usuários sobre a influência do tema em sua saúde. E também serviram como espaço de divulgação

da campanha de recolhimento de medicamentos vencidos.

As oficinas com os usuários foram realizadas na UBS Ramos e contemplaram 24 usuários, com idade entre 59 e 80 anos, a maioria mulheres (66,7%). Todos os participantes possuem medicamentos guardados em casa, a maioria os guarda na cozinha (77,7%) e os descartam no lixo comum e no vaso sanitário (88,8%). As atividades foram realizadas sob a perspectiva da educação em saúde e do empoderamento para o autocuidado.

Em relação às percepções sobre plantas medicinais, a oficina corroborou as impressões obtidas em sala de espera. A maioria dos participantes utiliza plantas medicinais pelo menos uma vez por semana (80%) e 20% as utilizam todos os dias, há mais de dois anos. Todos referiram manter o hábito por tradição familiar e 40% acreditam que as plantas medicinais não fazem mal à saúde por serem naturais.

Os participantes foram receptivos aos momentos da experiência, apesar de, segundo eles, não estarem habituados a participar de atividades em grupo relacionadas à assistência e educação em saúde. A interação com os usuários e equipe de saúde permitiu a imersão no mundo de significados das pessoas abordadas e envolvidas nas atividades, não só em relação aos hábitos terapêuticos dos indivíduos, mas da saúde como um todo.

Espera-se que os usuários que vivenciaram esta experiência possam incorporar em seu dia a dia as práticas discutidas e recomendadas, além de serem disseminadores deste conhecimento em sua comunidade.

A campanha de descarte de medicamentos vencidos impactou no recolhimento de 19.064 unidades de medicamentos, excetuando-se outros objetos como preservativos, agulhas, seringas e produtos cosméticos, também descartados equivocadamente nas caixas deixadas nas unidades de saúde (tabela 2).

Tabela 2: Caracterização dos medicamentos recolhidos no ano de 2015

| Unidades de Saúde | Unidades de medicamentos recolhidos | Período campanha (semanas) |
|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| US Beco dos Coqueiros | 2006 | 10 |
| US Esperança Cordeiro | 642 | 3 |
| UBS Ramos | 4400 | 12 |
| Farmácia Distrital Sarandi | 12.016 | 52 |
| Total | 19.064 | 77 |

Próximos passos, desafios e necessidades

Estão previstas ações do programa nas demais unidades de saúde do DDA, curso de formação para os profissionais da saúde sobre uso correto e seguro de plantas medicinais, pesquisa sobre conhecimento dos acadêmicos dos diferentes cursos da universidade sobre os temas abordados no programa e proposição de disciplinas eletivas sobre Fitoterapia. Também é necessário analisar os dados dos medicamentos vencidos recolhidos, com intuito de conhecer as classes dos medicamentos mais frequentemente descartados, sua disponibilidade na rede pública, data de validade, entre outras variáveis que auxiliarão na construção de estratégias para promoção do uso racional de medicamentos no DDA.

A obtenção de recursos financeiros para a execução das atividades sempre é um desafio. O programa foi contemplado em edital para fomento de ações de extensão e recebeu financiamento para o ano de 2016. O recurso será mantido em 2017. Os incentivos financeiros permitirão o envolvimento de um número maior de acadêmicos dos diferentes cursos nas ações, por meio de bolsas, além da produção de materiais educativos e informativos de qualidade.

Ainda é necessário que as ações do Programa estejam melhor alinhadas às diretrizes da assistência farmacêutica do município e mais integradas com as demandas percebidas durante os atendimentos na farmácia distrital.

CONCLUSÃO

As ações do Programa de Extensão possibilitaram a correta orientação de usuários e equipe de saúde em relação à guarda e ao descarte responsável de medicamentos e ao uso correto de plantas medicinais. Além disso, as atividades permitiram integração da equipe do programa com os usuários e profissionais das unidades de saúde, oportunizando, aos envolvidos, o aprimoramento nas habilidades de comunicação, de escuta e de desenvolvimento de atividades educativas fundamentais aos profissionais da saúde.

A partir das atividades desenvolvidas, percebe-se o quanto a saúde é uma prática social

arraigada aos costumes, cultura e tradição oral. Ao inviabilizar esses aspectos, a equipe não consegue prestar o cuidado integral e acaba por calar os usuários dos serviços de saúde que, por medo ou vergonha de serem recriminados, não verbalizam ou refletem sobre as suas práticas.

A vivência nas unidades de saúde indica que usuários e profissionais têm interesse nos temas e que há necessidade de um trabalho permanente de educação em saúde sobre riscos e benefícios das farmácias caseiras, formando assim multiplicadores desse conhecimento.

Acredita-se que o engajamento da equipe de saúde possa levar à incorporação dos temas abordados em seu cotidiano de visitas domiciliares, consultas, grupoterapia, podendo auxiliar na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

AZEREDO, R. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Saúde. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=180368&SAUDE>. Acesso em: 29 Abr. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 05 maio. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde,

Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DDA/UFCSPA. DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA UFCSPA. Disponível em: <http://www.ufcspa.edu.br/ufcspa/ensino/graduacao/dda.pdf>. Acesso em: 02 maio 2016.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface - Comunic, saúde, educ, v.11, n.23, p.439-47, set/dez 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v11n23/a04v1123.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

FORPROEX. Política Nacional de Extensão Universitária. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Manaus: 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>. Acesso em: 17 abril. 2015.

MARQUES, T. As atividades de agentes comunitários de saúde e a promoção do uso correto de medicamentos em unidades do Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto – SP. 2008. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto. SP.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Saúde. Políticas em Saúde. Assistência Farmacêutica. Farmácia Popular do Brasil. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=965. Acesso em: 29 Abril. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Saúde. Serviços de Saúde. Medicamentos. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=819. Acesso em: 29 Abril. 2016.

SATO, M.; AYRES, J. R.C.M.. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. Interface (Botucatu). Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1027-1038, dez. 2015 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401027&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 abril. 2016.

INSTITUIÇÃO

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Curso de Farmácia

AUTORES

Aline Lins Camargo
Kellen Cristhinia Borges de Souza
Jacqueline Fraga de Souza Santos
Carina Mesquita Pereira
Lidiellen Eich
Natália Domingues dos Santos
Natália Souza dos Santos

CONTATOS

alinel@ufcspa.edu.br
farmaciaseira@ufcspa.edu.br
kellens@ufcspa.edu.br
mesquitacarina@hotmail.com
jacquef.2009@hotmail.com
lidiellen_eich@hotmail.com
ndominguesody@gmail.com
natalia-souza06@hotmail.com



Farmacêuticos abordam assistência farmacêutica em situação de desastre e casos de alta complexidade em município gaúcho

CARACTERIZAÇÃO

Santa Maria está situada a 292 Km de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS). É uma cidade de porte médio, localizada no centro do estado, de grande influência em sua região. A base econômica do município é o setor terciário (serviços), que responde por mais de 80% dos empregos da população economicamente ativa. Entre as

pessoas responsáveis por domicílios, 43% recebem até três salários mínimos e 20% estão em situação de pobreza, com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo.

No ano de 2010, a população do município era de 261.031 habitantes. Desses, 95% viviam na zona urbana e 53% eram mulheres. Embora 90% fossem alfabetizados, entre os maiores de 15 anos 3,2% eram analfabetos, segundo dados

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A maior parte dos habitantes encontrava-se na faixa etária entre 15 e 59 anos (66,55%). As pessoas com mais de 60 anos representavam 13,76% da população.

O nome de Santa Maria foi projetado internacionalmente por causa do incêndio ocorrido no dia 27 de janeiro de 2013, na Boate Kiss, que matou 242 pessoas, deixando mais de mil outras vítimas diretas e indiretas. Esse episódio desencadeou o desenvolvimento de uma das experiências relatadas nesta publicação. Intitulado “A assistência farmacêutica em uma situação de desastre - o incêndio na Boate Kiss, em Santa Maria (RS)”, o trabalho descreve a atuação dos farmacêuticos no atendimento às vítimas.

O município de Santa Maria também é o cenário de outra experiência, “A reconciliação farmacoterapêutica na otimização da terapia”, desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O trabalho tem a participação de farmacêuticos residentes e é realizado em duas unidades hospitalares, onde são internados pacientes para tratamento em diferentes especialidades (Neurologia, Doenças Infecto-contagiosas, Oncologia/Cabeça e Pescoço, Angiologia/Clínica Vascular, Pneumologia, Cardiologia e Medicina Interna).

Perfil epidemiológico

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus, 2010), são registradas 14,9 mil internações na rede pública e conveniada com o sistema em Santa Maria. Além das causas obstétricas (gravidez, parto e puerpério), a maior parte das internações ocorre em função de neoplasias e doenças do sistema respiratório, digestivo e circulatório. As cinco principais causas de óbito na população residente em Santa Maria são as doenças do aparelho circulatório (241 mortes/100.000 mil habitantes). Em seguida, vêm as neoplasias (170/100.000), doenças do aparelho respiratório (81/100.000), além de causas externas de morbimortalidade (60/100.000). O índice de mortes por causas mal definidas é de 1,4%.

Entre as causas neoplásicas malignas de óbito, destacam-se o câncer de pulmão (30 mortes/100.000 habitantes), o câncer de mama

feminino (20/100.000 mulheres) e o câncer de colo uterino (4/100.000). Os acidentes de trânsito (25/100.000) e os homicídios (11/100.000) são as principais causas externas de óbito (SES, 2011).

Com base nas informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no ano de 2010, houve a ocorrência de 136 casos de tuberculose; 103 de hepatites virais e 80 de Aids.

No período de janeiro de 2002 a setembro de 2012, foram registrados 17.670 casos de hipertensão, 135 de diabetes tipo 1 e 691 de diabetes tipo 2. Já os casos de hipertensão e diabetes somaram 5.439.

Estruturação da rede de saúde

O município de Santa Maria é o principal polo assistencial da macrorregião Centro-Oeste do RS (IBGE, 2010). É sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado (CRS-RS), que se divide em duas regiões de saúde (Verdes Campos e Entre Rios) e abrange 32 municípios, povoados por 541.247 habitantes.

A rede de saúde do município conta com 160 estabelecimentos, dos quais 68 fazem parte do SUS. Na atenção primária, são 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No nível intermediário de complexidade do atendimento, o município possui três unidades de pronto atendimento (infantil, adulto e odontológico), um ambulatório de saúde mental, quatro Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e um Centro de Testagem e Aconselhamento.

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), é um hospital geral de alta complexidade que atende exclusivamente aos usuários do SUS. Hospital-escola, a unidade é referência para casos de complicações clínicas ou cirúrgicas e atendimento em transplantes, de gestantes de alto risco e de recém-nascidos na área de abrangência da 4ª CRS-RS. O hospital atende mais de 44 especialidades, dispendo de 400 leitos e um ambulatório com 58 consultórios.

Após o desastre da Boate Kiss, o município recebeu auxílio para a estruturação de uma rede de apoio à população. Contribuíram, a

Força Tarefa Nacional do SUS; voluntários; organizações não governamentais, como a Cruz Vermelha e Médicos Sem Fronteiras; e consultores do Ministério da Saúde (MS) e da Política Nacional de Humanização. Foram criados serviços específicos como o Centro Integrado de Atenção as Vítimas de Acidentes (Ciava) do HUSM e o Acolhe-Saúde, estruturado pelo município, para a atenção psicossocial.

O Ciava foi criado para reunir a equipe de assistência em um só lugar e coordenar os atendimentos das diferentes áreas, além de possibilitar o acompanhamento em longo prazo dos sobreviventes. Antes, os pacientes se deslocavam a vários serviços. Com o Ciava, toda a equipe participava do acompanhamento, incluindo médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico e outros.

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica (AF) municipal conta com três farmácias que dispensam os medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (Remume), conforme prescrição médica, em receituário do SUS.

Já o Setor de Farmácia Hospitalar (SFH) do HUSM conta com 18 farmacêuticos, 11 técnicos, 18 almoxarifes, dois serventes de limpeza e uma recepcionista. O serviço é responsável pela AF a pacientes internados e ambulatoriais, realizando a seleção, programação, armazenamento, distribuição, dispensação de medicamentos e materiais médico-hospitalares; preparo de quimioterapia antineoplásica; e atenção farmacêutica a pacientes oncológicos e a pessoas vivendo com HIV/Aids, além de apoiar a Unidade de Compras no processo de aquisição de medicamentos e materiais do hospital, visando ao uso seguro e racional dos mesmos.

O SFH é campo de ensino para o curso de graduação em Farmácia e para o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no SUS. Junto ao programa de residência, o SFH está especializando seis farmacêuticos: dois na área de concentração das doenças crônico-degenerativas, dois em hemato-oncologia e dois em vigilância em saúde. Os residentes das doenças crônico-degenerativas e vigilância em saúde estão em duas unidades de internação desenvolvendo a prática da Farmácia Clínica.



A assistência farmacêutica em uma situação de desastre - o incêndio na Boate Kiss, em Santa Maria

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Os desastres são alterações súbitas de pessoas, de seu meio ambiente ou de seus bens, causados por fatores externos de origem natural ou pela ação humana, que demandam uma ação imediata por parte das autoridades de saúde, visando à diminuição das conseqüências e acabam por exceder a capacidade de resposta, necessitando ajuda externa de ordem nacional ou internacional (Brasil, 2012). Na cidade de Santa Maria,

no Rio Grande do Sul, o desastre na Boate Kiss, ocorrido em 27 de janeiro de 2013, foi responsável pela morte de 242 pessoas, deixando mais de mil outras vítimas diretas e indiretas, com danos físicos e psicossociais. Segundo Albuquerque *et al.* (2013), os sobreviventes foram expostos ao gás cianeto de hidrogênio e tiveram danos causados pela inalação de fumaça, desordens músculo-esqueléticas e queimaduras.

O objetivo é descrever o processo de assistência farmacêutica (AF) em uma situação de

desastre decorrente do incêndio na Boate Kiss. A experiência tem como base os relatos de acadêmicos e profissionais da área da saúde que atuaram na atenção às pessoas atingidas. Como resultados, foram identificadas iniciativas simples que a equipe de AF desenvolveu frente à demanda, como a segregação das pastas dos pacientes e a criação de um sistema *on-line* de acompanhamento dos sobreviventes, além da confecção de um protocolo registrando, de forma clara e concisa, o fluxo de condutas tomadas pela AF naquela situação inesperada e emergencial.

Nesse contexto, foi importante o planejamento de ações voltadas aos sobreviventes, considerando as diferentes etapas do ciclo da AF. O PET-Saúde/Vigilância em Saúde da UFSM (Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho para a Saúde) foi o mediador entre as discussões teórico-científicas da universidade e as necessidades práticas dos serviços de saúde em relação aos cuidados farmacêuticos. A reestruturação do ciclo da AF realizada “de acordo com a demanda” e “por muitas e diferentes mãos” foi importante para promover o acesso aos medicamentos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes ao desastre.

A integração da academia com os serviços foi concretizada de diferentes formas, pela presença de acadêmicos de graduação e pós-graduação que tinham a 4ª CRS-RS como campo de estágios e práticas (do PET-Saúde/Vigilância em Saúde e do PRMISPS/UFSM - Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM), contribuindo efetivamente no mapeamento das ações relativas ao desastre. A partir de uma reconstituição histórica realizada com acadêmicos, tutores, farmacêuticos residentes e farmacêuticos indicados pelos gestores da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado (CRS-RS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), este relato pretende descrever algumas características do processo de AF e as estratégias que foram implementadas pela equipe de AF no período pós-desastre, em Santa Maria, RS.

A equipe de AF foi constituída, no momento do desastre pelos farmacêuticos e funcionários da 4ª CRS-RS, farmacêuticos da SMS, farmacêuticos residentes do PRMISPS/

UFSM e farmacêuticos voluntários. Após o desastre, a partir de maio/2013, onze acadêmicos de diferentes cursos de graduação (principalmente da Farmácia), juntamente com professores tutores, inseriram-se no processo por meio do PET-Saúde/Vigilância em Saúde e passaram a compartilhar os seus desafios diários. A equipe de AF acompanhou 485 sobreviventes (considerados como vítimas diretas), além das vítimas indiretas (312 familiares, 190 voluntários ou equipe do exército, 19 profissionais da área da saúde, policiais ou bombeiros).

Os resultados das intervenções da equipe de AF puderam ser observados logo após o desastre, quando se iniciou a busca da equipe de AF por medicamentos em quantidade suficiente para atendimento aos 577 sobreviventes. Desses, 82 foram internados em hospitais de Santa Maria e 59 foram removidos para Porto Alegre.

A equipe de AF organizou as doações recebidas de todo o Brasil. Houve remanejamento de medicamentos de outras Coordenadorias Regionais de Saúde e do Almoxarifado Central do Rio Grande do Sul. Neste aspecto, conseguiu-se a liberação de medicamentos que haviam sido judicializados, mas que estavam estocados há mais de trinta dias, sem procura. Além disso, a SMS comprou alguns itens por licitação e a 4ª CRS-RS fez compra emergencial em farmácias. Realizou-se a busca ativa dos medicamentos que seriam necessários nos hospitais do município, a partir de informações *in loco*, com os farmacêuticos e prescritores. Durante esse processo, 835 pessoas realizaram cadastro no Form-SUS buscando atendimento. Durante os mutirões de atendimento ambulatorial, realizados no Ciava/HUSM, foram atendidos 82 pacientes pela equipe de AF.

No momento em que os sobreviventes receberam alta hospitalar e passaram a buscar seus medicamentos na sede da 4ª CRS-RS, destacaram-se as iniciativas da equipe de AF para desburocratização na liberação dos medicamentos que atenderiam aos 65 processos de pacientes de forma emergencial. Na prática, todos os medicamentos que estavam no estoque da 4ª CRS-RS e que poderiam atender a esta demanda foram dispensados, além do cuidado,

atenção da equipe em relação a cada atendimento realizado. Essa agilidade na liberação de medicamentos também foi conquistada com

a ajuda dos peritos, que priorizaram a análise dos processos das vítimas e os deferiram rapidamente.



Figura 3 - Fluxo dos medicamentos

O emprego de um recurso simples foi fundamental para a identificação das vítimas do desastre que buscavam adquirir seus medicamentos na 4ª CRS-RS: a marcação das pastas dos processos dos pacientes referentes a Boate Kiss, com um adesivo colorido e a segregação destas 65 pastas em uma gaveta separada das demais. Esta iniciativa básica, aplicada por uma farmacêutica residente, permitiu discriminar, de forma rápida e efetiva, quem eram as vítimas do desastre e suas necessidades de medicamentos. Em uma situação de emergência, com aumento abrupto da demanda, envolta na comoção e choque da coletividade, a clareza de visão e o pensamento altruísta permitiram que a equipe de AF tomasse essa decisão no momento certo. Caso contrário, essa tarefa demandaria muito mais tempo, pois as 65 pastas ficariam “perdidas” em meio ao contingente de doze mil processos já existentes.

A localização por meio informatizado também não seria possível, pois o Sistema Administração de Medicamentos (AME) vinculado à Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica (CPAF), da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, não contava com um código identificador destas pessoas. A partir da segre-

gação dos processos, foi possível a criação de uma planilha no Microsoft Excel, que foi compartilhada *on-line* via *Google Drive* ficando acessível aos diferentes serviços de atendimento, a fim de facilitar o acompanhamento dos sobreviventes.



Figura 4 – Adesivo colorido identificando processos

Posteriormente, mas não menos importante, aconteceu a criação de uma comissão com especialistas que criaram um protocolo para

flexibilizar a dispensação de alguns medicamentos que não constavam na lista do SUS ou estavam atrelados a um CID específico, o que inviabilizava sua oferta às vítimas (Resolução 646/13 da CIB-RS - Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul). A equipe de AF teve participação também no Grupo Gestor do Cuidado, atuando nas reuniões e na elaboração de protocolos de atendimento das especialidades. Foram realizadas discussões a respeito dos problemas mais urgentes e tentativas de resolução. O grupo reunia representantes do Acolhe Saúde, CEREST, PRAE-UFSM e das esferas do poder público.

Além disso, foi criado o Grupo de Apoio ligado ao gabinete do governador do estado, que acompanhava e apoiava essas pessoas em vários aspectos. O Grupo de Apoio fez um trabalho de mapeamento, busca ativa, visita domiciliar, organização de novas fontes de trabalho, acesso ao ensino superior, emprego, qualificação (cursos), qualificação de serviços desenvolvidos e até mesmo em questões familiares, tentando contornar as dificuldades e personificar políticas públicas estaduais para atender à demanda pós-desastre.

A teorização sobre esta experiência e a sistematização de um texto apontando as dificuldades, as necessidades e as opções de ações que foram as escolhidas e praticadas, com seus erros e acertos, faz-se necessária por si só como um relato histórico. A situação drástica impetrada por uma emergência em Saúde Pública como esta, vivida em Santa Maria, provocou a adaptação rápida das instituições e serviços envolvidos na assistência às vítimas. Isto só foi possível devido à dedicação comprometida e solidária dos profissionais da saúde, além da mobilização conjunta de voluntários e estudantes para atender à demanda das pessoas que necessitavam de atenção imediata.

Outras iniciativas e atividades realizadas podem ser ainda orientadoras na confecção de diferentes protocolos a serem utilizados em desastres. Ao mesmo tempo, acredita-se que a divulgação desta experiência possa ser um instrumento de valorização e reconhecimento dos profissionais da saúde, em especial os farmacêuticos, personagens que

ajudaram a escrever esta história. É importante ressaltar, ainda, o papel integrador da universidade, cuja participação também veio a ser estimuladora, mediadora deste processo.

Dessa maneira, vale lembrar que, em uma situação de desastre, o sistema de prestação de cuidados em saúde fica sobrecarregado. Ferramentas que foram desenvolvidas para contornar esta precariedade merecem destaque como a identificação visual dos processos administrativos e a criação de planilha no Excel disponibilizada no *Google drive* para cadastro das informações, o que nos permitiu acompanhar e monitorar os 65 pacientes. As iniciativas pós-desastre colocadas em prática pela equipe, atuando em várias etapas do ciclo da AF (aquisição, seleção, programação e distribuição), propiciaram uma resposta mais rápida, de acordo com a gravidade da situação, beneficiando, principalmente, quem mais precisava. Para os sobreviventes, o esforço e dedicação da equipe de AF possibilitou, em meio a uma situação de crise, o acesso aos medicamentos e um atendimento e orientação individualizados. Para a gestão, a organização da AF possibilitou o acompanhamento dos pacientes, o que facilitou na tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

Albuquerque IM, Pasqualotto AS, Trevisan ME, Gonçalves MP, Badaró AFV, Moraes JP et al. Role of physiotherapy in there habilitation of survivors of the kiss nightclub tragedy in Santa Maria, Brazil. *Physiotherapy*. 2013; 99(4):269-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2013.07.001>

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. [acessado em 2 de março de 2016]. Disponível em: www.ibge.gov.br

Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nos 12.340,

de 1o de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 abr. 2012. Seção 1, p. 1 - 4.

Brasil. Resolução CNS nº 338/2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. [acessado em 23 de abril de 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/resolucaoocns338/cns.htm>

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Indicadores de Morbidade 2011. [acessado em 12 de janeiro de 2016]. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Resolução CIB/RS 646 de 06 de dezembro de 2013. [acessado em 03 de fevereiro de 2016]. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

INSTITUIÇÃO

Universidade Federal de Santa Maria (HUSM) -
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Educação pelo Trabalho para
Saúde (PET-Saúde/Vigilância em Saúde)

AUTORES

Marinel Mor Dall'Agnol
Liziane Maahs Flores
Regis Carpes Pontel
Daiane Rodrigues de Loreto
Ana Luiza Trindade
Isabel Cristina Reinheimer
Angela Regasson Lena
Juliana dos Santos Oliveira
Melissa de Almeida Corrêa Alfredo
Letícia Aline Fernandes
Mayara Ana Gais
Karolline Pereira de Freitas
Fallon dos Santos Siqueira
Guilherme Ignácio Ritter
Tatiana Margot Muller da Rosa
Fabrícia Lopes Carvalho
Ana Emilia Maixner
Maria Solange Medeiros Ribeiro
Selena Dutra Michel

CONTATOS

lizianemf@gmail.com
regpon@gmail.com
daiadeloreto@hotmail.com
atrindade93@gmail.com
isabelcristina.ceparc@yahoo.com.br
angela.lena@hotmail.com
juoliveirafarma@gmail.com
melissa.alfredo@gmail.com
leticiaalinef@hotmail.com
mayara_gais@hotmail.com
karollinepfreitas@gmail.com
fallon.farm@gmail.com
guiritter@gmail.com
tatianammrosa@gmail.com
fabricia.carvalho@saude.gov.br
farmaciadaana@gmail.com
msolmr@yahoo.com.br
se.michel@hotmail.com
marinelmd@terra.com.br



A reconciliação farmacoterapêutica na otimização da terapia

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A administração de medicamentos no contexto hospitalar é um processo complexo e com múltiplos passos. Nem sempre esse processo é suficientemente seguro, ocorrendo erros que podem ou não causar danos ao paciente. Estes erros, denominados Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), são discrepâncias não intencionais consideradas eventos adversos passíveis de prevenção^{1,2}.

Os PRM podem levar a importantes agravos à saúde dos pacientes, com relevantes repercussões econômicas. São ocorrências comuns e podem assumir dimensões clinicamente significativas, impõem custos relevantes e sua ocorrência impacta diretamente na segurança do paciente. Durante as transições do cuidado,

como na admissão e alta hospitalar, os pacientes ficam expostos a possíveis erros de medicamentos, devido, muitas vezes, à pobre comunicação entre a equipe de saúde e à perda de informações em relação aos pacientes³.

Dados mostram que 49% dos pacientes experimentam pelo menos um erro médico seguinte à alta, comumente envolvendo uso de medicamentos, sendo que a maior parte dos erros poderia ser evitada por meio de comunicação eficiente⁴ e do planejamento adequado de alta, pois, este planejamento contribui para a continuidade do cuidado no domicílio, podendo evitar reinternações⁵.

A diminuição nos erros de medicação, nos serviços de saúde onde existe o farmacêutico atuando juntamente com a equipe clínica, foi demonstrado por vários estudos, reforçando

a hipótese de que a intervenção farmacêutica pode reduzir o número de efeitos adversos, melhorar a qualidade do atendimento e acarretar em diminuição dos custos hospitalares⁶.

O farmacêutico clínico trabalha diretamente em contato com a equipe de saúde, atuando na avaliação e monitoramento da resposta terapêutica dos pacientes, realizando intervenções, recomendações e fornecendo informações sobre medicamentos. Na prática da Farmácia Clínica, o farmacêutico presta assistência ao paciente, estimulando e monitorando o uso racional de medicamentos. Para que esta tenha resultado satisfatório, é importante o bom relacionamento com a equipe multidisciplinar de saúde, atuando com responsabilidade e sigilo⁷.

De acordo com a Resolução nº 585 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), de 29 de agosto de 2013, que dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico, esse profissional promove o uso racional de medicamentos, desenvolvendo práticas como o seguimento farmacoterapêutico, a conciliação medicamentosa e a revisão da farmacoterapia.

Nesse contexto, a Reconciliação Farmacoterapêutica (RF) apresenta-se com um processo no qual se obtém uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza em casa (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração). A partir desta lista, faz-se uma comparação com as prescrições médicas feitas na admissão hospitalar, transferência, consultas ambulatoriais com outros médicos e/ou alta hospitalar.

Essa lista, obtida por meio da RF, é utilizada para otimizar o uso dos medicamentos em todos os pontos de transição do paciente dentro do sistema de saúde. Tem como principal objetivo diminuir a ocorrência de PRM quando o paciente muda de nível de assistência à saúde e, principalmente, busca evitar ou minimizar os erros de transcrição, omissão, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas^{8,9}.

Os estudos sobre a implantação da RF nos serviços de saúde ainda são escassos e precisam ser incrementados a fim de melhorar este processo importante para a segurança do paciente³.

O SFH não conta com profissionais farmacêuticos clínicos em seu quadro de funcionários. Dessa forma, a inserção do farmacêutico, atuando na prática da Farmácia Clínica, está

ocorrendo nas unidades de internação, por meio dos farmacêuticos residentes do Programa de Residência Multiprofissional, a qual tem o intuito de formar profissionais capazes de trabalhar em equipe interdisciplinar e com olhar holístico frente aos usuários dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o SFH, consciente da importância da prática da Farmácia Clínica na garantia de uma farmacoterapia segura e racional, mesmo não contando com profissionais farmacêuticos clínicos em seu quadro de funcionários, presta suporte à atuação dos farmacêuticos residentes nas unidades de internação hospitalar.

No ano de 2015, com o farmacêutico residente já inserido na unidade de internação hospitalar, percebeu-se a necessidade de iniciar a prática da RF, visto que muitos pacientes, no momento da hospitalização, interrompiam seus tratamentos prévios à internação. Além disso, foram observados muitos casos de duplicidade terapêutica e erros de prescrição.

METODOLOGIA

A prática da RF desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ocorre em duas unidades de internação onde os farmacêuticos residentes estão inseridos. Nestas unidades são internados pacientes para tratamento nas especialidades de Neurologia, Doenças Infectocontagiosas, Cabeça e Pescoço/Oncologia, Angiologia/Clinica Vasculard, Pneumologia, Cardiologia e Medicina Interna.

O atendimento farmacêutico ao paciente é realizado em até 48 horas após sua internação na unidade. Antes de abordar o paciente, o farmacêutico consulta o prontuário do mesmo para verificar a anamnese. A partir da anamnese, são verificados a idade do paciente, o histórico de doenças e da internação, além do histórico de alergias.

Ao abordar o paciente, o farmacêutico leva consigo a Ficha de Reconciliação Farmacoterapêutica, instrumento utilizado para a coleta dos dados referentes aos medicamentos que o paciente utilizava em casa e histórico de alergias. Quando o paciente não tem condições de prestar estas informações, o acompanhante é quem responde aos questionamentos.

Ficha de Reconciliação Farmacoterapêutica.



FICHA DE RECONCILIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA (RF) – Setor de Farmácia Hospitalar

Paciente: _____ Same: _____ Andar/Leito: _____ Clínica: _____ Prescritor: _____
 Data da Internação no Andar: _____ Tempo para realização da RF após Internação no Andar: _____
 Fonte de Informações: _____

| 1 | Medicamentos Utilizados em domicílio | Dose/Via | Frequência de administração | Segue prescrito o uso durante o período de internação no hospital? | | | Número da discrepância | Desfecho da Intervenção ACEITA: Sim (S) Não (N) Não se aplica (NA) | Observações |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|--|--|------------------------------|------------------------|--|-------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 2 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 4 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 5 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 6 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 7 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 8 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 9 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 10 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 11 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 12 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 13 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 14 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 15 | | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Sim, c/ alteração | <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Data/Hora – Realização da RF | | Farmacêutico(a): | | | | | | Data/Hora – Desfecho: Tempo até o desfecho: | |

ALERGIAS:

REAÇÕES ADVERSAS:

| Guia de Discrepâncias | | |
|---|--|---|
| Discrepâncias NÃO INTENCIONAIS | Discrepâncias INTENCIONAIS | Reconciliação |
| 1: Omissão de medicamento em uso pelo paciente. 2: Inclusão inadequada de medicamento não utilizado pelo paciente. 3: Inclusão inadequada de medicamento que o paciente relata alergia. 4: Frequência de administração ou dose incorreta. 5: Via de administração incorreta. 6: Prescrição de medicamento incorreto pertencente à mesma classe terapêutica / duplicação terapêutica. | 7: Decisão médica não prescrever um medicamento baseado na situação clínica. 9: Decisão médica prescrever troca de dosagem, frequência de administração ou via baseado na situação clínica. 10: Substituição de um medicamento por outro padronizado pelo hospital. 11: Outros. | Número de Medicamentos em uso antes da admissão |
| | | Número de Medicamentos Prescritos na Admissão |
| | | Número Total de Discrepâncias |
| | | Número de Discrepâncias não intencionais |
| Observações: | | |

Reconciliação Farmacoterapêutica de Alta

| Orientação de Alta | () SIM | () NÃO |
|---|---------|---------|
| Medicamentos Via Sonda | () SIM | () NÃO |
| Orientação de Encaminhamento Processo de Medicamentos | () SIM | () NÃO |

Após o preenchimento da Ficha de Reconciliação Farmacoterapêutica é realizada a RF, comparando a Ficha com a prescrição médica. Esta comparação tem o intuito de encontrar dis-

crepâncias intencionais ou não intencionais na prescrição médica. A partir dessa primeira análise, o farmacêutico, então, irá conversar com a equipe médica sobre as discrepâncias encon-

tradas, buscando otimizar a farmacoterapia do paciente por meio da intervenção farmacêutica.

As discrepâncias não intencionais são: a omissão de medicamento necessário pelo paciente; a adição de medicamento não justificada pela situação clínica do paciente; a diferença na dose, via de administração, frequência, horário ou método de administração; e a duplicidade medicamentosa.

Já as discrepâncias intencionais ocorrem por decisão médica de não prescrever um medicamento ou alterar sua dose, frequência ou via de administração de acordo com a situação clínica do paciente ou, ainda, uma substituição terapêutica de um medicamento por outro da lista de medicamentos padronizados do hospital.

Após a discussão das discrepâncias com o prescritor, novamente, é realizada análise da prescrição a fim de verificar se a intervenção farmacêutica foi aceita ou não pelo médico.

Realização da Reconciliação Farmacoterapêutica com a paciente e acompanhante.



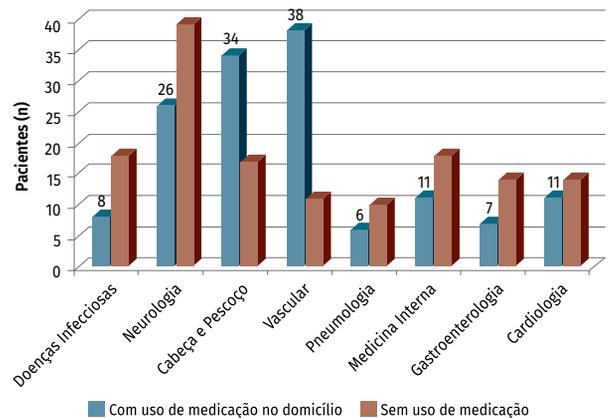
Descrição dos impactos gerados com esta experiência

No período de março a dezembro de 2015, foram analisadas 282 prescrições durante a realização das RF. A partir da análise das RF, observou-se que a idade média dos pacientes foi de 57 anos. Entre os pacientes avaliados, 50% deles já faziam uso de medicamento em domicílio (n=141). Quando analisamos esse dado para os pacientes com 60 anos ou mais, esse percentual aumenta para 60,2%. Nas prescrições dos 141 pacientes com uso prévio de medicamentos, foi detectada inci-

dência de discrepâncias em 64,5% de prescrições (n=91).

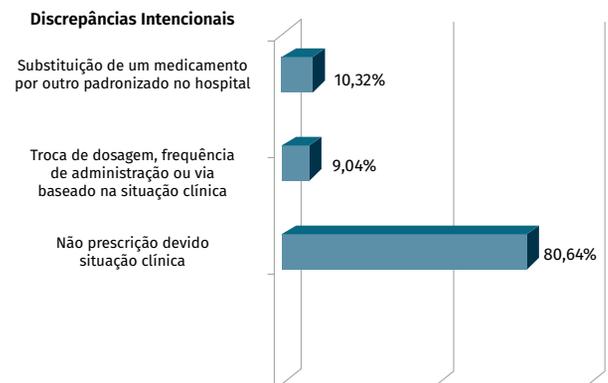
Analisando os dados, verificou-se que a frequência de uso de medicamentos no domicílio foi maior entre os pacientes das clínicas de Angiologia/Doenças Vasculares e Cabeça e Pescoço/Oncologia. Já na clínica de Doenças Infecciosas observou-se o contrário, uma vez que a maioria dos pacientes internados estava sem uso de medicamentos, refletindo o abandono do tratamento antirretroviral (HIV), causa comum de internações hospitalares nesta clínica.

Número de pacientes com uso de medicamentos no domicílio (anterior a internação) x Número de pacientes sem uso de medicamentos, de acordo com a clínica de internação.

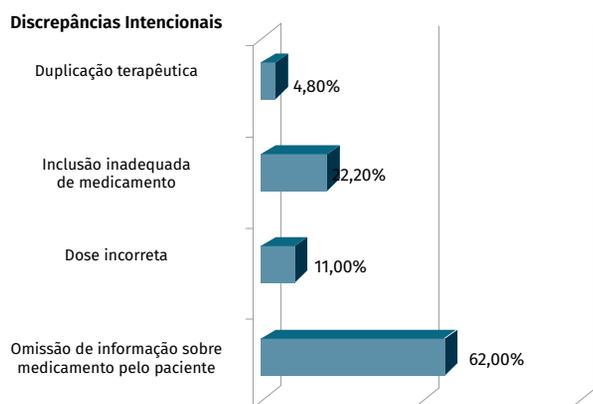


O estudo detectou 218 discrepâncias de prescrição. Dentre estas, 71% foram discrepâncias intencionais e 29% discrepâncias não intencionais.

Frequência das discrepâncias intencionais identificadas (março a dezembro/2015).



Frequência das discrepâncias não intencionais identificadas no estudo.



Observou-se, em 80,64% das RF, a diminuição do número de medicamentos durante a internação. Isto ocorreu por conduta médica devido à situação clínica do paciente, sendo a discrepância intencional identificada com maior frequência.

A discrepância não intencional mais presente nesse estudo foi a omissão de informação sobre medicamento pelo paciente. Esta ocorreu em 62% das RF realizadas. Um problema frequente, na internação hospitalar, é a falta de informações precisas quanto aos medicamentos de uso em domicílio. Isso pode acarretar na interrupção ou inadequação da terapia medicamentosa, resultando em PRM e em risco de danos ao paciente.

Devido às intervenções farmacêuticas, prescrições médicas hospitalares, foram alteradas pelos prescritores, assegurando a continuidade do tratamento. Também, verificou-se que em 11% das RF a dose prescrita estava incorreta devido a informações erradas fornecidas, tanto pela equipe de saúde, quanto pelo paciente/acompanhante.

A prática da RF também possibilitou prevenir o erro de administração de medicamentos nos casos em que os medicamentos utilizados não constavam na lista de medicamentos padronizados do hospital. Pois, quando isso ocorre, o medicamento fica em posse do paciente e este ou o acompanhante faz a administração.

A prática da RF evitou que medicamentos, utilizados em casa e que não eram disponibilizados pelo HUSM, deixassem de ser administrados. A equipe médica era avisada sobre as medicações e, se o tratamento não pudesse ser interrompido, o médico mantinha os medi-

camentos na prescrição hospitalar e o paciente e/ou cuidador eram orientados que esses medicamentos fossem trazidos ao hospital e entregues à equipe de enfermagem, possibilitando a continuidade do tratamento. Essa intervenção foi realizada em 93 RF.

Durante o processo de trabalho foi criado um instrumento com a finalidade de facilitar a comunicação do farmacêutico residente com a equipe médica e de enfermagem, visto que o farmacêutico residente, devido a outras atividades do Programa de Residência, não está continuamente presente na unidade de internação.

Assim, o instrumento é deixado no prontuário do paciente para que a equipe médica, caso não tenha sido contata pessoalmente pelo farmacêutico, tome conhecimento das discrepâncias detectadas durante a RF.

Ao enfermeiro responsável pela unidade, também, é entregue o instrumento contendo informações sobre a administração dos medicamentos produzidas durante a RF. Objetiva-se com isso que as informações sejam repassadas durante as trocas de plantões da equipe de enfermagem e, assim, todos estejam informados dos medicamentos que o paciente fazia uso no domicílio.

Instrumento facilitador para comunicação com a equipe multidisciplinar.



Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM
Setor de Farmácia Hospitalar
Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no
Sistema Público de Saúde



RECONCILIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS/ MEDICAMENTOS POR SONDAS/
INCOMPATIBILIDADES EV

Paciente: _____
Leito: _____

Farmacêutico Responsável: _____
Data: _____

Sabe-se que a reconciliação pode ser realizada por outros membros da equipe de saúde. Porém, estudos mostram que, devido a formação profissional, preparo e maior familiaridade com os medicamentos, o farmacêutico possui maior habilidade de obter o histórico mais completo e preciso dos medicamentos, quando comparado a outros profissionais, evitando informações equivocadas¹⁰.

Assim, a partir da implantação da RF pelos farmacêuticos residentes potencializou-se a detecção de PRM, a interrupção do tratamento ou continuidade de uma terapia inapropriada. O maior impacto que pôde ser evidenciado é a interrupção da cascata de erros de medicamentos. Desta maneira, as intervenções farmacêuticas produziram benefícios diretos aos pacientes ao incrementar a qualidade e segurança do tratamento farmacológico do paciente.

Próximos passos, desafios e necessidades

Apresenta-se como desafio a manutenção da RF de forma contínua e sistemática, uma vez que o hospital não conta com farmacêutico clínico, sendo desempenhada esta atividade pelo farmacêutico residente. Porém, a RF deve ser uma responsabilidade partilhada por profissionais da saúde, tanto os farmacêuticos, quanto os médicos e os enfermeiros, conjuntamente com pacientes e cuidadores.

A continuidade das ações de RF é importante para que maior visibilidade seja dada ao trabalho do farmacêutico como integrante da equipe de saúde, sensibilizando, assim, os gestores sobre a importância da prática da Farmácia Clínica dentro do hospital.

Para que a RF se torne prática vigente na instituição e alcance as demais clínicas atendidas no HUSM, o grande desafio é possuir no quadro da instituição o farmacêutico clínico que poderá priorizar a sua atuação na coordenação e monitorização do processo de RF.

Outro desafio a ser enfrentado é a realização da RF no momento da alta do paciente, pois, no período do estudo, foram realizadas 12 RF, o que representou apenas 11,4% do total das RF. Na RF de alta é realizada a orientação ao paciente quanto aos medicamentos que deverão seguir sendo usados em

domicílio e a forma correta de uso. A maior dificuldade encontrada para desenvolver de forma sistemática este processo é a ausência do residente em período integral na unidade de internação e a falta de comunicação da equipe responsável pelo cuidado do paciente quanto a programação da alta pelo médico assistente.

CONCLUSÃO

A implantação da RF aumentou a segurança e eficácia dos medicamentos prescritos entre transições de cuidados, reduzindo os PRMs. Os resultados apresentados são evidências sólidas da importância da RF, pois permitiram identificar fragilidades no processo de uso de medicamentos, originando intervenções de impacto direto sobre a saúde dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 Cassiani SHB, Deus NN, Capucho HC. Administración segura de medicamentos. In: Cometto MC, organización. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington (EUA): Organización Panamericana de La Salud; 2011.
- 2 Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *QualSaf Health Care* 2006;15:122-26.
- 3 Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. Erros de medicação. *Pharmacia Brasileira* 2010;74:1-24.
- 4 Forster AJ, Murff HJ, Petersom JF, Gandhi TK, Bates DW. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J GenIntern Med* 2005;20:317-23.
- 5 Huber DL, Mccllelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof-Nurs*. 2003;19(4):204-10.
- 6 Nunes PH, Pereira BM, Nominato JC. Pharmaceutical intervention and prevention of drug related problems. *Braz. J. Pharm. Sci*, 2008;44(4):691-9.
- 7 Santos L, Torrian MS, Barros E. Medicamentos na prática da farmácia clínica. São Paulo: Artmed, 2013.

- 8 Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR. Preventing medication errors. Quality chasm series. Washington (DC): The National Academies Press; 2007.
- 9 American Society of Health-System Pharmacists. ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation. *Am J Health-Syst Pharm.* 2013;70:453-6.
- 10 Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization *Arch Intern Med.* 2006;166(5):565-571.

INSTITUIÇÃO

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

AUTORES

Juliana dos Santos de Oliveira
Laura Vielmo
Sandra Trevisan Beck
Cláudia Sala Andrade
Luma Elsenbach Schutkoski
Marília Buss de Marchi
Andriely Bersch
Débora Hermes

CONTATOS

juoliveirafarma@gmail.com
lauravielmo@yahoo.com.br
stbeck.beck@gmail.com
clausala@gmail.com
luuma.ie@gmail.com
lilabuss@bol.com.br
berschandriely@gmail.com
debora.hermes@hotmail.com



Aquisição de medicamentos em embalagem fracionável: uma estratégia para o uso racional de medicamentos

CARACTERIZAÇÃO

Pomerode tem 27.759 habitantes, sendo 50,1% homens e 49,9% mulheres. Destes, 58,3% têm idade entre 15-49 anos, conforme Censo/IBGE 2010. Situa-se no Médio Vale do Itajaí, a 162 km de distância de Florianópolis, capital do estado. Os principais centros urbanos em sua proximidade são Blumenau, ao Sul, e Jaraguá do Sul, ao Norte. A área total do município é de 217,80 km², sendo aproximadamente 70 km² de área urbana (33%) e 141 km² de área rural (67%).

A economia baseia-se no setor secundário, tendo como destaque a fabricação de porcelanas, malhas, produtos plásticos, produtos de metalurgia fina, produtos químicos, esquadrias de madeira e móveis. Em termos de organização regional, Pomerode integra a Associação

dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (AMM-VI), composta por 14 municípios, e cujo centro polarizador é Blumenau.

Estruturação da rede de saúde

O município tem 100% de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), são oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), uma Policlínica, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde mantém o plantão médico e o sobrea-viso médico do hospital, que é filantrópico. À administração municipal de Pomerode compromete mais de 15% da receita na área da saúde, o que reflete diretamente na qualidade da saúde pública do município.

Assistência farmacêutica

São quatro farmacêuticos concursados, três na assistência farmacêutica e um na vigilância sanitária, todos com carga horária semanal de 40 horas. Os farmacêuticos da assistência farmacêutica atuam em diferentes serviços, um na farmácia do Caps, um na Farmácia Central, situada na Policlínica, e um no Nasf, que também é o coordenador da assistência farmacêutica. O município possui uma Relação Municipal de Medicamentos (Remume) instituída desde 2010 e revisada anualmente pela Comissão de Farmácia e Terapêutica que foi instituída no final de 2009 por meio de instrução normativa do secretário de Saúde e Decreto Municipal nº 2864/2014. O gasto de medicamentos *per capita*/ano é em torno de R\$ 25,00.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

No Brasil, por meio da Portaria MS nº 3916/98, foi instituída a Política Nacional de Medicamento. A política reorientou o modelo de assistência farmacêutica, fundamentando-o na gestão descentralizada, na promoção do uso racional do medicamento, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição público. Em 2004, aprovou-se a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio da Resolução do CNS nº 338/2004 como parte integrante da Política Nacional de Saúde. Essa iniciativa propõe um conjunto de ações, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A equipe de saúde trabalha de forma integrada, tendo o medicamento como insumo essencial, visando ao seu uso racional e respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS.

Podemos dizer que a reorientação da assistência farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão e em iniciativas que possibilitam otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público de saúde. A gestão da assistência farmacêutica é algo complexo que exige planejamento de recursos financeiros, capacidade de gestão de recursos humanos e visualização das demandas necessárias para promoção da saúde. Na gestão da organização da assistência farmacêutica é preciso modernização, financiamento sustentável

para a promoção do acesso ao medicamento, além do conhecimento da rede SUS em nível municipal, estadual e nacional.

Alguns dos componentes da assistência farmacêutica podem e devem contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos. É o caso do gerenciamento, que deve ter como resultado a disponibilidade de medicamentos de qualidade, adquiridos com agilidade satisfatória e baixo custo, armazenados e distribuídos de forma a preservar suas características originais. Já a dispensação deve assegurar o acesso a medicamentos adequadamente embalados, o bom entendimento sobre o modo de uso do medicamento e a intervenção junto aos membros da equipe de saúde para garantir a correta prescrição.

Considerando alguns dos objetivos da Política Nacional de Medicamentos – que são o acesso e o uso racional – houve a iniciativa de implementar a estratégia do fracionamento de medicamentos. A falta de embalagens apropriadas ao fracionamento de medicamentos gera desperdício nos municípios. Na maioria das vezes, é necessário dispensar uma quantidade superior àquela que o usuário necessita para o tratamento. Também ocorre de *blisters* e cartelas de forma inadequada perdendo assim a identificação do medicamento.

O fracionamento de medicamentos é uma prática regulamentada pela RDC nº 80/2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A resolução dispõe que as farmácias poderão fracionar medicamentos a partir de embalagens especialmente desenvolvidas para essa finalidade. No site da Anvisa existe uma lista com os medicamentos e as empresas que comercializam medicamentos em embalagem primária fracionável conforme a RDC nº 80/2006.

Desde a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no município de Pomerode, em 2011, o farmacêutico integra a equipe do núcleo, e presta apoio técnico e assistencial em oito unidades de saúde. Com este apoio foi possível verificar nas unidades de saúde um alto índice de *blisters*/cartelas cortados, sem identificação, sem validade e lote e, em muitos casos, com exposição do comprimido ou cápsula, propiciando um fornecimento errado e o uso inadequado do medicamento (figura 1).



Figura 1: blister/cartela cortadas encontradas nas unidades de saúde

Todas as unidades de saúde do município utilizam sistema informatizado. A dispensação de medicamentos é registrada no sistema no momento do atendimento. São inseridos a quantidade fornecida, o lote, a validade, os nomes do prescritor, do usuário e de quem retirou o medicamento, bem como outros dados relevantes.

A dispensação deve assegurar que os medicamentos sejam entregues ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada assegurando a integralidade da prescrição, que sejam fornecidas as informações para o uso correto e que seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto. Portanto, foram traçadas metas para acabar com o fracionamento das embalagens primárias não fracionáveis.

METODOLOGIA

Foram realizadas diversas etapas, sendo estas:

- conversa com as equipes de saúde para normatização sobre o fracionamento dos medicamentos em embalagem não fracionável;
- levantamento dos medicamentos mais fracionados de maneira inadequada nas unidades de saúde;
- discussão no Conselho Municipal de Saúde para participação do controle social;

- avaliação da possibilidade de o fracionamento ser realizado no município, com a aquisição de embalagens, etiquetas e máquinas seladoras;
- levantamento, no site da Anvisa, dos medicamentos que são comercializados em embalagem fracionável conforme a RDC nº 80/2006;
- publicação do Decreto Municipal nº 2864, que institui a Política de Assistência Farmacêutica no município e conforme o seu artigo 18: “O fracionamento de medicamentos só é permitido para medicamentos em embalagem fracionável conforme RDC Anvisa nº 80/2006, estando indicado sempre que for necessário o ajuste para a quantidade prescrita e orientada pelo farmacêutico”;
- estudo da possibilidade de mudança na descrição dos medicamentos nas próximas licitações, para aquisição em embalagem primária fracionável;
- escolha dos medicamentos que seriam licitados em embalagem fracionável, conforme o levantamento dos dados na Anvisa;
- como a aquisição dos medicamentos no município é realizada na modalidade pregão eletrônico, com registro de preço por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS-AMMVI), e o mesmo têm apoio técnico da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica da AMMVI, levou-se para discussão entre os farmacêuticos a mudança no edital e aquisição destes medicamentos em embalagem primária fracionável.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Inicialmente foram realizadas discussões com as equipes de saúde para normatização sobre o fracionamento dos medicamentos em embalagem não fracionável e determinou-se que os medicamentos de uso contínuo não fossem mais fracionados cortando as cartelas, já que os usuários vêm mensalmente à unidade de saúde, e era possível fornecer em um mês uma quantidade maior e no mês seguinte uma quantidade menor de medicamentos, utilizando-se como controle o sistema informatizado e os carimbos de controle nas receitas. O fracionamento diminuiu, mas ainda continuava a

ocorrer, principalmente com os medicamentos anti-inflamatórios, antibióticos e analgésicos. Novamente, levou-se a discussão para as equipes de saúde e para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e, em 2013, foi definido que não seria mais permitido o fracionamento de embalagens primárias que não fossem fracionáveis, conforme a definição da RDC nº 80/2006 e que se estudaria a possibilidade de inclusão nas próximas licitações de medicamentos em embalagem primária fracionável.

Durante o planejamento da aquisição de medicamentos em embalagem primária fracionável, avaliou-se a possibilidade de ser realizado o fracionamento no município, com a aquisição de embalagens, etiquetas e máquinas seladoras, mas logo se verificou um custo mais elevado, maior possibilidade de erros e a necessidade de aumento dos recursos humanos da assistência farmacêutica o que não era possível no momento.

Para que não fosse mais permitido o fracionamento de medicamentos em embalagem não fracionável, conforme discutido com as equipes e CMS, foi publicado o Decreto Municipal nº 2864/2014 que institui a Política de Assistência Farmacêutica no município e conforme o seu artigo 18: “O fracionamento de medicamentos só é permitido para medicamentos em embalagem fracionável conforme RDC Anvisa nº 80/2006, estando indicado sempre que for necessário o ajuste para a quantidade prescrita e orientada pelo farmacêutico”.

No levantamento realizado no site da Anvisa detectou-se que poucos medicamentos da Remume possuíam registro com embalagem primária fracionável. Nesse contexto, tornou-se fundamental uma seleção racional dos medicamentos, de maneira a proporcionar maior eficiência administrativa e uma adequada resolutividade terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e utilização de fármacos.

Para isso, foram selecionados, inicialmente, três medicamentos que seriam licitados neste formato: o medicamento prednisona comprimido, nas concentrações 5 e 20 mg, e o n-butiles-copolamina 10 mg comprimido. Estes medicamentos foram selecionados por apresentarem posologias que necessitam o fracionamento da embalagem. Quando se tem uma prescri-

ção de prednisona 5 mg, um comprimido por dia, durante três dias e a embalagem primária do medicamento tem 20 comprimidos e não é fracionável, se torna difícil a promoção do seu uso racional. Ou se promove o fracionamento da embalagem cortando o blister e assim perdem-se informações importantes, como a identificação do medicamento, lote e validade ou se fornece o blister com os 20 comprimidos e com isso além do gasto público pode-se estar promovendo um uso irracional do medicamento e a automedicação.

A proposta de inclusão desses medicamentos em embalagem fracionável foi encaminhada à Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica da AMMVI e aceita. Portanto, deram-se os encaminhamentos legais para a realização da licitação. Além das exigências da lei de licitações para que fosse possível a aquisição dos medicamentos em embalagem primária fracionável, o edital passou por revisão e acrescentaram-se os dizeres “blister fracionável conforme a RDC Anvisa 80/2006” na descrição dos itens selecionados, e o pregão foi realizado no final de 2014.

Após o pregão avaliou-se o resultado e o preço alcançado nestes itens e comparando-se com a licitação anterior o preço não variou muito. Além disso, os municípios teriam uma maior economia no ato da dispensação ao fornecer a quantidade prescrita nas receitas atendidas.

Com o sucesso desta aquisição, planejou-se para a próxima licitação a aquisição neste formato para outros medicamentos. Avaliou-se que os antibióticos também apresentam posologias variadas e as embalagens primárias disponíveis não atendem satisfatoriamente às necessidades posológicas, dependendo do fracionamento para um atendimento adequado das prescrições. Corroborando com a escolha dos antibióticos, segundo a Organização Mundial de Saúde, 75% dos antibióticos são prescritos inapropriadamente, uma média de 50% dos pacientes toma os medicamentos de maneira incorreta, o que pode levar a um aumento da resistência microbiana. Com a avaliação da lista de medicamentos produzidos em embalagem primária fracionável foram selecionados os seguintes medicamentos: amoxicilina 500 mg, azitromicina 500 mg,

cetoconazol 200 mg, ciprofloxacino 500 mg, fluconazol 150 mg, metronidazol 250 mg, secnidazol 1 g e novamente a prednisona 5 mg e 20 mg e a n-butilescolamina 10 mg.

A licitação ocorreu em dezembro de 2015 e apenas dois itens não foram adquiridos por cancelamento por parte dos fornecedores, o metronidazol e o secnidazol, e estes foram incluídos em nova licitação.

Na tabela 1 está a comparação dos valores dos medicamentos licitados em dezembro de 2015, comparados com licitações do mesmo ano de outros municípios em embalagem primária não fracionável. Pode-se observar que os valores não são muito diferentes. Mesmo nos valores unitários maiores, obtêm-se economia, por se dispensar apenas a quantidade prescrita para o tratamento.

Tabela 01 - Comparação entre os valores dos medicamentos em embalagem não fracionável e embalagem fracionável conforme RDC nº 80/2006 em licitações realizadas em 2015

| MEDICAMENTO | Embalagem não fracionável | | | Embalagem fracionável |
|----------------------------|---------------------------|--------------|--------------|-----------------------|
| | Município 01 | Município 02 | Município 03 | Consórcio |
| Amoxicilina 500 mg cápsula | R\$ 0,12 | R\$ 0,11 | R\$ 0,14 | R\$ 0,18 |
| Azitromicina comprimido | R\$ 0,33 | R\$ 0,34 | R\$ 0,36 | R\$ 0,34 |
| n-butilescolamina 10 mg cp | R\$ 0,36 | R\$ 0,35 | R\$ 0,38 | R\$ 0,52 |
| Cetoconazol comprimido | - | R\$ 0,09 | - | R\$ 0,14 |
| Ciprofloxacino comprimido | R\$ 0,26 | R\$ 0,13 | R\$ 0,19 | R\$ 0,18 |
| Fluconazol 150 mg caps | R\$ 0,18 | R\$ 0,17 | R\$ 0,24 | R\$ 0,17 |
| Prednisona 5 mg cp | R\$ 0,07 | R\$ 0,07 | R\$ 0,06 | R\$ 0,06 |
| Prednisona 20 mg cp | R\$ 0,11 | R\$ 0,11 | R\$ 0,42 | R\$ 0,13 |

Na tabela 02 é possível observar os valores unitários obtidos pelo consórcio em licitações dos mesmos medicamentos, nos anos de 2012 a 2015. Mesmo observando-se um aumento no valor unitário dos medicamentos, pode-se di-

zer que este valor é advindo, principalmente, do aumento do preço dos medicamentos de um ano para outro, pois quando observada a tabela 01, que compara licitações realizadas no mesmo ano, os valores não diferem tanto.

Tabela 02 - Comparação entre os valores dos medicamentos em embalagem não fracionável e embalagem fracionável conforme RDC nº 80/2006 em licitações realizadas entre 2012-2015 pelo consórcio

| MEDICAMENTO | Embalagem não fracionável | | | Embalagem fracionável |
|-----------------------------|---------------------------|----------|----------|-----------------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Amoxicilina 500 mg cápsula | R\$ 0,05 | R\$ 0,07 | R\$ 0,09 | R\$ 0,18 |
| Azitromicina comprimido | R\$ 0,35 | R\$ 0,32 | R\$ 0,31 | R\$ 0,34 |
| n-butilescolamina 10 mg cp* | R\$ 0,14 | R\$ 0,13 | R\$ 0,30 | R\$ 0,52 |
| Cetoconazol comprimido | R\$ 0,07 | R\$ 0,08 | R\$ 0,08 | R\$ 0,14 |
| Ciprofloxacino comprimido | R\$ 0,10 | R\$ 0,13 | R\$ 0,13 | R\$ 0,18 |
| Fluconazol 150 mg caps | R\$ 0,17 | R\$ 0,13 | R\$ 0,18 | R\$ 0,17 |
| Prednisona 5 mg cp* | R\$ 0,03 | R\$ 0,05 | R\$ 0,06 | R\$ 0,06 |
| Prednisona 20 mg cp* | R\$ 0,07 | R\$ 0,09 | R\$ 0,15 | R\$ 0,13 |

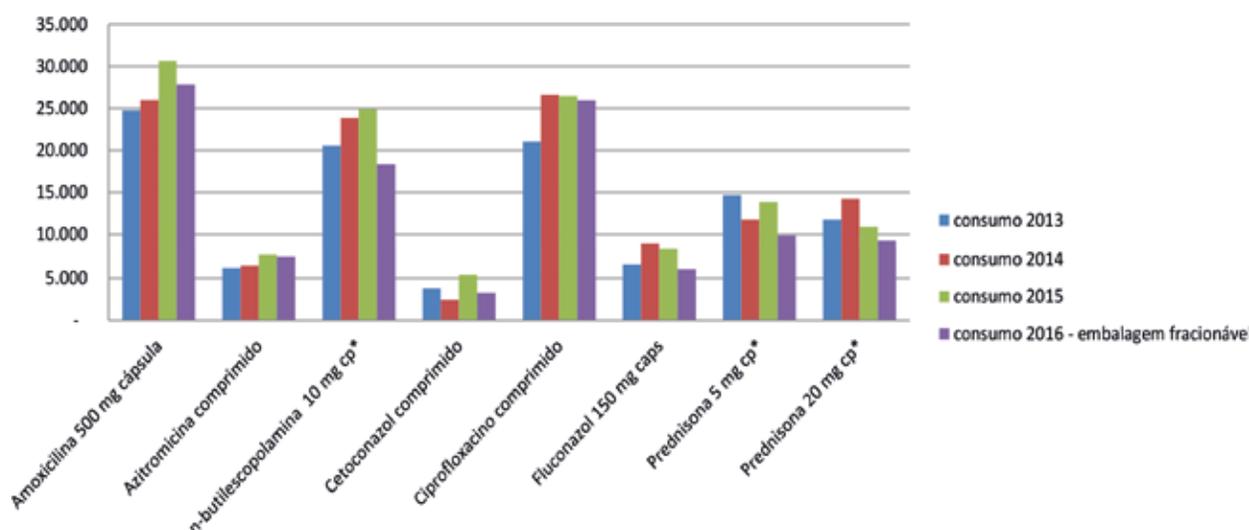
*Em 2015 os medicamentos prednisona e n-butilescolamina já foram adquiridos em embalagem fracionável

Tabela 03 - Comparação do consumo de medicamentos em embalagem não fracionável e embalagem fracionável conforme RDC nº 80/2006 no período de janeiro a agosto de 2013 a 2016 no município de Pomerode-SC

| MEDICAMENTO | consumo | | | |
|-------------------------------|---------|--------|--------|----------------------------------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 embalagem fracionável |
| Amoxicilina 500 mg cápsula | 24.779 | 25.974 | 30.674 | 27.836 |
| Azitromicina comprimido | 6.207 | 6.510 | 7.827 | 7.559 |
| n-butilescopolamina 10 mg cp* | 20.562 | 23.891 | 24.887 | 18.370 |
| Cetoconazol comprimido | 3.766 | 2.420 | 5.398 | 3.265 |
| Ciprofloxacino comprimido | 21.017 | 26.629 | 26.477 | 25.948 |
| Fluconazol 150 mg caps | 6.654 | 8.900 | 8.545 | 6.074 |
| Prednisona 5 mg cp* | 14.684 | 11.778 | 13.831 | 9.857 |
| Prednisona 20 mg cp* | 11.781 | 14.202 | 10.888 | 9.227 |

*Em 2015 os medicamentos prednisona e n-butilescopolamina já foram adquiridos em embalagem fracionável

Gráfico 1 - Comparação do consumo de medicamentos em embalagem não fracionável e embalagem fracionável conforme RDC nº 80/2006 no período de janeiro a agosto de 2013 a 2016 no município de Pomerode-SC



*Em 2015 os medicamentos prednisona e n-butilescopolamina já foram adquiridos em embalagem fracionável

O gasto público com medicamentos é otimizado, possibilitando uma racionalização dos investimentos na área. Utilizando o medicamento ciprofloxacino 500 mg como exemplo, em 2015, na Secretaria de Saúde de Pomerode foram dispensados 39.615 comprimidos, que equivalem a 2.641 blisters com 15 comprimidos cada. O tratamento usual é de 01 comprimido de 12/12 horas por 7 dias, totalizando 14 comprimidos. Como o blister tem 15 comprimidos, cada usuário leva um comprimido a mais. Se em 2015 o município já tivesse o medicamento

ciprofloxacino em embalagem primária fracionável, teria economizado 2.641 comprimidos, o que equivale a 188 tratamentos, ou seja, teria economizado 7,1%.

A embalagem primária fracionável conforme a Resolução 80/2006 (figura 2) permite o fracionamento com segurança, garantindo as características asseguradas na forma original do produto até que este chegue ao usuário. As subdivisões mantêm os dados de identificação e as mesmas características de qualidade, segurança e eficácia asseguradas na embalagem

original do produto, não necessitando nova identificação por etiquetas, apenas o acondicionamento em sacolas para maior comodidade do usuário no transporte. Com isso, não se tem um custo da dispensação elevado, pois as sacolas já são adquiridas pelo município para o fornecimento dos medicamentos nas unidades de saúde. As bulas vêm em quantidade adequada e são fornecidas aos usuários.



Figura 2 - Medicamentos em embalagem fracionável adquiridos após a implantação das mudanças no edital de licitação

Já foi possível observar uma redução no consumo destes medicamentos, no município, no ano de 2016, após as aquisições em embalagem fracionável, conforme gráfico 01. Isso, mesmo em um ano com temperaturas reduzidas, o que pode proporcionar um maior consumo de antibióticos e anti-inflamatórios. Foi comparado o consumo desses medicamentos no período, de janeiro a agosto, nos anos de 2013 a 2016. Primeiro, porque existe uma sazonalidade no consumo desses medicamentos. Depois, por não haver, ainda, dados de consumo total do ano de 2016.

Próximos passos, desafios e necessidades

Infelizmente nem todos os medicamentos são produzidos em embalagens fracionáveis. Considerando o grande número de indústrias farmacêuticas e de medicamentos registrados no Brasil, este número é ainda incipiente para cumprir os princípios desta estratégia em sua integralidade. Pretende-se, em novas licitações continuar e ampliar o número de

medicamentos licitados em embalagem primária fracionável.

Outro objetivo é aprimorar a dispensação destes medicamentos fracionáveis, pois a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) tem particularidades que não estão contempladas na RDC nº 80/2006. Hoje, na maioria dos municípios brasileiros, o fracionamento é realizado sem supervisão, com o corte dos *blisters* e cartelas, ou não é realizado para nenhum medicamento. Em Pomerode, estamos tentando mudar essa realidade, mas ainda temos desafios como a rotulagem da embalagem e o registro do fracionamento. Para isso, precisaremos de farmacêuticos atuando em todas as unidades de saúde do município demandando a contratação de mais farmacêuticos.

CONCLUSÃO

A promoção do acesso ao medicamento, com uso racional, dentro de uma dificuldade orçamentária, é um desafio para os gestores da assistência farmacêutica no SUS. O processo de descentralização exige que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso, o uso racional dos medicamentos e a integralidade das ações.

O processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação irresponsável são fatores que provocam problemas na condição terapêutica, levando a maiores gastos da saúde pública. Além do prejuízo econômico para os consumidores, os medicamentos que sobram acarretam prejuízos sanitários, pois são, geralmente, guardados inadequadamente em algum armário ou gaveta na residência dos usuários, propiciando a oportunidade para o uso irracional desses produtos.

O fracionamento de medicamentos possibilita a aproximação do profissional farmacêutico com o usuário de medicamentos e o ajuste da terapia medicamentosa às suas reais necessidades. Com a disponibilização, nas unidades de saúde de medicamentos em embalagem primária fracionável, é possível o fornecimento na quantidade prescrita pro-

movendo o uso racional de medicamentos, reduzindo-se a automedicação e a geração de resíduos nas residências, além de otimizar a utilização dos recursos financeiros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília. 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Lista de medicamentos registrados fracionáveis. Brasília. http://portal.Anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f6fe420041091a34894b9b9cca79f4cf/Lista+de+fracionados_02_09_2013.pdf?MOD=AJPERES

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 80, de 11 de maio de 2006. Brasília. http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/fraciona/rdc_80.htm

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/Con-

selho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Brasília. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

POMERODE. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto Municipal nº 2864/2014. Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina. Edição nº 1551, pág . 254. Florianópolis. <https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/site/>

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Pomerode (SC)

AUTORA

Lígia Hoepfner

CONTATO

farmasaude@pomerode.sc.gov.br



Auditoria SUS Camaçari: avanços e desafios

CARACTERIZAÇÃO

Camaçari, município do estado da Bahia, faz parte da região metropolitana de Salvador. Possui uma área de 784.658 km² com quatro distritos: Vila de Abrantes, Monte Gordo, sede (Camaçari), Parafuso e Remanescentes quilombolas (Cordoaria). Segundo Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possuía uma população de 242.970 habitantes e vem apresentando um incremento populacional de 5,9% ao ano. Este crescimento pode representar possível impacto nos serviços de saúde do município. As mulheres passaram a representar 50,32% da população e os homens 49,68%, evidenciando uma mudança com relação aos dados do censo 2000 do IBGE.

O município representa o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado, depois de Salvador (IBGE/2011) sendo a sede do maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul.

Camaçari é sede do programa social Cidade do Saber, inaugurado em 22 de março de 2007, sendo reconhecido como o mais importante centro de conhecimento e inclusão social do estado da Bahia.

Perfil epidemiológico

No período de 2006 a 2015, Camaçari teve como principal causa de óbito as doenças do aparelho circulatório, seguida das causas externas, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas e nutricionais. Apresentou redução da taxa bruta de natalidade por mil habitantes saindo de um patamar de 19,11 nascimentos por mil habitantes em 2006 para 15,58 em 2015.

A taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos vem apresentando oscilações. Em 2006, a taxa de óbitos foi de 19,63 por mil nascidos vivos, a maior taxa do pe-

ríodo e, em 2007, 14,24 óbitos, a menor taxa do período. No ano de 2015, estima-se que essa taxa tenha sido de 17,89 óbitos por mil nascidos vivos.

De acordo com dados do Sistema Nacional de Agravos e Notificação (SINAN), destaca-se o aumento da taxa de detecção de sífilis em gestantes em 2015 (16,42) a valores 16 vezes superior a 2010 (0,96), constatando-se a melhoria no diagnóstico e demonstrando a contribuição das orientações dos auditores durante as auditorias realizadas nas Unidades de Saúde da Família (UBS) e as ações preventivas da atenção básica.

Em fevereiro de 2015, foram verificados casos de doença exantemática indeterminada (DEI), posteriormente identificada como o vírus Zika, em 05 amostras de pacientes residentes no município, passando a ser registrada no SINAN/MS. Até julho 2015, foram notificados 505 casos suspeitos. Paralelamente, surgiu a virose Chikungunya, sendo notificados 465 casos com 15 casos confirmados, e a dengue, com 838 casos registrados e 396 casos confirmados.

Estruturação da rede de saúde

Camaçari possui rede pública composta por 63 unidades de saúde, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS/2014). São 40 Unidades de Saúde da Família; 08 unidades básicas; 01 unidade de atendimento em DST/AIDS, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 02 Unidades de Atendimento Pré-Hospitalar de Atenção às Urgências (SAMU); 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 01 Centro de Atenção Psicossocial (Caps) II; 01 Centro de Especialidade em Saúde Mental; 01 Centro de Unidades de Apoio e Referência em Saúde que abrange: Unidade de Apoio as Pessoas com Doença Falciforme (Unifal); Centro de Oncologia de Camaçari (Ceonc); Centro Multiprofissional de Reabilitação Física de Camaçari (Cempre); 01 hospital dia; 01 unidade hospitalar - Hospital Geral de Camaçari; 01 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Ceres), 01 centro de controle de zoonoses e 25 clínicas credenciadas ao SUS com serviços de laboratório, bioimagem, reabilitação, terapia renal substitutiva, dentre outros.



Fachada USF do Verde Horizonte – Camaçari/BA

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O Sistema de Auditoria, conhecido como auditoria médica, instituído pelo extinto Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), através da RS/45 de 12/07/84, foi a primeira normatização de auditoria na área da saúde. Inicialmente, era focada na assistência médica. Atualmente, na concepção do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), é um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o SUS por meio de recomendações e orientações ao gestor para a alocação e utilização adequada dos recursos, garantia do acesso e qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

O sistema municipal de auditoria do Sistema Único de Saúde de Camaçari foi instituído pela Lei Municipal nº 414, de 23 de outubro de 1998, que definiu a sua vinculação ao secretário municipal de saúde e atribuições. Embora esta lei não tenha sido revogada, desde 2005 a auditoria vinha exercendo as suas atribuições ligadas ao departamento de auditoria, controle, avaliação e regulação do SUS na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Após a lotação de farmacêuticos no setor, foi realizada análise dos processos existentes no período de 2005 a 2007, verificando-se a existência de 149 queixas/denúncias registradas pelos usuários do SUS no próprio setor, as quais muitas não eram encerradas ou respondidas ao denunciante. Demandas como estas não exigem realização de auditorias e sim respostas da área técnica responsável. Contudo, também não eram realizadas auditorias programadas e/ou de rotina, verificando-se a necessidade de se conhecer a rede de saúde do município. A partir de então, foi iniciado um estudo sobre a legislação de saúde em vigor, com levantamento das atividades executadas

pela auditoria e análise e avaliação da organização dos serviços de saúde da rede credenciada ao SUS. O levantamento baseou-se em quatro etapas:

I - inspeção *in loco* utilizando roteiros elaborados conforme orientação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) 2004/2005, que procurou avaliar os padrões de conformidade da saúde pública, humanização, estrutura física, recursos humanos e materiais, segurança do trabalhador, pre-

servação do meio ambiente, e averiguação da organização dos serviços; Pacto pela Saúde e legislação em vigor.

Foram utilizados quatro roteiros:

- Relatório sobre organização de serviços;
- Infraestrutura física funcional;
- Situação dos equipamentos;
- Atendimento ao usuário SUS.

Relatório fotográfico demonstrando não conformidades encontradas nas auditorias de rotina



Armário desorganizado



Anestésico com prazo de validade expirado



Depósito de Materiais de Limpeza (DML) - Faltam armários para a guarda de materiais e utensílios e não tem tanque para lavagem



Depósito de lixo não atende a legislação em vigor



Armário com os prontuários dos pacientes, acessível a qualquer pessoa



Armário para guarda de materiais



Área externa - Depósito de lixo de unidade de saúde: material contaminado no chão sem acondicionamento

II - Julgamento dos dados e classificação dos itens inspecionados.



III - Critérios e padrões de conformidade de classificação.



IV - Avaliação dos serviços ofertados pela clínica ou instituição: foi feita de acordo com o resultado dos itens inspecionados sendo definidos os seguintes conceitos de avaliação: ótimo: 100-90%; bom: 89,9 a 70,0%; regular: 69,9 a 50,0%; precário 49,9 e menos.

Em 2007, a rede credenciada ao SUS de Camaçari contava com 21 clínicas e 01 (uma) organização social, com serviços de saúde diversificados credenciados ao SUS. Considerando-se que os serviços de saúde devem ter no mínimo conceito "bom", observa-se na tabela abaixo o resultado da avaliação dos serviços ofertados pela rede credenciada ao SUS no município de Camaçari/BA, junho de 2007:

| Serviços | Quantidade | Ótimo | Bom | Regular | Precário |
|--------------------------|------------|-------|-----|---------|----------|
| Consultas Básicas | 03 | -- | 02 | 01 | 01 |
| Consultas Especializadas | 09 | 03 | 02 | 03 | 01 |
| Urgência e Emergência | 02 | -- | -- | -- | 02 |
| Radiologia | 09 | 03 | 02 | 04 | -- |
| Oftalmologia | 04 | 02 | 01 | -- | 01 |
| Ortopedia | 06 | 03 | 02 | 01 | -- |
| Fisioterapia | 07 | 03 | 04 | -- | -- |
| Serviços laboratoriais | 07 | 03 | 02 | 01 | 01 |

Fonte: Auditoria SUS Camaçari, 2007

Observamos que 66% (03) serviços de consultas básicas tiveram conceito regular/precário; 44% (4) das consultas especializadas tiveram conceito regular/precário; 100% (02) do atendimento às urgências tiveram conceito precário; 44% (04) dos serviços de radiologia tiveram conceito regular; 17% (01) dos serviços de ortopedia obtiveram conceito regular; 29% (02) dos serviços labo-

ratoriais tiveram conceito regular/precário; 100% (07) dos serviços de fisioterapia tiveram conceito ótimo/bom.

Ressalta-se, ainda, como resultado deste estudo, o hábito de discriminar o usuário do SUS ao realizar o atendimento em ambiente diferenciado, sem humanização e/ou conforto, diferente do ambiente dos planos de saúde e atendimentos particulares.

Visando preservar o perfeito cumprimento das normas, índices e parâmetros regulamentares para o alcance da melhoria progressiva da qualidade médico assistencial da produtividade e os ajustes operacionais, sob a garantia dos princípios éticos, foram apresentados os resultados do trabalho realizado na reunião do Conselho Municipal de Saúde (CNS) com a presença do gestor e dos representantes das clínicas credenciadas ao SUS, evidenciando-se as verdadeiras atribuições da auditoria.

Após reunião com o componente estadual de auditoria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e os farmacêuticos do setor, foi enfatizada a importância do fortalecimento da auditoria. O gestor municipal de saúde deliberou pela sua vinculação ao gabinete e autonomia

Para o registro das insatisfações, queixas ou denúncias dos usuários do SUS foi criado um canal de comunicação com gestores da saúde por meio da ouvidoria da saúde do município de Camaçari. A ferramenta passou a avaliar o conteúdo dos relatos dos usuários, selecionando as reclamações e queixas, que foram encaminhadas aos departamentos responsáveis, e, as denúncias, para apuração na auditoria, tornando eficiente o processo de atendimento ao usuário e reduzindo o número de abertura de processos a serem auditados.

Iniciou-se a realização de auditorias de rotina/programadas nas clínicas que tiveram conceito “precário” e “regular” conforme o estudo realizado, priorizando os processos de denúncias e entendendo-se que “denúncia” é a acusação contra ato, pessoa ou órgão que descumpra ou não a norma jurídica ou o devido procedimento legal, ou que causa prejuízo ou dano ao patrimônio público.

Após contato com o Departamento Nacional de Auditoria (Denasus, 2009), foi realizada a adesão ao Sistema Nacional de Auditoria do Ministério da Saúde (Sisaud/MS), sendo que Camaçari foi o primeiro município do estado da Bahia a implantar o registro de suas atividades neste sistema, e vem sendo utilizado até o momento.

Em 2010, a auditoria instalou-se em um espaço amplo, com equipamentos de informáti-

ca, máquina fotográfica, impressora (enviados pelo Ministério da Saúde), telefone, acesso a internet e mobiliário, e tendo o seu primeiro plano de atividades apresentado e aprovado pelo colegiado de gestão no plano operativo da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi ampliada a equipe multidisciplinar de 03 para 06 profissionais sendo: 02 médicos, 02 enfermeiros, 01 farmacêutico e 01 economista, além da nomeação do coordenador da equipe, uma farmacêutica bioquímica.

A participação da coordenação da auditoria no grupo de trabalho de elaboração do Plano de Cargos e Carreiras e Vencimentos (PCCV), neste mesmo ano, culminou com a inclusão do cargo de auditor em saúde no quadro de recursos humanos do município (30 vagas) e no edital do concurso público.

Considerando que a auditoria deve exercer também papel educativo, foi realizado curso básico para os profissionais de saúde da rede pública sobre: “normas e resoluções aplicáveis aos serviços de saúde”, tendo como mediador um auditor financeiro especialista em segurança do trabalho.



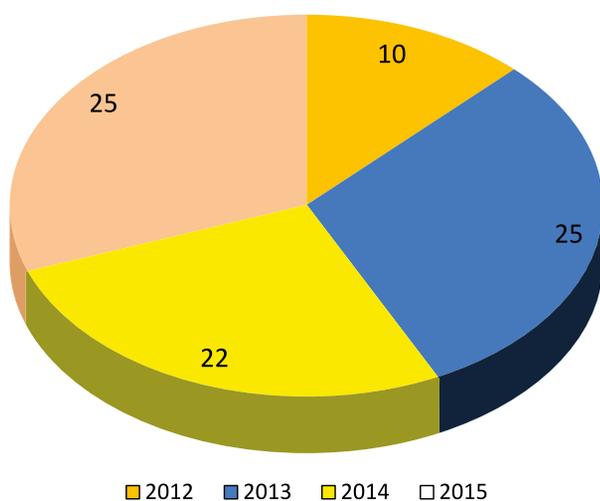
Curso básico: normas e resoluções aplicáveis aos serviços de saúde

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Após publicação do regimento interno no Diário Oficial do município, em agosto de 2011, a auditoria passa a ser Auditoria SUS Camaçari, tornando-se referência pelo processo de trabalho e experiência local desenvolvida no nível estadual e nacional. Suas ações foram divulgadas com a apresentação de 03 trabalhos científicos na I Mostra Nacional de Participação Estratégica e Participativa do SUS (I EXPOGEP) realizada pelo Ministério da Saúde, em Brasília, em 2011.

Nos últimos três anos, o número de auditores veio crescendo: passou de 09 para 17. Mas terminamos o ano de 2015 com redução no quadro, de cinco (05) auditores, sendo que um entrou de licença médica e quatro solicitaram exoneração, alegando baixos salários e a falta de vantagens salariais para o cargo de auditor, diante das suas atribuições e jornada de trabalho exigida. No entanto, o número de auditorias de rotina realizadas, manteve-se estável.

Gráfico 1 - Comparativo do número total de auditorias realizadas no período de 2012 a 2015 na Auditoria SUS Camaçari, 2015

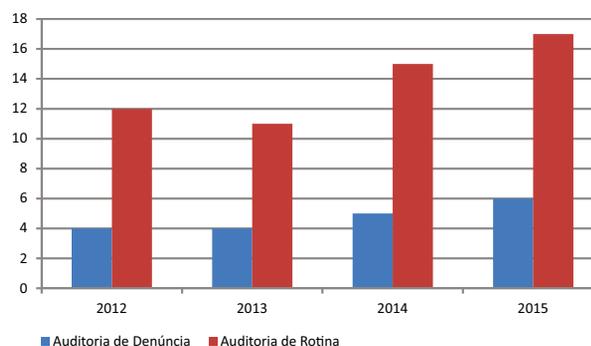


Verifica-se acima que, a partir de 2013, o número de auditorias cresceu em mais de 100% com o aumento do número de auditores. No referido ano (2013), o maior número de auditorias foram analíticas - estudo e análises de relatórios e documentos da auditoria de recursos humanos solicitada pelo gestor de saúde, tendo a finalidade de avaliar o quantitativo de profissionais existentes.

Em 2015, as auditorias de denúncias, especial e rotina, foram mais complexas, pro-

cedendo com a verificação *in loco* para averiguação das informações obtidas nas fichas de atendimento e/ou prontuários e prescrições médicas (03 meses); dados quantitativos e qualitativos de desempenho das unidades; relatórios fotográficos e pesquisa de satisfação. Todas as auditorias foram registradas no Sistema de Auditoria do Ministério da Saúde (SISAUD/MS).

Gráfico 2 - Comparativo das Auditorias de Denúncias X Auditorias de Rotinas realizadas pela Auditoria SUS Camaçari, período de 2012 a 2015.



Nos últimos três anos, vem permanecendo estável o número de denúncias, com pequeno aumento no ano de 2015. À medida que as auditorias de rotina são implementadas, a qualidade da atenção acontece, impactando na resolutividade e satisfação dos usuários. Ressalta-se como exemplo, o atendimento aos renais crônicos no período de 2010 a 2015.

A Associação dos Renais Crônicos encaminhou, no período de 2009 a 2010, sete processos de denúncias, os quais foram devidamente apurados pela auditoria e o prestador foi notificado e advertido. No entanto, a insatisfação dos usuários permanecia, quando então, em 2010, foi realizada auditoria de rotina dos serviços de hemodiálise, tendo como resultado os dados abaixo (tabela 2), ocorrendo algumas melhorias no atendimento e na infraestrutura da clínica.

Tabela 2 - Resultado das auditorias realizadas em clínica de hemodiálise, Camaçari/BA

| ANO | UNIDADE | | SATISFAÇÃO DO USUÁRIO | |
|------|------------|----------|-----------------------|---------------------|
| | Satisfeito | Conceito | Satisfeito | Recomenda à Unidade |
| 2010 | 66,60% | REGULAR | 62,50% | 79% |
| 2012 | 76,90% | BOM | 84,80% | 80% |
| 2015 | 86,10% | BOM | 88,90% | 85,20% |

OBS: Foram entrevistados 38 usuários em 2010; 40 usuários em 2012; 27 usuários em 2015;

- No conceito da Unidade foi considerada a organização dos serviços, estrutura física, recursos materiais, recursos hu-

manos, segurança do trabalhador, condições de conservação do ambiente;

- A Unidade de Saúde que pontua com a soma da média igual ou acima de 50% das questões entre BOM e/ou ÓTIMO é considerada aprovada pelos usuários.

Relatório Fotográfico dos Serviços de Hemodiálise, rede credenciada ao SUS, Camaçari. Auditoria de rotina realizada em 2010



Recepção da Unidade



Teto com mofo



Filtração e fornecimento de água sem aferição



Câmara de resíduos suja



Poços para captação de água (inadequados).



Sala de diálise com paredes mofadas



Área externa da clínica com lixo e poças d' água

Em 2012, foi encaminhado à Auditoria SUS Camaçari novo processo de denúncia contendo 19 itens, entre os quais cinco foram considerados procedentes. Neste mesmo ano, resolveu-se realizar auditoria de acompanhamento para se verificar o cumprimento das recomendações feitas nos processos anteriores. Foi constatada a correção de 65% das inconformidades, a melhoria do conceito da unidade e da satisfação do usuário conforme a tabela 2. Entre 2013 e 2015 não houve registro de denúncias. Foi realizada auditoria de rotina em 2015, que já estava no planejamento do setor.

A construção de um planejamento de auditorias de rotina tem como consequência menos erros, menos denúncias, menos distorções e a consequente melhoria do atendimento ao usuário. “Quando os sistemas municipais funcionam bem, não existe denúncia ou demanda externa”, pois “a qualidade da atenção depende primeiro da organização dos sistemas municipais de saúde”.

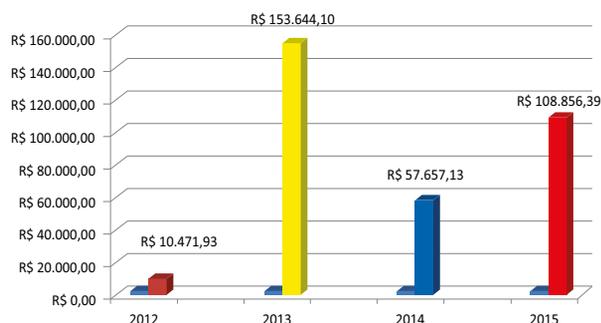
A implementação das auditorias de rotina proporciona ainda o exame analítico dos documentos apresentados pelas unidades de saúde com relação à veracidade da quantidade dos procedimentos realizados e valor total cobrado.

O gráfico 3 demonstra que o valor total dos ressarcimentos recomendados pela auditoria ao Fundo Municipal de Saúde vem aumentando e teve o seu maior pico em 2013, quando foi realizado o maior número de auditorias na rede credenciada. As principais causas de ressarcimentos foram: prontuário sem registro de anamnese, diagnóstico e assinatura do médico, procedimento cobrado e não realizado.

Em 2012, foram auditadas seis unidades de saúde. Em 2013, foram oito unidades; em 2014, sete unidades e em 2015, sete unidades.

Cabe à auditoria a detecção de desperdícios e correção de procedimentos errôneos que prejudiquem o desempenho das ações e serviços de saúde sob a ótica da economicidade, voltada para a melhoria da qualidade de saúde da população.

Gráfico 3 - Ressarcimentos recomendados nos processos de auditorias dos prestadores credenciados ao SUS, período de 2012 à 2015, Camaçari-BA, 2015.



FONTE: Auditoria/SUS/Camaçari, 2015.

Próximos passos, desafios e necessidades

São diversos os desafios para garantir, expandir e aprimorar os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. Em Camaçari, destaca-se a dimensão geográfica entre a orla e a sede (Camaçari) e o constante crescimento populacional, devido à procura de empregos no parque industrial.

Ao se observar a cobertura da Estratégia da Saúde da Família ao longo dos últimos cinco anos, nos relatórios de gestão, percebe-se a ampliação do número de equipes de 2010 a 2015. No entanto, a cobertura deste serviço não é ampliada, visto que a população geral de Camaçari tem crescido em uma progressão maior do que a implantação de equipes de atenção básica.

Esta informação é relevante para o planejamento das ações estratégicas e implantação de serviços básicos de saúde de forma associada.

Segundo o diretor do Departamento Nacional de Auditoria (Denasus), Vladyson Viana, apenas 2% dos municípios têm o componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Ele lembra que cabe ao poder público fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, que têm como diretrizes as normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas em todas as esferas.

A oficialização da autonomia da auditoria na nova estrutura organizacional da Secretaria de Saúde de Camaçari certamente irá contribuir para a ampliação da equipe de auditores.

A perspectiva é de que seja realizado novo concurso, apontando a melhoria dos salários. Isso também vai facilitar a fixação destes profissionais no quadro de recursos humanos da Sesau; a manutenção da infraestrutura do setor e a resolutividade dos trabalhos desenvolvidos. A publicação de portaria municipal legitimará os instrumentos de avaliação e divulgação dos critérios de funcionamento e oferta dos serviços de saúde necessários para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário do SUS; bem como, a conclusão das normas e rotinas da auditoria para qualificação do processo de trabalho.

CONCLUSÃO

A consolidação de uma auditoria, seja por meio de indicadores de gestão ou de outra técnica, não só constitui um aporte importante na modernização da administração pública, mas, também, representa a materialização de uma exigência técnica derivada da própria globalização para ajudar os gestores públicos a atingirem os objetivos de modo econômico, eficiente, eficaz e transparente.

As atividades realizadas pela Auditoria SUS Camaçari surgiram como um processo de integração entre os usuários, os gestores, os profissionais da saúde, empresas e o poder público/Sesau com um objetivo comum: a melhoria do atendimento da rede de saúde aos usuários do SUS.

A sua reestruturação promoveu impacto na melhoria da qualidade dos serviços de saúde e no atendimento aos usuários do SUS, sendo percebida com a utilização dos instrumentos de avaliação (roteiros) os quais

demonstram a melhoria de conceito dos serviços, verificando-se que toda a rede credenciada ao SUS, do município, vem alcançando conceito “bom”, conforme demonstram os relatórios de auditoria publicados no Sistema Nacional de Auditorias/MS e as recomendações dos relatórios, que vêm sendo acatadas pelo gestor de saúde.

Positivamente, verificou-se que não ocorre mais a discriminação do usuário do SUS com a existência de dois ambientes de atendimento na rede: um para o SUS e outro para os planos privados e particulares, com diferenciação de mobiliário, estrutura física, recepção, entre outros.

A reestruturação da auditoria e a implementação das auditorias de rotina vêm subsidiando a adoção de medidas voltadas para coibir desmandos gerenciais relacionados com a utilização dos recursos públicos e evidenciando a disposição da Secretaria de Saúde em atuar com transparência, atender reivindicações da sociedade e acompanhar o relacionamento entre usuários, prestadores de serviços e gestores das unidades.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal da Saúde de Camaçari (BA)

AUTORES

Marjorie Travassos Reis
José Geraldo Peixoto Junior

CONTATOS

reismarjorie@gmail.com
geraldo.camila@gmail.com



Atuação dos farmacêuticos da residência integrada em saúde em um ambulatório de DPOC

CARACTERIZAÇÃO

O estado do Ceará, situado na região nordeste do país, possui 184 municípios e extensão territorial de aproximadamente 148.826 km². Fortaleza, capital do estado, teve população estimada em 2015, de 2.591.188, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Hospital de Messejana, Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, é uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, dispondo de todos os procedimentos de alta complexidade nestas áreas, sendo gerenciado pela Secretaria de

Saúde do Estado do Ceará (Sesa). Destaca-se no transplante cardíaco de adultos e crianças, além de ser pioneiro no nordeste em implante de coração artificial e transplante pulmonar. É destaque também na área de ensino e pesquisa, aplicando e difundindo o conhecimento científico, desenvolvimento tecnológico e de recursos humanos, contando ainda com residência médica e, recentemente, residência multiprofissional.

Perfil epidemiológico

De acordo com a última estimativa, realizada no ano de 2007, por meio do estudo PLATI-

NO (Projeto Latino-americano de Investigação em Obstrução Pulmonar), Cebrid e DatasSUS, a prevalência de pneumopatas diagnosticados com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), no estado do Ceará, foi de 362.358 mil pessoas.

O ambulatório de DPOC/Tabagismo do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes atende pacientes de todo o estado do Ceará pautado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (MS). Cerca de 1330 pacientes são atendidos pelo Programa de DPOC do hospital e recebem seus dispositivos inalatórios na farmácia central. O perfil predominante é de pacientes idosos e do sexo masculino.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Os objetivos desta experiência foram descrever o atendimento dos pacientes e as necessidades percebidas pelos médicos que os atendem no ambulatório de DPOC/Tabagismo, bem como contribuir com o processo de aprendizagem ensino-serviço dos farmacêuticos residentes da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, em que se descreve a construção de um atendimento farmacêutico individualizado dentro de um ambulatório de DPOC/Tabagismo para pneumopatas.

Descrição da experiência

A partir das necessidades percebidas pela equipe médica do ambulatório de DPOC, foi solicitada a atuação dos farmacêuticos residentes, a fim de desenvolver atividades voltadas para a educação em saúde dos pacientes atendidos. O foco dessas atividades foi o uso dos dispositivos inalatórios (DIs) dispensados na farmácia central do hospital que são: formoterol, budesonida+formoterol e brometo de tiotrópio; os dois primeiros em forma de pó inalatório - Aerolizer; e o terceiro, o dispositivo Respimat.

No ano de 2015, os farmacêuticos residentes da primeira turma da RIS/ESP-CE ini-

ciaram atendimento coletivo nas salas de espera no ambulatório de DPOC e Tabagismo. Enquanto os pacientes aguardavam atendimento médico, os farmacêuticos residentes realizavam atividades educativas, como dinâmica em grupo, além de esclarecimento de possíveis dúvidas acerca dos dispositivos.

A atuação dos farmacêuticos residentes, por meio dessa estratégia, aconteceu de fevereiro a junho de 2015, todas as quartas e quintas pela manhã, nos horários de atendimento dos médicos no ambulatório de DPOC/Tabagismo. Durante o mês de julho, foram realizadas quatro atividades incluindo a aplicação de um formulário piloto para avaliar o uso dos DIs antes da dinâmica na sala de espera, com orientações acerca do uso destes medicamentos. Após a aplicação desse formulário, foi detectada a carência de um atendimento mais centrado nas necessidades individuais de cada paciente, pois a abordagem de forma coletiva poderia trazer constrangimento por exposição das dificuldades no uso dos DIs, além de comprometer a correta compreensão do uso e manuseio dos dispositivos utilizados.

Assim, em julho do mesmo ano, com a chegada da segunda turma de farmacêuticos residentes da RIS/ESP-CE, foi possível realizar atendimentos individualizados em um ambiente que possibilitava uma escuta ativa e sem distrações, nos quais cada paciente pôde ser orientado e avaliado. O fluxo do atendimento foi realizado da seguinte forma: primeiramente, os pacientes eram conduzidos para a consulta médica e, em seguida, para o atendimento farmacêutico munidos da receita médica. Durante o atendimento, o paciente relatava como utilizava os DIs em casa e baseado nesse relato corrigiam-se os erros detectados. Em seguida, era explicado novamente, passo a passo, o uso dos DIs e o profissional solicitava que o paciente repetisse a fim de verificar se o mesmo havia compreendido as instruções.

As principais dificuldades relatadas estavam relacionadas aos passos para o correto uso destes medicamentos, entre as quais podemos citar: falha em expirar antes da inalação do medicamento, dificuldade em gerar fluxo mínimo para inalação do pó (dispositivos de pó inalatório), não segurar a respiração após a aspiração e não lavar a boca após o uso

de medicamentos contendo corticóides. Havia ainda pacientes que utilizavam esses DI em doses inadequadas, não seguindo a posologia prescrita e comprometendo o resultado do tratamento, podendo ocasionar novas crises e nova internação.



Orientações sobre os dispositivos inalatórios na sala de espera



Orientação individual na sala de espera



Atendimento farmacêutico em espaço cedido para orientação individual



Orientação individual na sala de espera



Atendimento individual em espaço cedido e orientação por meio de folder autoexplicativo



Primeira turma de farmacêuticos residentes



Segunda turma de farmacêuticos residentes

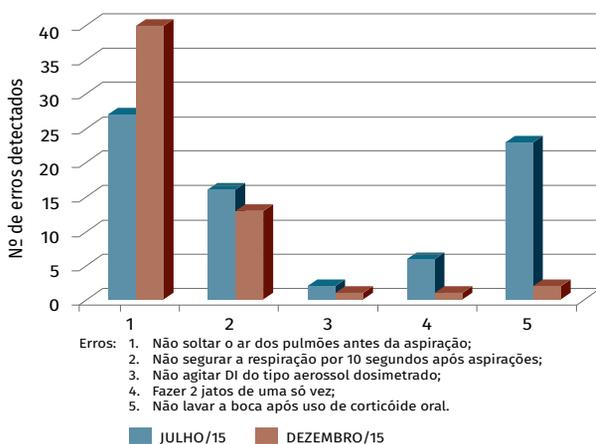
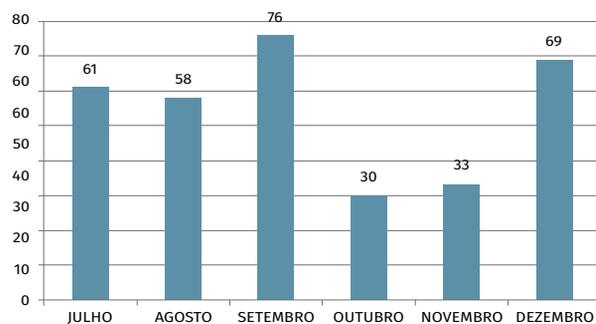
Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Durante os meses de julho a dezembro de 2015 foram realizados 327 atendimentos, com uma média de 54,5 pacientes/mês. De acordo com os resultados apresentados, verificamos um maior número de pacientes atendidos no mês de setembro de 2015, totalizando 76.

Após 6 meses de atendimento farmacêutico individualizado já se percebeu a redução do número de falhas no uso dos DIs. As falhas principais eram: soltar o ar dos pulmões antes de colocar o DI na boca, segurar a respiração por até 10 segundos após puxar o ar da bombinha, agitar os DIs de aerossol dosimetrado, fazer dois jatos em uma única vez, lavar a boca quando em uso DIs com corticoide.

Dessas falhas, o erro “não soltar o ar dos pulmões antes da aspiração”, foi o item que não houve redução. Vale ressaltar que o intuito deste serviço em implantação é o de orientar todos os pacientes que estão com consultas marcadas pelos médicos e, logo após a consulta médica, encaminhá-los ao farmacêutico.

Total de pacientes atendidos individualmente pelos farmacêuticos/Redução do número de falhas no manuseio dos Dis por paciente



Próximos passos, desafios e necessidades

A percepção da magnitude do processo saúde-doença-saúde vista por meio da utilização dos DIs pelos pacientes com DPOC levou a um olhar ampliado sobre o cuidado por parte dos farmacêuticos residentes. O próximo passo será avaliar a utilização de todos os medicamentos, não somente os DIs, mensurar a adesão ao tratamento, aspectos relacionados à qualidade de vida, perfil dos medicamentos utilizados pelo paciente e epidemiológico, além da elaboração de uma ficha de seguimento farmacoterapêutico. Pretende-se, com isso, revisar a farmacoterapia de uso contínuo e, assim, contribuir com o médico acerca das decisões a serem tomadas em relação à farmacoterapia prescrita, visando o empoderamento do paciente sobre sua condição de saúde e tratamento. Com isso, faz-se necessária a estruturação de um consultório farmacêutico fixo e, por conta da grande demanda de pacientes, a contratação de mais farmacêuticos para o serviço.

REFERÊNCIAS

Global Initiative for Chronic obstructive Pulmonary Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD –Updated 2016.

Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JRB et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. Menezes AMB, Perez-Padilla R, Jardim JRB et al. Lancet 2005;366:1875-1881

INSTITUIÇÃO

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Fortaleza (CE)

AUTORES

Kamila Maria Maranhão Sidney
Ana Carolina de Souza e Silva
Domingos Sávio de Carvalho Sousa
Maria Rennê Lopes Feitoza Vieira
Paulo Andrei Milen Firmino

CONTATOS

kamilasidney@hotmail.com
carolinasilva89@outlook.com
dsaviocs@gmail.com
pa_firmino@hotmail.com



Farmacêutico e a segurança dos usuários de medicamentos: aplicação da ferramenta FMEA no serviço de farmácia de um hospital público de Teresina

CARACTERIZAÇÃO

Na instituição hospitalar, o serviço de farmácia é responsável pelo uso seguro e eficaz dos medicamentos e deve cumprir o papel fundamental de integrar os processos de prescrição, dispensação e administração. A metodologia designada FMEA ou Análise dos Efeitos e Modos de Falhas é uma ferramenta que busca, em princípio, evitar - por meio da

análise das falhas em potenciais e propostas de ações de melhoria - que ocorram falhas oriundas do planejamento e execução de determinado processo.

Dessa forma, a proposta deste trabalho é definir ações que minimizem erros, utilizando o método FMEA para identificar falhas, causas e efeitos dos serviços que constituem o processo de atendimento do serviço de farmácia hospitalar de um hospital público de Teresina, bem

como estabelecer ações estratégicas para eliminar esses erros.

Para o início do trabalho, foram analisadas as prescrições. Do total de prescrições analisadas (n=756), 9462 itens foram determinados, 9825 doses dispensadas e 2056 erros foram detectados. O material gerado pelo FMEA serviu como ferramenta para prognóstico de falhas e auxiliou no desenvolvimento de um serviço de farmácia eficiente, eficaz e seguro. Além disso, os resultados obtidos também poderão ser usados em programas de capacitação, proporcionando um melhor entendimento dos componentes do serviço, e, na formação de futuros farmacêuticos.

Local - Teresina está localizada ao norte do estado do Piauí, numa área conhecida como Meio Norte, que constitui uma faixa de transição entre o semiárido nordestino e a região amazônica. Por estar situada distante do litoral, ocupa posição estratégica para o seu desenvolvimento, o que contribui para exercer influência econômica regional, particularmente nos setores de serviço e comércio.

As principais atividades econômicas de Teresina são: serviço público, educação, comércio, indústria alimentícia, confecção, avicultura, construção e cerâmica. Outro setor relevante para a economia local, que se constitui num verdadeiro polo regional, é o setor da saúde.

A capital tem população de 814.230 habitantes, e é predominantemente feminina (53,25%) e jovem, sendo a proporção de habitantes de 0 a 14 anos de 23,4%, de 15 a 29 anos 30,2% e com 60 anos ou mais de 8,6%; 59,82% da população se declara parda (FORTES, 2010; IBGE, 2016).

Perfil epidemiológico

Desde a década de 1980, a saúde é atividade de destaque em Teresina, não somente pelo que representa em termos de benefício social, mas também por ser um dos segmentos de grande importância econômica, especialmente pela geração de empregos.

De acordo com a Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação (Semplan), o Sistema Único de Saúde (SUS) em Teresina, no iní-

cio de 2010, registrou 88.790 internações, sendo 62,21% de pacientes residentes em Teresina, 30,65% do interior do Piauí, 6,79% do estado do Maranhão e 0,35% do estado do Pará. Entre as especialidades médicas, a clínica cirúrgica foi a que apresentou o maior percentual (32%) de internações.

No início de 2000, a taxa de mortalidade infantil em Teresina era de 32,7% vivos. Em 2010 essa taxa reduziu 50%, passando para 16,1% (Semplan, 2016).

Estruturação da rede de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela gestão e planejamento de políticas de saúde do município, coordenando a Fundação Municipal de Saúde (FMS), que, por sua vez, executa a política de saúde do município. Teresina conta com 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim distribuídas: 36 na Zona Leste/Sudeste, 25 na Zona Norte e 27 na Zona Sul, além de dispor de seis Centros de Atenção Psicossocial (Caps) (SMS; FMS, 2016).

A SMS também dispõe da Fundação Hospitalar de Teresina (FHT), que desenvolve e executa ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, em todos os níveis da assistência hospitalar. A rede hospitalar da FHT distribuiu-se da seguinte forma: 5 unidades na Zona Norte, 1 unidade na Zona Leste, 3 unidades na Zona Sudeste e 5 unidades na Zona Sul (FHT, 2016; FORTES, 2010).

O Hospital de Urgências de Teresina (HUT) é um hospital municipal subordinado à FHT. Possui 368 leitos cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (FORTES, 2010).



Hospital de Urgências de Teresina Professor Zenon Rocha (HUT)

Assistência farmacêutica

O serviço de farmácia do HUT conta com 7 plantonistas (carga horária de 24 horas semanais) atuando na farmácia central e 5 diaristas (carga horária 30 horas semanais) distribuídos na farmácia central, sala de manipulação de nutrição parenteral, farmácia do centro cirúrgico e central de abastecimento farmacêutico (CAF). A farmácia central e a farmácia do centro cirúrgico funcionam em período integral.



Área de armazenamento e separação dos medicamentos fracionados. Serviço de farmácia do HUT

Os farmacêuticos são responsáveis pela distribuição dos medicamentos aos pacientes internados, por meio de dispensação individualizada para 24 horas, por meio da 2ª via carbonada da prescrição médica. Também fazem a distribuição coletiva de material médico-hospitalar e soluções parenterais de grande volume (SPGV) por meio de ficha de pedido de material via intranet ou papel.

A CAF funciona em horário comercial e abastece a farmácia central duas vezes por semana. As prescrições de nutrição parenteral (NP) são recebidas e avaliadas até às 14hs e a rotina de manipulação de NP é realizada todos os dias da semana, no turno da tarde.

METODOLOGIA

O trabalho foi dividido em duas fases. Na primeira foi constituído um grupo para a aplicação da FMEA (do inglês, *Failure Mode and Effect Analysis*), composto por dois farmacêuticos hospitalares e um estagiário do serviço de farmácia hospitalar do Hospital de Urgência de Teresina (membros executores), além de um colaborador docente do curso de graduação em Farmácia da Univer-

sidade Federal do Piauí (UFPI). Na segunda fase, foi realizada a elaboração dos quadros de investigação.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A FMEA é uma ferramenta que busca, em princípio, evitar, por meio da análise das falhas em potenciais e propostas de ações de melhoria, que ocorram falhas oriundas do planejamento e execução de determinado processo (TOLEDO, 2002). Além disso, também serve para avaliar o impacto que essas falhas podem ter, para que, unindo todas as informações, seja possível identificar quais partes do processo ou serviço têm maior necessidade de correção. No contexto do serviço de farmácia hospitalar e sua importância para o atendimento racional e seguro aos pacientes, o FMEA foi utilizado para avaliar as etapas que envolvem o ciclo do medicamento até a sua dispensação (SPATH, 2003; TRUCCO, 2006).

Para aplicar a análise FMEA em um determinado produto/processo, um grupo de trabalho foi formado para definir a função ou característica daquele produto/processo, para relacionar todas as possibilidades de erros e/ou falhas possíveis, descrever para cada tipo de falha suas possíveis causas ou efeitos, relacionando as medidas de detecção e prevenção. E, ainda, para cada causa, atribuir índices para avaliar os riscos e, por meio da identificação desses riscos, discutir medidas de melhoria.

Com o grupo de execução da FMEA formado, foram descritas todas as etapas que seriam consideradas durante o estudo: 1) prescrição médica; 2) validação da prescrição médica pelo farmacêutico; e 3) dispensação do medicamento. Essas etapas estão presentes dentro dos indicadores de qualidade adaptados para erros de medicação (FERRACINI, 2005).

Na implantação desse sistema, primeiramente, foram definidas todas as etapas a serem estudadas, na primeira reunião do grupo de trabalho. Para a realização do estudo foram elaboradas três tabelas a serem utilizadas durante a coleta dos dados, realizada por membros executores do hospital.

A coleta de dados obteve informações sobre falhas que ocorreram durante o ciclo do medicamento, desde a prescrição, validação da

prescrição pelo farmacêutico e dispensação. Um estudo transversal retrospectivo foi realizado com 756 prescrições da Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), no período de 90 dias (junho a agosto de 2012), no Hospital de Urgência de Teresina.

Na segunda fase, os quadros de investigação foram elaborados. Deste modo, foi

possível a identificação, análise e avaliação do risco inerente a cada função do serviço. O índice de prioridade de risco (RPN) é determinado pelo produto dos pesos dos fatores apresentados como possibilidade de ocorrência (tabela 1), capacidade de detecção (tabela 2) e gravidade (tabela 3), conforme a equação: $RPN = PO \times CD \times S$.

Tabela 1 - Índice de ocorrência (Io) de erros de medicação

| FMEA - Erros de Medicação | | |
|---------------------------|----|--|
| Frequência | Io | Crítérios |
| Mínimo 1 | 1 | É mínima a probabilidade de ocorrência. Processos semelhantes, de maneira geral não apresentam este tipo de falha. |
| Pequeno 2 | 2 | É pequena a probabilidade de ocorrência. Processos semelhantes, de maneira geral, não apresentam este tipo de falha |
| | 3 | |
| Médio 3 | 4 | É média a probabilidade de ocorrência. Processos semelhantes, de maneira geral, apresentam ocasionalmente este tipo de falha. |
| | 5 | |
| | 6 | |
| Alto 4 | 7 | É alta a probabilidade de ocorrência. Processos semelhantes, de maneira geral, sempre apresentam este tipo de falha. |
| | 8 | |
| Muito Alto | 5 | É muito alta a probabilidade de ocorrência. Processos semelhantes, de maneira geral, apresentam com frequência este tipo de falha. |
| | 10 | |

Fonte: FERRACINI, F.; MENDES, W. (2012).

Tabela 2 - Índice de detecção (Id) de erros de medicação

| FMEA - Erros de Medicação | | |
|---------------------------|----|---|
| Frequência | Id | Crítérios |
| Muito Alto 1 | 1 | Alta possibilidade de detecção. O sistema não permite que o processo continue. |
| Alto 2 | 2 | Grande possibilidade de detecção. Há tripla checagem em locais diferentes. |
| | 3 | Grande possibilidade de detecção. Há dupla checagem em locais diferentes. |
| Médio 3 | 4 | Razoável possibilidade de detecção. Há dupla checagem no mesmo local. |
| | 5 | Razoável possibilidade de detecção. Há dupla checagem cuidadosa. |
| | 6 | Rezoável possibilidade de detecção. Há dupla checagem com sobrecarga de trabalho. |
| Pequeno 4 | 7 | Pequena possibilidade de detecção. A checagem é muito rápida. |
| | 8 | Pequena possibilidade de detecção. Não há checagem. |
| Mínimo 5 | 9 | Mínima possibilidade de detecção. |
| | 10 | Possibilidade de detecção nula. |

Fonte: FERRACINI, F.; MENDES, W. (2012).

Esse parâmetro permite calcular o risco associado a uma determinada atividade crítica de um serviço de farmácia hospitalar. Quanto maior o valor do parâmetro, maior o risco associado ao mesmo, assumindo como limite inaceitável valo-

res de RPN superiores ou iguais a 100 (FERRACINI, 2005). As atividades que representam um maior risco para o processo foram identificadas e os planos de ação foram definidos com o objetivo de eliminar ou reduzir os riscos.

Tabela 3 - Índice de gravidade (Is) causada no paciente em casos de erros de medicação

| FMEA - Erros de Medicação | | |
|------------------------------|----|--|
| Grau de Gravidade Função | Is | Crítérios |
| Mínimo 1 | 1 | O efeito não é reconhecido e não compromete o tratamento. |
| Pequeno 2 Cosmética | 2 | O efeito só é reconhecido por pessoal altamente capacitado (médicos/enfermeiros) e não compromete nenhuma função. |
| | 3 | O efeito é uma perda temporária ou exagero do efeito do medicamento. |
| Médio 3 Secundária | 4 | O efeito é uma perda temporária de função secundária. |
| | 5 | O efeito é uma perda súbita de função secundária e necessita de vigilância. |
| | 6 | O efeito é uma perda de função secundária com necessidade de monitoramento e avaliação especializada. |
| Alto 4 Principal | 7 | O efeito é uma perda de função principal localizada e necessita de antídotos ou vigilância. |
| | 8 | O efeito é uma perda de função principal interferindo no tratamento de base. |
| Muito Alto 5 Segurança | 9 | O efeito é uma perda gradual de função de segurança (médio risco de óbito/sequelas) e necessita monitoramento e medidas especiais - UTQ. |
| | 10 | O efeito é uma perda súbita de função de segurança (alto risco de óbito/sequelas) e necessita de medidas de suporte avançado. |

Fonte: FERRACINI, F.; MENDES, W. (2012).

Descrição dos resultados e impactos gerados com esta experiência

Do total de prescrições analisadas (n=756), 9462 itens foram determinados, 9825 doses

dispensadas e 2056 erros. De 584 prescrições, 77,25% apresentaram algum erro de medicação quanto à prescrição médica, validação da prescrição e dispensação, representando 2,54 erros/prescrição médica (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos tipos de erros identificados durante o estudo quanto a prescrição médica, validação da prescrição e dispensação de medicamentos

| Etapas do Serviço | Modos de Falhas | Quantidade | % |
|-------------------------|--|-------------|---------------|
| Prescrição Médica | Prescrição rasurada e/ou ilegível | 26 | 1,26 |
| | Prescrição de medicamento não padronizado | 411 | 20,00 |
| | Prescrição sem dados suficientes para dispensação adequada | 30 | 1,46 |
| | Omissão de informações relevantes para administração adequada | 72 | 3,50 |
| | Prescrição de medicamento com dose errada | 59 | 2,90 |
| | Prescrição com troca de forma farmacêutica ou via de administração | 7 | 0,34 |
| | Prescrição de medicamento restrito com pendências | 16 | 0,80 |
| | Prescrição de medicamento com dose fracionada (½ comprimido) | 64 | 3,11 |
| | Prescrição de medicamentos SN sem indicação e/ou sem frequência | 390 | 18,96 |
| | Prescrição contínua de medicamento zerado na farmácia | 186 | 9,04 |
| Validação da prescrição | Troca de forma farmacêutica | 9 | 0,43 |
| | Erro com número de doses dispensadas | 25 | 1,21 |
| | Não houve a liberação de doses | 60 | 2,91 |
| | Aviamento de medicamento com estoque zerado | 67 | 3,25 |
| Dispensação | Troca de forma farmacêutica | 4 | 0,19 |
| | Troca de princípio ativo | - | - |
| | Erro na quantidade de doses liberadas | 33 | 1,60 |
| | Medicamentos com estoque zerado | 186 | 9,04 |
| | Não dispensação de medicamento não padronizado | 411 | 20,00 |
| Total de Erros | | 2056 | 100,00 |

Fonte: Dados da Coleta.

A relação entre modo de falha e efeito, quando controlada, pode ser uma ajuda valiosa para a análise da confiabilidade e também para os processos de correção a serem adotados. Às vezes, diferentes modos de falha se manifestam da mesma maneira, ou seja, apresentam o mesmo efeito. Essa complexi-

dade torna-se ainda mais evidente quando da associação de um item a outro (SAKURADA, 2001). No quadro elaborado (figura 3, 4 e 5) pode ser observada a concordância com a literatura citada, uma vez que alguns modos de falha identificados apresentaram o mesmo efeito.

Figura 3 - Quadro FMEA aplicado para etapa da prescrição médica

| Etapa do serviço | Modo de falha | Efeito potencial da falha | Causas | Causa (%) | Controle atual | O | D | S | RPN | Ações recomendadas |
|--|---|---|--|--|---|---|---|----|---|--|
| Prescrição Médica | Prescrição rasurada e/ou ilegível | Necessidade terapêutica não atendida devido a não liberação da prescrição médica | Prescrição normal | 40 | Não há | 2 | 1 | 3 | 6 | Adoção de outro tipo de prescrição |
| | | | Falhas humanas | 60 | Farmacêutico às vezes entra em contato com a clínica | | | | | Reunião para discussão e sensibilização sobre o tema |
| | | | | | | | | | | Elaboração do manual do prescritor |
| | Prescrição de medicamento não padronizado | Necessidades terapêuticas não atendidas devido a não liberação das doses da prescrição médica | Desconhecimento sobre a lista de medicamentos padronizados | 60 | Não há | 8 | 2 | 8 | 128 | Anexar lista com medicamentos padronizados nas clínicas |
| | | | CFT não atuante | 20 | Não há | | | | | Realizar reuniões com os gerentes médicos para divulgar as ações e normas da CFT |
| | | | Não preenchimento de solicitação | 20 | Não há | | | | | |
| | Prescrição de medicamento sem dados suficientes para dispensação adequada (concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia) | Necessidade terapêutica não atendida devido a não liberação da prescrição médica | Falhas humanas | 50 | Farmacêuticos às vezes entra em contato com a clínica | 3 | 4 | 10 | 120 | Reuniões para discussão e sensibilização sobre o tema |
| | | | Prescrição feita por estudantes | 30 | | | | | | Elaboração do manual do prescritor |
| | | | Evento adverso | 20 | | | | | | |
| | Omissão de informações relevantes para administração adequada | Necessidade terapêutica não atendida devido a dificuldades para absorção do fármaco | Desconhecimento sobre medicamentos | 100 | Não há | 5 | 5 | 6 | 150 | Reuniões para discussão e sensibilização sobre o tema |
| | | | | | | | | | | Elaboração do manual do prescritor |
| | Prescrição de medicamento com dose errada | Necessidade terapêutica não atendida devido a não liberação da prescrição médica | Falhas humanas | 50 | Farmacêuticos às vezes entra em contato com a clínica | 4 | 5 | 10 | 200 | Reuniões para discussão e sensibilização sobre o tema |
| | | | Prescrição feita por estudantes | 30 | | | | | | Elaboração do manual do prescritor |
| | | | Evento adverso devido a ineficácia terapêutica (subdose) ou toxicidade (sobredose) | 20 | | | | | | |
| | Prescrição com troca de forma farmacêutica ou via de administração | Necessidade terapêutica não atendida devido a não liberação da prescrição médica | Falhas humanas | 50 | Farmacêuticos às vezes entra em contato com a clínica | 3 | 2 | 10 | 60 | Reuniões para discussão e sensibilização sobre o tema |
| | | | Prescrição feita por estudantes | 30 | | | | | | Elaboração do manual do prescritor |
| Evento adverso devido administração de medicamento em sobre no posto | | | 20 | Desconhecimento sobre medicamentos | | | | | | |
| Prescrição de medicamento restrito com pendências | Necessidade terapêutica não atendida devido a não liberação da prescrição médica | Não preenchimento do formulário | 50 | Farmacêutico às vezes entra em contato com a clínica | 3 | 1 | 9 | 27 | Reuniões para discussão e sensibilização sobre o tema | |
| | | Preenchimento incompleto do formulário | 20 | | | | | | Elaboração do manual do prescritor | |
| | | Formulário vencido | 20 | | | | | | | Criação de fichas padronizadas para informar ao prescritor sobre a pendência |
| | | Solicitação negada pelo setor correspondente (CFT, CCIH) | 10 | | | | | | Criação de vagas de estágio para preencher as fichas e anexar ao prontuário dos pacientes | |

Fonte: Dados da Coleta.

Figura 4 - Quadro FMEA aplicado para etapa da prescrição médica e validação da prescrição médica

| Etapa do serviço | Modo de falha | Efeito potencial da falha | Causas | Causa (%) | Controle atual | O | D | S | RPN | Ações recomendadas |
|--------------------------------|---|--|--|--|---|----|--------|---|-----|--|
| Prescrição Médica | Prescrição de medicamentos com dose fracionada (½ comprimido) | Evento adverso devido à ineficiência terapêutica (subdose) ou toxicidade (sobredose) | Desconhecimento sobre medicamentos | 30 | Não há | | | | | Reuniões para discussão e sensibilização sobre tema |
| | | | Desconhecimento sobre a lista de medicamentos padronizados | 20 | Se for o caso, a farmácia dispensa o medicamento inteiro na dosagem solicitada | 5 | 5 | 3 | 175 | Normatizar ações para intervenção farmacêutica Acessar a lista com medicamentos padronizados nas clínicas |
| | Prescrição de medicamentos "se necessário" (SN) sem indicação e/ou frequência | Evento adverso devido à ineficiência terapêutica (subdose) ou toxicidade (sobredose) | Não padronização da prescrição médica | 100 | Não há | 10 | 5 | 5 | 250 | Reuniões para discussão e sensibilização sobre tema Elaboração do manual do prescritor |
| | | | Prescrição contínua de medicamento errado na farmácia | Necessidade terapêutica não atendida devido não liberação das doses de prescrição médica e não substituição do medicamento | Desconhecimento sobre a lista de medicamentos padronizados | 60 | Não há | 7 | 3 | 9 |
| Validação da Prescrição | Durante o aviamento houve troca de forma farmacêutica | Evento adverso devido à administração inadequada de uma forma farmacêutica | Falhas humanas | 50 | As técnicas de enfermagem detectam às vezes detectam o erro antes da dispensação ou administração | 2 | 3 | 5 | 30 | Elaboração do manual de aviamento e dispensação |
| | | | Excesso de trabalho | 40 | | | | | | Organização do horário de chegada das prescrições |
| | | Necessidade terapêutica não atendida devido à impossibilidade de administração do medicamento dispensado | Ambiente agitado que dificulta a concentração | 10 | | | | | | Contratação de novos servidores Melhoria do ambiente de trabalho |
| | Durante o aviamento não houve a liberação de doses | Evento adverso devido a ineficiência terapêutica (subdose) ou toxicidade (sobredose) | Falhas humanas | 50 | As técnicas de enfermagem às vezes detectam o erro antes da dispensação | 4 | 5 | 5 | 140 | Elaboração do manual de aviamento e dispensação |
| | | | Excesso de trabalho | 40 | | | | | | Organização do horário de chegada das prescrições |
| | | | Ambiente agitado que dificulta a concentração | 10 | | | | | | Contratação de novos servidores Melhoria do ambiente de trabalho |
| | Durante o aviamento houve erro com o número de doses dispensadas | Necessidade terapêutica não atendida devido a não liberação da prescrição médica | Falhas humanas | 50 | As técnicas de enfermagem às vezes detectam o erro antes da dispensação | 2 | 4 | 8 | 64 | Elaboração do manual de aviamento e dispensação |
| | | | Excesso de trabalho | 40 | | | | | | Organização do horário de chegada das prescrições |
| | | | Ambiente agitado que dificulta a concentração | 10 | | | | | | Contratação de novos servidores Melhoria do ambiente de trabalho |
| | Houve aviamento de medicamento com estoque errado | Necessidade terapêutica não atendida devido a não liberação da prescrição médica | Falhas Humanas | 50 | As técnicas de enfermagem às vezes detectam o erro antes da dispensação | 6 | 5 | 3 | 90 | Elaboração do manual de aviamento e dispensação |
| | | | Excesso de trabalho | 40 | | | | | | Organização do horário de chegada das prescrições |
| | | | Ambiente agitado que dificulta a concentração | 10 | | | | | | Contratação de novos servidores Melhoria do ambiente de trabalho |

Fonte: Dados da Coleta.

Figura 5 - Quadro FMEA aplicado para etapa de dispensação de medicamentos

| Etapa do serviço | Modo de falha | Efeito potencial da falha | Causas | Causa (%) | Controle atual | O | D | S | RPN | Ações recomendadas |
|---------------------------------|--|--|---------------------------------------|---|--|---|---|-----|--|---|
| Dispensação | Troca de forma farmacêutica | Evento adverso devido à administração inadequada de uma forma farmacêutica | Falhas Humanas | 40 | Cobra-se a conferência das técnicas de enfermagem dos outros setores. Geralmente essa etapa é cumprida | 1 | 5 | 10 | 50 | Elaboração do manual de aviamento e dispensação |
| | | | Erro no aviamento da prescrição | 10 | | | | | | Normalizar etapa de conferência |
| | | | Não existe norma de checagem na etapa | 10 | | | | | | Melhoria do ambiente de trabalho |
| | | Necessidade terapêutica não atendida devido à impossibilidade de administração do medicamento dispensado | Ambiente agitado | 05 | | | | | | Treinamento sobre boas práticas de dispensação |
| | | | Desconhecimento sobre medicamentos | 10 | | | | | | Adoção de outro tipo de prescrição |
| | | | Prescrição manual | 20 | | | | | | Organização do horário da chegada das prescrições |
| | | | Excesso de trabalho | 05 | | | | | | Contratação de novos servidores |
| | | | Troca de princípio ativo | Evento adverso devido à administração inadequada de outro medicamento | | | | | | Falhas Humanas |
| | Não existe norma de checagem na etapa | 20 | | | Melhoria do ambiente de trabalho | | | | | |
| | Ambiente agitado | 10 | | | Treinamento sobre boas práticas de dispensação | | | | | |
| | Necessidade terapêutica não atendida devido à impossibilidade de administração do medicamento | Desconhecimento sobre medicamentos | | 10 | Adoção de outro tipo de prescrição | | | | | |
| | | Prescrição manual | | 15 | Organização do horário da chegada das prescrições | | | | | |
| | | Excesso de trabalho | | 15 | Contratação de novos servidores | | | | | |
| | Erro na quantidade de doses liberadas | Evento adverso devido à ineficácia terapêutica (subdose) ou toxicidade (sobredose) | Falhas Humanas | 10 | Cobra-se a conferência das técnicas de enfermagem dos outros setores. Geralmente essa etapa é cumprida | 5 | 7 | 8 | 280 | Elaboração do manual de aviamento e dispensação |
| | | | Erro no aviamento da prescrição | 40 | | | | | | Normalizar etapa de conferência |
| | | | Não existe norma de checagem na etapa | 10 | | | | | | Melhoria do ambiente de trabalho |
| | | | Ambiente agitado | 10 | | | | | | Treinamento sobre boas práticas de dispensação |
| | | | Desconhecimento sobre medicamentos | 10 | | | | | | Adoção de outro tipo de prescrição |
| | | | Prescrição manual | 10 | | | | | | Organização do horário da chegada das prescrições |
| | | | Excesso de trabalho | 10 | | | | | | Contratação de novos servidores |
| Medicamentos com estoque zerado | Necessidade terapêutica não atendida devido à não liberação das doses da prescrição médica e não substituição do medicamento | Falta de comunicação da Farmácia com o prescritor | 40 | Não há | 7 | 3 | 6 | 126 | Normalizar etapa de conferência | |
| | | Falha no controle de estoque da CAF | 30 | | | | | | Melhoria do ambiente de trabalho | |
| | | Pendências do fornecedor | 30 | | | | | | Treinamento sobre boas práticas de dispensação | |
| Medicamentos com estoque zerado | Necessidade terapêutica não atendida devido à não liberação das doses da prescrição médica | Falta de comunicação da Farmácia com o prescritor | 60 | Não há | 7 | 2 | 8 | 112 | Anexar a lista com medicamentos padronizados nas clínicas | |
| | | CFT não atuante | 40 | | | | | | Realizar reuniões com os gerentes médicos para divulgar as ações e normas da CFT | |

Fonte: Dados da coleta.

Entre as várias causas que podem desencadear as falhas podemos citar fatores individuais como: falta de atenção, lapsos de memória, deficiências da formação acadêmica, inexperiência, negligência e desatualização quanto aos avanços tecnológicos e científicos (COHEN, 2000). Outros fatores também devem ser considerados: iluminação inadequada, nível alto de barulho, interrupções frequentes, falta de treinamento e de profissionais, políticas e procedi-

mentos ineficientes ou mesmo problemas com os produtos utilizados na medicação do paciente (COHEN, 2000; SILLOT, 2009). No contexto dos serviços de saúde, a farmacoterapia não pode ser bem sucedida se o processo de prescrição, aviamento farmacêutico e dispensação não forem realizados corretamente.

Os baixos valores encontrados nos itens:

- 1) ilegitibilidade;

- 2) dados insuficientes sobre o medicamento e o seu uso;
- 3) dose errada;
- 4) pendências na prescrição de medicamentos restritos demonstram um possível comprometimento na comunicação efetiva entre o prescritor e dispensador, e conseqüentemente, o entendimento da enfermagem sobre o medicamento e sua administração.

Entretanto, foram encontrados dados alarmantes a respeito:

- da prescrição de medicamentos não padronizados;
- da prescrição de medicamentos com uso se necessário (SN), sem indicação e/ou frequência;
- com o estoque zerado.

Os dados alarmantes encontrados na etapa da prescrição médica desencadearam: discussões, reflexões, elaboração e execução das ações recomendadas listadas na tabela 4. Nesse contexto, a discussão a respeito do tema com a equipe médica, a inclusão de medicamentos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), adoção de intervenções farmacêuticas e a disseminação da lista com os medicamentos padronizados promoveram uma diminuição significativa no índice de falhas encontradas atualmente. A relação de modo de falha e efeito empregado no presente estudo será aplicada novamente em outro estudo para

uma avaliação do impacto dessas ações na etapa da prescrição médica.

Também foram observadas taxas relativamente baixas de erros de dispensação (tabela 4). Esses dados são explicados em razão da metodologia empregada ter sido retrospectiva. Foram identificados apenas os medicamentos dispensados e as falhas durante a etapa do aviamento farmacêutico. Contudo, não houve a conferência diária das doses dispensadas.

Na etapa de dispensação, com exceção da contratação de novos servidores, as demais ações recomendadas (figura 5) para minimizar os dados encontrados serão implementadas rapidamente, pois a criação do manual de dispensação é iminente, bem como a execução do projeto de nova organização do setor para garantir uma otimização do espaço e das rotinas de trabalho.

Além disso, o aumento da frequência de reuniões com as gerências de enfermagem irá contribuir para melhorar o fluxo do horário de chegada das prescrições e assim garantir a organização e melhor eficiência no desempenho da atividade de dispensação dos medicamentos para as clínicas.

Dessa forma, um novo estudo prospectivo baseado na metodologia FMEA será necessário para uma avaliação mais aprofundada da etapa de validação da prescrição bem como das ações recomendadas que serão executadas na etapa da dispensação de medicamentos.

A análise quanto à presença de modos de falha mostrou que houve distribuição de erros com RPN acima de 100 (n=10) nas 3 etapas analisadas (tabela 5).

Tabela 5 - Modos de falha com valores de índice de prioridade de risco (RPN) inaceitáveis

| Etapas do Serviço | Modo de Falhas | RPN |
|-------------------------|---|-----|
| Prescrição Médica | Prescrição de medicamento não padronizado | 128 |
| | Prescrição sem dados suficientes para dispensação adequada | 120 |
| | Omissão de informações relevantes para administração adequada | 150 |
| | Prescrição de medicamento com dose errada | 200 |
| | Prescrição de medicamento com dose fracionada (½ comprimido) | 175 |
| | Prescrição de medicamentos SN sem indicação e/ou sem frequência | 250 |
| | Prescrição contínua de medicamento zerado na farmácia | 189 |
| Validação da prescrição | Erro com número de doses dispensadas | 140 |
| Dispensação | Troca de forma farmacêutica | 100 |
| | Erro na quantidade de doses liberadas | 280 |
| | Medicamentos com estoque zerado | 126 |
| | Não dispensação de medicamento não padronizado | 112 |

A tabela 5 apresenta os erros mais críticos, isto é, os modos de falha com maior chance de ocorrência, menor probabilidade de detecção e maior gravidade. Observou-se o predomínio de falhas com valores inaceitáveis (maiores que 100) durante a elaboração da prescrição médica (n=7) seguida da etapa de dispensação (n=4) e validação da prescrição (n=1). Os valores elevados de RPN para as etapas listadas na tabela 5 são preocupantes e apontam para a importância do papel do farmacêutico em todas as atividades que envolvam a utilização de medicamentos.

Os resultados deste estudo para erros de dispensação trazem limitações para a generalização dessa etapa, pois reduz a variedade de falhas, frequência e causas já que tratamos de erros de dispensação oriundos apenas do aviamento farmacêutico. Contudo, o fluxograma obtido pelo grupo de aplicação da FMEA aponta para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre esse erro.

Vale ressaltar que os valores de RPN mais elevados (tabela 5) foram obtidos nas etapas do processo cuja porcentagem de causa provável estava relacionada principalmente com: falhas humanas e desconhecimento sobre medicamentos, bem como sua padronização. A classificação da causa com a sua respectiva contribuição para o modo de falha tem papel fundamental para orientar o grupo para a etapa seguinte do trabalho que consiste na definição das ações recomendadas.

Por isso, após a execução das diversas medidas corretivas listadas espera-se um processo mais seguro com a diminuição significativa dos valores de RPN. Faz-se necessária uma nova aplicação desse estudo para avaliação do processo que envolve todo o ciclo do medicamento (prescrição, validação da prescrição médica e dispensação).

Próximos passos, desafios e necessidades

Ainda há muito a avançar. E uma estratégia utilizada para prevenção dos erros de medicação é a mudança na cultura da instituição, eliminando a punição e estimulando o relato dos erros para transformá-los em aprendizado para todos e em práticas de melhoria para o sistema.

Os erros de redação levantados durante o estudo podem ser minimizados com a padronização e elaboração de normas para a prescrição de medicamentos pela equipe multiprofissional da instituição de forma que essas normas contenham o máximo de informações necessárias para que o setor de farmácia hospitalar e a equipe de enfermagem desenvolvam com segurança as atividades de dispensação e administração de medicamentos, respectivamente.

Quanto aos problemas de rasura e legibilidade, principalmente pela prescrição ainda ser manual, a redução desses pode ser obtida com a padronização da prescrição informatizada, por exemplo. A implantação da prescrição eletrônica pode ter forte impacto na diminuição dos erros de prescrição. Infelizmente, no setor público, o custo dessa alternativa pode ser impeditivo para uma grande parte dos hospitais brasileiros. Nesse contexto, é recomendável a adoção de prescrição pré-digítada ou mista.

Além disso, vale ressaltar que a elaboração de um manual do prescritor será uma ferramenta importante para normatizar e fornecer orientações gerais e específicas para promoção do uso racional e seguro dos insumos terapêuticos.

O trabalho do farmacêutico deve ser estabelecido de forma a ser uma barreira para os erros de medicação. Essa atividade deverá ser baseada em uma análise minuciosa das informações da prescrição, para isso, a equipe de farmacêuticos hospitalares deve contar com um número suficiente de profissionais para garantir uma análise de qualidade e em tempo hábil para a liberação.

CONCLUSÃO

Apesar das inúmeras divergências na mensuração dos erros, na sua monitorização e avaliação, parece ser consenso que a redução dos erros na assistência à saúde depende do emprego de várias estratégias, organizadas como uma política institucional focada na segurança do paciente.

O FMEA não é mecanismo para solução de problemas. Entretanto, indica as principais oportunidades de melhoria do serviço, sobretudo em função de sua exaustiva preocupação com todas as interfaces da geração do erro.

O material gerado pelo FMEA tem como função servir como uma ferramenta para prognóstico de falhas, auxiliar o desenvolvimento de um serviço de farmácia eficiente, eficaz e seguro. Além disso, os frutos dessa proposta podem ser usados em programas de capacitação, proporcionando um melhor entendimento dos componentes do serviço, na formação de futuros farmacêuticos, além de permitir o monitoramento da redução ou não das falhas no serviço com a aplicação de novos estudos de FMEA após as etapas de conclusão das ações estabelecidas. Dessa forma, um maior conhecimento a respeito das falhas facilitando a escolha do tipo de ação (corretiva, preventiva, preditiva) deve ser adotada por nossa equipe de trabalho e compartilhada com os demais profissionais de saúde da instituição.

Resumidamente, mas com valor preditivo, esse estudo contribui para ampliar de forma eficiente a segurança do usuário de medicamentos, com estratégias e recomendações que podem ser usadas em outras instituições.

REFERÊNCIAS

- COHEN, M.R. Preventing medications errors related to prescribing. In: COHEN, M.R. editor. Medication errors causes, prevention, and risk management. Washington DC: American Pharmaceutical Association, 2000. p. 88.1-8.23.
- COSTA, L. A. ; VALLI, C. ; ALVARENGA, A. P. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 5, n. 16, p. 1-15, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_03.pdf> Acesso em: 01 abr. 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 02 abr. 2016.
- FERRACINI, F.T.; FILHO, W.M.B. Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar: Do Planejamento à Realização. São Paulo: Atheneu, 2005.
- FHT. Fundação Hospitalar de Teresina. Disponível em: <<http://fht.teresina.pi.gov.br/hospital-de-urgencia-dr-zenon-rocha/>> Acesso em: 05 abr. 2016.
- FMS. Fundação Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/>> Acesso em: 05 de abr. 2016.
- FORTES, F.L.R. Perfil de Teresina: Econômica, Social, Físico e Demográfico. Teresina. SEMDEC, 2010.112 p. Disponível em: <<http://www.teresina.pi.gov.br/portalpmt/orgao/SEMDEC/doc/20100709-336-1461-D.pdf>> Acesso em: 01 de abr. 2016.
- HELMAN, H.; ANDERY, P. R. P. Análise de falhas: aplicação dos métodos de FMEA e FTA. Belo Horizonte: Fundação Christino Ottoni, 1995. 156p.
- NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (NCC MERP). What is a medication error; 1998. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/>> Acesso em: 05 abr. 2016.
- NÉRI, E.D.R. Determinação do perfil de erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário. 2004. 229 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/2064aa80474592999afade3fbc4c6735/dissertacao_perfil_erros_prescri%25E7%25E3o_hospital.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 05 abr. 2016.
- PADILHA, K.G., SECOLI, S.R. Erros na administração de medicamentos. Prática Hospitalar, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 24-29, 2002.
- SAKURADA, E. Y. As técnicas de análise dos modos de falhas e seus efeitos e análise da árvore de falhas no desenvolvimento e na avaliação de produtos. 2001. 145 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Mecânica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <[file:///D:/Users/HP/Downloads/178025%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/HP/Downloads/178025%20(1).pdf)> Acesso em: 01 de abr. 2016.
- SEMPPLAN. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. Diagnóstico Teresina 2000-2010/ Agenda 2030. Disponível em: <<http://semplan.teresina.pi.gov.br/diagnostico-teresina-2000-2010-agenda-2030/>> Acesso em: 05 abr. 2016.
- SILLOT, A.P., VIEIRA, L.S. Avaliação dos erros de dispensação em uma farmácia hospitalar. Prática Hospitalar, São Paulo, v. 65, n. 11, p. 122-127, 2009.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Teresina. Disponível em: <<http://saude.teresina.pi.gov.br/>> Acesso em: 05 abr. 2016.

SPATH, P. L. Using failure mode and effects analysis to improve patient safety. *AORN Journal*, v. 78, n. 1, p. 15-37, 2003.

STAMATIS, D.H. Failure Mode and Effect Analysis: FMEA from Theory to Execution. ASQ Quality Press, 445 p., 2003.

TOLEDO, J.C. Metodologias para Análise e Melhoria da Qualidade. Apostila, GEPEQ/DEP/UFS-Car. São Carlos, 70 p., 2002.

TRUCCO, P.; CAVALLIN, M. A quantitative approach to clinical risk assessment: the CREA method. *Safety Science*, v. 44, n. 6, p. 491- 513, 2006.

INSTITUIÇÃO

Hospital de Urgências de Teresina (PI)

AUTORES

Ilka de Carvalho Barros (Coordenadora)
Mayara Ladeira Coêlho
Maria de Nazaré Barroso de Carvalho
Laura Rosa de Sousa Araújo
Joyce Jamylle Dias Borges
Thuany Cristiny Batista Feitosa
Alex Állen Mota e Silva
Viviane Maria Oliveira Amorim

CONTATOS

mayaralcoelho@hotmail.com
nazare_bc@hotmail.com
laurarosa_23@hotmail.com
joycejamylle_@hotmail.com
thuany_cristiny@hotmail.com
alexallen.mail@gmail.com
viviane_farmacia@hotmail.com



Diagnóstico situacional das agências transfusionais do município de Natal com a implementação do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH/RN)

CARACTERIZAÇÃO

O estudo foi desenvolvido na cidade de Natal/RN, capital do estado do Rio Grande do Norte. O estado é uma das 27 unidades federativas do Brasil, estando dividido em 167 municípios, com área total de 52.811,126 km² e densidade geográfica de 59,99 hab/km², possuindo mais de três milhões de habitantes (BRASIL, 2010a). A capital possui 869.954 habitantes, de acordo com estimativa para 2015 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O censo

de 2010 revela que a população é constituída por 55,74% de mulheres e 53,31% de homens. A maior parte é formada por pretos ou pardos, sendo 28,94% mulheres, 38,00% homens. As crianças e jovens representam 21,70% dos habitantes e os idosos, 10,50%.

O Produto Interno Bruto é 0,80% e sua economia está centrada na agropecuária, construção civil, indústrias extrativas e de transformação, petróleo, gás natural, turismo, sal, carcinicultura, entre outras. Em 2015, o rendi-

mento mensal *per capita* era de R\$ 818,00 (BRASIL, 2010b).

Perfil epidemiológico

A rede pública do RN conta com oito regionais de saúde, 23 unidades hospitalares e sete unidades de referência. O Hemocentro Dalton Cunha é uma entidade de natureza pública de referência na área de sangue e hemoderivados, atendendo 100% dos leitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Concomitantemente, promove ações nas áreas de ensino e pesquisa, formação de recursos humanos, controle de qualidade, suporte técnico e gerencial para toda a Hemorrede, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no estado (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013), de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASAN) e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), em articulação com as vigilâncias sanitária e epidemiológica (BRASIL, 2001a).

De acordo com as condições de vida e ações de saúde, no estado do RN há um processo de envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida, redução da fecundidade e queda da mortalidade

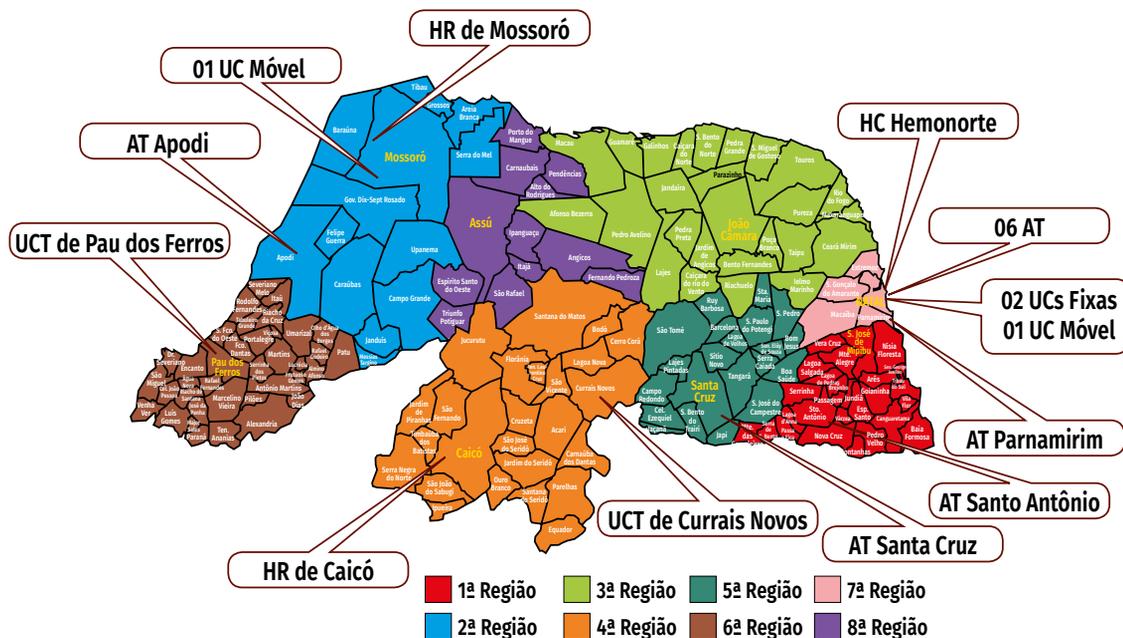
de infantil. Segundo o plano plurianual 2016-2019, os grupos de causas de doenças que são os principais fatores de mortalidade no estado são doenças do aparelho circulatório, respiratório e endócrino/metabólico.

Estruturação da rede de saúde

A hemorrede nacional, a depender do escopo das atividades que desenvolvem, é classificada nos quatro níveis de complexidade: nível I ou II - Hemocentro Coordenador (HC) e Hemocentro Regional (HR), Núcleo de Hemoterapia (NH); nível III - Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD), Unidade de Coleta e Transfusão (UCT), Unidade de Coleta (UC) (fixa e móvel) e nível IV - Agência Transfusional (AT).

Os serviços de hemoterapia do RN estão enquadrados e classificados conforme determina a RDC nº 151/2001 (Figura 2). A Hemorrede se caracteriza por possuir serviços localizados em diferentes regiões de saúde do estado, sendo composta por 01 hemocentro coordenador; 02 hemocentros regionais; 02 unidades de coleta e transfusão; 02 unidades de coleta fixa e 02 móveis, além de 10 agências transfusionais.

Conta ainda com 01 núcleo de hemoterapia, de natureza privada, localizado em Natal (RN).



Natal: HC, UC (02) e AT (06 capital)

AT: Parnamirim, Santa Cruz, Santo Antônio e Apodi

HR: Mossoró e Caicó

UCT: Currais Novos e Pau dos Ferros

Figura 2. Localização geográfica dos Serviços de Hemoterapia do RN por regiões de saúde. (Fonte: Plano Diretor da Política de Sangue do RN – 2015).

Assistência hematológica e hemoterápica

A hemoterapia participa de ações de saúde, no qual é responsável pela transfusão do sangue, seus componentes e derivados (CARMARGO *et. al.*, 2007; COVAS & JÚNIOR, 2007).

A hematologia planeja o tratamento de pacientes, estudando os distúrbios de coagulação, os quais são classificadas em três grandes grupos: anemias (hemolíticas, aplásticas e megaloblásticas); alterações da coagulação (púrpuras, hemofílias, doença de Von Willebrand e outras alterações da coagulação) e doenças proliferativas e infiltrativas (leucemia agudas e crônicas, linfomas, mielodisplasias, mieloma múltiplo, síndromes mieloproliferativas, Doença de Gaucher e Doença de Niemann-Pick).

Para o desenvolvimento dessas ações de saúde; o Hemonorte dispõe de um ambulatório, pronto atendimento, hospital-dia, além de serviço odontológico. A área de apoio laboratorial é especializada em exames diagnósticos voltados às hemopatias, além de realizar exames rotineiros para o adequado acompanhamento clínico.

Resumindo, o Hemonorte garante a Política de Sangue e Hemoderivados, contidas na RDC nº 151/2001, aprovando os seguintes níveis de complexidade dos serviços: hemocentro coordenador (referência técnica relacionado ao ciclo do sangue; centro de ensino e pesquisa e integração da rede estadual na garantia do aporte hemoterápico); hemocentro regional (serviços hemoterápicos como apoio ao HC) e agência transfusional (ações relacionadas ao armazenamento de hemocomponentes, testes de compatibilidade e transfusão de sangue, etc).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A presente iniciativa teve por objetivo principal implantar e implementar o Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede do Estado do Rio Grande do Norte PEQH/RN, visando a qualificação técnica e gerencial dos serviços integrantes da Hemorrede/RN, com foco no fortalecimento da gestão da qualidade nos procedimentos técnicos executados, como também na busca contínua pelo aperfeiçoamento dos recursos humanos.

Esta experiência pode ser qualificada como aplicada, porque teve como finalidade prática

a possibilidade de apresentar uma proposta de implementação efetiva do PEQH/RN, cominadas à administração pública que é exercida pelo hemocentro Dalton Cunha, referência nas áreas de hemoterapia e hematologia no estado. Em continuidade, essa avaliação apresentou ainda características de pesquisa de campo, além de bibliográfica e documental.

Previamente à pesquisa de campo foi realizada uma revisão bibliográfica por meio de literatura sobre a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, com leitura de documentos advindos de uma reunião técnica ocorrida em Brasília a respeito do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH), além de outras fontes primárias ligadas ao tema, em especial, as diretrizes do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede (PNQH), o arcabouço legal que ampara as competências médicas e técnico-administrativas relacionadas ao Regulamento Técnico para Procedimentos Hemoterápicos e ainda às Boas Práticas do Ciclo do Sangue.

A partir daí se iniciou a estadualização do programa, com a elaboração de um projeto de qualificação para a hemorrede do RN. A pesquisa de campo se deu por meio de visitas da equipe multiprofissional às agências transfusionais, localizadas em hospitais de referência da capital, em dias já programados e com todas as condutas pertinentes já realizadas previamente ao início das mesmas.

A equipe de auditoria foi essencialmente formada por farmacêuticos, contando com a participação de enfermeiro, de biólogo, odontólogo e técnico assistente em saúde para composição de equipe de avaliadores, quando necessário.

Os dados obtidos com a aplicação do questionário avaliativo constituíram elementos imprescindíveis à busca de uma proposição de melhorias e alternativas às agências transfusionais visitadas. Pelo farto conjunto de informações obtidas e do quantitativo de registros avaliados, uma vez que a análise documental verificou desde a estrutura física do serviço, seu fluxo de trabalho, os recursos humanos existentes, a supervisão dos procedimentos, os equipamentos existentes, as técnicas de trabalho, entre tantas outras variáveis analisadas, na perspectiva de se construir efetivamente uma política de qualificação da hemorrede/

RN por meio de um plano de ação voltado à adequação das atividades não conformes.

A publicação do Decreto-Lei N° 3.990, de 30 de outubro de 2001, regulamentou o art. 26 da Lei N° 10.205, de 21 de março de 2001, especificando com mais clareza o papel dos estados e municípios. Em seu artigo 5°, o Decreto-Lei define que os estados são os responsáveis pela gestão e coordenação da hemoterapia e elaboração de um plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados e também pelo acompanhamento e avaliação das metas e ações do Sistema Nacional de Sangue (SINASAN), em articulação com o Ministério da Saúde.

Nesse contexto, observa-se que a implantação do PEQH/RN era uma necessidade premente, visto que os serviços encontravam-se sem avaliação e monitoramento efetivos por parte do Hemocentro Coordenador e que tal iniciativa possibilitará a que todos os serviços de hemoterapia da hemorrede do RN busquem continuamente os conceitos e práticas da gestão da qualidade, garantindo o uso racional de sangue e a segurança transfusional, além da oferta de produtos e serviços pautados na qualidade.

METODOLOGIA

Este estudo é um processo de diagnóstico preliminar e sistemático de um programa recém implantado (PEQH/RN), em seu campo teórico e prático, como forma de demonstrar se existem necessidades de ajustes nas agências transfusionais integrantes da hemorrede/RN.

A fim de realizar a avaliação das atividades hemoterápicas nos processos técnicos e gerenciais dos serviços de hemoterapia, foram realizadas visitas “*in loco*”, por meio de um cronograma de visitas previamente construído, no qual foram elaborados o planejamento logístico de todas as fases do projeto a ser executado, norteadas as ações do PEQH/RN, com o intuito de verificar os processos de trabalho considerados críticos ou não conformes e, assim, acompanhar esses serviços nos planos de melhorias exigidos (COVAS & JÚNIOR, 2007; FERREIRA & GOULART, 2011).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, análise documental e instrumento para avaliação visando à identificação de não conformidades que pudessem vir a comprometer a qualidade dos

hemocomponentes e, por conseguinte, a segurança transfusional. O instrumento avaliativo (roteiro de visita) idealizado para a verificação dos serviços de hemoterapia (AT) foi adaptado de roteiros utilizados pelo PNQH e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os quais se baseiam em normas técnicas vigentes, principalmente naquelas em conformidade com os requisitos contidos na Portaria N° 158/2016 que “redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos”, na RDC n° 34/2014, que “dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue” e na RDC n° 63/2011, que “dispõe sobre os requisitos de funcionamento para os serviços de saúde”.

Considerando a adequabilidade ao objeto de estudo, objetivou-se provocar nos entrevistados a expressão de suas opiniões e ideias para que pudessem ser melhor analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, guiada pelos objetivos da pesquisa. A partir da análise do conteúdo das entrevistas e dos documentos disponíveis elaborou-se um relatório preliminar que foi submetido a um consenso com o grupo de avaliadores para a validação de seu conteúdo.

Neste estudo, adotou-se uma técnica simplificada, com o envio do relatório técnico por correio eletrônico para a apreciação. As questões se referiram (I) à adequada observação proposta para definição do problema e causas; (II) à pertinência de cada atividade operacional do serviço para o respectivo alcance dos objetivos do PEQH; (III) à apropriada atividade do serviço para os objetivos e finalidade da intervenção. Adicionalmente às perguntas objetivas, solicitou-se aos participantes que sugerissem modificações das atividades propostas no modelo, para seu melhor entendimento.

Foram realizadas duas visitas. Na primeira visita, apresentou-se a configuração das questões para avaliação e posteriormente sugestões obedecendo às legislações pertinentes. Na revisita, constaram as questões que suscitaram sugestões de modificação por parte das unidades.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Os dados obtidos neste estudo evidenciam elementos imprescindíveis à busca de uma proposição de melhorias e alternativas à administração técnica e gerencial da Hemorrede/RN.

Entende-se que as principais contribuições científicas da proposta podem ser sistematizadas quanto à inserção de novos indicadores de cunho relacional, baseados na análise estrutural e dinâmica da hemorrede, onde se permite ampliar o diagnóstico situacional e fornecer suporte para a garantia de qualidade de produtos e da segurança transfusional, na produção de novos instrumentos de análise e tomada de decisão no campo da avaliação científica.

A análise identificou as áreas críticas e estratégicas a partir da realização de visitas e aplicação de instrumentos avaliativos vol-

tados para a área administrativa e técnica. Como ponto colaborador para a qualificação, exemplifica-se a sugestão de métodos para a construção do processo de melhoria contínua das agências transfusionais (AT) visitadas, buscando apoiá-los na construção e elaboração dos planos de ação, com consequente monitoramento da equipe do PEQH/RN em relação às medidas corretivas que estarão sendo colocadas em prática, visando à adequação das atividades não conformes e parcialmente conformes apontadas nos relatórios de visita (tabela 1).

Tabela 1 - Diagnóstico situacional da avaliação das agências transfusionais 1 e 2

| Atividades do Roteiro de Visita | Diagnóstico situacional | Providências |
|---|---|--|
| Estrutura Física | Teto com presença de goteiras e mofo. | Eliminar as goteiras e proceder com a manutenção de limpeza e pintura no teto da AT. |
| Recursos Humanos | <p>Escala de trabalho de profissionais de nível superior incompleta em alguns dias para cobertura nas 24 horas de atividades.</p> <p>A maioria dos servidores não possui treinamento formal na área de hemoterapia.</p> | <p>Readequar escala perante o setor de dimensionamento dos recursos humanos da SESAP/RN.</p> <p>Promover treinamento para todos os servidores das AT na área de hemoterapia (terapia transfusional).</p> |
| Condições de Armazenamento de hemocomponentes | <p>Temperatura ambiente inadequada (acima de 27° C) para conservação e acondicionamento de bolsas de sangue e componentes sanguíneos, amostras de sangue de receptores e reagentes.</p> <p>Inexistência de manutenção preventiva, calibração e aferição de equipamentos.</p> <p>Temperatura de equipamentos acima dos limites permitidos (refrigeradores e congeladores), ausência de alarmes sonoros e visuais nos equipamentos da cadeia de frio, falhas nos registros de temperatura dos equipamentos (espaços em branco).</p> | <p>Substituir ou adquirir outro aparelho de ar condicionado que atenda a área física existente.</p> <p>Disponibilizar serviços de manutenção preventiva, calibração e aferição dos equipamentos existentes na AT.</p> <p>Adequar o controle de temperatura dos ambientes e equipamentos dentro dos limites estabelecidos, em intervalos regulares e com registro em mapas de controle devidamente preenchidos e gerenciados.</p> |
| Equipamentos de Proteção Individual | <p>Equipamentos de Proteção Individual (EPI) insuficientes às atividades que executam, apesar de possuírem manual de biossegurança do estabelecimento de saúde.</p> <p>Presença de fortes ruídos provocados por equipamentos em uso na rotina do serviço.</p> | Disponibilizar equipamentos de proteção individual suficiente, de acordo com o estabelecido pelo mapeamento de riscos, à execução de todas as atividades. |
| Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS | Uma das AT não está inserida no PGRSS do hospital, mas está contemplada no recolhimento da empresa terceirizada para transporte, tratamento e disposição final de seus resíduos infectantes e perfurocortantes. | Inserir a AT no PGRSS do hospital. |
| Controle de Qualidade dos Reagentes | <p>Falta de controle de qualidade dos reagentes em uso, lote a lote;</p> <p>A AT não dispõe de reagentes de hemácias A e B fenotipadas para a prova reversa, utilizando reagentes produzidos no serviço sem autorização da ANVISA.</p> | <p>Implantar o controle de qualidade dos reagentes, lote a lote, à medida que tais insumos sejam estocados no Serviço.</p> <p>Prover a AT de reagentes de células humanas comerciais para a prova reversa.</p> |

| Atividades do Roteiro de Visita | Diagnóstico situacional | Providências |
|---------------------------------|--|--|
| Comitê Transfusional | Os hospitais onde as AT estão instaladas não possuem Comitê Transfusional. | Constituir o comitê transfusional de forma compatível com as necessidades e complexidades de cada AT. Instituir o uso racional do sangue, a atividade educacional e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica. |
| Hemovigilância | A equipe de enfermagem não realiza o adequado acompanhamento da transfusão sanguínea e raramente faz o registro das suspeitas de reações transfusionais no prontuário do paciente, bem como não comunica tal ocorrência a AT. O hospital não é cadastrado no sistema Notivisa apesar de fazer parte da rede de urgência e emergência do estado. | Realizar treinamento de pessoal para as atividades de hemovigilância, incluindo acompanhamento da equipe e registros de intercorrências (reações transfusionais) no prontuário do paciente, além de comunicação da ocorrência suspeita de reação transfusional à AT. Cadastrar os hospitais no sistema Notivisa. Participar do processo de retrovigilância desencadeado pelo serviço de hemoterapia quando necessário. |
| Transporte de Hemocomponentes | Observou-se funcionário (motorista) dentro da AT, realizando atividades de manuseio de bolsas de hemocomponentes, o que se constitui em procedimentos impróprios e inadequados à sua função e competência. Transporte de hemocomponentes para estoque na AT realizado por ambulância pertencente ao hospital. | Reforçar treinamento sobre transporte de sangue e componentes sanguíneos para todos os motoristas do Hemocentro Coordenador. |
| Política da Qualidade | Controle de Qualidade Interno (CQI) das técnicas laboratoriais empregadas não é realizado. Alguns manuais de procedimentos operacionais (POP) inexistem para as diversas atividades executadas. As solicitações sanguíneas advindas de áreas críticas como setores de urgência e emergência e centro cirúrgico não seguem as recomendações da legislação vigente. A AT não possui protocolo específico para autorização do atendimento à solicitação de extrema urgência, principalmente nas liberações de sangue para o centro cirúrgico, não seguindo à risca as recomendações da legislação vigente. | Implantar o sistema de gestão da qualidade nas AT, por meio da realização e monitoramento dos procedimentos considerados críticos, incluindo processos referentes à elaboração e revisão de POPs, qualificação e/ou calibração de equipamentos e instrumentos, CQI, entre outros. Elaborar os POPs contemplando os critérios para reintegração de hemocomponentes ao estoque, controle de qualidade dos reagentes em uso, lote a lote, CQI, transfusões em caráter de extrema urgência, entre outros, de acordo com legislações vigentes. Instituir rotina escrita para dispensação de hemocomponentes em situações de extrema urgência, incluindo a autorização por escrito do médico solicitante nas requisições sanguíneas para liberação de sangue sem prova de compatibilidade. |

Para um processo de hemoterapia se adequar e oferecer um serviço de qualidade, setores e procedimentos devem passar por um processo de qualificação, o qual abrange estrutura física e recursos humanos. Por outro lado, investimentos em estrutura física são fundamentais para aumentar a segurança dos procedimentos a serem realizados na unidade.

Cada hemocomponente tem um período de armazenamento e temperatura de estocagens específicas. Alguns como o plasma são viáveis em até 12 meses (armazenados

a -20°C), outros como as hemácias variam de 35 a 45 dias (armazenados entre 2°C a 6°C), dependendo da solução anticoagulante utilizada, e outros como as plaquetas somente 5 dias (armazenadas entre 20°C a 24°C). Este último é considerado, nas agências transfusionais, o ponto mais frágil para a manutenção dos estoques (BRASIL, 2016). Nos hemocomponentes nos quais o tempo de armazenamento é fator crítico para a qualidade destes, será considerada a hora de coleta na determinação do prazo de vencimento.

Por outro lado, de acordo com as medidas preventivas contra infecções por patógenos transmitidos por sangue, recomenda-se a manipulação cuidadosa de objetos perfuro cortantes por meio de ações como o uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

A partir desses dados, ressaltamos a obrigatoriedade da elaboração de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). A questão da segregação do PGRSS tem provocado preocupação aos órgãos sanitários devido ao gerenciamento e ao manejo inadequados que ameaçam a saúde pública. Nessa perspectiva, a AT necessita rever os conceitos dentro dos parâmetros vigentes buscando a eliminação e prevenção de riscos à saúde e ao meio ambiente.

Somado ao exposto, acrescenta-se que a realização do controle de qualidade dos reagentes é importante para avaliar se houve deterioração durante a utilização e a estocagem de um hemocomponente.

Acrescenta-se que o conhecimento das variáveis que podem levar aos efeitos indesejáveis da transfusão e o seu controle permitem gerenciamento de risco, com minimização das reações adversas. A implantação e bom funcionamento dos comitês transfusionais deve ser uma prioridade onde propor-

ciona-se um aumento da segurança durante a transfusão com a diminuição das reações transfusionais.

Além disso, a hemovigilância objetiva melhorar as práticas hemoterápicas da instituição, aumentar a segurança e reduzir os erros transfusionais, estreitar a relação do serviço de hemoterapia e os diversos serviços do hospital e criar protocolos de utilização de hemocomponentes, promovendo educação e atualização em hemoterapia. (BRASIL, 2010c).

As diretrizes técnicas regulamentadas pela Portaria nº 158/2016 e RDC nº 34/2014, entre os quais está inserido o transporte de hemocomponentes, ressalta que o descumprimento das normas estabelecidas constitui infração sanitária, o que implica fragilidade na segurança do paciente.

Enfim, no contexto da saúde pública, a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade resulta de decisão que busca aprimorar sua capacidade de assegurar maiores benefícios de saúde com o menor nível de risco, o qual afeta a qualidade e a segurança dos hemocomponentes inerentes à prática transfusional. Além disso, as características individuais dos pacientes e os tipos de tratamento a que são submetidos, são fontes de riscos potenciais que requerem constante vigilância (SCHMUNIS, 2005).

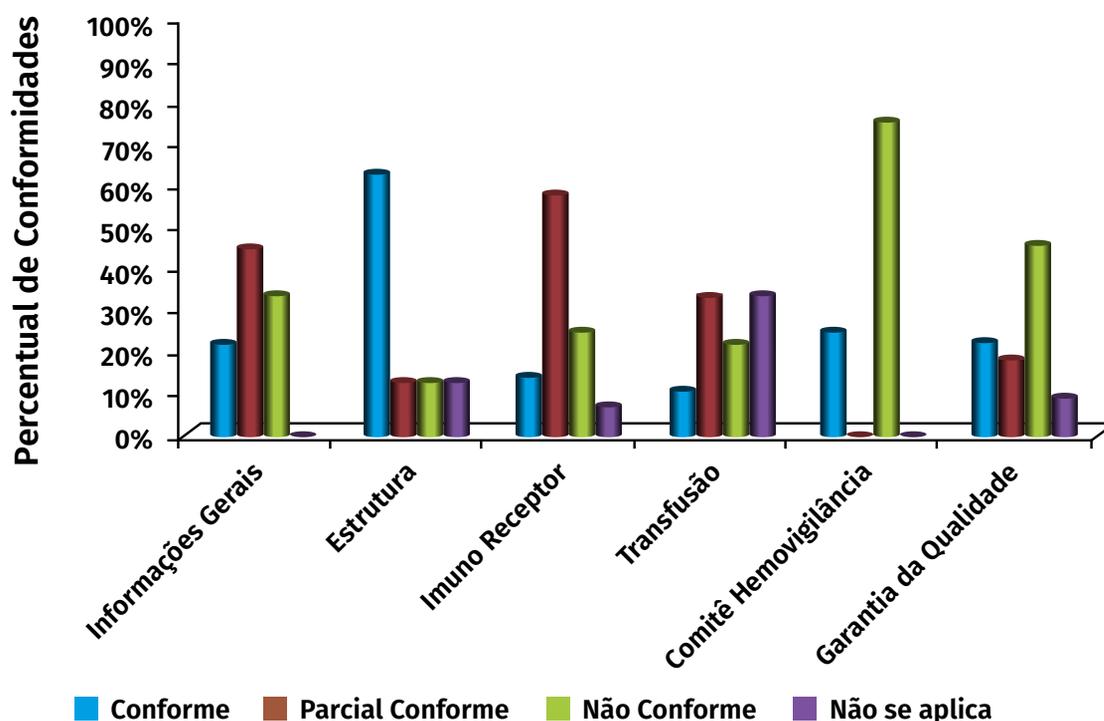


Gráfico 1 - Dados referentes à avaliação dos requisitos na AT N° 1.

A situação diagnosticada na primeira AT foi iniciada com o levantamento dos problemas que resultaram num perfil capaz de referendar-se para a busca de melhorias, potencialidades, desafios e possibilidades de crescimento da AT (gráfico 1).

A estrutura física e instalações foram o quesito com maior representatividade dentro das conformidades determinadas pela legislação; enquanto a garantia da qualidade e o comitê transfusional foram áreas que necessitaram de readequação dos processos e condutas, além dos procedimentos técnicos relacionados à área de imunohematologia do receptor e transfusão.

Como a definição da garantia da qualidade baseia-se em um sistema que assegura consistência e aperfeiçoamento de práticas de trabalho, incluindo os produtos e serviços, deve-se levar em conta os procedimentos a serem adotados.

Dentro do direcionamento dado à proposta do PEQH, avaliou-se inicialmente que a inexistência de um comitê transfusional interferiu na medicina praticada atualmente, onde não se permite que condutas terapêuticas sejam tomadas sem evidências que as justifiquem; o que pode culminar na redução do número de transfusões, além de atingir um nível de conformidade nas prescrições médicas. É competência do comitê o monitoramento das atividades na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, atividade educacional, hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

Por outro lado, na área de imunologia e de transfusão a AT 1 apresentou percentuais representativos, principalmente no que tange à determinação das diretrizes que relatam que toda transfusão traz em si um risco ao receptor, seja imediato ou tardio, devendo ser indicada de forma criteriosa.

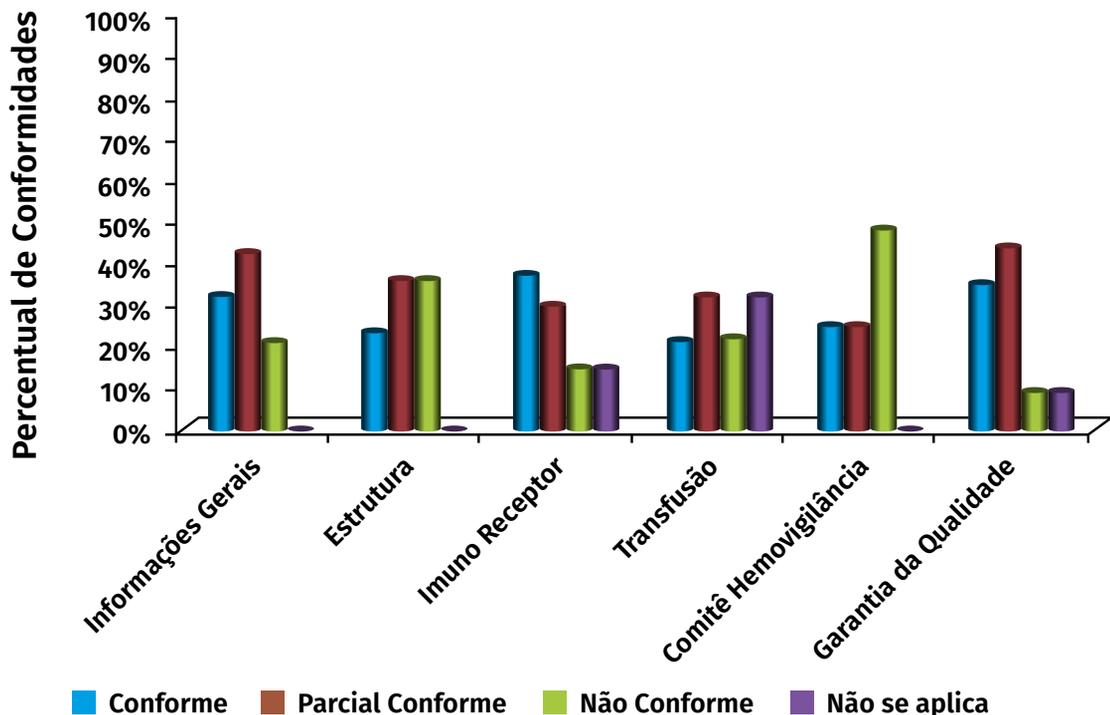


Gráfico 2 - Dados referentes à avaliação dos requisitos na AT Nº 2.

A segunda agência transfusional apresentou um perfil (gráfico 1) diferenciado, tendo as informações gerais, área de imunologia, transfusão e garantia da qualidade como quesitos de maior representatividade dentro das conformidades determinadas pela legislação;

enquanto o comitê transfusional necessita de readequação de condutas.

De uma forma geral a AT 2 apresentou características mais uniformes, necessitando de um número menor de adequações às normativas vigentes, provavelmente forne-

cendo um serviço de hemoterapia superior à AT 1.

Ressaltamos que todas as observações apresentam um objetivo informativo para colaborar com a melhoria dos serviços e produtos da Hemorrede. Com esta conduta, o corpo clínico da instituição poderá usufruir de procedimentos hemoterápicos mais adequados as suas necessidades, proporcionando aos seus pacientes um tratamento com maior segurança transfusional.

As ações do PEQH foram desenvolvidas em cada agência transfusional visitada com base na política de fortalecimento da qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo estruturado ao longo desse período no intuito de atender, com segurança, às necessidades transfusionais da população potiguar.

As visitas do PEQH visaram não somente obter um diagnóstico situacional sobre o funcionamento dos serviços de hemoterapia da hemorrede, mas também oportunizaram uma rica troca de experiências e saberes entre a equipe de auditores e técnicos desses serviços na promoção e proteção à saúde dos receptores. Por meio desta atividade, houve um contato direto entre as partes, o que facilitou momentos de discussão técnica voltados ao gerenciamento da qualidade nos processos ligados à hemoterapia, cujos aspectos são de extrema relevância. Tais discussões trouxeram às equipes auditadas um novo olhar sobre suas competências e para a necessidade de adequações à legislação vigente.

Analisando-se as não conformidades referidas na tabela 1, a equipe constatou o ambiente da agência identificado e/ou sinalizado de acordo com as diretrizes de biossegurança e as normas estabelecidas para a saúde do trabalhador.

O mapeamento da força de trabalho permitiu a readequação da equipe por meio da incorporação de servidoras com experiência na área de hematologia e hemoterapia. Assim, os serviços prestados aos pacientes nas agências transfusionais foram redimensionados, havendo inclusive um agendamento futuro para a atualização dos servidores das AT em terapia transfusional.

Em relação à área específica e condições de trabalho adequadas, foi observada a eliminação do ruído provocado por alguns equipa-

mentos em uso, climatização por meio da aquisição de um aparelho de ar condicionado que atendeu a área física existente, permitindo o controle de temperatura dos ambientes e com registro em mapas de controle devidamente preenchidos e gerenciados.

Por outro lado, a agência implantou o sistema de gestão da qualidade nas AT, por meio da realização e monitoramento dos procedimentos considerados críticos, incluindo processos referentes à elaboração e revisão de POP, qualificação e/ou calibração de equipamentos e instrumentos, CQI, entre outros. Os POP contemplando os critérios para reintegração de hemocomponentes ao estoque, controle de qualidade dos reagentes em uso lote a lote, CQI, transfusões em caráter de extrema urgência, entre outros, de acordo com legislações vigentes estão sendo elaborados pela equipe de profissionais de nível superior que atua nas agências.

Considera-se, a partir de agora, que a implementação das visitas de auditoria nas AT pelo PEQH será uma ferramenta decisiva para um contínuo avanço rumo à melhoria nos procedimentos realizados, pela oportunidade e possibilidade de se incutir a cultura da política da qualidade nos processos de trabalho.

Mesmo que ainda tenhamos diversas não conformidades parcialmente corrigidas ou até mesmo sem correções, a visão da gestão da qualidade foi bem aceita e incorporada pelos funcionários das AT visitadas.

Nessa direção, o presente estudo pretendeu aferir a viabilidade do PEQH como ferramenta de mudança, por meio da identificação e percepção de seus gestores e do grupo de assessoramento técnico, acerca dessa implantação e de sua contribuição para a melhoria na qualidade do serviço.

Essa análise pode contribuir para uma compreensão ampliada dos objetivos desse programa, das suas lacunas e limitações enquanto política pública fomentadora do desenvolvimento gerencial e técnico dos hemocentros, visando o alcance da segurança transfusional no estado do RN.

Próximos passos, desafios e necessidades

Espera-se que nos próximos anos o PEQH/RN possa contribuir de forma mais efetiva na

assistência hemoterápica e hematológica qualificada aos usuários, sejam eles doadores e receptores, estando integradas às demais ações de atenção à saúde desenvolvida no RN, entre as quais aquelas direcionadas ao Sistema Único de Saúde. Neste sentido, é importante a contribuição do programa para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da hemorrede, dando suporte às orientações sobre todos os cuidados necessários, bem como reordenação e aprimoramento das ações conforme as reais necessidades, realizando:

- capacitações dos técnicos e profissionais de nível superior;
- troca de experiências e aprimoramento da tecnologia da informação com implantação de sistemas de informação;
- pactuação entre gestores e prestadores de serviço de saúde (acompanhamento/monitoramento); questões organizacionais, políticas e financeiras ainda esperam por soluções;
- estruturação dos pontos de distribuição de hemocomponentes, fornecendo-lhes os meios necessários para o recebimento, armazenamento e dispensação adequados dos insumos, garantindo assim maior segurança e qualidade necessária para a segurança da transfusão;
- Integração dos pedidos de abastecimento das agências transfusionais por meio de sistema informatizado, promovendo um melhor controle de estoque e criação de um banco de dados mais eficiente;
- Educação permanente e contínua de todos os profissionais envolvidos.

CONCLUSÃO

A reestruturação dos serviços de hemoterapia avaliados até a presente data causou certo impacto na cultura organizacional da entidade, pela oportunidade de se discutir abertamente com os responsáveis pelos serviços quais os principais pontos críticos de controle observados no decorrer da visita. Por meio da melhoria das atividades realizadas nos serviços de hemoterapia, as ações estratégicas tendem a melhorar a gestão e o conhecimento de informações. Normas e diretrizes do serviço contribuirão também para

que outras ações igualmente importantes sejam efetivadas no atendimento e na segurança transfusional.

A experiência foi muito valiosa, tanto para os profissionais das unidades, quanto para os avaliadores. Pôde-se perceber que as visitas realizadas, por não terem caráter punitivo, trouxeram os profissionais e servidores das referidas agências transfusionais para mais perto da equipe de avaliadores, numa parceria saudável, visando tão somente a oportunidade de se conseguir com os gestores dessas unidades as melhorias necessárias para o avanço em busca da qualificação.

Este momento propiciou um olhar crítico sobre a realidade da saúde nas agências transfusionais visitadas até a presente data, sendo, portanto, um marco importante e um caminho para melhorar a saúde pública no estado. Entretanto, evidenciou-se que ainda há muito a se fazer, principalmente na inserção do farmacêutico nas ações voltadas para a segurança do paciente e uso racional do sangue.

É possível concluir que o diagnóstico em cada serviço de hemoterapia é condição necessária para uma avaliação dos efeitos de médio e longo prazo da implementação do PEQH no estado do Rio Grande do Norte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. ANVISA. Decreto-Lei nº 3.990, de 30 de outubro de 2001. Ementa: Regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jun. 2014. Seção 1. p. 01-05.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Norte. Informações Estatísticas 2010a. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=24&search=rio-grande-do-norte>. Acesso em 10 de abril de 2016.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Norte. Informações Estatísticas 2010b. "Contas Regionais do Brasil 2010". IBGE Cidades. Acesso em 10 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Ementa: Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jun. 2014. Seção 1. p. 50-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Ementa: Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 nov. 2011. Seção 1. p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Ementa: Regulamenta o §4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2001. Seção 1. p. 01-03.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. Ementa: Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 fev. 2016. Seção 1. p. 37-100.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2008. Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – CPNSH, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Relatório de gestão 2012 [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 242 p.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada Nº 151, de 21 de agosto de 2001. Ministério da Saúde. ANVISA. Ementa: Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2001a. Seção 1. p. 29-31.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 140 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMARGO, J.F.R *et al.* A educação continuada em enfermagem norteando a prática em hemoterapia: uma busca constante pela qualidade. Revista Prática Hospitalar, ano IX, n. 51, maio-junho de 2007, p 125-131.

COVAS, D.T.; JÚNIOR, D.M.L. Hemoterapia: Fundamentos e Prática. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

FERREIRA, J.C.; GOULART, S. Perfil de competências dos avaliadores da Hemorrede: Uma contribuição para o aperfeiçoamento da gestão do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede – PNQH, IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília – DF, 2011.

SCHMUNIS, G.A.; Cruz, J.R. Safety of the blood supply in Latin America. *Clin Microbiol Ver.* 2005;18(1):12-29.

INSTITUIÇÃO

Hemorrede do Rio Grande do Norte

AUTORES

Jucimary Vieira dos Santos
Geraldo Barroso Cavalcante Junior
Tereza Amélia Maia Saraiva

CONTATOS

jucimaryvieira@yahoo.com.br
gbcjunior@hotmail.com
terezasaraiva@hotmail.com



Cuidados farmacêuticos em farmácias populares do estado de Sergipe: resultados alcançados

CARACTERIZAÇÃO

O estado de Sergipe é subdividido em microrregiões. As farmácias populares de Estância, Propriá, Nossa Senhora da Glória e Tobias Barreto abrangem as regiões Sul, Baixo São Francisco, Alto Sertão e Centro-Sul sergipanos, respectivamente. Juntas, as farmácias atendem uma área de 13.498,67 km² com uma população de 743.161 habitantes (IBGE/2010). Entre esses, 50,3% são do sexo feminino, 70,8% são alfabetizados. A maior parte da população dos municípios onde

as farmácias estão sediadas reside na área urbana (76,7%).

Perfil epidemiológico

Em análises realizadas entre os anos de 2007 e 2011, no estado de Sergipe o coeficiente de mortalidade geral tem se mantido estável, variando de 4,8 a 5,4 por 1.000 habitantes. Observa-se que o coeficiente tem sido maior na população do sexo masculino. Acompanhando a evolução da mortalidade em diferentes faixas etárias, mostra-se uma diminuição da

proporção de óbitos em menores de um ano, e consequente aumento da expectativa de vida. Proporcionalmente, as doenças do aparelho circulatório representaram o principal grupo de causas de mortalidade em Sergipe, no período avaliado. Em seguida vieram as causas externas e neoplasias. Recentemente, o estado, assim como os demais estados nordestinos, vem sofrendo com o crescente número de casos de dengue, chikungunya e zika.

Estruturação da rede de saúde

Os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram que o estado de Sergipe possui 2.819 estabelecimentos de saúde, sendo esses: central de regulação de serviços de saúde (2); centro de atenção hemoterápica e ou hematológica (2); Centro de Atenção Psicossocial – Caps (32); centro de parto normal (2); centro de saúde/unidade básica de saúde (382); clínica especializada/ambulatório especializado (151); consultório isolado (1.572); cooperativa (15); farmácia de medicamentos e dispensação excepcional e programa Farmácia Popular (9). Dessas, 4 Farmácias Populares do Brasil (FPB), geridas pela Fundação Estadual de Saúde (Funesa), serão o cenário da experiência relatada neste trabalho.

A rede de saúde de Sergipe também possui hospital dia (15); hospital especializado (8); hospital geral (37); Laboratório Central de Saúde Pública - Lacen (1); policlínica (87); posto de saúde (245); pronto atendimento (3); pronto-socorro especializado (1); pronto-socorro geral (5); secretaria de saúde (76); unidade básica de saúde mista com atendimento 24h; internação/urgência (10); unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia (153); unidade de vigilância em saúde (3); unidade móvel pré-hospitalar - urgência/emergência (4); unidade móvel terrestre (4).

Assistência farmacêutica

Em Sergipe, após a reforma sanitária e gerencial do SUS, a assistência farmacêutica passou a ser pautada por ações de saúde voltadas para uma maior efetividade na gestão de insumos farmacêuticos. As ações visavam à ampliação do acesso a medicamentos de qualidade, eficazes e seguros, com melhor custo-benefício,

e à orientação para a prática clínica, objetivando a melhor escolha farmacológica e o uso racional dos medicamentos.

O programa Farmácia Popular do Brasil foi implantado com o objetivo de ampliar o acesso da população aos medicamentos. Associado à distribuição do medicamento às farmácias geridas pelo estado de Sergipe, por meio da Funesa, promovem o uso racional de medicamentos entre a população atendida por meio da oferta de serviços farmacêuticos. No trabalho de implantação dos serviços farmacêuticos nas FPBs foram treinados 12 farmacêuticos, e atualmente as unidades contam com 8 profissionais desenvolvendo os serviços farmacêuticos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

As farmácias populares do Brasil geridas pela Funesa são pólos regionais que surgiram para expandir o acesso da população do estado de Sergipe aos medicamentos. Têm edificações próprias nos municípios de Estância, Propriá, Nossa Senhora da Glória e Tobias Barreto, que abrangem as regiões do Baixo São Francisco, Alto Sertão, Centro-Sul e Sul.

Desde o princípio, a gestão teve como foco a implantação de serviços voltados ao cuidado farmacêutico, com ênfase na promoção da saúde, uso correto de medicamentos e melhora da qualidade de vida dos pacientes. No ano de 2010, três farmácias foram inauguradas ainda sem a estruturação desses serviços.

No ano de 2012 uma consultoria foi contratada para a capacitação da equipe farmacêutica e a elaboração de material gráfico personalizado para que houvesse condições de iniciar serviços de dispensação de medicamentos documentados, aferição de parâmetros clínicos, bioquímicos e antropométricos, revisão da farmacoterapia e atenção farmacêutica.

Nesse período, foram definidos os conceitos de cada serviço. A dispensação de medicamentos era contabilizada quando o farmacêutico orientava o paciente quanto ao uso correto do medicamento a ser utilizado e/ou educação em saúde. Já a revisão da farmacoterapia era computada nas estatísticas quando o paciente tinha seus problemas relacionados a medicamentos (PRM) resolvidos em até três consultas. Caso contrário, o mesmo era acompanhado na

atenção farmacêutica. A aferição de parâmetros clínicos, bioquímicos e antropométricos era ofertada a toda a população como serviços auxiliares para o monitoramento da efetividade do uso dos medicamentos e, quando necessário, os pacientes eram encaminhados aos demais serviços.

Em 2013 aconteceu a implementação dos serviços farmacêuticos com a busca da excelência, moldando e padronizando tudo o que já era ofertado ao paciente de modo que um serviço prestado em uma farmácia fosse o mais semelhante possível ao de outra unidade do grupo. O número de pacientes atendidos cresceu exponencialmente no decorrer dos anos.

No ano de 2014, com toda a base definida e padronizada, iniciou-se o período de consolidação, em que a prática era constante para o alcance do melhor desempenho de cada farmacêutico envolvido no programa, além de os farmacêuticos receberem *coaching* mensalmente. A equipe administrativa também foi envolvida em todo o processo teria papel essencial na captação de pacientes para os serviços de aferição de parâmetros clínicos, bioquímicos e antropométricos e para a dispensação farmacêutica. Com a consolidação dos serviços farmacêuticos, veio a inauguração da quarta unidade de FPB, com farmacêuticas capacitadas pela própria equipe. Ao final desse ano, a equipe se despediu da consultoria e, em 2015, retomou o trabalho, que continua até hoje.



Capacitação da equipe de atendentes e farmacêuticos das Farmácias Populares geridas pela Funesa

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DAS FÁRMACIAS POPULARES DE SERGIPE

O paciente, ao entrar na Farmácia Popular em busca de medicamentos, é orientado pelo segurança a retirar uma senha para ser pré-atendido e adquirir seus medicamentos. Segue para o caixa e para o balcão de entrega de medicamentos.

No pré-atendimento e na entrega dos medicamentos o assistente administrativo responsável pelo setor submete o paciente a um questionário padrão para verificar se é a pri-

meira vez que ele está usando o medicamento e como este está sendo utilizado, entre outras questões. O objetivo é sondar a necessidade ou não de o paciente passar pela dispensação farmacêutica no final do atendimento.

Em caso de medicamentos como antimicrobianos, antifúngicos, antiparasitários ou com necessidade de preparo para a administração, como pós para suspensão e para uso de cremes vaginais, o paciente passa, necessariamente, pela dispensação farmacêutica. Nesses casos, há peculiaridades que precisam ser explicadas ao paciente.

Caso o atendente identifique que o paciente precisa de alguma informação extra sobre seu medicamento ou sua doença, um *post-it* com a inscrição da palavra “DISPENSAÇÃO”, é anexado a sua prescrição. Após receber seus medicamentos, o paciente se dirige à mesa do farmacêutico, que o orienta utilizando-se de instrumentos produzidos

pela própria equipe, como envelopes coloridos, etiquetas adesivas, tabelas de datas e horários, entre outros, a fim de assegurar que o paciente saia da farmácia com as informações necessárias sobre como usar e armazenar seu medicamento corretamente e conseguir os melhores resultados no uso de sua farmacoterapia.

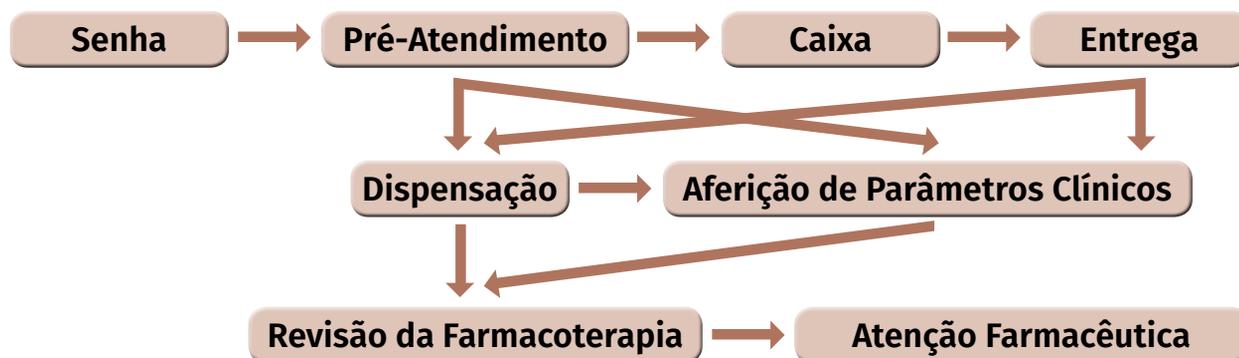


Figura 1 - Fluxograma de atendimento das farmácias populares de Sergipe geridas pela Funesa.

Nas quatro farmácias comunitárias descritas, no período de 2014 a 2015, 97.783 receitas foram aviadas para a população e 7.419 pacientes foram orientados pelo farmacêutico na dispen-

sação. Tendo em vista que a maioria dos pacientes que passam pela dispensação adquire os medicamentos nas FPBs, podemos afirmar que 7,6% das receitas aviadas foram orientadas.



Serviços de Cuidados Farmacêuticos ofertados à população das microrregiões do interior sergipano para promoção e prevenção da saúde

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

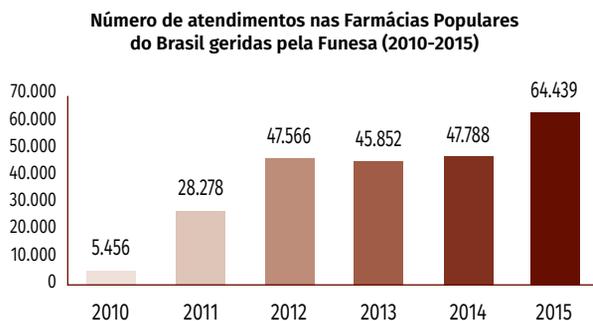
Para avaliação dos resultados alcançados, os números de serviços e vendas foram contabilizados e tabulados utilizando o programa Excel 2013 da Microsoft®, versão para Windows 10. A partir das tabelas, foram feitas as análises estatísticas descritivas.

Em quatro anos, um total de 21 trabalhos científicos baseados nos serviços ofertados nas farmácias foi publicado em congressos nacionais e internacionais, e todos foram destaque ou receberam prêmio.

O reconhecimento do trabalho realizado nas quatro farmácias regionais geridas pela FUNESA é notável. É observado na satisfação dos pacientes atendidos, que relatam o benefício da orientação oferecida pelo farmacêutico, e nos agradecimentos externados pelos médicos e demais profissionais da saúde, satisfeitos com a cooperação do farmacêutico nos cuidados com o paciente. Os resultados são observados também na autoestima dos farmacêuticos, que se sentem parte essencial da equipe de saúde.

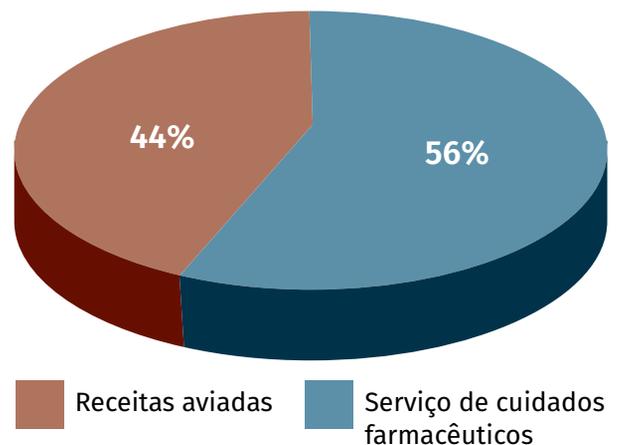
Neste trabalho, um dos resultados mais expressivos foi o crescimento no quantitativo de atendimentos a medida que os serviços eram implementados. Como demonstra o gráfico 01, foram realizados 239.376 atendimentos nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015. Durante o período foram distribuídos mais de 1.050.212 medicamentos à população das regiões do Baixo São Francisco, Alto Sertão, Centro-Sul e Sul do estado de Sergipe.

Gráfico 01 - Comparativo do número de atendimentos realizados nas farmácias populares do Brasil geridas pela FUNESA em 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.



Após avaliar o quantitativo de atendimentos farmacêuticos (aferição de pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura, cálculo de IMC, medida de circunferência abdominal, dispensação documentada, consultas de revisão da farmacoterapia e atenção farmacêutica) o número de distribuição e venda de medicamentos nas farmácias de Estância, Propriá, Tobias Barreto e Nossa Senhora da Glória, pode-se definir o perfil dos serviços prestados no ano de 2015. Ao observar o gráfico 2 percebe-se a grande relevância do quesito serviços de cuidados farmacêuticos comparado ao número de receitas aviadas.

Gráfico 02 - Perfil do atendimento das farmácias populares regionais do estado de Sergipe.



Os serviços de cuidados farmacêuticos geram, desde a sua implantação, grande impacto na saúde do paciente. O farmacêutico, no ato da dispensação, aferição de parâmetros clínicos, revisão da farmacoterapia ou atenção farmacêutica, identifica os problemas relacionados a medicamentos (PRMs), prevê riscos e promove intervenções que visam à solução destes problemas. Essas intervenções são feitas ao paciente ou aos profissionais da saúde.

Em 2014, ano em que os serviços foram consolidados, e no ano seguinte, foram identificadas 2.802 suspeitas de PRM nas prescrições de 1.268 pacientes que passaram pelos serviços de dispensação, revisão da farmacoterapia ou atenção farmacêutica. Isso prova a importância do farmacêutico na prática clínica. Normalmente, ele é o último profissional da saúde com quem o paciente tem contato

antes de tomar o seu medicamento. Assim, é do farmacêutico que o paciente irá receber as informações essenciais acerca de sua farmacoterapia e saúde³.

A análise dos impactos econômicos dos serviços de cuidados farmacêuticos desenvolvidos na rede de FPBs geridas pela Funesa é o próximo passo a ser explorado pela equipe, a fim de quantificar a esperada redução de custos com a saúde gerada pelo acompanhamento farmacêutico ao paciente.

Até o mês de janeiro de 2016 não foram encontrados registros de nenhum tipo de serviço farmacêutico realizado em farmácias populares do Brasil do estado de Sergipe geridas por outras instituições que não sejam a Funesa/SES. Desta forma, podemos concluir que as quatro unidades de FPBs citadas neste trabalho são pioneiras no desenvolvimento dos serviços de cuidados farmacêuticos que desempenham.

O PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

As farmácias funcionam com dois farmacêuticos que preenchem todo o horário de funcionamento. Eles trabalham seis dias por semana, de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, ininterruptamente. Aos sábados, permanecem nas farmácias das 8 às 12 horas, salvo feriados nacionais, estaduais e municipais, seguindo o calendário público decretado.

Os medicamentos que fazem parte do elenco são considerados como essenciais na prática clínica da atenção básica, ou seja, capazes de tratar as doenças e agravos de maior prevalência e impacto social, como hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, depressão, asma, infecções e verminoses.

A exigência da prescrição do medicamento por profissionais da saúde e a presença permanente de um farmacêutico têm caráter educativo. Além de orientar a forma correta de usar os medicamentos, os farmacêuticos instruem a população também sobre os cuidados necessários, como por exemplo, o armazenamento dos medicamentos, instruções sobre a doença e orientações sobre a modificação dos hábitos alimentares e a prática de atividade física.

Próximos passos, desafios e necessidades

- Aumentar a divulgação dos serviços farmacêuticos para todas as microrregiões atendidas;
- Propor parceria com os outros profissionais da saúde destes municípios para otimizar os cuidados aos pacientes atendidos;
- Capacitação dos farmacêuticos para atender a esse novo perfil da profissão;
- Dar visibilidade aos serviços farmacêuticos e, com isso, aumentar os números de unidades que contemplem os serviços farmacêuticos fornecidos pelas farmácias populares.

CONCLUSÃO

Com a análise dos dados, pode-se afirmar que os serviços de cuidados farmacêuticos têm um papel essencial nas farmácias populares regionais do estado de Sergipe. No gráfico 01, é possível observar que eles compõem quase 50% dos serviços oferecidos nas unidades. Hoje o usuário das FPBs geridas pela Funesa, além de ser beneficiado com a aquisição de medicamentos gratuitos e de baixo custo, recebe cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

- Secretaria Estadual de Saúde. Banco de dados dos Sistemas de Informação em Saúde, Vigilância Epidemiológica em 05 de maio de 2012.
- Relatório Anual de Gestão Fundação Estadual de Saúde/FUNESA 2011
- Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. Disponível em: <http://rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-1-2.pdf> Acessado em 25/08/2016)
- Secretaria Estadual de Saúde. Banco de dados dos Sistemas de Informação em Saúde, Vigilância Epidemiológica em 05 de maio de 2012;
- Relatório Anual de Gestão Fundação Estadual de Saúde/FUNESA 2011;
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>;

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>;

Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf;

Ministério da saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Série A Normas e manuais técnicos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROGRAMA_FARMACIA_POPULAR.pdf

INSTITUIÇÃO

Fundação Estadual de Saúde de Sergipe (Funesa)

AUTORES

Dayanne Santana dos Santos
Andréa Valença Cardoso
Gisele Santana Andrade
Bárbara Manuella Cardoso Sodré Alves
Adriana Silveira Almeida Maciel
Iana Raquel Silveira Alves
Eulália Lins Victor

CONTATOS

eulalia.victor@funesa.se.gov.br
dayanne.santos@funesa.se.gov.br
andrea.cardoso@funesa.se.gov.br
gisele.andrade@funesa.se.gov.br
barbara.alves@funesa.se.gov.br
adriana.maciel@funesa.se.gov.br
iana.alves@funesa.se.gov.br



Tecendo Saberes sobre Plantas Medicinais: o resgate, a permanência e a construção do conhecimento popular na atenção básica do município de Aracaju

CARACTERIZAÇÃO

Sergipe é o menor estado da federação e tem uma população de 2.201.539 habitantes (IBGE/2013), distribuídos entre seus 75 municípios. A capital é Aracaju, com área total de 181,8 Km², localizada às margens dos rios Sergipe, Poxim e Vaza-Barris. É a maior e mais populosa cidade do estado, com 571.149 habitantes, desde o Tabuleiro de Xadrez das

ruas do Centro, até os povoados da Zona de Expansão.

Aracaju é conhecida como a Capital Nordestina da Qualidade de Vida, possui os menores índices de desigualdade na Região Nordeste. A economia da capital é baseada nos serviços, indústria e turismo. “Aju”, como é carinhosamente chamada, possui uma cultura muito rica, uma culinária de “dar água na boca” e espaços para o lazer.

Estruturação da rede de saúde

Os serviços públicos de Saúde estão espalhados por todos os bairros da cidade. São 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 8 regiões, 07 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), 02 Centros de Especialidades Médicas (Cemar), além de hospitais públicos sob a administração municipal. Entre as unidades de saúde destacam-se a UBS Manoel de Souza Pereira, Edézio Vieira e Augusto Franco, que trabalham com plantas medicinais. Contudo, apenas a unidade Manoel de Souza Pereira possui horto medicinal, construído pelos usuários e a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O Projeto Tecendo Saberes sobre Plantas Mediciniais foi criado no ano de 2012 por iniciativa dos professores do curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Wellington Barros da Silva e Francilene Amaral da Silva. Desenvolvido em parceria com o Movimento Popular de Saúde (Mops) e pactuado com a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, o projeto teve como objetivo principal a integração entre os saberes popular e acadêmico por meio da troca de saberes sobre plantas medicinais entre usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as ações previstas, preconizava a promoção do uso correto, a manipulação para obtenção de formulações caseiras e o cultivo em hortos de plantas medicinais nas UBS, nas residências dos usuários e nos Caps. Para a realização das práticas extensionistas foram escolhidos os seguintes cenários de prática: UBS Augusto Franco, UBS Edézio Vieira, UBS Eunice Barbosa, UBS Manoel de Souza Pereira e o Caps Jael Patrício de Lima.

O projeto “Tecendo Saberes sobre Plantas Mediciniais” tem como plano de ação resgatar o conhecimento da população sobre as plantas medicinais e, por meio da troca de saberes, contribuir a médio e longo prazo para a implementação da Fitoterapia no município, tendo como norteadores a Política e o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Nesse sentido, o projeto busca capacitar usuários e profissionais para o uso correto de

plantas medicinais, preparo de formulações caseiras, cultivo domiciliar e implantação de hortos nas UBS.

A equipe do projeto era composta inicialmente por alunos da graduação em Farmácia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Atualmente é integrada por alunos dos cursos de Farmácia, Medicina, Agronomia e Biologia, além de alunos dos cursos de mestrado e doutorado dos programas de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas e Ciências da Saúde.

METODOLOGIA

Ações na atenção básica

As ações iniciais do projeto foram centradas na capacitação do grupo por meio de oficinas e palestras sobre plantas medicinais, cultivo, Farmácia Viva e rodas de conversa sobre a extensão universitária e o seu papel na comunidade.

As oficinas capacitaram 30 alunos envolvidos no projeto, além dos discentes. A capacitação também foi aberta a toda comunidade acadêmica. As oficinas instruíram os alunos sobre as principais formas de cultivo de plantas medicinais, preparação de formas extrativas caseiras (lambedor, cataplasma, sabonete, infuso e decocto) e armazenamento.



Figura 1 - Oficina de preparação de formulações caseiras. Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Após as oficinas e capacitações, foram iniciadas as ações nas unidades de saúde, inicialmente, para os usuários. Para tal, foram realizadas rodas de conversas, seja na sala de espera, ou com grupos específicos (idosos, gestantes e

usuários cadastrados no programa Bolsa Família, do governo federal). As conversas eram iniciadas com questionamentos elaborados pelos alunos do projeto: o que é natural não faz mal? Existe diferença entre plantas medicinais, medicamentos e fitoterápicos?

Neste momento, os estudantes tiveram a oportunidade de vivenciar/experimentar a realidade profissional na atenção básica. Posteriormente, essas oficinas foram demandadas pelos demais profissionais das unidades de saúde. Estas experiências permitiram aos estudantes a vivência do cenário multiprofissional de cuidado à saúde, além da oportunidade de compartilhar com outros profissionais o papel do farmacêutico tanto no cuidado ao paciente, como na relação multiprofissional no que diz respeito ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos.



Figura 2 - Oficina sobre o uso de plantas medicinais na gestação. Unidade Edézio Vieira

Farmácia Viva – UFS

Com o objetivo de estruturar as ações para implantação da Farmácia Viva nas unidades de saúde foi construído o horto medicinal da UFS. O projeto se baseou na RDC 18/2013, sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este horto serviu de instrumento pedagógico para as disciplinas da graduação em Farmácia que possuem interface com o estudo das plantas medicinais (Farmacobotânica, Farmacognosia, Fitoquímica e Fitoterapia), além de receber periodicamente a visita de alunos do ensino fundamental e médio, das redes municipais e estadual do estado.



Figura 3: construção do horto medicinal Josefa da Guia-UFS

Farmácia Viva x Tecendo Saberes

Entre as 43 unidades de saúde do município de Aracaju, apenas a UBS Manoel de Souza Pereira possui horto medicinal. As plantas são cultivadas por funcionários e usuários. Neste contexto, a equipe desenvolveu ações para capacitar usuários e profissionais para o uso correto de plantas medicinais, orientando-os quanto às possíveis interações com medicamentos, o cultivo e as condições adequadas à utilização.



Figura 4 - roda de conversa com os usuários e profissionais da UBS Manoel de Souza Pereira

Ações no Centro de Atenção Psicossocial (Caps)

No que diz respeito às atividades realizadas no Caps, estas foram construídas em conjunto com os alunos do projeto e da residência multiprofissional em saúde mental da UFS, para 30 usuários do Caps. As ações buscavam orientar quanto ao uso responsável de plantas medicinais, possíveis interações com os medicamentos que os usuários utilizavam, além de incluir atividades lúdicas com os usuários, como peças de teatro e oficinas de produção de sabonetes caseiros, manejo do solo e cultivo e armazenamento de plantas medicinais.



Figura 5 - equipe do projeto Tecendo Saberes sobre Plantas Medicinais, residentes em saúde mental, profissionais do Caps e usuários da unidade de saúde

Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde

No ano de 2015, o projeto Tecendo Saberes sobre Plantas Medicinais, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, criou o curso: Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica. A qualificação teve carga horária de 60 horas, dividida em três módulos teórico-práticos, com a seguinte disposição: Histórico e evolução do uso de plantas medicinais; Aspectos regulatórios sobre plantas medicinais; e Cultivo e preparo de formulações caseiras. Ao todo, foram capacitados 60 agentes comunitários de saúde durante um ano.



Figura 6 - Curso de Capacitação dos ACS: oficina de preparação de formas extrativas caseiras

Resultados esperados

Com a capacitação dos agentes de saúde e a introdução da Fitoterapia na atenção básica, pretende-se ampliar as ações para as 39 unidades de saúde do município, além de implantar o horto medicinal em unidades com estrutura para tal. Essa medida visa garantir o fornecimento de plantas medicinais e fitoterápicos para toda a rede de saúde.

O projeto tem obtido grande aceitação por parte da comunidade, profissionais da saúde e gestores, sendo a experiência solicitada por outros municípios do estado de Sergipe.

Próximos passos, desafios e necessidades

A partir do trabalho desenvolvido, o que deve ser feito para melhorar ainda mais a qualidade da assistência oferecida ao usuário do SUS é expandir o projeto para as demais unidades de saúde do município, estabelecendo um campo de prática para os alunos do curso de Farmácia, de modo que tenham contato com o SUS e a Fitoterapia. Entre os desafios, está a implantação do projeto em outros municípios. Desta forma, será criado um novo campo de prática para os discentes e também de capacitação da equipe e de usuários para o uso de plantas medicinais. A iniciativa ainda sensibilizará os gestores para a importância da efetivação do Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram o uso de plantas medicinais pelos usuários nas UBS. Também foi observada a necessidade de ações que fortaleçam a Política Nacional de Plantas Mediciniais, promovendo o seu uso racional e proporcionando a atuação do farmacêutico na equipe multiprofissional, bem como fortalecendo o vínculo do usuário com a unidade de saúde por meio do resgate e da troca de conhecimentos sobre plantas medicinais.

REFERÊNCIAS

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. 92 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

WHO. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva: World Health Organization, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31). ALBERTSSON, P. A. History of aqueous polymer two-phase partition.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (Org.). Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF). Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2011. p. 131-65.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

AUTORES

Francilene Amaral da Silva
Wellington Barros da Silva
Alex José Silveira Filho
Carlos Adriano Santos Souza

EQUIPE

Prof. Dra. Francilene Amaral da Silva (UFS)
Prof. Dr. Wellington Barros da Silva (UFS)
Msc. Carlos Adriano Santos Souza
Msc. Anderson Ribeiro dos Santos
Alisson Silva Siqueira
Augusto Vinícius de Souza Nascimento
Érica Garcia Moura
Fábio de Souza Santos
Fernando Henrique Oliveira de Almeida
Emily Santos Silva
Laura do Amaral Ramos
Michel Franclin Reis da Silva
Quézia dos Santos Silva
Valdileia Santos da Silva
Alex José Silveira Filho
Ellen Brito Silva
José Diego do Nascimento Valença
Rodrigo de Oliveira Soares

CONTATOS

farmsilva@hotmail.com
alehjosesf@hotmail.com
carlos.953@gmail.com



**Conselho
Federal de
Farmácia**

UMA PUBLICAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

SHIS QI 15 - Lote L - Lago Sul CEP: 71.635-200 - Brasília/DF

Fone: (61) 3878-8700

www.cff.org.br

www.facebook.com.br/conselhofederaldefarmacia