

Experiências

exitosas de farmacêuticos no SUS



Conselho Federal de Farmácia

Diretoria:

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

Conselheiros Federais:

Altamiro José dos Santos (BA)
Amilson Álvares (TO)
Ana Paula de Almeida Queiroz (RJ)
Angela Cristina Rodrigues da Cunha Castro Lopes (MS)
Carlos André Oeiras Sena (AP)
Carlos Eduardo de Queiroz Lima (PE)
Erlandson Uchôa Lacerda (RR)
Fernando Luís Bacelar de Carvalho Lobato (MA)
Forland Oliveira Silva (DF)
Gedayas Medeiros Pedro (ES)
João Samuel de Moraes Meira (PB)
José Gildo da Silva (AL)
José Ricardo Arnaut Amadio (MT)
José Vilmore Silva Lopes Júnior (PI)
Josué Schostack (RS)
Lenira da Silva Costa (RN)
Lérida Maria dos Santos Vieira (RO)
Lúcia de Fátima Sales Costa (CE)
Luciano Martins Rena da Silva (MG)
Marcelo Polacow Bisson (SP)
Marcos Aurélio Ferreira da Silva (AM)
Paulo Roberto Boff (SC)
Rossana Santos Freitas Spiguel (AC)
Sueza Abadía de Souza Oliveira (GO)
Valmir de Santi (PR)
Vanilda Oliveira Aguiar (SE)
Walter da Silva Jorge João (PA)

www.cff.org.br

EXPEDIENTE

Comissão de Saúde Pública do CFF

Lúcia Sales
Israel Murakami
Lorena Baía
Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha
Silvana Leite
Sílvio Machado
Wilson Hiroshi

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

Noêmia Liege Bernardo
Wesley Magno Ferreira

Coordenação

Valmir de Santi

Revisão

Maria Isabel Lopes
Veruska Narikawa
Leilane Alves
Claudia Serafin

Edição

Maria Isabel Lopes
Veruska Narikawa

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.br/conselhofederaldefarmacia

SUMÁRIO

MENSAGEM DOS DIRETORES	04
APRESENTAÇÃO	06
REGIÃO SUL	
Apucarana/PR Educação permanente para qualificação e fortalecimento da assistência farmacêutica no âmbito da 16ª Regional de Saúde - Apucarana (PR).....	07
Campo Largo/PR Implantação de estratégias para uso seguro de medicamentos em um hospital público infantil no Estado do Paraná	12
Curitiba/PR Implantação dos serviços de Farmácia Clínica na Atenção Básica em Curitiba	18
Boa Vista do Incra/RS Implementação da gestão farmacêutica e do Sistema de Descarte de Resíduos de Medicamentos, no município de Boa Vista do Incra (RS)	24
REGIÃO SUDESTE	
Alfenas/MG Estudos realizados por farmacêuticos levam à criação de Lei Municipal sobre Descarte de Medicamentos.....	30
Divinópolis/MG Implantação de serviços clínicos farmacêuticos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família: uma parceria entre universidade e Secretaria de Saúde.....	36
João Monlevade/MG Por uma vida melhor sem cigarro: a experiência da equipe de Monlevade no controle do tabagismo	44
Buritama/SP Gestão de estoques e materiais hospitalares na farmácia: relato de uma experiência de planejamento	49
São Paulo/SP Assistência farmacêutica: aproximação entre farmacêutico e paciente tornando-se realidade.....	55
Rio de Janeiro Imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório: experiência do Estado do Rio de Janeiro na garantia do acesso e uso racional do anticorpo monoclonal	58
Rio de Janeiro/RJ Grupos educativos para pacientes diabéticos que utilizam insulina em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro.....	66
Lagoa Santa/MG Reestruturação da assistência farmacêutica no município de Lagoa Santa (MG)	71
REGIÃO CENTRO-OESTE	
Mato Grosso do Sul Diagnóstico da assistência farmacêutica nos municípios de Mato Grosso do Sul para o planejamento das ações de saúde	78
REGIÃO NORTE	
Palmas/TO Farmácia clínica aplicada à terapia nutricional parenteral	85
REGIÃO NORDESTE	
Ipojuca/PE Reestruturação da assistência farmacêutica do município de Ipojuca (PE)	88
Joaquim Nabuco/PE A importância do farmacêutico municipal: implementação e organização da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde.....	92
Porto Seguro/BA Efetivação da gestão da assistência farmacêutica no município de Porto Seguro (BA)	96
Teresina/PI O impacto da atuação de farmacêuticos na gestão da assistência farmacêutica em Teresina (PI)	101
Ubajara/CE A estruturação da assistência farmacêutica na rede municipal de saúde.....	107
Fortaleza/CE Atenção farmacêutica desenvolvida por alunos de Farmácia em unidade de saúde	111

MENSAGEM DOS DIRETORES



O perfil da farmácia e do farmacêutico, no Brasil, tem passado por profundas transformações, em especial nos últimos dois anos. Em 2013, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) aprovou as resoluções nº 585, que regulamenta das atribuições clínicas do farmacêutico, e nº 586, que regula a prescrição farmacêutica. As normativas tornam oficiais serviços que grande parte dos farmacêuticos já prestava à população. Em resumo, elas normatizam os serviços, o cuidado e a atenção que o farmacêutico pode prestar à sua comunidade.

As mudanças não foram apenas internas, em relação à regulamentação da profissão. No ano de 2014, foi sancionada a Lei nº 13.021, que classifica a farmácia como unidade de prestação de assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva. De acordo com esta Lei, as farmácias já não podem ser apenas estabelecimentos comerciais e estão obrigadas a resgatar seu papel de estabelecimento de saúde.

A Lei também reiterou a obrigatoriedade da assistência farmacêutica nas farmácias de qualquer natureza durante todo o seu período de funcionamento, o que já estava previsto na Lei nº 5.991/73. Mas foi além: ela ressaltou a autoridade técnica do farmacêutico e o seu papel como cuidador do paciente.

O farmacêutico deixou de ser apenas o profissional que está do lado de dentro do balcão e agora tem previsão legal para a oferta de uma série de serviços que

englobam a notificação dos efeitos colaterais, das reações adversas e intoxicações; o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes e a atuação na educação em saúde para a promoção do uso racional e seguro dos medicamentos.

Outra mudança importante está por vir. Tramita em regime de prioridade e caráter conclusivo, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei (PL) nº 4.135/12, que estabelece como obrigatória, em farmácias, drogarias ou dispensários de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência de farmacêuticos responsáveis técnicos habilitados e inscritos no respectivo conselho regional de Farmácia.

É importante, nesse momento de transformação, que os legisladores e, principalmente, os gestores públicos tenham consciência da importância da atuação do farmacêutico, não só para a qualidade da assistência à saúde da população como para a economia dos gastos públicos.

Autores de uma revisão sistemática, publicada em 2002, concluíram que pelo menos 28% de todas as visitas ao pronto atendimento eram relacionadas a problemas da farmacoterapia. Entre 8,6% a 24,2% destas visitas levavam a admissões hospitalares e 70% dos eventos poderiam ser considerados evitáveis (PATEL; ZED, 2002).

Assim, levando em conta dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus), divulgados no caderno

nº 1 da série Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica, sobre Serviços Farmacêuticos, publicado pelo Ministério da Saúde, somente em 2013, podem ter ocorrido, no Brasil, entre 1,2 milhão e 3,2 milhões de internações de urgência, associadas a problemas com medicamentos. Isto porque, naquele ano, foram registrados 48 milhões de atendimentos de urgência e emergência e 11 milhões de internações de urgência.

Considerando o custo médio de R\$ 1.135,26 por internação no SUS, também divulgado na publicação, as hospitalizações relacionadas a medicamentos no País em 2013 teriam custado aos cofres públicos entre R\$ 1,3 bilhão e R\$ 3,6 bilhões. E se 70% dos problemas relacionados a medicamentos são considerados evitáveis, a economia de recursos com essas hospitalizações poderia ser de até R\$ 2,5 bilhões ao ano.

A presença do farmacêutico nas unidades de saúde, sejam públicas ou privadas, contribui para racionalizar o uso de medicamentos, padronizar condutas terapêuticas, facilitar o fluxo de informações entre a farmácia e o usuário e evitar perdas desnecessárias.

Municípios como Blumenau (SC) já conseguiram demonstrar que a economia gerada no setor é diretamente proporcional ao número de farmacêuticos lotados na rede. Em 2005, a cidade contava com dois farmacêuticos e tinha um gasto anual de R\$ 33 mil com salários. O custo anual per capita com medicamentos era de R\$ 12,71, o que totalizava R\$ 3,4 milhões. Já 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. Ou seja, a contratação de novos farmacêuticos pela Secretaria Municipal de Saúde gerou uma economia de R\$ 1,6 milhão para os cofres públicos.

Dados levantados pela Comissão Parlamentar do CFF, com base em informações do Ministério da Saúde, apontam que 39% dos municípios brasileiros perdem medicamentos por problemas relacionados ao armazenamento. O tempo médio de desabastecimento é de 84 dias nas unidades de saúde, 74 dias nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAFs) municipais e 128 dias nas CAFs estaduais.

O gerenciamento da logística de medicamentos absorve 20% dos recursos financeiros da saúde. Trata-se de um percentual representativo, que merece um olhar criterioso dos gestores. Segundo dados coletados a partir dos 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%.

Entre os diversos problemas que podem ser minimizados com a presença obrigatória do farmacêutico nas unidades de saúde pública pode ser citada, ainda, a judicialização da assistência farmacêutica. É o que demonstra a experiência do Rio Grande do Sul que concentra mais da metade de todas as ações judiciais envolvendo medicamentos no Brasil. A partir da inserção de um farmacêutico nos quadros da Defensoria Pública, por meio de um termo de cooperação técnica do órgão com o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (CRF-RS), o Estado conseguiu uma redução de 15% no número destes processos.

A ação é simples e objetiva. Antes que seja dada a entrada no processo, o profissional verifica se o medicamento que o usuário deseja reivindicar judicialmente já não está disponível na rede pública e se a forma genérica do medicamento prescrito já não é disponibilizada. Ele também informa aos médicos sobre os medicamentos genéricos disponíveis, estimulando a prescrição mais viável para o sistema e mais efetiva para o usuário.

Nas páginas a seguir, reunimos 20 experiências de farmacêuticos que, de forma positiva, estão contribuindo para transformar a saúde de sua localidade e mostrar que a sua atuação é peça fundamental na engrenagem que move a saúde brasileira. Queremos mostrar que farmacêutico na saúde pública não é custo, mas investimento!



Walter da Silva Jorge João
Walter da Silva Jorge João
(Presidente)



Valmir de Santi
Valmir de Santi
(Vice-Presidente)



José Vilmor Silva Lopes Júnior
José Vilmor Silva Lopes Júnior
(Secretário-Geral)



João Samuel de Moraes Meira
João Samuel de Moraes Meira
(Tesoureiro)

APRESENTAÇÃO

Esta publicação é uma estratégia do Conselho Federal de Farmácia (CFF) para divulgar o impacto da estruturação da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da rede de atenção. Os cenários das experiências são Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios de especialidades, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais, farmácias públicas, Gerência de Assistência Farmacêutica, entre outros.

O processo de seleção e publicação dos relatos apresentados nesta 3ª edição foi coordenado pelo vice-presidente do CFF, Dr. Valmir de Santi, e pela presidente da Comissão de Saúde Pública Dra. Lúcia Sales. O grupo para análise e seleção dos trabalhos foi constituído por farmacêuticos e professores com expertise na área e teve o apoio da Assessoria Técnica do CFF, que auxiliou, também, na revisão dos textos. A revisão e a edição do material ficaram a cargo da equipe da Assessoria de Imprensa da instituição.

Os relatos foram encaminhados ao Conselho por meio de um formulário eletrônico, que ficou disponível no site do CFF do último trimestre de 2014 ao primeiro trimestre de 2015. Farmacêuticos de todo o Brasil tiveram a oportunidade de enviar suas experiências de forma padronizada, descrevendo seu protagonismo para a transformação do SUS. O conteúdo dos trabalhos é de responsabilidade dos autores.

Foram enviados 49 relatos, entre os quais 20 receberam aprovação para a publicação. A relevância foi o principal critério para a seleção. Os critérios de reprovação foram ausência de comprovação da efetividade do trabalho desenvolvido; serviços não implantados; trabalhos desenvolvidos exclusivamente na rede privada; desconsideração do tema proposto e ausência de dados.

Parabéns aos autores que enviaram seus trabalhos e, em especial, aos que fazem parte da lista dos selecionados. Seu interesse em trabalhar pela consolidação do SUS, respeitando os princípios constitucionais da equidade, gratuidade e universalidade, merece o reconhecimento de toda a sociedade.

Grupo de Trabalho

COORDENAÇÃO



Valmir de Santi

COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA DO CFF



Lúcia Sales



Lorena Baía



Márcia Regina Cardeal
Gutierrez Saldanha



Silvana Leite



Sílvio Machado



Wilson Hiroshi



Israel Murakami

COMISSÃO PARA A SELEÇÃO DE "EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DE FARMACÊUTICOS NO SUS"



Noêmia Liege Bernardo



Wesley Magno Ferreira

Apucarana/PR



Mapa da Regional de Saúde

Educação permanente para qualificação e fortalecimento da assistência farmacêutica no âmbito da 16ª Regional de Saúde - Apucarana (PR)

CARACTERIZAÇÃO

A 16ª Regional de Saúde do Paraná, sediada na cidade de Apucarana, congrega 17 municípios localizados na região centro-norte do Paraná. Com economia predominantemente agrícola e industrial, tem, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2010), 352 mil habitantes, dos quais 51% são do sexo feminino, e há predominância da faixa etária entre 30 e 59 anos (40%).

Perfil epidemiológico

A principal causa de mortes são as doenças do aparelho circulatório, seguida pelas neoplasias e causas externas. Em relação às causas externas, destacam-se as mortes por acidentes de trânsito, relacionadas à malha de rodovias que permeiam a região. Em 2011, a principal causa de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram as doenças do aparelho circulatório (23%). Estas internações tota-

lizaram mais de R\$ 30 milhões em despesas diretas. Ainda que o perfil demográfico tenha predominância da população em idade economicamente ativa (10 a 65 anos), o perfil epidemiológico alinha-se à realidade brasileira, evidenciando a necessidade de qualificação do atendimento à doenças crônicas e ao envelhecimento saudável.

Estruturação da rede de saúde

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) indicam a existência de aproximadamente 800 estabelecimentos de saúde. A Regional de Saúde organiza-se assistencialmente por meio dos serviços municipais, responsáveis pela atenção básica, vigilância em saúde e assistência farmacêutica; pelo Consórcio Intermunicipal do Vale do Ivaí (Cisvir) para atendimento especializado; e pela rede hospitalar, com três hospitais de abrangência regional de alta complexidade assistencial, mais hospitais de pequeno porte nos diversos municípios. Apucarana é, ainda, sede regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), contando, também, com um Hemonúcleo.

Compete à Regional de Saúde coordenar a organização dos serviços assistenciais no âmbito da região, fornecendo suporte técnico-administrativo aos municípios, além de apoio assistencial na área de

assistência farmacêutica (AF), vigilância em saúde, auditoria, controle e regulação.

Assistência farmacêutica

Os municípios da Regional de Saúde congregam uma rede de 17 farmácias públicas, além de unidades de dispensação de medicamentos descentralizadas, conforme o porte do município. Apucarana dispõe de uma farmácia e uma central de abastecimento farmacêutico de caráter regional. Por ocasião desta experiência, existia ao menos um farmacêutico por município. Vinte e seis farmacêuticos atuavam diretamente na AF local. Considerando apenas os valores mínimos de custeio do componente básico da assistência farmacêutica estima-se um investimento anual superior a R\$ 3 milhões em medicamentos, mais os recursos do componente especializado, estratégico e programas de incentivo.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A presente iniciativa teve por objetivo principal qualificar a AF em âmbito regional, com foco no fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. Como objetivos específicos, foram eleitos a avaliação da situação de organização dos serviços municipais, a educação permanente dos profissionais, o planejamento organizacional e inserção da temática nos instrumentos de gestão do SUS.



METODOLOGIA

Para a concretização da iniciativa proposta, foi organizado um programa de qualificação com um ano de duração, envolvendo ações de educação permanente em saúde. O projeto foi apresentado e aprovado na Comissão Intergestores Regional, Secretaria de Estado da Saúde e Escola de Saúde Pública do Paraná, o que garantiu sua viabilidade insti-

tucional. A participação no programa dividiu-se em dois níveis, um de caráter institucional (município) e outro para os profissionais que atuam na área, sendo ambos oficializados mediante aprovação no Conselho Municipal de Saúde e assinatura de termo de compromisso do gestor, que previa a liberação do profissional, autorização para avaliação dos serviços e compromisso com a institucionalização dos apontamentos realizados.



Fonte: Remondi, Ferman, Storn, 2011

Descrição da experiência

O programa baseou-se na educação permanente em saúde, avaliação e planejamento dos serviços para construir serviços de excelência em AF como parte das Redes de Atenção à Saúde. Foram propostas três etapas, executadas em ordem cronológica: avaliação dos serviços (observação da realidade); educação permanente (problematização e teorização); e planejamento estratégico (proposição de intervenções para alterar a situação vivenciada).

A primeira etapa teve como objetivos o levantamento de necessidades e problemas vivenciados por cada município, fornecendo subsídios para as discussões da segunda etapa e para as propostas a serem estabelecidas na terceira.

Além disso, a avaliação inicial possibilitou o monitoramento dos resultados do programa, por meio de indicadores passíveis de aferição ao término do processo. Foi utilizado um formulário padronizado de avaliação que abrangeu aspectos organizacionais, estruturais e de funcionamento de cada uma das etapas do ciclo gerencial da AF (seleção, programação, aquisição, armazenamento/distribuição e dispensação),

bem como aspectos relacionados aos instrumentos de gestão do município. Após aplicação do instrumento, a equipe gestora do programa elaborou um relatório avaliativo que foi entregue ao secretário de saúde com apontamentos para melhoria dos serviços.

Na segunda etapa, os profissionais indicados pelo serviço municipal foram convocados para encontros na sede da regional. Foram estruturados seis encontros para teorização das etapas do ciclo logístico da AF, discussão das situações caracterizadas como dificuldades/problemas na primeira etapa e discussão teórica sobre possíveis soluções. Os encontros tiveram como proposta pedagógica o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizado, com programação e materiais de apoio disponibilizados na internet (para ler acesse migre.me/qP01w).

Na terceira etapa, os participantes elaboraram os capítulos dos Planos Municipais de Saúde referentes à AF. O método adotado foi o de tutoria, no qual os profissionais foram distribuídos em três grupos, cada qual tutorado por um farmacêutico da Regional de Saúde. Os trabalhos foram norteados pela publicação "Planejar é Preciso", do Ministério da Saúde, e pelas discussões

da segunda fase. Nesta etapa do programa, procurou-se garantir a sustentabilidade da proposta de qualificação em médio e longo prazo. Com isso, buscou-se fechar o ciclo da problematização, garantindo a adequada intervenção sobre os problemas experimentados nos municípios, avaliados e discutidos ao longo do programa.



Encontro para implementação do projeto

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Todos os municípios da regional se inscreveram. O programa teve 29 participantes, entre farmacêuticos, auxiliares de farmácia e secretários de saúde. O levantamento realizado na primeira etapa permitiu traçar uma linha de base para caracterização dos serviços e orientação de políticas setoriais, além dos demais objetivos já detalhados.

Os relatórios oriundos das avaliações representaram um importante marco para o início das negociações e a sensibilização dos gestores municipais, uma vez que trouxeram recomendações para a melhoria imediata dos serviços. Além disso, o levantamento potencializou os processos de monitoramento do programa Farmácia do Paraná, da Secretaria de Estado da Saúde, no eixo do Incentivo para Organização da Assistência Farmacêutica, e do Qualifar-SUS, do Ministério da Saúde.

Na segunda etapa, 90% dos participantes dos encontros obtiveram frequência superior a 80%. As discussões realizadas com base nos problemas identificados mostraram-se produtivas, com obtenção de conceito ótimo/bom da maioria dos inscritos (96%). Na avaliação qualitativa, foi possível identificar a relevância, para os serviços, do processo de atualização técnica, da valorização

da AF e da constituição de redes colaborativas entre os profissionais.

A terceira etapa foi influenciada por elementos políticos e institucionais – como eleições municipais e a realização de conferências de saúde –, que limitaram o alcance do objetivo. Todos os participantes contribuíram de alguma forma para a elaboração/revisão dos instrumentos de gestão. Contudo, apenas 40% dos municípios viabilizaram propostas concretas de alteração dos instrumentos.

Além do período eleitoral, também influenciou o resultado observado, o descompasso entre o calendário de elaboração dos planos de saúde, atualizados a cada quatro anos, e o período da realização do programa. Espera-se que a sensibilização dos gerentes municipais possa influenciar na realização das conferências e na proposição dos novos planos municipais a partir do próximo ciclo gerencial (2016).

Os custos para execução do programa correram por conta da 16ª Regional de Saúde. De forma complementar, os municípios custearam o transporte dos participantes com recursos próprios ou advindos de programas de incentivo e custeio estadual ou federal.

Próximos passos, desafios e necessidades

O desafio da qualificação e institucionalização da AF é permanente e demanda estratégias que respeitem as peculiaridades de cada localidade. É certo, no entanto, que a minimização das dificuldades estruturais e operacionais depende diretamente de sua formalização como instância da gestão e da superação da condição cartorial do sistema de planejamento e orçamento públicos.

Um dos maiores desafios observados é a conscientização dos gestores sobre a importância da destinação de recursos para custeio, estruturação e oferta de serviços farmacêuticos. Em geral, as verbas se destinam à aquisição de medicamentos.

Embora os programas de custeio e investimento com repasse de recursos para os municípios tenham sido ampliados, por ocasião desta experiência, nem todos eram contemplados e os critérios para a aplicação dos recursos eram restritos.

A continuidade da discussão é de fundamental importância e requer profissionais qualificados para sensibilizar e integrar os diversos atores envolvidos no processo de gestão do SUS.

CONCLUSÃO

Ainda que envolvesse aspectos relacionados à política e ao gerenciamento da AF, o programa possibilitou a sensibilização dos gestores municipais e permitiu o avanço no reconhecimento da AF como política integrante do SUS. A sustentabilidade buscada com os instrumentos de gestão mostrou-se possível e necessária, sendo altamente recomendada a execução, por parte das Secretarias de Estado e do Ministério da Saúde, de estratégias de qualificação que combinem planejamento, educação permanente e qualificação da gestão.

REFERÊNCIAS

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

INSTITUIÇÃO

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/16ª Regional de Saúde/Apucarana-PR

AUTORES

Felipe Assan Remondi
Patrícia Flores Ferman
Fernanda Lemos Storn

CONTATO

felipe.assan@sesa.pr.gov.br
scine16rs@gmail.com

Campo Largo/PR



Igreja de São Sebastião de Rondinha

Implantação de estratégias para uso seguro de medicamentos em um hospital público infantil no Estado do Paraná

CARACTERIZAÇÃO

Os projetos citados neste relato foram realizados e implantados no Hospital Infantil Waldemar Monastier (HI), localizado no município de Campo Largo, na região metropolitana de Curitiba (PR). Com uma população de 112.377 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a cidade dispõe também de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dois hospitais de grande

porte (público e privado), além de diversas unidades de atenção básica.

Inaugurado em dezembro de 2009, o HI é um estabelecimento público estadual. Foi o primeiro hospital da rede própria do Estado do Paraná a receber o certificado de Hospital Acreditado. A instituição atende exclusivamente paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). São crianças e adolescentes (0 a 17 anos de idade), encaminhadas de todos os municí-

pios do Estado do Paraná, que recebem assistência nas áreas de média e alta complexidade. O hospital conta com Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) pediátrica e neonatal, pronto-socorro e atendimento ambulatorial.

Este trabalho foi desenvolvido pela equipe do Setor de Farmácia do HI, da qual fazem parte 6 farmacêuticos, 12 assistentes de Farmácia e 6 estagiários (acadêmicos de Farmácia). Os serviços desenvolvidos por este setor incluem farmácia clínica (conciliação medicamentosa), gestão de estoques de medicamentos e materiais médico-hospitalares, controle de uso de antimicrobianos, diluição e dispensação de germicidas e participação em comissões.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Em instituições hospitalares é frequente a ocorrência de eventos adversos relacionados aos medicamentos, mas que são passíveis de prevenção. Entre estes, inserem-se os erros relacionados à técnica de preparo e administração; diluição e rotulagem dos medicamentos; e as incompatibilidades medicamentosas.

A administração de medicamentos intravenosos em pacientes pediátricos é um processo complexo, devido às particularidades da terapêutica. Assim, quando a farmácia possui um sistema de distribuição de medicamentos (SDM) seguro e racional, ela contribui com a redução de erros relacionados à terapia medicamentosa.



Problemas relacionados a identificação e armazenamento de medicamentos

Sabe-se que o SDM por dose unitária (SDMDU) é o ideal, mais seguro e econômico para ser utiliza-

do em hospitais, especialmente em pediatria, garantindo eficácia, racionalidade e segurança terapêutica (FREITAS, 2005; CASSIANI, GIMENEZ e MONZANI 2009; ARAÚJO, 2010). Porém, o HI ainda não possui SDMDU e, por isso utiliza o sistema de distribuição individualizado direto, com dispensação a cada turno de 12 horas, ficando a equipe de enfermagem responsável pelo preparo e administração dos medicamentos.

Estas duas últimas etapas são, potencialmente, as que apresentam grandes chances de erros de medicação. Por isso, com a finalidade de implementar ações que ajudassem a minimizar os riscos potenciais, promovendo e garantindo a segurança na manipulação e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem, os farmacêuticos do HI elaboraram duas estratégias para fornecer à equipe informações atualizadas, de forma simples, aplicada e prática, sobre a estabilidade e compatibilidade de medicamentos.

O processo de implantação destas duas estratégias para uso o seguro e racional de medicamentos está apresentado a seguir:

Primeira estratégia: guia e etiquetas de estabilidade de medicamentos

Como não há SDMDU na farmácia, a elaboração de um guia interno e de etiquetas de estabilidade foi uma das formas encontradas para superar desvantagens como perdas de medicamentos devido à caducidade, ao uso inadequado, ao descarte de medicamentos de múltiplas doses e que ainda possuem estabilidade ou, ainda, informar quais medicamentos devem ser descartados imediatamente após o uso. Assim, os medicamentos são utilizados conforme seu período de estabilidade, desde que corretamente manipulados no setor, usando técnicas adequadas e assépticas.

No guia (ver tabela na página seguinte), constam as estabilidades dos medicamentos endovenosos (orais e tópicos) padronizados na instituição, bem como possibilidades de reconstituição e diluição, quando necessário. A coluna "estabilidade" do guia contém informações sobre o local e o período de armazenamento (uso imediato, refrigerado - RF ou temperatura ambiente - TA). O documento foi impresso e fixado nos setores, em pastas flexíveis suspensas, para consulta rápida pela equipe de enfermagem.

Guia de estabilidade de medicamentos

MEDICAMENTO		VIA	RECONSTITUIÇÃO (1ª DILUIÇÃO)		DILUIÇÃO SECUNDÁRIA	ESTABILIDADE*		
Nome genérico/Classe Terapêutica	Apresentação		Diluyente	Volume		Mantido em	Após reconstituição	Após diluição
ACICLOVIR (Zovirax) Antiviral	250mg -FR/AMP pó esteril	EV	Água esteril	10ml	SF 0,9%	TA (não refrigerar pode precipitar)	12h	12h
ÁCIDO NALIDÍXICO (Wintomylon®) Antimicrobiano	250mg/5ml suspensão oral	VO	Pronto para uso		-	TA	30 dias	-
ALBUMINA HUMANA (Grifols) Expansor do volume plasmático	20% - 0,2g/mL 10g/50mL Armazenar em geladeira até a administração***	EV	Pronto para uso		-	TA	Correr em até 4 horas após aberto	-
AMICACINA SULFATO (Novamin®) Antimicrobiano Aminoglicosídeo	50mg/mL - AMP 2mL 250mg/mL - AMP 2mL	EV	Pronto para uso		SF 0,9% SG 5%	TA	Uso Imediato Descartar após o uso	24h
		IM			-	Uso Imediato Descartar após o uso		-
AMOXICILINA (Amoxil®) Antimicrobiano	250mg/5ml suspensão oral	VO	ÁGUA FILTRADA OU FERVIDA	150ml	-	TA	7 dias	-
						RF	14 dias	-
AMOXICILINA • CLAVULANATO (Clavulin) Antimicrobiano	250mg - 62,5mg/5mL suspensão oral	VO	ÁGUA FILTRADA OU FERVIDA	75mL	-	RF	7 dias	-

Fonte: Desenvolvido pelos Autores e SECOM-HI, 2014.

Legenda: SF - Soro Fisiológico 0,9%; SG - Soro Glicosado 5%; IM - Intramuscular; EV - Endovenoso; VO - Via Oral. Cores padronizadas: azul (RF - refrigerado entre 2°C e 8°C); laranja (TA - temperatura ambiente entre 15°C e 30°C); rosa (sem estabilidade e de uso imediato)

As etiquetas com identificação da estabilidade dos medicamentos (ver ilustração abaixo) contêm a descrição do medicamento, dados do paciente, abertura, o período de estabilidade após aberto e local de armazenamento. A farmácia dispensa os medicamentos com as etiquetas, sendo estas preenchidas pela equipe de enfermagem.



Meropenem com a respectiva etiqueta de identificação do paciente/medicamento e estabilidade

Etiqueta de estabilidade de medicamentos

Paciente:				Prontuário:
MEDICAMENTO: Micafungina				
Leito:	Via de Adm:	Diluição:		
Estabilidade: TA 24h	Horário: :	Data: /	Visto	

Paciente:				Prontuário:
MEDICAMENTO: Penicilina Potássica				
Leito:	Via de Adm:	Diluição:		
Estabilidade: RF 7 dias	Horário: :	Data: /	Visto	

Paciente:				Prontuário:
USO IMEDIATO Descartar após o uso!				
Leito:	Via de Adm:	Diluição:		
Estabilidade: USO IMEDIATO Descarte	Horário: :	Data: /	Visto	

Fonte: Desenvolvido pelos Autores e SECOM-HI, 2014

Legenda: cores padronizadas: azul (RF - refrigerado entre 2°C e 8°C); laranja (TA - temperatura ambiente entre 15°C e 30°C); rosa (sem estabilidade e de uso imediato). Tam: 2,5x6,5cm

Segunda estratégia: tabela de incompatibilidade e compatibilidade de medicamentos e soluções de uso endovenoso

Foi desenvolvida uma tabela de incompatibilidade e compatibilidade (TIC) de medicamentos e

soluções de uso endovenoso, distribuída a todos os setores do hospital. A equipe de enfermagem foi devidamente treinada para ler corretamente as informações e identificar as incompatibilidades e compatibilidades, evitando o uso simultâneo de algumas medicações incompatíveis.

Tabela de incompatibilidade e compatibilidade de medicamentos e soluções de uso endovenoso

	ACICLOVIR SÓDICO	ÁCIDO ASCÓRBICO	ÁCIDO TRANEXÂMICO	ADENOSINA	ALFENTANILA, CLORIDRATO	ALPROSTADIL, ALFACICLODEXTRINA	AMICACINA, SULFATO	AMINOFILINA	AMIODARONA, CLORIDRATO	AMPICILINA SÓDICA	AMPICILINA + SULBACTAM	ANFOTERICINA B, DESOXICOLATO	ATRACÚRIO, BESILATO	ATROPINA, SULFATO	BENZILPENICILINA POTÁSSICA	BICARBONATO DE SÓDIO	CEFAZOLINA SÓDICA	CEFEPIMA, CLORIDRATO	CEFOTAXIMA SÓDICA
ACICLOVIR SÓDICO							C	C		C					C	C	C	X	C
ÁCIDO ASCÓRBICO							C	V							C	X	X		
ÁCIDO TRANEXÂMICO															X				
ADENOSINA																			
ALFENTANILA, CLORIDRATO													C						
ALPROSTADIL, ALFACICLODEXTRINA																			C
AMICACINA, SULFATO								V	C	X		X			V	C	V	V	V
AMINOFILINA									X	C			X		X	C		X	X
AMIODARONA, CLORIDRATO										X	X	C	C	C	C	X	V		
AMPICILINA SÓDICA																V		V	
AMPICILINA + SULBACTAM																		C	
ANFOTERICINA B, DESOXICOLATO															X	V		X	
ATRACÚRIO, BESILATO																	V		
ATROPINA, SULFATO																V			
BENZILPENICILINA POTÁSSICA																V			C

Fonte: PRELHACOSKI, 2014 e SECOM-HI, 2014

Legenda: C - Compatível; X - Incompatível; V - Compatibilidade variável;

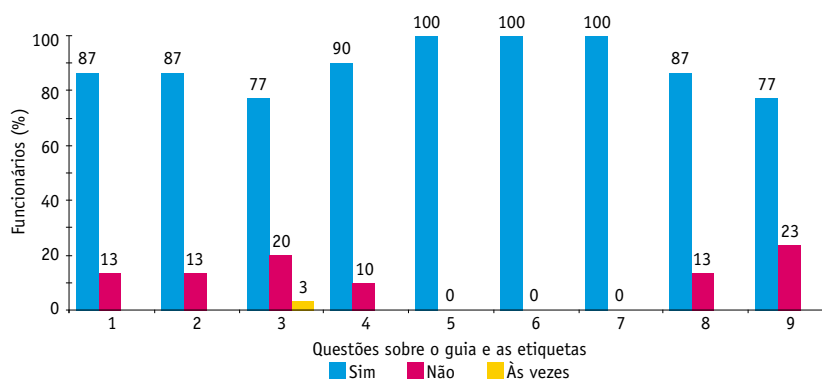
Branco - Não encontrado informações sobre compatibilidade ou incompatibilidade

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Para verificar os resultados da mudança da implantação do guia e das etiquetas de estabilidade, 30

profissionais da equipe de enfermagem (Enfermarias, UTIs e Pronto-Socorro) responderam questões sobre a aplicabilidade e utilidade dessas duas ferramentas (ver gráfico).

Aplicabilidade do guia e das etiquetas de estabilidade



Legenda: questões => 1) Consulta o guia; 2) Entende as informações descritas e informadas no guia; 3) Segue as recomendações do guia; 4) Reduziram as dúvidas após a implantação; 5) Dispensação do medicamento com a etiqueta facilitou a rotina; 6) Entende as informações da etiqueta; 7) Segue recomendações da etiqueta; 8) Preenche todas as informações da etiqueta; 9) Visualizou etiquetas preenchidas incorretamente

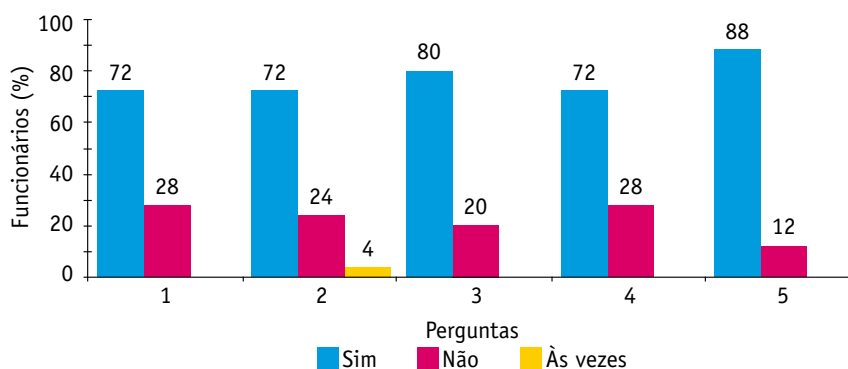
Observou-se retorno positivo da equipe de enfermagem, sendo que a maioria relata consultar, entender e utilizar as recomendações do guia e das etiquetas de estabilidade. Todos os respondentes acreditam que a dispensação do medicamento com a etiqueta facilita a rotina diária nos setores assistenciais. A equipe aprovou a iniciativa da farmácia em divulgar, de forma simples e rápida, a estabilidade dos medicamentos, dúvida de muitos técnicos e enfermeiros.

Algumas sugestões relacionadas ao *layout* do guia e das etiquetas foram apresentadas, principalmente a necessidade de inclusão, no guia, de informações sobre como realizar a diluição do medicamento e a padronização do cálculo. Assim, detecta-se mais uma oportunidade de melhorias para garantir o uso seguro dos medicamentos. A próxima etapa consistirá na reformulação e conversão do “guia de estabilidade” para um “guia de medicamentos em geral”, com informações mais abrangentes, visto que a equipe assistencial demonstrou adesão ao uso desta ferramenta.

A TIC mostrou-se uma ferramenta igualmente importante. Dados obtidos em dois meses de análises (n=130 prescrições médicas analisadas) mostraram que em 80% das prescrições havia incompatibilidades entre os medicamentos (total de 304 incompatibilidades), resultando em uma média de 2,33 incompatibilidades por prescrição (PRELHACOSKI, 2014).

A equipe de enfermagem (Enfermarias, UTIs e Pronto-Socorro) também foi questionada sobre a aplicabilidade da TIC. Os resultados obtidos a partir da avaliação das respostas dos entrevistados (n=25 respondentes) indicam que a maioria consulta, entende e segue as recomendações da tabela e, após a implantação da TIC, reduziram suas dúvidas sobre o tema (ver gráfico abaixo). Algumas modificações sugeridas no *layout* e mais treinamentos setoriais estão sendo realizados, a fim de que essa ferramenta seja sempre consultada antes do preparo de medicamentos parenterais.

Aplicabilidade da tabela de incompatibilidade e compatibilidade



Legenda: questões => 1) Consulta a tabela; 2) Consegue entender as informações da tabela; 3) Segue as recomendações da tabela; 4) Reduziram as dúvidas após implantação da tabela

Os custos para implantação das ferramentas no HI foram relativos à impressão das etiquetas. Os materiais necessários para o desenvolvimento e impressão do guia de estabilidade e da TIC foram fornecidos pela própria instituição.

Próximos passos, desafios e necessidades

Apesar de as estratégias implantadas auxiliarem no uso seguro e racional de medicamentos e contribuírem para redução de erros de medicação e de custos, as dificuldades relatadas pela assistência quanto à aplicabilidade das ferramentas devem ser avaliadas para promover melhorias, visando sempre o uso seguro e racional de medicamentos.

A educação permanente em saúde é fundamental. Portanto, devem ser realizados treinamentos setoriais constantes da equipe assistencial sobre a manipulação e o manuseio corretos dos medicamentos e o período adequado de utilização, para evitar desperdícios; bem como verificação da possibilidade de incompatibilidade de substâncias, sempre que houver necessidade de uso concomitante.

Os farmacêuticos precisam estar sempre engajados no aprimoramento de estratégias de uso racional de medicamentos, em locais onde não se pode contar com grandes equipes (recursos humanos insuficientes para realizar assistência direta ao paciente ou praticar ativamente os serviços de farmácia clínica), nem com os melhores e mais econômicos SDM, realidade em alguns hospitais no SUS. Porém, o aperfeiçoamento e o comprometimento com a assistência farmacêutica garantem ao farmacêutico um papel de destaque no que tange à gestão de custos e à segurança do paciente.

Em relação às estratégias implantadas no HI, observou-se uma boa receptividade por parte da equipe de enfermagem, que entendeu a importância do guia, das etiquetas e da TIC em prevenir a ocorrência de erros de medicação. Isto comprova a importância do farmacêutico estudando, produzindo e implementando ações que beneficiem a instituição e o paciente, contribuindo para uma terapia mais segura, efetiva e racional.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO S.A., SABATES A.L. Aspectos facilitadores do Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária para a enfermagem. **Scientia e Saúde**, v.9, n.1, p.47-58, 2010.

CASSIANI S.H., GIMENES F.R., MONZANI A.A. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.2, p.413-417, 2009.

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

HI – Hospital Infantil Waldemar Monastier. Disponível em: < <http://www.hospitalinfantil.saude.pr.gov>>. Acesso em: 20 abril 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410420> >. Acesso em: 20 abril 2015.

PRELHACOSKI, D. Incompatibilidade medicamentosa em unidade de terapia intensiva pediátrica. 2014. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC em Farmácia generalista). Curso de graduação em Farmácia generalista, Centro Universitário Campos de Andrade, Curitiba, 2014.

INSTITUIÇÃO

Hospital Infantil Waldemar Monastier (PR)

AUTORES

Larissa Comarella
Daniella Matsubara da Silva
Eriellen Francini Bini
Ana Paula Bartolomeu

CONTATOS

larissacomarella@sesa.pr.gov.br
daniellasilva@sesa.pr.gov.br
eriellenbini@sesa.pr.gov.br
anabartolomeu@sesa.pr.gov.br



Jardim Botânico de Curitiba (PR)

Implantação dos serviços de Farmácia Clínica na Atenção Básica em Curitiba

CARACTERIZAÇÃO

Curitiba é a capital do Paraná, um dos três estados que compõem a região Sul do Brasil. Fundada no dia 29 de março de 1693, a cidade possui uma população de 1.751.907 habitantes e está organizada em 75 bairros. A região metropolitana de Curitiba é formada por 26 municípios, com população de 3.168.980 habitantes. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) de 2010, a população

de Curitiba é constituída por 53,8% de mulheres e 47,7% de homens, sendo 489.472 indivíduos com menos de 20 anos (crianças e jovens), 1.064.346 adultos, entre 20 e 59 anos, e 198.089 idosos, com mais de 60 anos. Curitiba enfrenta o desafio de toda grande metrópole: repensar a questão urbana sob o enfoque humanista. Seu povo, que reuniu estrangeiros de todas as partes do mundo e brasileiros de todos os recantos, ensina, no dia a dia, a arte do encontro e da convivência.

Perfil epidemiológico

No início de 2013, a cobertura de atenção básica no município de Curitiba era de 47,77%. Atualmente, está em 54,56%, o que representa um incremento de 6,79% em um ano, de acordo com o relatório da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), divulgado no segundo quadrimestre de 2014. O município apresenta tendência de queda na mortalidade materna e os dados de janeiro de 2015 apontam uma redução de 20% da mortalidade infantil, nos últimos dois anos. Em relação ao perfil da mortalidade, houve redução relativa de mortes por doenças infecciosas e o aumento daquelas decorrentes de doenças crônico-degenerativas. Desde 1996, as principais causas de óbito são as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Já a taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório diminuiu até 2009 e, a partir daí, apresentou um ligeiro aumento. Por outro lado, a taxa de mortalidade por doenças endócrinas aumentou, o que tem sido atribuído ao avanço do diabetes. Em 2012, a doença foi responsável por 77,7% dos óbitos provocados pelo grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. A taxa de mortalidade por causas externas (principalmente acidentes e violência) apresenta-se como a terceira causa geral de mortes na cidade. A cobertura vacinal em Curitiba vem alcançando as metas traçadas pelo Ministério da Saúde (90% para rotavírus e BCG e 95% para as demais vacinas). Dos agravos agudos confirmados, o mais frequente foi o atendimento antirrábico humano, seguido de varicela e acidente por animais peçonhentos.

Estruturação da rede de saúde

Curitiba detém gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) e presta serviços em todos os níveis de complexidade. O município possui nove distritos sanitários organizados em três macrorregiões. A rede está assim estruturada: 283 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 174 destinadas às 240 Equipes de Saúde da Família (ESF); 8 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 13 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), 7 Centros de Especialidades (CE), 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de Orientação e Atendimento ao Portador de HIV (COA), 108 clínicas odontológicas, 2 hospitais municipais, 1 laboratório municipal e 67 Espaços Saúde. De maneira complementar, o

município contrata serviços de clínicas especializadas, hospitais, policlínicas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.



Prefeitura Municipal de Curitiba (PR)



Unidade de Saúde de Curitiba (PR)

Assistência farmacêutica

O município possui 123 farmácias públicas e conta com o apoio operacional da Coordenação de Recursos Materiais (CRM) e da Gerência de Materiais de Consumo (GMC) para a aquisição e distribuição de medicamentos nos pontos de dispensação. A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) é denominada Farmácia Curitibaana. No ano de 2014 foram investidos R\$ 27.763.149,77 na aquisição de medicamentos.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, são 127 farmacêuticos atuando em diversas unidades de saúde como o Laboratório Municipal, a assistência farmacêutica (AF) e a Vigilância Sanitária. Desse total, 31 estão inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Todas as farmácias contam com sistema eletrônico para registro no prontuário, denominado *e-saúde*, interligado à rede municipal, permitindo o monitoramento de pacientes, medicamentos e insumos.



Consulta Farmacêutica - Farmacêutica Marília Chinasso e a paciente Maria de Lurdes Rodrigues Constantino

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A implantação dos serviços de Farmácia Clínica em Curitiba teve como objetivo geral o alcance da integralidade do cuidado, com foco no paciente e não apenas no medicamento, integrando a AF às Redes de Atenção à Saúde (RAS), como ação e serviço. O acesso aos medicamentos de modo ampliado e qualificado, assim como um cuidado contínuo, seguro, responsável e humanizado aos pacientes, foram, também, alvos a serem alcançados.

Como objetivos específicos, a efetivação da farmácia clínica visava desenvolver um modelo de cuidado articulado com a equipe de saúde que promovesse o uso racional e a redução de riscos e de desperdício de medicamentos. Também eram objetivos o aumento da adesão ao tratamento, o autocuidado e o alcance das metas terapêuticas; e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, por meio da identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e da realização das respectivas intervenções farmacêuticas.

METODOLOGIA

Este trabalho refere-se à exposição do processo de idealização, planejamento e implantação do serviço de farmácia clínica nas UBS de Curitiba. Inicialmente, foram ministradas capacitações técnicas aos farmacêuticos, com ênfase em conteúdos voltados à farmacoterapia, ao reconhecimento de doenças e de parâmetros de controle direcionados para a prática da consulta farmacêutica.

Como público-alvo, foram eleitos os pacientes que utilizavam cinco ou mais medicamentos e que

apresentavam ao menos duas entre as seguintes características: dois ou mais problemas de saúde; dificuldade de adesão; necessidade de ir duas ou mais farmácias durante o mês; prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos, no último ano, ou duas ou mais internações hospitalares, nos últimos seis meses.

O encaminhamento dos pacientes ficou a cargo da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, demais integrantes do Nasf e agentes comunitários de saúde). Foi feita, também, busca ativa pelo farmacêutico. Basicamente, as consultas farmacêuticas compreenderam três etapas:

1. Anamnese, abrangendo dados de identificação (paciente e UBS), histórico social (HS), histórico de doença atual (HDA), queixa principal (QP) e listagem de todos os medicamentos em uso pelo paciente;
2. Identificação dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), isto é, problemas relacionados à farmacoterapia;
3. Adoção das intervenções farmacêuticas necessárias para auxiliar o paciente na correção dos PRM.

Como estratégias, o farmacêutico utilizou a verificação *in loco* dos medicamentos, de prescrições médicas e de exames laboratoriais, além da escuta ativa do relato do usuário sobre sua saúde e tratamentos em curso. A avaliação de problemas relacionados à farmacoterapia, assim como a identificação das intervenções, foi realizada por meio de um raciocínio clínico sistemático, com o propósito de ajudar o usuário a atingir suas metas terapêuticas e a obter o máximo benefício do uso dos medicamentos.

Para o melhor manejo dos problemas de saúde foi estimulado o autocuidado, por meio da pactuação de atitudes, que permitisse mudanças do estilo de vida, relacionadas à prática de atividade física, à dieta e aos hábitos sociais, assim como, uma maior adesão à farmacoterapia.

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico avaliou as mudanças no comportamento do usuário, as alterações nas prescrições médicas, melhorias nos resultados de exames laboratoriais e nos sintomas e estado funcional relatados.

Como instrumento para o registro dos dados, foi utilizado um formulário padrão, impresso, no qual os PRM e as possíveis intervenções eram listadas, para

que o farmacêutico assinalasse os encontrados. Após o término da consulta, o farmacêutico transcrevia as informações no prontuário eletrônico (*e-saúde*), utilizando a Soap, ferramenta do Ministério da Saúde para o método de registro clínico orientado a problemas (RCOP).

Descrição da experiência

No ano de 2013, os farmacêuticos atuantes nos Nasf assumiram o desafio de estabelecer um modelo de atenção ao usuário mais efetivo, eficiente e de qualidade, por meio da idealização de um projeto em parceria com o Ministério da Saúde – com o programa Qualifar-SUS – e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Esse novo modo de atuação se conformava com o disposto na Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS.

A referida portaria destaca que a RAS se organiza a partir de um processo de gestão da clínica, associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde. O novo modelo de serviço requereu integração e ampliação dos pontos de atenção, inovando processos de trabalho com base em evidências, numa ação coordenada e cooperativa, incorporando a prática da gestão clínica farmacêutica.

Para atender à normativa, dois supervisores e três apoiadores, contratados por meio do programa Qualifar-SUS, treinaram os farmacêuticos em cursos, reuniões e seminários. O processo de capacitação foi baseado em metodologias participativas, centradas nos alunos, utilizando técnicas de “Problem-Based Learning” (PBL), práticas supervisionadas e estudos de casos (ligados aos problemas de uso irracional de medicamentos).

As consultas farmacêuticas foram iniciadas em 02/04/2014, em 56 UBS. O serviço prestado resgatou o paciente como foco principal da prática profissional, numa concepção integral e holística. As atividades realizadas e o conhecimento adquirido promoveram um amadurecimento nos farmacêuticos, resgatando a tão necessária interlocução com a equipe de saúde, em prol do paciente. Por outro lado, a equipe de saúde descobriu, no farmacêutico, um novo parceiro,

comprometido com a qualificação das ações de saúde, fortalecendo a interdisciplinaridade no SUS.

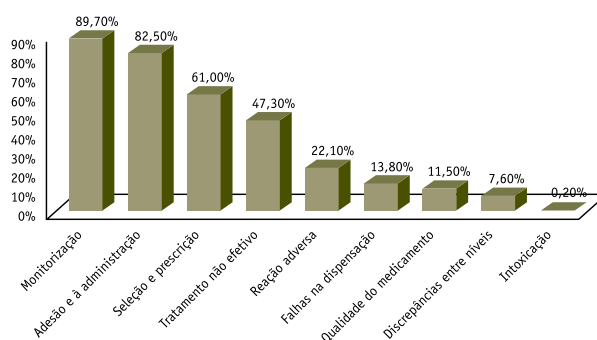


Capacitação de farmacêuticos para realização das consultas farmacêuticas

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

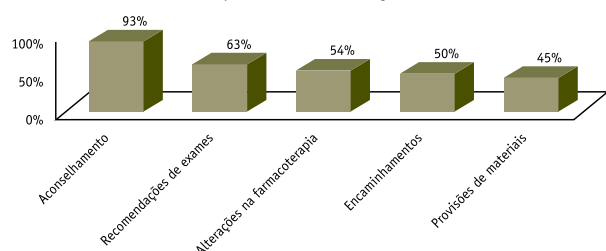
No período compreendido entre 02/04/14 e 30/06/14, foram atendidos 566 usuários em 702 consultas. Entre os atendimentos, 80,6% foram iniciais e 19,4% referentes a retorno. Nas consultas iniciais, os farmacêuticos identificaram 3.145 problemas relacionados à farmacoterapia, em 561 usuários, conforme discriminado no gráfico abaixo. O número médio de problemas relacionados à farmacoterapia foi de 5,6 por paciente.

Figura 1 - Prevalência de categorias de problemas relacionados à farmacoterapia entre os usuários atendidos no serviço de farmácia clínica no município de Curitiba, entre abril e junho de 2014



Para a resolução e prevenção dos problemas identificados, foram realizadas 3.660 intervenções farmacêuticas, em 97,7% dos usuários (n=553). As intervenções, conforme sua frequência, estão demonstradas no gráfico a seguir. Para cada paciente, foram necessárias em média 6,6 intervenções farmacêuticas.

Figura 2 - Intervenções farmacêuticas realizadas aos usuários atendidos no serviço de farmácia clínica no município de Curitiba, no período de abril a junho de 2014



No período analisado, os farmacêuticos efetuaram 136 consultas de retorno. O curto período de tempo avaliado neste recorte não permitiu a tabulação de dados referentes aos resultados terapêuticos das intervenções realizadas na totalidade dos usuários atendidos (dados clínicos).

Por outro lado, foi possível identificar mudanças positivas no comportamento do subgrupo de 118 usuários, os quais compareceram a no mínimo um atendimento de retorno, no período de 90 dias.

Dos 118 pacientes atendidos, 64,9% apresentaram mudanças no comportamento e na adesão ao tratamento, 62,3% realizaram os exames de monitoramento solicitados, 44,5% passaram por consulta médica e 37,5% tiveram a farmacoterapia alterada pelos prescritores.

Próximos passos, desafios e necessidades

Após a incorporação do serviço de farmácia clínica em algumas unidades de saúde, inicialmente como um projeto, e depois como um serviço implantado na SMS de Curitiba, deparou-se com a certeza de que não seria possível ofertar o serviço apenas para alguns usuários em detrimento de outros, igualmente necessitados de atendimento.

Os resultados demonstrados pelos indicadores trazem à luz dados outrora desconhecidos e que motivam e justificam a continuidade e ampliação do serviço. Criou-se um grupo de trabalho para elaborar o plano de ação contendo os próximos passos de execução, visando à consolidação do serviço de farmácia clínica e à identificação das necessidades emergentes, assim como os aprazamentos para sua efetivação. O plano foi baseado em objetivos principais que se desdobram em ações secundárias a serem executadas no decorrer de 2015:

1. Fortalecer o serviço de farmácia clínica e ampliá-lo para 100% das UBS de Curitiba - sendo esse um dos maiores desafios e necessidade;
2. Implantar e fortalecer os Comitês de Uso Racional de Medicamentos (Curame), formados por equipe multiprofissional, para discussão e resolução dos problemas locais relacionados a medicamentos;
3. Implantar programas de estágios do curso de Farmácia nas UBS, UPAs e centros de especialidades;
4. Incorporar pelo menos um medicamento fitoterápico à Farmácia Curitibana;
5. Promover ações sobre o uso racional de medicamentos com a comunidade, integradas às áreas de promoção, atenção e vigilâncias da SMS;
6. Estruturar a AF na SMS, buscando uma integração maior entre atenção e a logística, de forma colaborativa, incluindo capacitações permanentes às equipes de referência de cada UBS, para qualificar o cuidado com medicamento.

Estes objetivos deverão ser monitorados por equipe designada pela gestão, podendo ser revistos e alterados sempre que necessário.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, fica claro que o serviço de farmácia clínica é relevante para a população no controle de suas doenças e condições de saúde. Isto é particularmente verdadeiro quando o usuário é polimedicado.

O fato de o paciente utilizar diversos medicamentos, pressupõe a necessidade de uma orientação profissional, evitando que os riscos decorrentes do mau uso superem os benefícios propostos na prescrição. O número médio de 5,6 problemas de farmacoterapia por consulta demonstra o quanto a farmácia clínica pode contribuir para a melhoria da saúde, por meio da correta intervenção.

A implantação da farmácia clínica possibilitou vivenciar o verdadeiro trabalho em equipe com demais profissionais da saúde, além de fornecer inúmeros dados concretos sobre o Uso Racional de Medicamentos no município. A partir desses dados, é possível estabelecer indicadores e

planejar estratégias de monitoramento e melhoria contínua.

No decorrer da implantação do serviço, muitas dificuldades foram superadas tais como a conciliação das atividades de logística com o serviço de clínica; a inexperiência em raciocínio clínico e farmacológico; formulário da consulta muito extenso; falta de informações (no prontuário eletrônico), quando o paciente era atendido pela rede conveniada; infraestrutura local deficiente; dificuldade de acesso à internet; indisponibilidade de consultórios e desafio na captação de pacientes para o serviço.

A reestruturação dos processos de trabalho, o matriciamento dos casos com as equipes multiprofissionais, e a necessidade de estudo para desenvolvimento de habilidades para a clínica são fundamentais na implantação do cuidado efetivo ao usuário. Apesar das dificuldades iniciais, as consultas continuam a ser realizadas e os problemas detectados são encaminhados para resolução, que resultaram no alto grau de satisfação do usuário frente ao novo serviço ofertado.

Os resultados têm proporcionado aos farmacêuticos maior realização profissional, além de maior valorização pelos demais membros da equipe de saúde, frente à resolutividade, efetividade e melhor acompanhamento aos pacientes. A disposição em superar desafios para obtenção dos dados e melhoria dos indicadores serve de alicerce e norte para as futuras ações de AF no município.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Cadernos 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Cadernos 2: Capacitação para Implantação dos Serviços**

de Clínica Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 308p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Cadernos 3: Planejamento e Implantação de Serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: A experiência de Curitiba.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Cadernos 4: Resultados do Projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 100p.

CURITIBA, Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria. Acesso em: 15 out.2014.

CURITIBA, Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão monitoramento quadrimestral - 2º quadrimestre 2014 Disponível em: www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/SMS_Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%20-%20BAQuad14_vers%C3%A3o%20final.pdf. Acesso em 23 jan 2015.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

AUTORAS

Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota
Gisele Balam
Mariana Rosa Gomes
Marília Chinasso
Marina Yoshie Miyamoto
Silmara Simione

CONTATO

farmaciacj2@sms.curitiba.pr.gov.br

Boa Vista do Incra/RS



Imagem aérea do município

Implementação da gestão farmacêutica e do Sistema de Descarte de Resíduos de Medicamentos, no município de Boa Vista do Incra (RS)

CARACTERIZAÇÃO

O município de Boa Vista do Incra está localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2014), possui uma população de 2.549 habitantes, área territorial de 503,471 de km², densidade demográfica de 4,82 (hab/km²) e está a 385 km da capital, Porto Alegre. A área, onde hoje está localizado o município, foi adquirida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) que, na época, se chamava Instituto Brasileiro de Refor-

ma Agrária (Ibra). A aquisição teve como objetivo o reassentamento de parte das famílias que tiveram suas propriedades atingidas pela construção da Barragem do Passo Real. Em 24 de março de 1996, foi realizado um plebiscito, e 97% da população optou pela emancipação. Em 16 de abril deste ano, o município de Boa Vista do Incra foi criado pela Lei nº 10.740.

Estruturação da rede de saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, a mudança do perfil epidemiológico no Brasil, nos úl-

timos vinte anos, pode ser expressa pela permanência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte, pela diminuição da importância das doenças infecciosas e parasitárias e, principalmente, pelo crescimento da incidência de neoplasias e das causas externas. O município de Boa Vista do Incra possui um perfil epidemiológico semelhante. Segundo o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus/2014), as doenças com maior índice de morbidade hospitalar foram as neoplasias, com 29% das internações, seguidas das doenças do aparelho digestivo e respiratório com 13,4% e 12,3% das internações, respectivamente.

Boa Vista do Incra está inserida na 9ª Coordenadoria Regional de Saúde. Possui em sua estrutura uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um Centro de Atenção Psicossocial (Caps). A Unidade Básica de Saúde Felice Trenhago conta com dois médicos clínicos gerais e um cirurgião-dentista com jornada de trabalho de 40 horas semanais; conta, também, com um pediatra e um ginecologista, por 8 horas semanais, além de convênios com outros municípios da região para o atendimento das demais especialidades médicas demandadas pela população. O município possui uma Unidade Móvel de Saúde para o atendimento às comunidades do interior.

Assistência farmacêutica



UBS Felice Trenhago

A UBS não contava com os serviços de um farmacêutico até junho de 2012. Após a contratação do profissional várias ações foram adotadas. Uma das mais importantes foi a formulação da Relação Municipal de Medicamentos (Remume), com base na Relação Nacional de Medicamentos (Rename) e nos

dados clínicos e epidemiológicos da população do município.

Para elaboração da relação de medicamentos a serem adquiridos pelo município foram ouvidos o farmacêutico, o secretário de Saúde, a enfermeira-chefe da UBS, o auxiliar de farmácia e os médicos prescritores do município. A seleção dos fornecedores e a especificação dos itens a serem adquiridos são realizadas em conjunto com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Cisa), que abrange, atualmente, cerca de 60 municípios da região.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O Brasil é um grande consumidor de medicamentos. No entanto, estima-se que cerca de 20% dos medicamentos comercializados seja, posteriormente, lançado na rede de esgoto ou no lixo doméstico (SERAFIM, et al., 2007). A gravidade do fato pode ser notada em casos como o dos antibióticos, que dispostos inadvertidamente na natureza, são responsáveis pelo desenvolvimento de bactérias resistentes à terapêutica atual. Também merecem destaque os estrogênios, pelo seu potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos e levar à feminização de peixes machos presentes em rios contaminados com descarte de efluentes de estação de tratamento de esgoto (BILA, 2005).

A administração inadequada de estoques de medicamentos também pode resultar em perda por vencimento. Com alguma frequência, a mídia divulga casos de grandes volumes de medicamentos vencidos e não utilizados nas unidades de saúde pública, gerando indignação na população pelo desperdício de recursos financeiros. A atividade de administração de estoque e gerenciamento de medicamentos está inserida no conceito de assistência farmacêutica (AF), sendo responsabilidade do farmacêutico a garantia de que seja corretamente executada (EICKHOFF, 2009).

O município de Boa Vista do Incra, especificamente a UBS Felice Trenhago, não possuía um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos até o primeiro semestre de 2012. Esse fato, aliado à falta do farmacêutico responsável pela farmácia pública municipal, gerou vários problemas, como a compra exagerada e sem critérios de medicamentos, falta de observância de um prazo de validade mínimo quando das compras e falta de um controle rígido de estoque. Esses fatos

ocasionaram a falta de alguns medicamentos, contrastando com o estoque exagerado de outros, provocando a perda do prazo de validade dos mesmos e o consequente prejuízo sanitário e financeiro ao município, além do impacto ambiental causado pelo grande volume de medicamentos descartados.

O tema “Resíduos sólidos de origem farmacêutica” é de interesse para a saúde pública e vem sendo tratado tanto pelo Ministério da Saúde (MS) quanto pelo Ministério do Meio Ambiente (MMA). Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) compreendem os resíduos gerados na fonte, principalmente com segregação adequada por tipo (grupos A, B, C, D e E), e que exigem manejo apropriado nos serviços de saúde, definidos na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Segundo a RDC e a Resolução nº 358/2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), os medicamentos são classificados como pertencentes ao Grupo B – Químicos: “resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade”.

Entretanto, deve-se ressaltar que as condições de trabalho e as medidas preventivas de saúde e segurança são relevantes para que o gerenciamento seja eficaz. No caso dos RSS, a responsabilidade é do estabelecimento gerador. No entanto, estes materiais apresentam maior risco de contaminação que resíduos de outra natureza, principalmente quando são manuseados e descartados de forma inadequada no ambiente (CUSSIOL, et al., 2003).

A Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) - Lei nº 12.305/2010 - destaca diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos no Brasil. Desta forma, a mesma estabelece critérios de gerenciamento destes resíduos e as responsabilidades dos geradores e do poder público, além dos instrumentos econômicos aplicáveis.

Conforme a Resolução nº 358/2005 (Conama), um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – Medicamentos permite o planejamento do gerenciamento dos resíduos de forma integrada, de modo a abranger um sistema adequado de coleta, segregação, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos, além do planejamento de redução dos resíduos atualmente gerados.

Para destacar a importância da gestão dos medicamentos e do gerenciamento de resíduos foi realizada uma pesquisa no município, com o apoio da

Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de um estudo que aborda, de forma quantitativa, o tema Gestão Financeira e Ambiental do Sistema de Resíduos Sólidos, a partir do descarte incorreto de medicamentos em Boa Vista do Incra.

O processo passou por diversas etapas, cada uma com seu respectivo objetivo, entre eles: verificar a quantidade de medicamentos descartados pelo município entre os anos de 2010 e 2014; identificar o gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos no mesmo período; analisar as fases da implantação do Sistema de Resíduos Sólidos (medicamentos), no município; analisar a implantação do sistema de Resíduos Sólidos; e comparar o gasto financeiro do município com o descarte de medicamentos vencidos antes e depois da implantação do sistema de controle de resíduos.

Yin (2001) relata que o estudo de caso é utilizado como uma estratégia comum de pesquisa nas áreas de planejamento urbano, administração e política pública, ciência da administração, trabalho social e educação. Contribuindo, desta forma, para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

A pesquisa, em Boa Vista do Incra, caracteriza-se como quantitativa, ao verificar as quantidades de medicamentos desperdiçados por perda do prazo de validade e dos custos com a destinação final destes produtos, e na medida em que visa estimar a redução do dano ecológico causado com a diminuição gradativa dos medicamentos vencidos a partir da implantação do sistema de gestão.

A pesquisa foi realizada na Farmácia Pública da UBS Felice Trenhago, da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Incra, entre os anos de 2010 e 2014. A UBS não apresentava uma coleta sistemática de resíduos sólidos do Grupo B (medicamentos vencidos), até junho de 2012, quando foi implantado o sistema de gestão destes itens, cumprindo o que preconiza a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

De acordo com a RDC, os medicamentos vencidos na unidade de saúde, trazidos pela própria comunidade e pelos agentes comunitários de saúde, devem ser armazenados. Posteriormente deve ser realizada a separação dos medicamentos e descritos sua apresentação, quantidade, lote e princípio ativo. Esta listagem recebe a assinatura e o carimbo do responsável técnico, ou seja, do farmacêutico. Assim, após realização destes procedimentos, são armazenados em

caixas lacradas e recolhidas por empresa terceirizada, que é responsável pelo seu destino final, em local licenciado e adequado. O recolhimento é feito a cada seis meses ou conforme a demanda.

A base utilizada para quantificar o volume de recursos gastos com esses procedimentos no período do estudo foi a análise dos dados do sistema informatizado da própria farmácia, quanto à saída de medicamentos vencidos, e dos dados contábeis, quanto ao pagamento da empresa responsável pelo destino final dado a estes itens.

Para determinar a quantidade de medicamentos descartados pelo município, no período do estudo, foram utilizados dados quantitativos, por meio da análise das planilhas de saídas de medicamentos vencidos, do software implantado na farmácia pública municipal.

Foram utilizados dados quantitativos também para analisar o gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos entre os anos de 2010 e 2014, por meio da verificação junto ao setor de contabilidade da Prefeitura Municipal de Boa Vista do Incra, dos dados contábeis referentes aos pagamentos realizados à empresa coletora dos resíduos do grupo B. (Relatório de Gestão Municipal – Saúde e Siapc do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul- TCE/RS, 2010-2014).



População atendida na UBS

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Com o diagnóstico de desperdício, em julho de 2012, o farmacêutico responsável pela farmácia pública municipal coordenou a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da UBS Felice Trenhago. O plano tinha como objetivos, além de dar a destinação correta aos itens vencidos, também implantar a Remume e um rígido controle de estoque na unidade, além de viabilizar uma maior interação entre os prescritores, a

fim de padronizar as dispensações e conscientizar profissionais da saúde e pacientes quanto ao descarte correto dos medicamentos.

O município possuía um contrato com uma empresa terceirizada responsável pela coleta e destinação final dos resíduos de saúde da UBS, mas antes da implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) os medicamentos vencidos, pertencentes ao Grupo B, não eram segregados dos demais resíduos de saúde. Assim, os dados referentes aos anos de 2010 e 2011 (tabela 1) não representam apenas os resíduos do Grupo B.

Desta forma, na análise dos valores gastos a partir da implantação do plano de gerenciamento (2012 a 2014) fica clara a diminuição nos valores gastos com a coleta e destinação final dos resíduos referentes apenas aos medicamentos com prazo de validade expirado.

Tabela 1. Gasto em R\$, por ano, com a destinação final dos medicamentos

Ano	R\$
2010	6000
2011	2000
2012	3410
2013	1000
2014	840
Total	13250

Da mesma forma, quando se trata da quantidade de medicamentos vencidos por unidade (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas), só é possível a análise a partir do ano de 2012, como podemos observar na tabela 2.

Tabela 2. Unidades de medicamentos descartadas (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas)

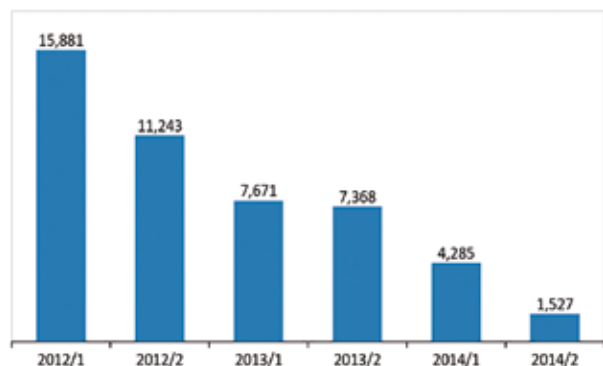
Ano	Unidade
2012/1	53.960
2012/2	47.095
2013/1	26.785
2013/2	51.423
2014/1	46.759
2014/2	9.549
Total	235.571

A tabela 2 mostra o grande desperdício de medicamentos durante os primeiros anos de im-

plantação do PGRSS. Isso é explicado pelo fato de grande parte dos medicamentos possuírem em torno de dois anos de prazo de validade. Portanto, mesmo depois da implantação de um rígido controle de estoque, da padronização da lista básica e da racionalização na compra dos medicamentos, os itens adquiridos anteriormente a este processo e não utilizados são os responsáveis por estes números vultuosos. A redução do número de itens vencidos para apenas 9.549, no segundo semestre de 2014, corrobora esta constatação e indica o sucesso, mesmo que em longo prazo, do plano de gerenciamento de resíduos sólidos implantado.

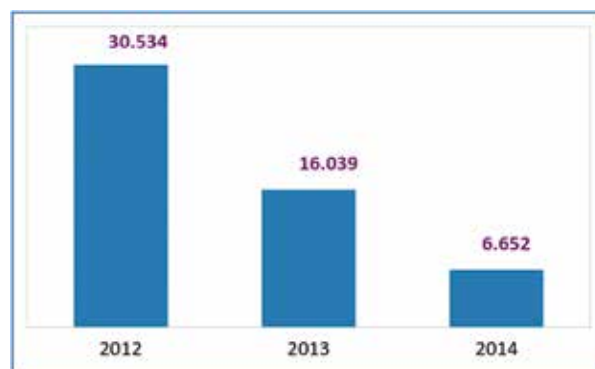
Na análise do gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos entre os anos de 2012 a 2014, é notório o impacto causado com a implantação do Plano de Gerenciamento na farmácia pública municipal, pois como observamos no gráfico 1, o valor de medicamentos sendo descartados por expiração do prazo de validade vem caindo semestre a semestre, de forma vertiginosa, e se compararmos o primeiro semestre de 2012 (antes do plano ser implementado) e o segundo semestre de 2014 (com o plano de gestão já totalmente estruturado), temos uma redução de aproximadamente 90 % no desperdício de dinheiro público com descarte de medicamentos vencidos no município.

Gráfico 1: Gasto em R\$ por semestre com o descarte de medicamentos vencidos



Para que possamos estimar o gasto total do município com o descarte dos medicamentos vencidos por ano é necessário que se tenha o valor dos medicamentos vencidos naquele ano e os valores gastos com a destinação final destes produtos, o resultado pode ser verificado no gráfico 2.

Gráfico 2: Gasto total do município com medicamentos vencidos (valor do medicamento + valor da coleta e destinação final) nos anos estudados



Para a confecção deste gráfico foram subtraídos os anos de 2010 e 2011. Nestes anos, só existem dados referentes aos gastos com o transporte e destinação final dos medicamentos vencidos, não havendo registros do total de medicamentos e do respectivo valor dos itens que foram descartados.

Os resultados positivos obtidos a partir da implantação do PGRSS no município, como diminuição do gasto com medicamentos vencidos, aumento do número de medicamentos ofertados à população e descarte correto dos medicamentos com prazo de validade expirado se devem em grande parte à contratação do profissional farmacêutico, no ano de 2012. Assim como nesse estudo, muitos outros correlacionam os avanços/retrocessos na logística do medicamento com a presença/ausência deste profissional tão importante para a saúde pública.

O Banco Mundial realizou um estudo sobre a governança no SUS e afirmou, em seu relatório publicado em 2007, que o gerenciamento da logística de medicamentos absorve cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde, podendo ser a causa principal de ineficiência e perda. O relatório também aponta que há deficiência na qualidade dos serviços, que é atribuída a problemas de gestão e à ineficiência no uso dos recursos. (VIEIRA, 2008). Neste trabalho foram auditados 597 municípios (10,7% dos municípios brasileiros). Desses, 90,3% apresentaram problemas na gestão de recursos ou serviços. Em 71% dos municípios foi constatada a falta de controle de estoque ou sua deficiência e em 39% condições inadequadas de armazenamento. Verificou-se falta de medicamentos em 24% dos municípios (VIEIRA, 2008).

Próximos passos, desafios e necessidades

A situação do gerenciamento de resíduos e da AF no município de Boa Vista do Incra, quando da implementação do plano de gerenciamento em 2012, guardadas as devidas proporções, apresentava problemas e dificuldades semelhantes à realidade nacional, constatados nas referidas pesquisas.

Dentre os principais problemas pode-se destacar a falta do farmacêutico, compra exagerada e sem critérios de medicamentos, falta de observância de um prazo de validade mínimo das compras, falta de um controle rígido de estoque, medicamentos sendo descartados junto com outros resíduos de saúde e inexistência de uma lista básica de medicamentos.

Os objetivos da pesquisa, bem como do plano de gerenciamento de resíduos sólidos foram alcançados, visto que os pontos críticos e responsáveis pela grande perda de medicamentos por expiração do prazo de validade foram atacados e solucionados. É possível afirmar, ainda, que as principais ações que levaram ao sucesso do plano de gerenciamento foram: a implantação de um rigoroso controle de estoque, com a exigência de um prazo de validade mínimo quando da compra dos medicamentos; a compra de medicamentos para períodos menores de consumo (3 a 4 meses) e a definição de uma lista básica de medicamentos municipal, além da conscientização de profissionais e pacientes acerca da importância do correto gerenciamento e descarte dos medicamentos.

A implementação de uma logística adequada proporcionou impactos positivos em termos de acesso e qualidade dos serviços prestados, refletindo-se na melhoria da eficiência e no controle de gastos públicos. Desse modo, indubitavelmente, uma gestão eficiente é considerada estratégica para otimizar os escassos recursos destinados à saúde, além de contribuir para a conservação ambiental.

O principal desafio é ampliar a conscientização da população e dos profissionais da saúde quanto à importância do descarte correto dos medicamentos. Além disso, é preciso aprimorar, ainda mais, o controle dos estoques e das compras de medicamentos no município, para que, por meio de uma gestão eficiente, não se repitam as perdas sanitárias e financeiras com medicamentos no município.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 07 dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: 2004.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Editora Bookman, 2001.

SERAFIM, E.O.P. et al. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. V. 43, p. 127-135. 2007.

EICKHOFF, P.; HEINECK, I.; SEIXAS, L.J. Gerenciamento e destinação final de medicamentos: uma discussão sobre o problema. Revista Brasileira de Farmacologia. V. 90, p. 64-68. 2009.

CUSSIOL, N.; LANGE, L. C.; FERREIRA, J. A. Resíduos de serviços de saúde. In: Couto, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. (Org). Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento. 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

Relatório de Gestão Municipal - Secretaria de Saúde e Sistema de Informações de Auditoria e Prestação de Contas - SIAPC do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul - TCE/RS, Boa Vista do Incra - RS, 2010-2014.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Revista Panamericana de Salud Pública. V. 24, p. 91-100, 2008.

INSTITUIÇÃO

Unidade Básica de Saúde (UBS) Felice Trenhago de Boa Vista do Incra

AUTORES

Dieisson Morgan
Armando Carlos Avancini

CONTATO

d.morgan7@hotmail.com



Estudos realizados por farmacêuticos levam à criação de Lei Municipal sobre Descarte de Medicamentos

CARACTERIZAÇÃO

Os projetos de pesquisa e extensão aqui relatados foram desenvolvidos em Alfenas, cidade localizada no sul de Minas Gerais, situada a 345 km de distância da capital, Belo Horizonte, e a 316 km de São Paulo (SP). A cidade possui 73.774 habitantes. Em relação ao gênero, as mulheres compõem uma parcela um pouco maior, de aproximadamente 51,1% da população. Já a faixa etária com maior número de habitantes para os dois gêneros é de 30 a 39 anos, totalizando 11.176 pessoas. A população idosa (≥ 60

anos) corresponde a aproximadamente 12,4% dos habitantes. Alfenas é uma cidade predominantemente urbana, visto que apenas 6,2% dos habitantes encontram-se na zona rural (BRASIL, 2010).

Perfil epidemiológico

A cidade de Alfenas possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,760, sendo o 7º maior da região sul e sudoeste de Minas Gerais. Possui 850,446 km² da área da unidade territorial e densidade demográfica de 86,75 hab/km². O índice de alfabetização

pode ser considerado alto, uma vez que 87,74% da população sabe ler e escrever. O Coeficiente de Gini, que mede a desigualdade na distribuição de renda da população por meio de uma escala de 0 a 1, é de 0,42 e o município possui índice de pobreza de 19,81% (BRASIL, 2010). Mais de 90% das casas possuem rede de abastecimento de água, rede de esgoto ou pluvial e coleta de lixo, descartado no aterro sanitário (BRASIL, 2009a).

Estruturação da rede de saúde

Desde 1998, Alfenas detém a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, sendo considerada sede macrorregional e polo assistencial. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), o município possui treze equipes da Estratégia de Saúde da Família (PSF) e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Na atenção secundária, conta com oito ambulatórios de especialidades, clínicas (entre as quais, fisioterapia e oftalmologia), um instituto de acupuntura e massoterapia e um Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Possui três hospitais, dois conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A cidade oferece serviços de apoio diagnóstico e de tratamento de média e alta complexidade, sendo referência também para a população das cidades vizinhas (BRASIL, 2015; RODRIGUES et al., 2009).

Assistência farmacêutica

De acordo com o Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF/MG), o Estado possui 22.031 farmacêuticos, dos quais, 98 estão na cidade de Alfenas, o que corresponde a um farmacêutico por 792 habitantes (CRF/MG, 2015a; 2015b). Destes profissionais, nove estão na rede pública. O município conta com cerca de 30 farmácias e drogarias privadas; 15 farmácias básicas, pertencentes à Prefeitura Municipal de Alfenas; uma Farmácia Popular do Brasil; uma farmácia de medicamentos excepcionais e uma farmácia comunitária filantrópica. Com relação às 15 farmácias básicas da Prefeitura Municipal de Alfenas, apenas uma farmácia possui dispensação de medicamentos básicos e controlados; as demais dispõem apenas medicamentos básicos e são assim distribuídas: 2 nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs).

O município possui uma associação de farmacêuticos (CRF/MG, 2015c) e dois cursos de Farmácia. Um deles funciona na Universidade Federal e o outro, em instituição particular. Na Universidade Federal de Alfenas (Unifal/MG) existe o Centro de Farmacovigilância, que realiza pesquisa, ensino e extensão, visando à segurança, à efetividade e à qualidade do medicamento e a segurança do paciente (SILVA et al., 2013).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A iniciativa visou disponibilizar, para a população de Alfenas, um local apropriado nos estabelecimentos de saúde para a coleta dos medicamentos, além de verificar as atitudes desta população em relação ao descarte de medicamentos.

METODOLOGIA

A partir dos resultados obtidos no estudo “Atitudes de usuários de medicamentos do Sistema Único de Saúde, estudantes de Farmácia e farmacêuticos frente ao armazenamento e descarte de medicamentos, de Silva et al. (2014)”, observou-se a necessidade da criação do projeto de extensão Análise de Descarte de Medicamentos na cidade Alfenas (MG).

Além dos serviços de coleta e de descarte correto de medicamentos, oferecidos à população, este projeto tratou-se de um estudo farmacoepidemiológico, do tipo observacional, transversal e descritivo. Após implantar os coletores de medicamentos em dois estabelecimentos privados de saúde, da cidade de Alfenas, realizou-se a análise da atitude das pessoas e o impacto gerado diante do descarte de medicamentos durante o período de fevereiro de 2013 a março de 2014.

O público do estudo foi constituído por habitantes da cidade, que poderiam descartar os medicamentos nestes estabelecimentos de saúde. No entanto, a amostra foi de conveniência, uma vez que a prática do descarte foi estimulada por meio de folders distribuídos apenas nestes locais de coleta.

Os recipientes foram confeccionados pelos próprios estabelecimentos, com *layout* a critério destes. Entretanto, os coletores foram padronizados utilizando um adesivo com o título do projeto e o logotipo da Unifal/MG, informando a parceria entre a instituição pública e as farmácias privadas.

Nos estabelecimentos em questão, foram disponibilizados folders que informavam à população o destino dos resíduos e conscientizavam sobre o descarte correto dos medicamentos vencidos ou fora de uso.

Os medicamentos recolhidos pelos estabelecimentos privados foram encaminhados para a Farmácia Universitária da Unifal/MG, com periodicidade mensal.

Os acadêmicos, devidamente protegidos, analisavam os medicamentos e as informações legíveis, conforme a classe farmacológica, forma farmacêutica e prazo de validade. Vale ressaltar que nem todos continham as informações, pois alguns, por exemplo, eram comprimidos soltos ou blisters cortados.

Após a análise, os medicamentos eram descaracterizados e as embalagens separadas. As embalagens de vidro e os aerossóis eram descartados separadamente; já os materiais perfurocortantes possuíam um coletor apropriado; e as embalagens secundárias, classificadas como materiais recicláveis, foram encaminhadas a outro projeto de reciclagem da universidade. Os medicamentos eram descartados conforme exigência da legislação vigente, utilizando o serviço de descarte de resíduos químicos da Unifal/MG.

O projeto recebeu o Protocolo de Registro de Ação de Extensão (PREAE) nº 1474, da Pró-Reitoria de Extensão da Unifal/MG, e foi incluído no programa Cefal (SILVA et al., 2013) que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, tendo sua aprovação com o protocolo nº 075/2011.

Descrição da experiência

Os resíduos de medicamentos contaminam o solo e a água podendo causar desequilíbrios ambientais e intoxicações dos animais e dos humanos, tornando-se um problema de saúde pública (ARNOLD et al., 2013; CALDEIRA e PIVATO, 2010; UEDA et al., 2009). Esta situação pode ser causada pelo descarte inadequado de medicamentos, que ocorre tanto pela falta de informação da população, quanto pelas carências de ações governamentais (FALQUETO e KLIGERMAN, 2013; UEDA et al., 2009).

Estes fatos subsidiaram a realização de um estudo farmacoepidemiológico, em 2012, na cidade de Alfenas (MG), para avaliar as atitudes dos usuários de medicamentos frente ao descarte (SILVA et al., 2014). Tal estudo evidenciou que 76,8% (272/354) dos usuários do SUS afirmaram que nunca tiveram

orientação sobre o descarte correto de medicamentos (SILVA et al., 2014). Além disso, 76,8% (272/354) destes usuários descartavam os medicamentos no lixo residencial, na pia ou no vaso sanitário; já 5% (18/354) continuavam utilizando os medicamentos vencidos; e apenas 16,7% (59/354) descartavam os medicamentos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde ou estabelecimento privado (SILVA et al., 2014).

Silva et al. (2014) constataram que farmácias e drogarias não eram uma opção de destino final dos medicamentos pela população. Eles demonstraram que 24 das 28 farmácias e drogarias, que aceitaram participar do estudo, não recebiam a devolução de medicamentos por parte da população. Além disso, apenas uma farmácia possuía um serviço de coleta que incentivava seus clientes a descartarem corretamente os medicamentos.

Diante destes dados, o projeto de extensão demonstrou para os dois estabelecimentos de saúde que disponibilizaram locais para o descarte de medicamentos, a necessidade do oferecimento permanente deste serviço. Também foi levado em consideração o fato de que a prestação de novos serviços nos estabelecimentos de saúde tem a tendência de elevar o fluxo de clientes e, desta forma, aumentar a receita das farmácias e drogarias (ITALIANI e WILTEMBURG, 2006). Além do mais, um serviço adicional acrescenta um diferencial para estas drogarias em comparação aos estabelecimentos concorrentes (ITALIANI e WILTEMBURG, 2006).

Dessa forma, os dois locais propostos para a realização do projeto, apoiados na ideia da diferenciação dos serviços prestados, implantaram os coletores a fim de aumentar o número de medicamentos descartados de maneira correta e evitar a contaminação do meio ambiente, promovendo também a segurança do paciente.

Observada a falta de informação da população sobre esse assunto, houve a criação de folder educativo para auxiliar na promoção rápida de conhecimento e para esclarecer as dúvidas encontradas no estudo de SILVA et al. (2014).

Diante destas intervenções, de implantação do coletor e distribuição dos folders, houve a coleta e análise dos medicamentos descartados, a fim de conhecer as atitudes dos usuários dos estabelecimentos sobre como estava sendo utilizado o coletor de medicamentos.

A equipe do projeto foi constituída por acadêmicos de diferentes períodos do curso de Farmácia, coordenada por dois professores da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Unifal/MG e contando com a colaboração dos gerentes e farmacêuticos dos estabelecimentos privados. Os acadêmicos trabalharam de forma voluntária nas atividades da análise do descarte.

Os estabelecimentos privados tiveram o custo do coletor de medicamento. Já o projeto de extensão da Unifal/MG teve o custo de transportar os medicamentos recolhidos das empresas privadas até a universidade. O custo com o descarte, já estava inserido nas despesas mensais da Farmácia Universitária, que não foram alteradas. A produção dos folders foi custeada pela Pró-Reitoria de Extensão da universidade.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Durante o período do estudo, feito entre fevereiro de 2013 e março de 2014, foram coletados 1.268 medicamentos de lotes diferentes ou não identificados. Destes, 12,5% (158/1.268) estavam dentro do prazo de validade e 40,6% (515/1.268) correspondiam a medicamentos de amostra grátis. A forma farmacêutica sólida predominou, com 72,8% (923/1.268). As cinco classes farmacológicas mais observadas foram anti-hipertensivos, antibióticos, analgésicos, anti-inflamatórios e antidiabéticos.

Foram coletados aproximadamente 14 quilos de medicamentos e embalagens primárias, que foram encaminhados para incineração em empresa terceirizada, responsável pelos resíduos químicos da Unifal/MG. Já os materiais recicláveis, como as embalagens secundárias e as bulas, não foram contabilizados.

No estabelecimento A, o coletor de medicamento possuía um espaço para o descarte de medicamentos e outro para bulas e caixas. Além disso, no próprio coletor havia folders e um vídeo explicando a importância da atitude do descarte correto. Este coletor encontrava-se na parte da frente do estabelecimento e estava mais visível para os clientes.

Já o estabelecimento B confeccionou um coletor mais simples, com um adesivo para informar sobre o local de descarte. Este coletor encontrava-se mais ao fundo da drogaria, sendo menos visível para os clientes.

Vale ressaltar que ambos coletores estavam trancados, impossibilitando a retirada dos medicamentos descartados por pessoas não autorizadas.

As diferenças de localização e de formato dos coletores influenciaram no volume de material coletado em cada estabelecimento, bem como no tipo do material coletado. O estabelecimento A coletou 10 quilos de medicamentos e o B, apenas 4 quilos.

Vale resaltar também que a maior proximidade do estabelecimento A de consultórios médicos e odontológicos, resultou em um maior volume de descarte de amostras grátis, sendo a maioria lacrada e muitas delas dentro do prazo de validade. No entanto, foram descartados materiais odontológicos vencidos, muitas agulhas (algumas desencapadas), leite em pó, papel higiênico, algodão e outros.

Por outro lado, a semelhança do coletor do estabelecimento B com uma lixeira fez com que fossem descartados, ali, resíduos de alimentos. Por esta situação, percebe-se que a população ainda necessita de informações que diferenciem o descarte de medicamentos do descarte de lixo comum.

A partir das evidências observadas por Silva et al. (2014), confirmadas por meio do funcionamento deste novo serviço de coleta de medicamentos, uma alternativa satisfatória seria que medicamentos vencidos e embalagens primárias com resíduos destes fossem devolvidas nas farmácias e drogarias. Segundo a RDC nº 44/09, esses estabelecimentos podem participar do serviço de coleta de medicamentos descartados pela comunidade, para garantir a promoção da saúde pública e a preservação do meio ambiente (BRASIL, 2009b).

A seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição de medicamentos formam os pilares para os principais objetivos: o acesso e o uso racional de medicamentos (OPAS, 2003). O foco das ações está centrado no paciente. No entanto, devido ao uso abusivo de medicamentos ou à prescrição irracional, erros por parte do dispensador, apresentações não condizentes com o tempo do tratamento e a impossibilidade de fracionamento destes, geram a “sobra” de medicamentos (EICKHOFF et al, 2009).

Apesar da complexidade do ciclo da assistência farmacêutica (AF), são grandes as possibilidades de melhorias em todas as suas etapas, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos essenciais (OPAS, 2003). Assim, para que o Ciclo de AF possa efetivar-se completamente, dever-se-ia implantar uma nova etapa, ou seja, o descarte, com o objetivo de gerenciar os resíduos de serviços de saúde de todas as etapas anteriores para promover a segurança do paciente (figura 1).



Fonte: Adaptado de OPAS, 2003

Diante dos dados destes estudos, o poder público municipal de Alfenas criou a Lei Municipal nº 4.489, de 14 de janeiro de 2014, que estabelece procedimentos para coleta e descarte de medicamentos vencidos ou impróprios para o consumo nas farmácias e drogarias públicas e privadas, inclusive de manipulação. De acordo com a lei, os estabelecimentos são obrigados a implantar caixas coletoras para recebimento destes medicamentos. Além disso, devem, também, apresentar informativos sobre o risco de descarte de modo inapropriado (ALFENAS, 2014; ALFENAS HOJE, 2014).



Separação dos materiais coletados para descarte



Sistema integrado para o descarte de medicamentos



Coletor de medicamento vencido ou em desuso

Próximos passos, desafios e necessidades

- Conscientização da população;
- Monitoramento para verificar o cumprimento da lei;
- Demonstração da necessidade do programa de coleta de medicamentos a serem descartados às autoridades de outros municípios;
- Inserção da etapa do descarte de medicamentos no ciclo da AF.

REFERÊNCIAS

ALFENAS. Câmara Municipal de Alfenas. Estado de Minas Gerais. Lei N. 4.489, de 14 de janeiro de 2014. Estabelece procedimentos para o descarte e a coleta de medicamentos vencidos no Município de Alfenas e dá outras providências.

ALFENAS HOJE. Projeto regulamenta descarte de medicamentos vencidos. Disponível em: <http://www.alfenashoje.com.br/arquivo/file/descarte-int.jpg>. Acesso em: 03 dez. 2014.

ARNOLD, K. E.; BOXALL, A. B. A.; BROWN, A. R.; CUTHBERT, R. J.; GAW, S.; HUTCHINSON, T. H.; JOBLING, S.; MADDEN, J. C.; METCALFE, C. D.; NAIDOO, V.; SHORE, R. F.; SMITS, J. E.; TAGGART, M. A.; THOMPSON, H. M. Assessing the exposure risk and impacts of pharmaceuticals in the environment on individuals and ecosystems. **Biology Letters**, v. 9, p.1-4, 2013.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais. Alfenas. Informações Estatísticas 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&cod-mun=310160&search=minas-gerais%7calfenas%7cinfograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Estabelecimento de Saúde do Município: Alfenas. 2015. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=310160&NomeEstado=MINAS%20GERAIS. Acesso em: 03 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadernos de Informações de Saúde Minas Gerais. Alfenas. 2009a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada n. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 18 de agosto de 2009b.

CALDEIRA, D.; PIVATO, L. S. Descarte de medicamentos domiciliares vencidos: o que a legislação preconiza e o que fazer?. **UNINGÁ Rev.**, v. 3, n. 4, p. 40-49, 2010.

CRFMG. Conselho Regional de Farmácia De Minas Gerais. **Número de farmacêuticos por GRS**. Disponível em: <http://crfm.org.br/novosite/institucional/estatisticas>. Acesso em: 03 fev. 2015a.

CRFMG. Conselho Regional de Farmácia De Minas Gerais. **Número de farmacêuticos por GRS**. Disponível em: <http://crfm.org.br/novosite/institucional/estatisticas/farmacuticos-por-grs>. Acesso em: 03 fev. 2015b.

CRFMG. Conselho Regional de Farmácia De Minas Gerais. **Associações**. Disponível em: <http://crfm.org.br/novosite/contatos/associacoes>. Acesso em: 03 fev. 2015c.

EICKHOFF, P.; HEINECK, I.; SEIXAS, L. Gerenciamento e destinação final de medicamentos: uma discussão sobre o problema. **Rev Bras Farm.**, v. 90, n.1. p.64-68, 2009.

FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D. C. Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 883-892, 2013.

ITALIANI, F.; WILTEMBURG, C. **Marketing Farmacêutico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. cap. 1. 292 p.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; Organizado por Nelly Marin et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 336 p.

RODRIGUES, L. B. B.; GOYATÁ, S. L. T.; LOIOLA, C. F. **Avaliação da implantação da referência e contra referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG**. 2009. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS, Alfenas, 2009.

SILVA, N. R.; ABJAUDE, S. A. R.; MARQUES, L. A. M.; RASCADO, R. R. Centro de Farmacovigilância da UNIFAL (CEFAL): Promoção da Segurança, Efetividade e Qualidade do Medicamento. **Udesc em Ação**, v. 7, p. 1-10, 2013.

SILVA, N. R.; ABJAUDE, S. A. R.; RASCADO, R. R. Atitudes de usuários de medicamentos do sistema único de saúde, estudantes de Farmácia e farmacêuticos frente ao armazenamento e descarte de medicamentos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, p. 317-323, 2014.

UEDA, J.; TAVERNARO, R.; MAROSTEGA, V. Impacto ambiental do descarte de fármacos e estudo da conscientização da população a respeito do problema. **Revista Ciências do Ambiente On-Line**, v. 5, n. 1, p.1-6, 2009.

INSTITUIÇÃO

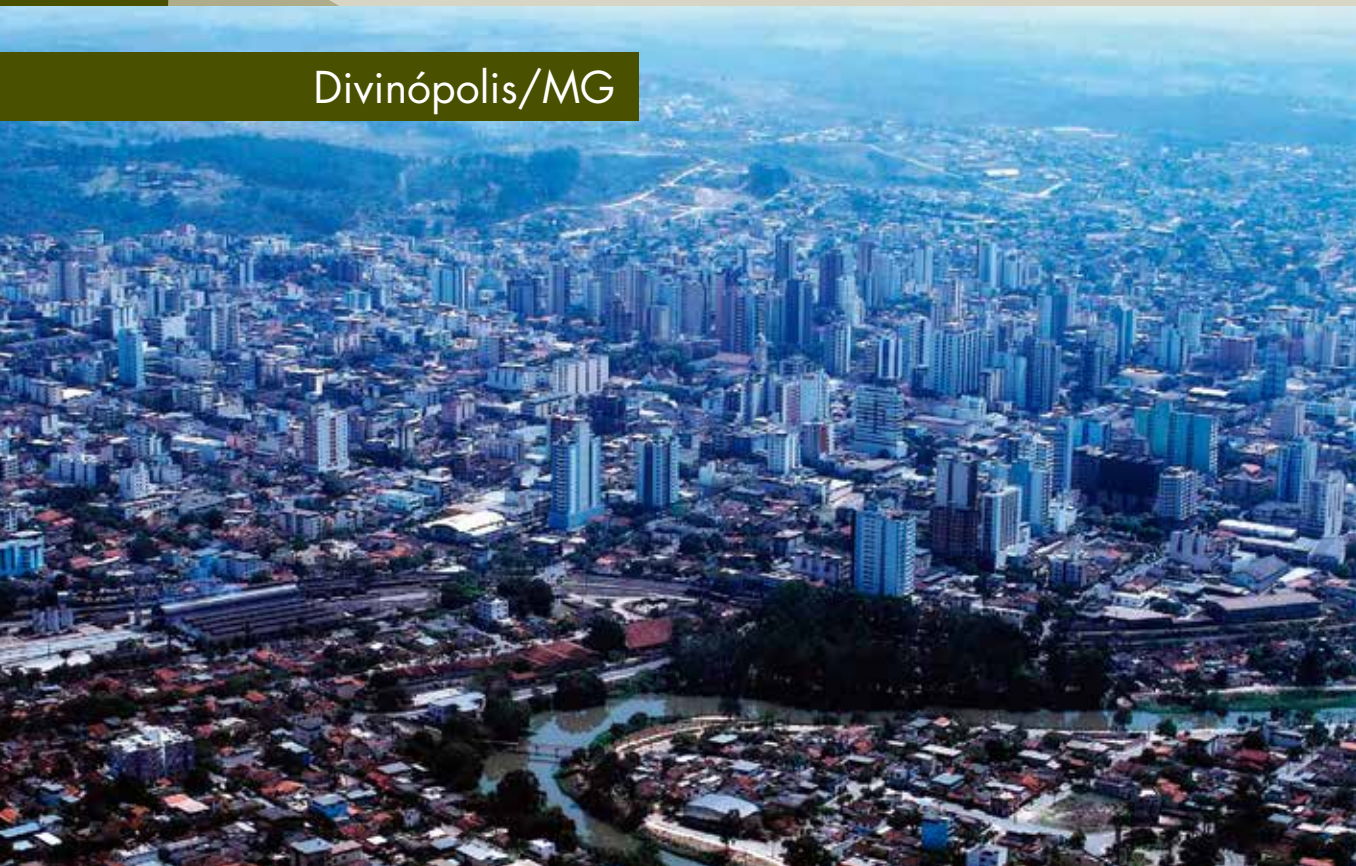
Universidade Federal de Alfenas - Unifal (MG)

AUTORES

Samir Antonio Rodrigues Abjaude
Nicole Rodrigues da Silva
Ana Carolina Campos Albuquerque
Fabrício Damasceno Leandro
Luciene Alves Moreira Marques
Ricardo Radighieri Rascado

CONTATO

samirabjaude@hotmail.com



Implantação de serviços clínicos farmacêuticos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família: uma parceria entre universidade e Secretaria de Saúde

CARACTERIZAÇÃO

Divinópolis localiza-se na região centro-oeste de Minas Gerais, a 106 km da capital do Estado, Belo Horizonte. É a maior cidade da macrorregião de saúde oeste de Minas Gerais. Em 2010, contava com uma população de 213.016 habitantes, dos quais 51,26% são do sexo feminino e 48,74%, masculino. A faixa etária de 0-19 anos representava 27,11% da

população, enquanto as pessoas de 20 a 59 anos somavam 61,56%; e os maiores de 60 anos, 11,33% (IBGE, 2010). Para 2014, a população estimada era de 228.643 habitantes.

A cidade destaca-se no cenário econômico mineiro com as atividades desenvolvidas pelo setor de vestuário e siderúrgico/metalúrgico, além de possuir estratégico papel na logística da região. Também é

reconhecida como cidade universitária, referência para os municípios vizinhos.

Perfil epidemiológico

Assim como vem sendo observado nas regiões urbanas brasileiras, em Divinópolis há um processo de envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida, redução da fecundidade, queda da mortalidade infantil e declínio de doenças infecciosas. Segundo o Plano Municipal de Saúde de Divinópolis (2009), os grupos de doenças que são as principais causas de mortalidade no município são doenças do aparelho circulatório, respiratório e endócrino/metabólico. Entre as internações por causas sensíveis à atenção primária em 2008, ressaltam-se os problemas de saúde mental (28,2%); a insuficiência cardíaca (10,9%), a asma (8,3%), a angina (6,1%) e diabetes com complicações (4,1%), os quais envolvem, na maioria dos casos, uso de medicamentos para seu controle (DIVINÓPOLIS, 2009).

Estruturação da rede de saúde

Divinópolis é polo da macrorregião de saúde oeste e sede de uma Gerência Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais. Possui 47 estabelecimentos públicos de saúde (IBGE, 2010), sendo 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 15 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF); 9 farmácias; 3 serviços auxiliares de diagnóstico e terapia; 1 policlínica; 1 pronto-socorro; 1 Centro de Atenção Psicossocial (Caps III); 1 residência terapêutica e 1 unidade de vigilância em saúde. Outros estabelecimentos privados/filantropicos integram o Sistema Único de Saúde (SUS) de forma complementar, entre eles três hospitais e 16 serviços especializados. A cidade conta com um total de 311 leitos credenciados ao SUS, sendo 83 leitos cirúrgicos, 116 clínicos, 90 psiquiátricos, 22 em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – (DIVINÓPOLIS, 2009).

Assistência farmacêutica

O sistema municipal de saúde de Divinópolis conta com nove farmácias para dispensação de medicamentos, sendo uma farmácia central, seis farmácias em unidades de atenção primária à saúde, uma farmácia no serviço de saúde mental, uma farmácia no serviço de assistência especializada. Treze farmacêuticos

atuam no ciclo da assistência farmacêutica (AF) (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação de medicamentos), com foco principal em atividades técnico-gerenciais para garantir aos usuários do SUS o acesso e orientações quanto ao uso racional de medicamentos (BRASIL, 2009). O município conta ainda com uma farmácia da Gerência Regional da Secretaria de Estado da Saúde que realiza a dispensação dos medicamentos do componente especializado da AF.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O objetivo geral desta experiência foi implantar serviços clínicos farmacêuticos em uma unidade de atenção primária à saúde e avaliar seus resultados clínicos. O trabalho desenvolvido teve como objetivos específicos:

- Estabelecer critérios para seleção e encaminhamento de pacientes;
- Desenvolver material para documentação dos atendimentos aos pacientes;
- Definir critérios para avaliação da farmacoterapia das condições crônicas mais prevalentes;
- Desenvolver materiais de apoio para a prática clínica;
- Promover atividades de educação em saúde e educação permanente;
- Avaliar os resultados clínicos dos serviços farmacêuticos implantados.

METODOLOGIA

O Serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) baseou-se no modelo de prática do cuidado farmacêutico (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004; WIEDENMAYER, 2006; BRASIL, 2014). Neste, o profissional avalia e identifica as necessidades farmacoterapêuticas do usuário, elabora planos de cuidado e avalia os resultados alcançados.

Seleção de pacientes - O encaminhamento de pacientes foi realizado pela equipe de saúde, tendo como critérios o alto número de medicamentos em uso pelo paciente, dúvidas quanto ao acesso e utilização dos medicamentos, dificuldades para controlar problema de saúde e/ou queixas relacionadas a reações adversas a medica-

mentos. Ocorreu também atendimento a demanda espontânea de pacientes com este perfil.

Registro dos atendimentos - Foram desenvolvidos instrumentos específicos para registro dos atendimentos, seguindo os modelos propostos por Cipolle, Strand e Morley (2004), Pereira et al (2005) e Ramalho de Oliveira (2011). Também foram feitos registros nos prontuários de uso comum pela equipe da ESF.

Suporte para a avaliação da farmacoterapia - Foram criados Guias para a Prática do Cuidado Farmacêutico aos pacientes com diabetes, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e outros problemas comuns na atenção primária. Estes guias serviram de suporte para a definição de parâmetros de efetividade e de segurança da farmacoterapia e foram desenvolvidos segundo os critérios da saúde baseada em evidências.

Materiais de apoio - Foram editados materiais como cartilha informativa sobre GTM, formulário de encaminhamento de pacientes, impresso para guiar o paciente quanto ao horário de administração dos medicamentos, instrumento para registro de produtividade do serviço, entre outros.

Educação em saúde - Para possibilitar o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, o aumento da autonomia dos pacientes e o maior conhecimento de sua condição de saúde, adotaram-se estratégias de educação em saúde. Utilizou-se como referencial teórico a pedagogia problematizadora, a fim de desenvolver, nos sujeitos, a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade e propor ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações (SANTOS, 2006).

Foram criados dois grupos de pacientes com diabetes. Nos encontros de educação em saúde, cada paciente tinha a oportunidade de compartilhar angústias, medos, dúvidas e conhecimentos. As reuniões possibilitavam, ainda, maior acesso ao conhecimento sobre sua condição de saúde e importância do cuidado com a saúde, os riscos e consequências de um tratamento inadequado e vantagens de um bom tratamento para diminuir as complicações do diabetes.

Educação permanente - Foram oferecidas para os agentes comunitários de saúde (ACS) oficinas que tratavam dos problemas relacionados ao acesso e ao uso de medicamentos da comunidade assistida. As oficinas foram planejadas seguindo material e metodologia propostos pelo Ministério da Saúde (2006).

Avaliação de resultados clínicos do serviço de GTM - Foi realizado estudo retrospectivo, utilizando-se os prontuários dos pacientes atendidos. Para tanto, foi elaborado instrumento de coleta de dados que contemplava informações gerais sobre o atendimento, dados sócio-demográficos, clínicos e farmacoterapêuticos. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de São João Del-Rei.

Descrição da experiência

A Secretaria Municipal de Saúde (Semusa) do município de Divinópolis (MG) tem estreita relação com os cursos da área da saúde do Campus Centro-Oeste da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ). A integração universidade-serviço de saúde-comunidade é uma realidade desde a implantação deste campus no município. Com o intuito de permitir que estudantes de Farmácia comesçassem a ter contato com a realidade encontrada em seu cotidiano e compreendessem a responsabilidade social que a profissão lhes traz, a UFSJ desenvolveu, no ano de 2010, o projeto de extensão *“Problemas com o uso de medicamentos na Estratégia Saúde da Família”*.

O objetivo desse projeto foi conhecer os problemas enfrentados por pacientes e profissionais de uma equipe da ESF quanto ao uso de medicamentos e, a partir deste conhecimento, propor ações no nível individual e coletivo para prevenir e resolver tais problemas, aumentando a participação da comunidade acadêmica junto à comunidade externa.

A equipe do projeto deparou-se com problemas que se relacionavam ao acesso e ao armazenamento dos medicamentos, a dificuldades dos usuários em seguir os esquemas terapêuticos e à falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Entre as ações desenvolvidas em 2010 estão: oficinas para ACS; palestras para a comunidade da área de abrangência da unidade; encaminhamento de casos para os profissionais da equipe de saúde; e desenvolvimento de cartilha com informações sobre cuidados no armazenamento e na administração de medicamentos para os usuários.

Porém, a equipe do projeto de extensão identificou casos clínicos complexos em relação

à farmacoterapia que exigiam conhecimentos e habilidades profissionais que extrapolavam o limite de atuação dos profissionais da equipe de ESF presentes até aquele momento. Assim, percebeu-se a necessidade de um farmacêutico clínico para identificar, resolver e prevenir os Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos (PRM) enfrentados pelos usuários.

Em resposta a essa realidade, a UFSJ e a Semusa iniciaram uma parceria para a implantação de um serviço de GTM na atenção primária à saúde. A Semusa disponibilizou um farmacêutico para realizar atendimentos individuais e participar de ações de saúde coletiva naquela unidade da ESF. A equipe da UFSJ (docente e estudantes bolsistas), em contrapartida, colaborou por meio de programas de extensão com a gestão do serviço, auxiliando na organização do fluxo de atendimento dos pacientes, dos mecanismos de referência e contra-referência e dos critérios de encaminhamento ao serviço de GTM. Realizou também atendimentos clínicos conjuntos e complementares aos do farmacêutico e participou das atividades de educação em saúde.

Intervenções realizadas

Para implantação e oferecimento do serviço de GTM foram realizadas reuniões com a equipe de saúde para apresentação da prática clínica do farmacêutico e pactuações para a integração do serviço de GTM às rotinas da unidade de saúde. O farmacêutico do serviço de saúde dedicou-se às atividades clínicas durante sua carga horária de trabalho semanal de 20h, desde setembro de 2010. Estudantes e docente da UFSJ estiveram na unidade de saúde por dois turnos semanais durante o ano de 2011, realizando atendimentos conjuntos e complementares àqueles prestados pelo farmacêutico. Além de atendimentos na unidade de saúde, também foram feitas visitas domiciliares.

Semanalmente, foram realizadas reuniões clínicas entre estudantes, docente e farmacêutico para discussão de casos e estudo de protocolos clínicos. Também foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, para discutir assuntos referentes à gestão, tais como, estratégias de melhoria de acesso a medicamentos, protocolos clínicos, casos clínicos específicos e sobre a experiência da implantação do serviço de GTM na ESF.



Equipe de Saúde da Família e farmacêuticos clínicos após reunião de avaliação e planejamento da implantação do serviço de GTM na unidade de saúde

A equipe do projeto de extensão, em conjunto com o farmacêutico do serviço de saúde, realizou atividades educativas com grupos de pacientes que convivem com diabetes. Foram realizadas reuniões quinzenais em que se trabalharam os seguintes temas: sinais e sintomas do diabetes descontrolado e tratamento inadequado (hiperglicemia e hipoglicemia); cuidados com os medicamentos para diabetes; orientação sobre a alimentação adequada; o que é e qual origem do desenvolvimento da doença; e uma última reunião com revisão de todo conhecimento desenvolvido nas anteriores.



Atividade com grupo de pacientes conduzida por estudante extensionista vinculada ao serviço de GTM

Em reuniões com a equipe de ESF e nas atividades de educação em saúde percebeu-se uma demanda preocupante de pacientes que convivem com DMII, sem controle da doença, os quais foram priorizados para os encaminhamentos ao serviço de GTM. Além disso, detectou-se um grande número de idosos em

uso de benzodiazepínicos, estabelecendo-se parceria entre o médico da ESF e a equipe do GTM para reduzir esse problema.

No campo da educação permanente, os ACS da unidade de saúde e de outras equipes de ESF do mesmo território sanitário foram envolvidos na realização de oficinas sobre acesso e uso racional de medicamentos. Houve grande interação dos ACS nas discussões, com apresentação de dúvidas e relatos de caso, além do levantamento de novos temas relacionados a medicamentos para serem discutidos nos encontros subsequentes. Foram desenvolvidos materiais de consulta para os ACS com temas referentes ao conteúdo das oficinas, para uso no seu cotidiano de trabalho. As oficinas foram conduzidas pelas estudantes com o apoio do farmacêutico do serviço de saúde ou da docente coordenadora do projeto.



Oficina educativa para agentes comunitários de saúde promovida pela equipe do serviço de GTM.

Os custos envolvidos nesta experiência envolvem a disponibilização de farmacêutico pela Semusa/Divinópolis (profissional efetivo, 20h/semanais), as bolsas de extensão universitária concedidas pela UFSJ às três estudantes de Farmácia. A participação da docente como extensionista e pesquisadora é parte de suas atribuições como docente na UFSJ, não acarretando custos adicionais. A outra pesquisadora envolvida participou voluntariamente, como co-orientadora das estudantes que realizaram as pesquisas para avaliação de resultados do serviço implantado.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Ao todo, 61 pacientes foram acompanhados desde a implantação do serviço de GTM, em setembro de

2010, até fevereiro de 2012. Foram realizados 220 atendimentos ($x=3,7$; $DP=2,5$), tanto na unidade de saúde quanto no domicílio dos usuários, quando necessário, pelo serviço de GTM, com no mínimo um atendimento e no máximo 11 por paciente. Um total de 11 pacientes (18,7%) compareceu somente no primeiro atendimento, ou seja, compareceram apenas na avaliação inicial. A idade média dos participantes foi de 58,3 (Tabela 01), no entanto ela variou de sete a 65 anos. Foram descritos 60 problemas de saúde diferentes e os participantes apresentaram até oito problemas de saúde.

Tabela 1: Características dos participantes do serviço de GTM, Divinópolis – MG. 2010-2012

Características	
Idade (anos) (média /DP)	58,3/18,0
Sexo - Feminino (n/%)	37/60,7
Masculino (n/%)	24/39,3
Problemas de saúde registrado (Σ / / DP)	221/3,6/1,8
HAS* (n/%)	52/85,2
DM II ** (n/%)	44/72,1
Dislipidemia (n/%)	37/60,6
Medicamentos utilizados (Σ / / DP)	(370/6,2/2,9)

* Hipertensão Arterial Sistêmica

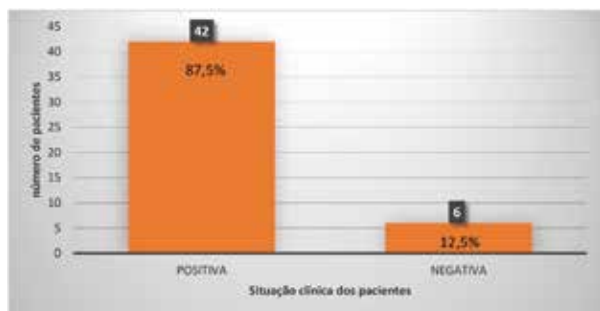
** Diabetes tipo II

Em relação aos medicamentos, os 61 pacientes utilizaram 72 medicamentos diferentes, com no mínimo 2 medicamentos por paciente e no máximo 15. Dentre os medicamentos mais usados, a sinvastatina foi a mais frequente (representando 11,9% dos medicamentos prescritos), sendo utilizada para tratar dislipidemia em 37 pacientes (61,7%), seguida pela metformina, utilizada no tratamento de DMII em 34 pacientes (56,7%) e representando 11% dos medicamentos prescritos. Foram identificados 173 PRM sendo aqueles relacionados à efetividade (31%) e indicação (29%) os mais frequentes. O problema de saúde que mais esteve associado a PRM foi a HAS ($n=71$; 42%). Para resolver os PRM identificados foram implementadas 167 intervenções, destacando-se intervenções para resolver o PRM 4 ($n=39$) e o PRM 1 ($n=37$).

A evolução clínica dos pacientes foi avaliada segundo Ramalho de Oliveira, Brummel e Miller (2010), considerando-se evolução positiva as situações classificadas como “resolvido”,

“estável”, “melhora” e “melhora parcial” e como evolução negativa as situações “sem melhora”, “piora” e “fracasso”. Para cada problema de saúde foram estabelecidos parâmetros de efetividade e segurança, avaliados a cada consulta a fim de guiar a conduta clínica do farmacêutico e verificar a evolução do paciente. Desse modo, ao final do acompanhamento, dos 48 registros completos, 42 deles foram considerados com situação clínica positiva (*Gráfico 01*), três deles foram considerados como “sem melhora” e três como “piora”. Os números de registros completos apontam para uma barreira encontrada no serviço relacionada à qualidade de registro de algumas situações clínicas, por vezes ausente na avaliação inicial ou no último atendimento, o que prejudicou algumas análises, apontando para um número significativo de registros não avaliados. Esta limitação do estudo aponta para a necessidade de maior atenção dos farmacêuticos ao documentar sua prática clínica.

Gráfico 1 - Situação clínica dos pacientes ao final do acompanhamento pelo serviços de GTM. Divinópolis - MG. 2010-2012

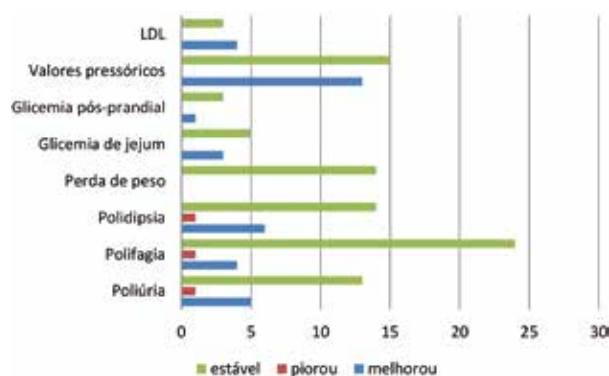


Foi realizada análise dos objetivos terapêuticos específicos para pacientes com diabetes ($n=43$). Considerando-se os registros que foram realizados adequadamente, os pacientes com diabetes acompanhados tiveram melhora ou estabilização clínica comparando-se a avaliação inicial com o último atendimento (*Gráfico 02*). Porém, cabe salientar que na avaliação inicial, 9,3% ($n=4$) dos pacientes que realizaram o exame de HbA1c apresentavam valor $<7,0\%$.

Ao final do acompanhamento, 35,1% ($n=13$) dos pacientes atingiram esta meta. Por dificuldades de acesso ao exame de HbA1c, 44,2% ($n=19$) dos pacientes não tinham realizado o mesmo na

avaliação inicial e 27,9% não tiveram seus valores de HbA1c registrados em nenhum momento na documentação, o que prejudicou a comparação dos dados do início com os do final dos atendimentos. Durante o período de realização do projeto, houve mudança nas normas para realização do exame de HbA1c no município, tornando o mesmo acessível a todos os pacientes com diabetes.

Gráfico 2 - Evolução clínica dos pacientes com diabetes acompanhados pelo serviço de GTM - Divinópolis, MG



Além dos 61 usuários atendidos individualmente, segundo dados das ações em grupo para educação em saúde, estima-se que cerca de 120 pacientes foram beneficiados diretamente. Em torno de 3000 pacientes (população atendida pela equipe da ESF) foram beneficiados indiretamente devido às ações junto aos profissionais da saúde para aperfeiçoar o cuidado aos usuários em tratamento farmacológico (oficinas com agentes comunitários de saúde e reuniões com a equipe multidisciplinar). E ainda, pela parceria com outras ESF, estima-se que mais de 9000 pacientes (população atendida pelas demais equipes da ESF) foram beneficiados indiretamente devido à realização de oficinas sobre o uso correto de medicamentos com os ACS das demais unidades de saúde.

A parceria entre universidade e a gestão municipal de saúde atingiu não apenas pacientes como também 14 profissionais da saúde da referida ESF (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, residente de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório odontológico, cinco agentes comunitários de saúde, psicólogo, fisioterapeuta e farmacêutico), além de dez agentes comunitários de outras três unidades da ESF do município.

Próximos passos, desafios e necessidades

Finalizado o processo de implantação do serviço, objetivo do projeto de extensão, a universidade deixou de atuar no local, passando apenas a acompanhar notícias do serviço. A experiência do projeto de extensão influenciou mudanças na graduação em Farmácia da instituição, como melhorias na organização de um dos estágios que ocorrem na atenção primária à saúde.

A exemplo de outros locais e regiões, o serviço público conta com desafios. Assim, apesar dos esforços da equipe de GTM, o farmacêutico disponibilizado pela Semusa para realizar o atendimento clínico precisou mudar seu local de atendimento, devido a barreiras enfrentadas após mudanças na equipe de saúde. Hoje o serviço é disponibilizado em outra unidade e o setor de AF do município luta para a criação do cargo de farmacêutico clínico e aumento da carga horária do farmacêutico atual para 40 horas semanais, o que possibilitaria a expansão dos serviços clínicos farmacêuticos para mais pacientes.

Espera-se que os resultados desta experiência contribuam para o planejamento, implantação e consolidação de cenários de prática clínica do farmacêutico no SUS e estimulem parcerias promissoras entre universidades e serviços de saúde.

CONCLUSÃO

A experiência descrita demonstra o sucesso do processo de implantação e oferecimento do serviço de GTM na ESF, com mérito para a parceria entre a UFSJ e a Semusa. A integração do farmacêutico à equipe da ESF e à comunidade, institucionalizando o serviço implantado, abre perspectiva para a continuidade de oferta do mesmo, independente da participação da universidade por meio de atividades de extensão.

O desenvolvimento das atividades de atendimento clínico individual, de gestão da prática, de educação em saúde e de educação permanente beneficiou diretamente usuários e profissionais. Além disto, propiciou às estudantes o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática clínica numa perspectiva ampliada, além de proporcionar a vivência do trabalho em equipe na ESF.

Por fim, a interface entre extensão e pesquisa viabilizou a geração de conhecimentos sobre a prá-

tica, podendo subsidiar gestores do SUS no planejamento, execução e avaliação da assistência à saúde. A integração universidade-serviço de saúde trouxe benefícios para o ensino, que pode se direcionar para atender as necessidades da sociedade, e para o serviço de saúde, que pode buscar qualificação e atualização junto à universidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos**. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Consulta pública 02/2014. **Serviços farmacêuticos: Contextualização e arcabouço conceitual**. Disponível em www.cff.org.br. Acessado em 16 de abril de 2015.

DIVINÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2009/2012**. Aprovado pelo CMS em reunião ordinária realizada em 29/10/2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>. Acessado em 25 de janeiro de 2015.

PEREIRA, M.L. et al. **Atenção Farmacêutica: implantação passo-a-passo**. Belo Horizonte: Gráfica e Editora O Lutador, 2005. v. 1. 104p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v.16, n.3, 2010.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da tera-**

pia medicamentosa. 1. ed. Sao Paulo: RCN Editora Ltda, 2011. v. 1. 328p.

SANTOS, A. S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. **Braz J Nurs**, v. 5, n. 2, 2006.

WIEDENMAYER, K. *et al.* **Developing pharmacy practice**. *A focus on patient care*. Geneva: World Health Organization/International Pharmaceutical Federation, 2006.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde (Semusa)
do município de Divinópolis (MG)

AUTORES

Beatriz Leal Meireles
Elisa Brandão Grossi
Patrícia Jorge Gonçalves
Albano Rubens do Valle Verona
Thais Bueno Enes
Danielle Maria de Souza Sêrio dos Santos
Simone de Araújo Medina Mendonça

CONTATO

simoneamm@gmail.com



Matriz São José Operário/João Monlevade

Por uma vida melhor sem cigarro: a experiência da equipe de Monlevade no controle do tabagismo

CARACTERIZAÇÃO

João Monlevade é um município brasileiro situado no interior do Estado de Minas Gerais. Pertence à microrregião de Itabira e mesorregião metropolitana de Belo Horizonte, localizando-se a leste da capital do estado, distando desta cerca de 110 km. Ocupa uma área de 99,158 km². Segundo dados do Censo 2010 (IBGE), a população monlevadense, naquele

ano, foi de 73.610 habitantes, o que equivale a uma densidade demográfica de 752,89 hab/km².

No que se refere à variável gênero, a população masculina do município totaliza 35.549 (47,62%) enquanto a população feminina corresponde a 39.106 habitantes (52,38%); dessa forma a distribuição por sexo no município segue a mesma tendência verificada no Estado de Minas Gerais e no Brasil, onde o

sexo feminino apresenta uma discreta superioridade numérica (52,38%; 50,80% e 50,82% respectivamente) em relação ao masculino.

Perfil epidemiológico

Analisando os óbitos por Grupo CID-10, em João Monlevade, no período de 2000 a 2011, observamos que as neoplasias malignas apresentam-se como o primeiro grupo de causas de morte, destacando-se as neoplasias malignas dos órgãos do aparelho digestivo. As doenças cerebrovasculares aparecem como a segunda causa de óbito no mesmo período, seguidas pelas doenças isquêmicas do coração, diabetes e acidentes. Dos óbitos ocorridos por acidentes, 63,05% representam acidentes de transporte. De acordo com os dados de mortalidade por sexo e faixa etária disponíveis no sistema do Datasus, identificamos que o percentual de mortalidade no sexo masculino é 12% maior em relação ao sexo feminino. Observamos também que o aumento da mortalidade está diretamente proporcional à faixa etária. Salientamos ainda que a mortalidade por causas externas é predominante no sexo masculino, correspondendo a 83,80% do total destes, sendo a prevalência na faixa etária de 15 a 34 anos.

Estruturação da rede de saúde

O Sistema Municipal de Saúde de João Monlevade apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência no âmbito microrregional. A gestão do sistema, em âmbito local é de responsabilidade do secretário municipal de saúde. João Monlevade possui oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), e uma policlínica. Em cada UBS existe pelo menos uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 13 equipes. A policlínica oferta também o serviço de atenção básica, possuindo duas equipes de ESF. O atendimento odontológico é ofertado em 4 unidades de saúde (CRESB, Policlínica, UBS Laranjeiras e UBS Novo Cruzeiro) sendo que apenas a UBS Laranjeiras possui equipe da ESF. O município possui o Serviço de Saúde Mental e o Programa DST/Aids, sendo referência para demais municípios da região.

Assistência farmacêutica

Na rede municipal de saúde, existem cinco farmácias regulamentadas e inscritas no Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF/MG). O Serviço de Assistência Farmacêutica conta com uma equipe de seis farmacêuticos que são responsáveis pelas seguintes farmácias municipais: Central de Abastecimento Farmacêutico e Serviço de Saúde Mental de João Monlevade (Sesamo), Pronto Atendimento, Serviço de Fitoterapia, Centro de Saúde Novo Cruzeiro, Centro de Saúde Monlevade Centro e vigilância sanitária. Em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde estará realizando o projeto de unificação das farmácias municipais com o objetivo de melhorar o controle de estoque por meio de sistema informatizado, trazendo grande benefício no atendimento da população. O Serviço de Assistência Farmacêutica realiza as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos dos programas: Diabetes, DST/Aids, Hanseníase e Tuberculose, Excepcionais e Tabagismo. A relação de medicamentos do município de João Monlevade tem como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Estadual de Medicamentos para o Programa Farmácia de Minas.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência teve como objetivo implantar o Programa de Controle do Tabagismo no município de João Monlevade. Para isso, foi idealizado o ambiente livre do tabaco nas Unidades de Saúde, com o foco na capacitação de profissionais da saúde para abordagem e tratamento do fumante na rede do SUS e na cessação do tabagismo na população atendida pelo programa.

METODOLOGIA

Esse programa visa a redução do número de fumantes no município e consequente morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. Foram utilizadas estratégias com medidas educativas, de mobilização de políticas e de iniciativas legislativas e econômicas. As ações para promover a cessação do tabagismo que integram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, do Ministério da Saúde, têm como objetivo motivar fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso dos mesmos aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina.

Descrição da experiência

A interação do farmacêutico com outros profissionais da saúde

Atualmente, o tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina. Foi classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde assumiu, por intermédio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Para tal, uma de suas principais metas dentro do PNCT é implantar o Programa de Controle de Tabagismo nas Unidades de Saúde em todo o país.

Pesquisas mostram que apesar da maioria dos fumantes desejarem parar de fumar, apenas 3% conseguem parar, definitivamente, a cada ano. Destes, 85% deixam de fumar sem um apoio formal, o que aponta o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante pelos profissionais de saúde pode oferecer para reduzir a prevalência dos fumantes (Cinciprini, 1997).

O aumento da procura por apoio para deixar de fumar tem impulsionado o interesse de profissionais para atender tal demanda. Sendo importante destacar o papel do farmacêutico nesta interação com outros profissionais da saúde. O seu estreito contato com o paciente permite aconselhar sobre os riscos do tabagismo à saúde, motivar os pacientes a entrarem no programa de tratamento do tabagismo pelo SUS, oferecendo apoio por meio de acompanhamento farmacoterapêutico. O apoio do farmacêutico tem papel definido no processo de cessão do tabagismo, com o objetivo de minimizar os sintomas da síndrome da abstinência permitindo também orientar as mudanças de comportamento que o fumante deve incorporar no seu dia a dia sem o cigarro.

Em João Monlevade, o programa foi implantado em 2011, mas não de forma contínua. Em 2013, o programa de tabagismo, sendo coordenado por uma farmacêutica e por uma enfermeira (membros da Comissão Executiva), foi reativado e implantado, efetivamente, no município de João Monlevade, com o objetivo de promover a cessação do tabagismo na população atendida pelo programa.

Etapas de implantação do Programa

Em maio de 2013, foi definida pela Secretária Municipal de Saúde que a Comissão Executiva coordenadora do programa de tabagismo no município de João Monlevade seria composta pelos seguintes profissionais de saúde: uma farmacêutica e uma enfermeira.

Em junho de 2013, os membros da Comissão Executiva elaboraram um plano de ação para a implantação do programa no município com as seguintes ações:

- Criação do ambiente livre de tabaco nas unidades de saúde,
- Realização de uma palestra para usuários e profissionais de saúde para o lançamento do programa,
- Implantação de um grupo piloto de tratamento com 15 participantes na Unidade Centro de Saúde Industrial.

A administração municipal lançou o Programa de Controle do Tabagismo no dia 29 de agosto de 2013, com uma palestra sobre o tabagismo, ministrada por médica pneumologista. O projeto piloto do Programa do Tabagismo no Centro de Saúde Industrial foi apresentado durante a palestra para cerca de 100 participantes convidados: usuários do SUS, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município.

O tratamento do fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental com a finalidade de informá-lo sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, motivá-lo a deixar de fumar e apoiá-lo no processo de cessação, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome da abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao hábito de fumar.

A metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde define que o grupo selecionado deve ser acompanhado por um ano, sendo um atendimento por semana no 1º mês; um atendimento a cada 15 dias no 2º mês e, do 3º ao 12º mês, um atendimento mensal. Os encontros foram realizados com o material de apoio de abordagem Cognitivo Comportamental: Parando de Fumar sem Mistérios (Sessões nº 1, 2, 3 e 4), do Ministério da Saúde, e com o apoio medicamentoso: adesivo transdérmico de nicotina 7mg, 14mg e 21mg e Bupropiona 150mg.



Palestra realizada no Dia Nacional de Combate ao Fumo, em 2013



Grupo de tratamento/2014

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Com o apoio de médicos e enfermeiras da ESF, foram implantados cinco grupos de tratamento do tabagismo, entre agosto e dezembro de 2014, sendo dois compostos de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, um na Unidade Centro de Saúde Monlevade Centro e dois na Unidade de Saúde Novo Cruzeiro. O farmacêutico realiza a prestação de contas trimestralmente ao Ministério da Saúde através do envio de planilhas com informações do tratamento do tabagismo, da distribuição do manual do participante e da distribuição dos medicamentos.

Desde a implantação do programa, em 2013, 86 pacientes foram acompanhados e participaram das sessões de tratamento nas unidades de ESF: Centro de Saúde Industrial, Centro de Saúde Monlevade Centro e Centro de Saúde Novo Cruzeiro. A parceria do profissional farmacêutico com médicos e enfermeiras das Unidades de Saúde foi extremamente importante para o sucesso do projeto.

No documento consolidado dos atendimentos realizados no período de julho a setembro de 2014, 51 usuários pararam de fumar, o que equivale a um percentual de 59,3% de cessação do tabagismo, nos cinco grupos participantes. O impacto gerado com esta experiência foi extremamente positivo ao afirmar a importância da atuação do farmacêutico nos progra-

mas de saúde do SUS, a importância da interação e parceria dos profissionais de saúde, na satisfação do usuário em alcançar o objetivo e, principalmente, na satisfação dos profissionais envolvidos em trabalhar na promoção da saúde.

Próximos passos, desafios e necessidades

O tabagismo é reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina, portanto enfrentamos vários problemas como a falta de capacitação para aprimorar os conhecimentos nesta área, desabastecimento de medicamentos, rotatividade de profissionais capacitados. O grande desafio será ampliar o projeto à todas as unidades de Estratégia de Saúde da Família ofertando o tratamento a um maior número de usuários.

CONCLUSÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde, o tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. Assim, a Prefeitura de João Monlevade considera importante trabalhar com o combate ao tabagismo para prevenir problemas de saúde ou óbito da população.

A efetividade do tratamento do tabagismo depende do envolvimento de diversos profissionais. Neste projeto o farmacêutico atuou auxiliando diretamente no tratamento do paciente, no apoio da

abordagem cognitivo-comportamental promovendo a cessação do tabagismo. Para os integrantes do grupo, o trabalho ofereceu troca de experiências, maior vínculo entre os profissionais da saúde, oportunidade de aprendizagem sobre o tabagismo e principalmente o engrandecimento pessoal ao ver os usuários alcançando o objetivo de parar de fumar.

REFERÊNCIAS

Plano Municipal de Saúde de João Monlevade 2013/2017.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA Coordenação de Prevenção e Vigilância (COMPREV) Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Guia do cuidado farmacêutico: uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Superintendência de Assistência Farmacêutica - Belo Horizonte: SES-MG, 2010. 112p.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de João Monlevade

AUTORA

Claudinéia Mara Alvarenga Faustino

CONTATO

claudineiaalvarenga@yahoo.com.br



Vista área da cidade de Buritama/SP

Gestão de estoques e materiais hospitalares na farmácia: relato de uma experiência de planejamento

CARACTERIZAÇÃO

Buritama fica a 542 km da capital de São Paulo e possui uma área de 326.638 km². Com população de 15.632 habitantes, a densidade demográfica é de 47,2 hab/km². O clima do município é subtropical. A economia se baseia na indústria de álcool, na agropecuária e no turismo. As principais atrações são o Parque Turístico João Simão Garcia e seus ranchos de veraneio e condomínios à margem do Rio Tietê, e o

Barco Odisséia, com capacidade para 500 pessoas, três pisos, restaurante, boate e área livre. Os clubes náuticos agregam valor ao porto (terminal turístico), com tradição de grandes festas e torneios de pesca no reservatório da Usina Hidrelétrica Nova Avanhandava.

Perfil epidemiológico

De acordo com o Mapa de Saúde do Município de Buritama, as doenças mais frequentes na popu-

lação são: pneumonias bacterianas; infecção do trato renal e trato urinário; gastroenterites infecciosas e suas complicações; insuficiência cardíaca, angina e doenças cerebrovasculares; doenças pulmonares; diabetes; infecção da pele e tecidos subcutâneos; e asma (SES/SEADE/SIH-SUS/TABNET, 2010). Nas notificações de agravo encontramos a dengue, seguida por mordedura de animais (atendimento anti-rábico), acidente por animais peçonhentos e violência interpessoal/autoprovocada.

As principais causas de mortalidade são: doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo (SES/SEADE/SIH-SUS/TABNET, 2011).

Estruturação da rede de saúde

A rede municipal de saúde de Buritama (SP) conta com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – UBS II Nicola Lavechia e UBS III Jaime Pinto Cunha -, às quais estão vinculadas três equipes de Saúde da Família (ESF), com 25 agentes comunitários. As equipes garantem atendimento a 4.825 famílias, abrangendo 13.968 pessoas. O atendimento especializado é assegurado por três centros prestadores: Centro de Reabilitação Ana Ferreira de Jesus, que realiza atendimentos de fisioterapia, acupuntura e fonoaudiologia; Centro de Especialidades de Odontológicas (CEO) e o Centro Oftalmológico Instituto de Olhos, referência para 44 cidades da região de Araçatuba, com uma média de 6.300 procedimentos oftalmológicos/mês, entre estes cirurgias, consultas e tratamento de glaucoma. O município dispõe de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps I), que realiza, em média, 379 atendimentos/mês.

Único hospital da cidade, a Santa Casa de Misericórdia tem 40 leitos, 32 ativos, e atende 130 consultas em pronto atendimento/dia, totalizando no mês 3.900 consultas. No hospital são realizados, em média, por mês, 110 internações; 80 testes ergométricos; 110 ultrassonografias; 70 eletrocardiogramas; 600 radiografias; 2 mil exames laboratoriais e 60 endoscopias.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), além de desenvolver atividades conjuntas com a ESF, também desenvolve atividades com o Programa Academia da Saúde, criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, para contribuir com a promoção da saúde por meio do incentivo à prática de atividades físicas. Um

polo para orientação da população, com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado está em construção.

No município, 85% dos habitantes dependem da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Os 15% restantes são usuários da rede de saúde privada/suplementar. O quadro de recursos humanos da rede municipal de saúde está assim estruturado:

Nível Superior

Médicos - 13
Enfermeiros - 10
Cirurgiões-dentistas - 12
Fonoaudiólogas - 2
Psicólogas - 4
Fisioterapeutas - 8
Veterinário - 1
Nutricionista - 1
Farmacêuticos - 5
Assistentes sociais - 2
Terapeutas ocupacionais - 2

Nível médio

Auxiliares de Enfermagem 12
Técnico de Enfermagem - 1
Agentes comunitários de saúde - 25
Auxiliares de Consultório Dentário - 8

Nível Fundamental

Recepcionistas - 9
Agentes administrativos - 6
Motoristas - 12
Auxiliares de serviços gerais - 10
Auxiliares de Farmácia - 2
Vigilantes - 18
Referência/contrarreferência - 5

Assistência farmacêutica

O município de Buritama conta com três unidades de dispensação: uma na UBS II Nicola Lavechia, para assistência farmacêutica básica; outra, na Unidade Básica de Saúde (UBS) III Jaime Pinto Cunha, que realiza a assistência farmacêutica para o componente básico, estratégico e medicamentos de controle especial, listados na Portaria 344/98, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS); e a terceira, a Unidade de Assistência Farmacêutica de Alto Custo, para atendimento de protocolos do componente especializado. Ao mês, são atendidos

5.560 pacientes, e aviadas, 4.390 receitas. Os atendimentos resultam em 268.800 unidades dispensadas.

São cinco farmacêuticos em atuação na rede municipal de saúde: três na atenção básica, um no setor de Divisão de Vigilâncias e outro no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. A assistência farmacêutica (AF) é responsável pela programação, seleção, aquisição, armazenamento e distribuição de todos os medicamentos.

Os farmacêuticos atuam, também, na assistência aos pacientes inscritos nos programas para hipertensos e diabéticos. A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) inclui aproximadamente 300 medicamentos.

No período em que foi desenvolvida esta experiência, de outubro de 2010 a dezembro de 2012, a Santa Casa contava com apenas um farmacêutico. O profissional atuava, ao mesmo tempo, na gestão e na assistência – incluindo o pronto-socorro –, além de participar de comissões e dos programas de educação continuada.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência foi realizada para demonstrar a importância do conhecimento das informações relativas ao controle do estoque de materiais hospitalares para melhoria da gestão de custos, com ênfase na gestão da AF como uma das estratégias de organização do setor. O cenário é a farmácia de um hospital filantrópico de pequeno porte, no interior de São Paulo.

Além disso, foi possível identificar a sistemática adotada para a seleção e a padronização de medicamentos; os critérios adotados para a programação e a aquisição de medicamentos; as práticas de estocagem dos medicamentos; a sistemática adotada para a distribuição intra-hospitalar dos medicamentos e a participação do profissional farmacêutico nos serviços e atividades relacionadas à AF hospitalar.

METODOLOGIA

De acordo com as competências da instituição hospitalar, entre os serviços técnicos, a farmácia hospitalar representa uma das principais áreas, devido ao seu comprometimento com a redução dos custos e racionalização da terapia, aperfeiçoando o controle das despesas e contribuindo para a qualidade dos insumos utilizados (Gonçalves, 1988).

A metodologia utilizada foi um estudo qualitativo situacional da farmácia do hospital no período de outubro de 2010 a dezembro de 2012, visando às necessárias adaptações para a reestruturação do serviço. Para isso, foram realizados os seguintes procedimentos:

- Observação do sistema vigente pela farmacêutica, auxiliares do setor e gestores das demais equipes de apoio;
- Identificação dos entraves e problemas no processo organizacional;
- Utilização da experiência da autora como servidora pública municipal em gestão da AF e participação efetiva das pessoas que atuavam no local do estudo, a Santa Casa de Misericórdia, em especial no serviço de farmácia, para a coleta de dados;
- Leitura bibliográfica de artigos escritos em periódicos e publicações especializadas, livros, e das bases legais;
- Coleta e análise dos dados;
- Definição de providências para a reestruturação da farmácia do hospital;
- Execução das medidas propostas, juntamente com a Diretoria Administrativa.

Descrição da experiência

No final de 2010, com o propósito de reorganizar o controle de estoque de sua farmácia, a Santa Casa de Buritama contratou um farmacêutico. A medida teve, ainda, como objetivos implantar um processo eficiente e integrado ao sistema contábil e financeiro do hospital, além de melhorar a atenção à saúde do paciente internado.

Assim, com a ajuda dos diversos profissionais que ali desempenhavam seus papéis, o farmacêutico iniciou a coleta de dados referentes ao ciclo da AF e o levantamento de normas e rotinas estabelecidas no Setor de Farmácia. As mudanças necessárias para a organização do serviço foram implementadas com grande repercussão em todas as áreas e setores do hospital.

No quadro 1 está descrito o diagnóstico situacional, as atividades do ciclo da AF, com o diagnóstico do sistema vigente no Setor de Farmácia, e as providências urgentes para reestruturação da farmácia do hospital.

Atividades da AF, diagnóstico situacional e providências

Atividades do ciclo da AF	Diagnóstico situacional	Providências
1. Horário funcionamento da farmácia	Aberta de segunda a sexta-feira. Fechada aos sábados, domingos e feriados.	Aberta todos os dias (segunda a sexta das 7h às 19h e sábados, domingos e feriados das 7h às 13h)
2. Licenças de funcionamento	Sem Alvará Sanitário.	Regularização de toda a documentação pertinente.
3. Visões do medicamento	Bem consumo x insumo básico.	Palestras e treinamentos aos funcionários.
4. Sistemas de compras	Sem critérios definidos e claros.	- Compra mensal: suporte online (Sistema Eletrônico Bionexo, integrado ao Sistema MV 2000); - Seleção de fornecedores.
5. Seleção	Padronização desatualizada e sem critérios.	Atualização do Manual de Padronização de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos (Rename) e divulgação entre todos os profissionais, em especial a classe médica.
6. Programação	- Sistema de informação deficiente; - Não observa variação sazonal; - Vários sub-estoques; - Produtos com prazo de validade vencida.	- Implantação do Sistema de Gerenciamento MV 2000; - Sem sub-estoques e controle por quotas; - Ordem de compra com uso do sistema e comprador; - Rastreamento do produto por lote e validade.
7. Aquisição	- Produtos sem garantia; - Desabastecimento por falta de aquisição; - Especificações inadequadas nas compras; - Modalidade de compra inadequada.	- Especificações técnicas e administrativas bem definidas no edital de compra; - Programação: estoque com segurança (45 dias); - Aquisição pelo menor custo, mas primando pela qualidade.
8. Armazenamento	- Produtos corrosivos com soluções parenterais de grande volume; - Sem área de recebimento de produtos e estoques em vários locais; - Conservação e segurança dos produtos de maneira imprópria; - Entrega dos produtos sem rastreabilidade; - Inexistência de inventário de estoque mensal ou anual.	- Área adequada para cada produto; - Adequação da infraestrutura do local para conter todos os parâmetros do ciclo da AF (área de receber, armazenar, dispensar, de estocar, de medicamentos de controle especial, de fracionamento, de produtos com validade a vencer, etc.); - Critérios para a saída e rastreabilidade dos produtos por lote e validade: o primeiro produto que vence é o primeiro que sai; - Inventário a cada seis meses.
9. Estrutura física	- Ausência de persianas na janela (proteção do sol); - Luminosidade insuficiente na área de dispensação; - Computador com deficiência de recursos; - Geladeira sem controle de temperatura; - Bins (gaveteiros) insuficientes para guarda dos produtos.	- Janela com proteção de tela para insetos e sol; - Melhor funcionabilidade de bins e nova disposição das estantes e prateleiras, para aproveitar luminosidade artificial existente no local; - Climatização no ambiente, com uso de ar condicionado, e controle de temperatura ambiente e umidade local; - Atualização de computadores e sistemas; - Termômetro para controle de temperatura na geladeira (máxima, mínima e de momento).
10. Controles de estoque	- Desorganizado; - Distribuição sem monitoramento; ausência de informações próprias à coleta de dados atualizados sobre a posição físico-financeira dos estoques, a reposição das quantidades recebidas e distribuídas, o consumo e a demanda de cada produto, os estoques máximos e mínimos, o ponto de reposição, as quantidades adquiridas e outras informações necessárias; - Material e/ou medicamento à disposição do serviço de Enfermagem sem qualquer controle.	- Controle de entrada e saída de materiais e medicamentos para gerar informações no banco de dados; - Materiais e produtos da farmácia com acesso somente para funcionários do Setor de Farmácia;
11. Informatização e controle	- Verificação do prazo de validade e garantia da movimentação prioritária do produto com data de vencimento mais próxima; - Sistema de baixa no estoque com falhas; - Entradas de notas sem saída dos produtos; - Material e/ou medicamento sem nº de lote, validade e marca; - Sem uso do custo médio. Mantém último preço de compra.	- Ótimo suporte técnico pelos profissionais da tecnologia de informática; - Implantação do código de barras; - Inexistência de baixa acumulada; - Curva ABC; - Lote e validade; - Custo médio (três meses).
12. Distribuição	- Reposição nos setores (centro-cirúrgico, pronto-socorro, posto de enfermagem, sala de emergência, centro oftalmológico) sem norma técnica da reposição diária e/ou semanal, ocasionando excessos e faltas de vários produtos; - Armários com livre acesso aos funcionários.	- Distribuição nos setores por solicitação de cotas e de acordo com instrução normativa vigente; - Inexistência de falta ou excesso de produtos.
13. Prescrição/dispensação	- Prescrição por nome comercial, incompleta ou ilegível e de medicamentos fora da padronização; - Visitas médicas sem horário padronizado; - Falta de orientação adequada aos pacientes sobre os tratamentos; - Falta de rastreabilidade de Reações Adversas aos Medicamentos (RAMs); - Conflito entre o sistema de dispensação por dose unitária e coletiva, gerando outros conflitos, como farmácia fechada; - Dispensação de uma ou mais prescrições de pacientes devido o médico já deixar prescrito para outro dia com provável alta hospitalar (novamente a questão: estornos, tempo de funcionário); - Principais erros na dispensação: interpretação errada da prescrição; letra ilegível; retirada do medicamento errado do estoque; dose errada; rotulagem/embalagem inadequada; nome de paciente errado.	- Prescrição pela denominação genérica: nome de princípio ativo; - Prescrição de padronizados, caso contrário apresentar justificativas; - Quanto ao horário padrão de visita médica ainda não foi mudado; - Visita ao paciente com orientação, mas ainda sem regulamentação; - Rastreabilidade de reações adversas a medicamentos ainda não foi possível; - Utilização de dose individualizada por paciente para 24 horas; - Prescrição para dia posterior diminuiu em 90%, mas ainda há um médico que faz; - Retirada do medicamento errado do estoque, dose errada, rotulagem e embalagem inadequada não ocorre mais devido ser realizado por profissionais do serviço de farmácia; - Etiqueta informatizada com nome de paciente e localização de convênio e quarto, data, médico, etc.; - Ilegibilidade da letra ainda permanece.

Atividades do ciclo da AF	Diagnóstico situacional	Providências
14. Escriturações do Livro Controle Especial	- Medicamentos prescritos sem notificações de receita de controle interno; - Livro de registro incompleto, sem assinatura do responsável técnico; - Várias saídas por perdas; - Escrituração atrasada; - Armário sem chave para medicamentos de controle especial (Portaria nº 344/98 e atualizações).	- Norma interna para prescrição de medicamentos de acordo com a legislação da Portaria nº 344/98; - Escrituração diária; - Raras perdas (evidenciadas apenas por acidentes); - Armário com chave para o armazenamento de psicotrópicos.
15. Outros	- Tabela do Brasíndice desatualizada; - Relatórios gerenciais inconstantes com a realidade.	- Atualização da tabela do Brasíndice; - Emissão de vários relatórios gerenciais com dados fidedignos.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Tratando-se de um relato de experiência com participação efetiva dos profissionais que atuavam no serviço e da Diretoria Administrativa, foi possível tomar a decisão de realizar a reestruturação do Setor de Farmácia da Santa Casa, tornando esta experiência exitosa e bem sucedida. As mudanças realizadas impactaram os resultados dos processos de tal forma que relatórios emitidos por auditoria contábil foram aprovados em pareceres sem ressalvas. Fato este, que não ocorria nos últimos anos.

Causou grande impacto, entre os gestores, a demonstração da comparação dos custos das perdas de produtos (material médico/hospitalar e medicamentos) por mau armazenamento e/ou vencimento do prazo de validade antes e após a implantação do

programa e serviços, assim como a melhoria dos serviços estruturais e de produção da farmácia.

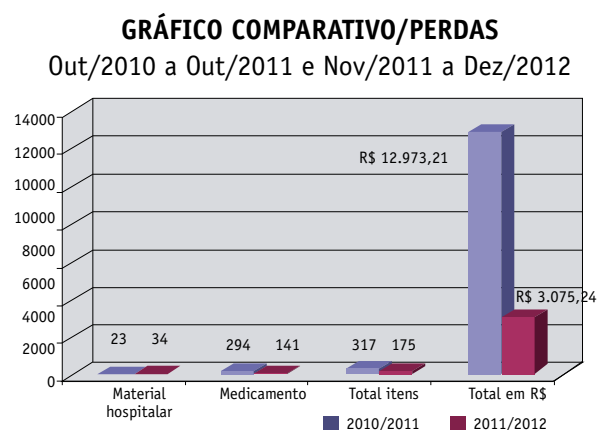


Figura 1 - Apresenta o comparativo/perdas, no período descrito, em relação à quantidade de material hospitalar, medicamentos, o total de itens (material e medicamento) e o valor avaliado em reais

IMPACTO		
Perdas por mau armazenamento e prazo de validade	2010/2011 – em torno de R\$ 13.000,00	2011/2012 – em torno de R\$ 3.000,00
Implantação do Sistema MV integrado à Plataforma Bionexo (compras)	Sistema de informação ausente	Varição da economia, em torno de 30% (+- R\$10.000,00)
Manual de procedimentos e diretrizes	Seleção de medicamentos e padronização desatualizada e sem critérios	Elaboração de normas técnicas e POPs; revisão do manual de padronização em sintonia com Rename e Remune.
Doações	2010 = R\$ 526,71	2011 = R\$ 7.287,33; 2012 = R\$ 6.545,14
Educação continuada/treinamentos	Ausentes	Palestras: Gestão do Medicamento, Feira Hospitalar, Semana Racine, divulgação da padronização aos profissionais médicos e equipes gestoras, etc
Programação e Aquisição	Ausentes ou sem critérios definidos	Curva ABC; custo médio; definição adequada no edital de compras das especificações técnicas e administrativas; estoque com segurança; aquisição pelo menor custo, mas primando pela qualidade dos produtos; sub-estoques reduzidos e com reposição pelo sistema de cotas; controle de entrada e saída de materiais e medicamentos somente por funcionários do Setor de Farmácia.
Armazenamento e distribuição	Infraestrutura inadequada	Áreas adequadas para cada produto do ciclo; infraestrutura foi adaptada; critérios para a saída e rastreabilidade dos produtos por lote e validade: o primeiro produto que vence é o primeiro que sai; inventário a cada seis meses; prescrição pela denominação genérica (nome de princípio ativo) da relação de padronizados; dose individualizada por paciente para 24 horas.

Próximos passos, desafios e necessidades

- Reordenar e aprimorar as ações conforme as reais necessidades da população e da entidade;
- Capacitar os colaboradores;
- Promover a troca de experiências e aprimorar a tecnologia da informação com implantação de sistemas de informação;
- Executar as ações pactuadas entre gestores e prestadores de serviço de saúde (acompanhamento/monitoramento); questões organizacionais, políticas e financeiras ainda esperam por soluções.

CONCLUSÃO

A reestruturação do Setor de Farmácia da Santa Casa de Buritama causou grande impacto na cultura organizacional da entidade. Por meio das atividades de gerenciamento e gestão da AF, as ações estratégicas melhoraram a gestão de custos e o conhecimento de informações, de normas e diretrizes do serviço, contribuindo também para que outras ações igualmente importantes fossem efetivas no atendimento ao paciente e consequentemente refletissem no hospital como um todo. As medidas adotadas ainda evidenciaram a importância da participação do farmacêutico no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 20.377 de 08 de setembro de 1931. Diário Oficial da União de 31/12/1931.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº. 418, de 29 de setembro de 2004, do CFF. Diário Oficial da União, 17/11/2004 - Seção 1, Págs. 307/309 e Republicada no DOU 09/05/2005 - Seção 1, Págs. 190/191 por incorreção.

BRASIL. Lei Nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 1973.

BRASIL. Decreto nº 74.170, de 10 de Junho de 1974 - Regulamenta a Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Diário Oficial da União - Seção 1 - 11/6/1974, Página 6630.

BRASIL. Lei nº 6.360, de 23 de Setembro de 1976. Diário Oficial da União - Seção 1 - 24/9/1976, Página 12647.

BRASIL. Decreto nº 85.878 de 07 de Abril de 1981. Diário Oficial da União - Seção 1 - 9/4/1981, Página 6631.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 160, de 23 de Abril de 1982, do CFF.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 208, de 19 de Junho de 1990, do CFF. D.O.U. de

26/06/1990 - Seção 1, pág. 12311. Revogada pela Resolução nº 300, de 30 de Janeiro de 1997, do CFF. Revogada pela Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008, do CFF.

BRASIL. Agência Nacional da Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 3.916, 30 out. 1998. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 novembro 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº. 338, de 06 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 1044 de 1º de junho de 2004. Disponível em: Acessado em 05/05/2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 437, de 28 de Julho de 2005, do CFF. D.O.U. de 02/08/2005 - Seção 1, Pág. 41.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 449, de 24 de Outubro de 2006, do CFF. D.O.U. de 27/10/2006 - Seção 1, Pág. 157.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008, do CFF. Disponível em: Acessado em 05/05/2013.

SECRETARIA SAÚDE ESTADO SÃO PAULO. Resolução Secretaria de Saúde São Paulo (SS/SP) nº 126, de 13 de Agosto de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospitais Filantrópicos no SUS e Hospitais de Pequeno Porte. Nota Informativa nº. 2010. Brasília, 11 de novembro de 2010. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p.12.236.

MARIN, N; LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O.; SANTOS, S. M. Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro: OPA/OMS, 2003.

AUTORES

Gislaine Murakami Rodrigues
Profª. Drª. Selma Patti Spinelli
Sebastião Angelo Cintra

INSTITUIÇÃO

Santa Casa de Misericórdia São Francisco

CONTATOS

comunicacao@santacasaburitama.com.br
gisakami@hotmail.com



São Paulo/SP

Município de São Paulo

Assistência farmacêutica: aproximação entre farmacêutico e paciente tornando-se realidade

CARACTERIZAÇÃO

Localizado na Região Sudeste do Brasil, o Estado de São Paulo, tem como capital a cidade mais populosa do Brasil. Com área de aproximadamente 1.521 km², a cidade de São Paulo tem uma população estimada de 12 milhões de habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2014.

Assistência farmacêutica

A garantia do acesso da população a medicamentos tem sido um dos grandes desafios do poder

público brasileiro, sendo parte integrante e essencial de uma adequada política assistencial. O Estado de São Paulo possui unidades de farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), que têm por objetivo a distribuição de medicamentos que são destinados ao tratamento de doenças consideradas de alta complexidade. São medicamentos com elevado valor unitário ou que se tornam excessivamente caros e muitas vezes inacessíveis pela cronicidade do tratamento. Essa política alcança diferentes classes sociais.

A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), atualmente, gerencia cinco unidades de farmácia do Ceaf, sendo três no município

de São Paulo, uma no município de Guarulhos e uma na cidade de Campinas. A gestão nas unidades de farmácia do Ceaf foi iniciada em novembro de 2005, com o Ambulatório Médico de Especialidades Maria Zélia.

Em 2013, foi criada a Comissão Geral de Atenção Farmacêutica formada por representantes de cada uma das cinco unidades de farmácia, entre eles coordenadores e farmacêuticos. Posteriormente, esta comissão foi subdividida em comissões locais de cada unidade de farmácia, com a participação ativa da equipe de farmacêuticos e auxiliares de farmácia.

Os objetivos propostos para a comissão incluem a orientação dos pacientes sobre o uso racional dos medicamentos, a conscientização de pacientes e cuidadores sobre a conservação e armazenamento correto dos medicamentos e a divulgação de informações sobre as patologias.

A partir da definição dos objetivos da comissão, foram criadas as estratégias de abordagem, com a finalidade de promover o acesso dos pacientes às orientações e informações. Entre estas estratégias estão os Encontros de Atenção à Saúde, que contam com a participação de profissionais da área da saúde, integrantes das comissões locais e pacientes cadastrados nas unidades de farmácia.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência relata os resultados obtidos na realização de três Encontros de Atenção à Saúde, que tiveram como temas: hepatite, asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e glaucoma.

O objetivo da estratégia é proporcionar um espaço de orientação aos pacientes, sensibilizando-os e conscientizando-os sobre determinadas patologias, incentivando o tratamento medicamentoso por meio da utilização dos medicamentos fornecidos pelas Farmácias de Medicamentos Especializados (FMEs). Os encontros têm, ainda, o propósito de promover a troca de experiência entre os pacientes que apresentam a mesma patologia ou estão sendo submetidos ao mesmo tratamento.

METODOLOGIA

Para a definição do tema do primeiro encontro, que foi hepatite, a Comissão Geral de Atenção Farmacêutica levou em conta o número expressivo de

pacientes atendidos nas FMEs com esta patologia. Os demais encontros seguiram este mesmo critério ou tiveram seus temas escolhidos em atendimento às sugestões dos participantes.

Para a divulgação dos encontros foram desenvolvidos cartazes e folders. Os cartazes foram colocados no quadro de avisos das unidades de farmácia e os folders, entregues aos pacientes no momento do atendimento presencial.

Especialistas e profissionais com envolvimento significativo no tema abordado ministraram as palestras como convidados. Em cada evento, o palestrante abordou o assunto proposto de forma didática e, no final, foi disponibilizado tempo para o esclarecimento de dúvidas e a exposição de experiências dos participantes sobre seus tratamentos.

Para cada encontro foi realizada uma pesquisa de opinião para avaliação do tema abordado, do local de realização do evento e sua estrutura física, do material utilizado na apresentação, do conhecimento do instrutor, do tempo e do horário do encontro. No questionário havia um campo para o usuário escrever as suas dúvidas e sugestões de melhorias e de outros temas de seu interesse. Todas as dúvidas foram encaminhadas para os palestrantes e respondidas ao paciente, uma a uma, por e-mail.

O formulário da pesquisa de opinião foi entregue juntamente com o material de apoio – um folder informativo e um bloco de anotações –, durante a recepção dos pacientes. Um membro da Comissão de Atenção Farmacêutica apresentou o questionário aos presentes, solicitando que todos a preenchessem e entregassem ao final do evento.

Descrição da Experiência

Os Encontros de Atenção à Saúde surgiram pela necessidade de informar e contribuir com mais conhecimento para os pacientes sobre as patologias abordadas. Para o primeiro encontro – Conhecendo a hepatite –, somente foram disponibilizadas vagas para pacientes em tratamento de hepatite e/ou cuidadores.

Percebendo o interesse de outros usuários em participar das palestras, realizaram-se novos encontros sem restrição de público-alvo. Todas as palestras foram oferecidas, sem custo, aos interessados.

O principal desafio encontrado foi a sensibilização dos pacientes com relação à importância da sua participação no evento.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Os eventos contaram com a participação de mais de 200 pessoas, dentre cuidadores e pacientes. Em todos os encontros, os pacientes foram participativos, interagindo e compartilhando experiências.

Eles relataram a importância dos eventos para o esclarecimento de dúvidas em relação à patologia e aos medicamentos utilizados.

Os resultados obtidos na pesquisa de opinião serão levados em consideração para realização dos próximos encontros. Os itens “regular” e “ruim”, que somaram mais de 5%, foram avaliados e, quando possível, medidas foram adotadas. Todos os quesitos avaliados somam mais de 90% para “excelente” e “bom”.



Próximos passos, desafios e necessidades

A meta para os próximos encontros é ampliar a abordagem, tratando não somente as patologias referentes aos medicamentos contemplados pelas unidades de farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (AF), seguindo as sugestões dos próprios pacientes participantes.

Além da abordagem dos pacientes, propõe-se realizar encontros semelhantes voltados aos colaboradores das unidades de farmácia, a fim de aprimorar o conhecimento da equipe de trabalho sobre as patologias e medicamentos, enriquecendo as informações prestadas aos pacientes no momento do atendimento.

CONCLUSÃO

Verificou-se a carência de informação da maioria dos participantes em relação à sua patologia, aos medicamentos que utilizam e às ações que podem ser realizadas para melhorar a qualidade de vida e a eficácia terapêutica dos medicamentos utilizados.

As Comissões Locais de Atenção Farmacêutica encontram-se atuantes, orientando os pacientes sobre a administração correta dos medicamentos, evitando desperdício de fármacos e auxiliando na manutenção da adesão do paciente à terapia.

Podemos concluir que os Encontros de Atenção à Saúde proporcionam um canal de comunicação dos pacientes com os estabelecimentos de saúde, minimizando suas dúvidas e favorecendo o uso racional de medicamentos; além disso, contribuem na atuação do Farmacêutico, que passa a exercer papel fundamental na adesão do paciente ao tratamento.

A experiência foi muito valiosa, tanto para os profissionais das unidades, quanto para os pacientes. Pudemos perceber que muitos pacientes, no dia a dia, não se sentem à vontade para questionar sobre sua patologia ou sobre o método de aplicação de seus medicamentos, o que pode dificultar ou retardar a melhora de seu quadro clínico. Porém, durante os encontros, eles mostram-se interessados e comunicativos.

INSTITUIÇÃO

Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) de São Paulo

AUTORES

Daniele Pinho Biagio
Cinthia Cardoso Guimarães
Romany Natalie Dias Silva
Taiz Jacob Tuasca
André Meiji Kajiwarra

CONTATO

daniele.biagio@ceaf.spdm.org.br



Vista do Pão de Açúcar, município do Rio de Janeiro (RJ)

Imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório:

experiência do Estado do Rio de Janeiro na garantia do acesso e uso racional do anticorpo monoclonal

CARACTERIZAÇÃO

O Rio de Janeiro ocupa uma área territorial de aproximadamente 43.780 km². Com cerca de 16 milhões de habitantes, distribuídos em 92 municípios, concentra 8,4% da população brasileira, sendo o Estado com maior densidade demográfica do País, segundo dados de 2010, do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE). Do total de residentes, 46% possuem entre 20 e 49 anos. Entre as principais etnias, 47% da população se declaram brancos, 39% pardos e 12% negros.

Em 2012, o Estado possuía um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 504 bilhões, representando a segunda maior economia do País (IBGE). A maior parte de suas atividades, 62,1%, se baseia na prestação

de serviços em áreas como telecomunicações, tecnologia da informação, turismo, e comércio. Cerca de 40% do PIB vem da indústria, destacando-se a metalúrgica, siderúrgica, gás-química, petroquímica, naval, cimenteira, salineira, alimentícia, têxtil e de extração mineral.

Perfil epidemiológico

O Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (PES-RJ) para 2012/2015 apresenta um panorama das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, além de causas externas mais prevalentes no Estado.

No Rio de Janeiro, a magnitude de algumas doenças transmissíveis, do ponto de vista da morbidade, ainda representa um desafio: é o caso da Aids, da tuberculose, da hanseníase, da sífilis (em gestante e congênita), além do recrudescimento periódico da dengue, com a ocorrência de epidemias.

Neste contexto, a tuberculose merece destaque especial. O Estado é o que, historicamente, apresenta a maior taxa de incidência no País, o que tem sido explicado, em parte, pela concentração da maioria da população residente em áreas urbanas e com elevada densidade demográfica.

Em relação às doenças não transmissíveis e eventos externos, as principais causas de mortes registradas entre os homens foram as doenças do aparelho circulatório (27,5%), seguidas pelas causas externas de mortalidade (15,7%) e pelas neoplasias (14,4%). Entre as mulheres destacaram-se as doenças do aparelho circulatório (30,5%), além das neoplasias (16,1%) e doenças do aparelho respiratório (12,1%).

Estruturação da rede de saúde

A rede de unidades sob gestão estadual é constituída por 29 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); 33 hospitais (gerais e especializados), destacando-se os institutos do Cérebro, de Cardiologia e de Diabetes e Endocrinologia; Central de Transplante, Laboratório Oficial e Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen).

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), o Estado do Rio de Janeiro possui também: 10 unidades universitárias (hospitais,

institutos e policlínicas), 14 hospitais federais, além de várias unidades pertencentes às Forças Armadas e Forças Militares Auxiliares. Ainda conforme o Cnes, a população tem disponíveis várias unidades de saúde municipais.

Assistência farmacêutica

A Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (Safie), da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) possui, em sua estrutura, quatro coordenações responsáveis por acompanhar, supervisionar e executar as ações relativas à assistência farmacêutica (AF) no Estado: Coordenação de Gestão, Coordenação do Componente Especializado, Coordenação de Logística e Qualidade de Medicamentos e Coordenação de Qualificação de Serviços Farmacêuticos. Além disso, está inserida no organograma da Safie, a Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais (Riofarms), onde é realizado o processo de cadastro e dispensação dos medicamentos especializados. À Safie estão vinculados 174 profissionais, sendo 67 farmacêuticos, 94 servidores administrativos e 13 assistentes sociais.

Particularmente, quanto à gestão dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a SES conta com o apoio de 26 polos municipais, distribuídos pelas 9 regiões de saúde do Estado e 10 centros de referência (hospitais especializados), localizados em sua maioria na região metropolitana.

No planejamento e condução do Programa Estadual de Profilaxia contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) estão envolvidos cerca de 30 farmacêuticos vinculados à Safie, a alguns polos municipais do Componente Especializado e às UPAs cadastradas.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O objetivo geral do Programa de Imunização contra o VSR é garantir o acesso e uso racional do anticorpo monoclonal. Desta forma, a iniciativa do Estado do Rio de Janeiro na gestão completa do programa, a partir do seguimento farmacoterapêutico, desde o cadastramento dos pacientes até a aplicação do anticorpo, buscou promover esta racionalidade. A disponibilidade do medicamento em uma unidade de saúde habilitada, com profissionais capacitados, e o acompanhamento das aplicações por meio de um

sistema informatizado se mostraram fundamentais na garantia da segurança do paciente.

METODOLOGIA

O Sistema Informatizado de Gerenciamento de Medicamentos Especializados (Sigme), desenvolvido pela SES/RJ para gerenciamento dos medicamentos do Componente Especializado, foi adaptado para gestão do Programa de Imunização contra o VSR, com quatro funcionalidades: cadastramento, análise técnica, dispensação e controle de estoque.

O cadastro no programa é feito anualmente, e se inicia na 2ª quinzena do mês de março, quando devem ser apresentados documentos de identificação da criança e dos seus responsáveis e um formulário específico denominado Laudo VSR. Este laudo deve ser preenchido pelo médico, e devem ser informados todos os dados relacionados à indicação para imunização, principalmente idade, idade gestacional, presença de morbidades e terapias de suporte utilizadas.

A partir do cadastro é gerado um banco de dados sócio-epidemiológicos, entre os quais se destacam: idade, sexo, peso, tipo de parto, idade gestacional no nascimento, presença de comorbidades, município de origem, e tipo de atendimento (público ou privado).

Na análise técnica, uma equipe de farmacêuticos confronta os dados informados no cadastro com os critérios estipulados na norma técnica. Os pacientes selecionados são agendados para aplicação em uma das unidades credenciadas no programa, de acordo com a localização de sua residência.

O sistema possui um módulo que permite o controle de estoque do medicamento nas unidades. Por meio dele, a Safie pode calcular a quantidade de frascos a ser enviada semanalmente às unidades, sempre considerando o número de pacientes agendados e o estoque remanescente em cada uma.

O período de maior prevalência do VSR vai de maio a setembro e, como a primeira dose deve ser administrada um mês antes do aumento na incidência, a aplicação do medicamento ocorre entre os meses de abril a agosto, com intervalos de 30 dias entre as doses. O número total de doses por criança depende do mês de início das aplicações, variando de 1 a 5 doses. Não foram aplicadas doses fora do período de sazonalidade do vírus.

Na unidade, a cada aplicação, a criança é pesada. Os dados de peso são inseridos no sistema, que automaticamente calcula a dose a ser administrada em ml (considerando a posologia recomendada de Palivizumabe, que é 15 mg/kg de peso corporal, por via intramuscular). O sistema realiza agendamentos mensais para as aplicações subsequentes. A cada imunização é necessária a apresentação de uma prescrição médica atualizada.

No caso de pacientes internados que não podem comparecer à unidade para fazer a aplicação, o medicamento é disponibilizado por meio da Riofarmes, sendo entregue, ao responsável, para administração no respectivo hospital. No momento da dispensação, são exigidos, além de receita contendo peso atual da criança, o laudo médico informando a data inicial da internação, a unidade hospitalar onde ela está internada, o número de prontuário e a previsão de alta.



Fachada da Unidade de Referência e interior da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Rio de Janeiro - RJ

Descrição da experiência

Infecções agudas das vias aéreas inferiores são caracterizadas por processos inflamatórios agudos, infecciosos ou não, que acometem alvéolos, bronquíolos, brônquios e espaço intersticial. Essas doenças estão relacionadas a altos índices de morbidade e mortalidade infantil no mundo todo. O VSR é o agente etiológico mais frequentemente identificado em afecções que acometem o trato respiratório inferior em lactentes e crianças menores de 2 anos de idade.

Ele atinge o trato respiratório por meio do contato íntimo de pessoas infectadas ou de superfícies ou objetos contaminados. O vírus penetra no corpo humano pelas membranas dos olhos, do nariz e da boca ou pela inalação de gotículas derivadas de tosse ou espirro.

O vírus está associado aos surtos de doença respiratória aguda que surgem todo ano no inverno e no início da primavera. Em bebês e em crianças pequenas, pode ser responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante o período de sazonalidade. Em adultos, o VSR se manifesta como uma gripe comum.

O risco de desenvolvimento de doença grave pelo vírus é alto em lactentes com menos de seis meses de idade (principalmente prematuros), crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas, necessitando de internação por desconforto respiratório agudo em 10% a 15% dos casos. Essa população torna-se mais suscetível à infecção pelo vírus por apresentar os seguintes fatores de risco: bronquíolos de menor diâmetro; sistema imunológico menos desenvolvido; recebimento de menor quantidade de anticorpos transplacentários, acrescidos da baixa reserva energética; frequente desmame precoce; anemia; infecções de repetição e uso de corticóides.

No hemisfério Sul, o período de sazonalidade do VSR normalmente começa em maio e dura até setembro. No Brasil, há distintos relatos referentes à sazonalidade das infecções pelo VSR em vários estados, evidenciando diferenças no padrão de circulação do vírus nas principais regiões do País.

O medicamento Palivizumabe diminui a incidência de infecções respiratórias causadas pelo VSR em crianças. Trata-se de um anticorpo monoclonal IgG1 humanizado, direcionado para um

epítipo no sítio antigênico A da proteína de fusão do VSR.

O Estado do Rio de Janeiro foi um dos pioneiros no país na distribuição do anticorpo para bebês. O medicamento começou a ser distribuído na rede estadual em 2009, em atendimento à publicação de uma Lei Estadual 5272/2008.

Em 2011, foi elaborada a primeira nota técnica sobre o tema, a qual foi aprovada pela Resolução nº 1560/2011, da SES/RJ, que oficializa o Programa Estadual de Profilaxia contra o VSR.

Considerando os riscos sanitários envolvidos na aplicação do anticorpo, uma vez que se trata de um medicamento termolábil, de administração dose-dependente, e ainda levando-se em conta seu alto custo, a partir de 2010, a SES/RJ iniciou o compartilhamento de doses. Tal processo foi possibilitado pela aplicação simultânea do medicamento em vários pacientes, por meio de agendamento prévio em dias e unidades de saúde específicos.

Neste contexto, a SES/RJ optou por realizar a imunização em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), uma vez que estas possuem estrutura e ambiência adequadas para condução do programa: farmácia com capacidade para armazenar adequadamente o medicamento; equipe multidisciplinar (médicos pediatras, farmacêuticos e enfermeiros); ambiente refrigerado e recepção com acolhimento.

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 522/2013, aprovando o protocolo de uso do Palivizumabe em âmbito nacional. A partir desta publicação, o MS iniciou a aquisição do medicamento para todo o País.

Em 2014, os frascos enviados pelo MS supriram cerca de 60% da demanda do ano, ainda sendo necessário que a SES/RJ arcasse com o financiamento dos 40% restantes.

A Safie foi responsável pela definição dos parâmetros que regem o funcionamento do programa. Na gestão estadual, a atuação dos farmacêuticos se destaca pela sua habilidade ímpar na condução do planejamento estratégico, por meio de articulação com diversos atores: áreas técnicas de Saúde da Criança da SES/RJ e do MS; Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/MS), profissionais da saúde e administradores das

unidades de aplicação, gestores municipais, médicos prescritores, pais e/ou responsáveis pelas crianças, equipe de Tecnologia da Informação (TI) da SES/RJ e consultores técnicos do laboratório produtor do medicamento.

Os farmacêuticos atuaram, ainda, na elaboração da norma técnica estadual com base em documentos de avaliação de tecnologia e legislações vigentes; no cadastramento dos recém-nascidos, orientando os responsáveis pelas crianças; na dispensação de frascos aos pais dos pacientes internados; na orientação sobre o programa, via telefone, aos prescritores, demais profissionais da saúde e pais/responsáveis de pacientes.

Os farmacêuticos da Safie também realizaram a gestão logística na provisão do anticorpo, envolvendo as seguintes etapas: aquisição pela SES/RJ (definição de especificação, programação, formulação de processo de compra e emissão de parecer técnico); programação do quantitativo de aquisição, centralizada pelo MS; e na garantia do correto armazenamento e distribuição do medicamento.

A Safie também possui a atribuição de capacitar todos os profissionais envolvidos no programa, das esferas estadual e municipal e das unidades integrantes. O farmacêutico tem uma atuação importante na organização desses eventos, por apresentar alta capacidade de articular e integrar os diferentes atores na busca pela eficiência do programa. Os treinamentos foram realizados em três abordagens: de TI (para uso do sistema informatizado); teórica (sobre imunização em geral e regras de funcionamento do programa); e prática (técnicas de preparo e aplicação do medicamento).

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Nas unidades de imunização, a atribuição dos profissionais foi assim dividida: o pediatra fez a avaliação clínica da criança; a enfermagem fez o acolhimento, pesou e administrou o medicamento; o farmacêutico foi responsável pela garantia da qualidade do medicamento, pelo correto armazenamento, pelo controle de estoque e pela orientação da equipe e dos pais, com informações sobre o anticorpo. Todos foram responsáveis pelo monitoramento de eventuais efeitos adversos nas crianças, no período de observação (cerca de até 30 minutos após a imunização).

Em 2014, no Estado do Rio de Janeiro, o Palivizumabe foi aplicado em doses mensais no período de

abril a agosto. A imunização foi realizada no Hospital Estadual da Mulher e em 12 UPAs. As 13 unidades do programa estão distribuídas da seguinte forma: 9 na região metropolitana, sendo 5 delas localizadas na capital e 4 em regiões do interior do Estado (Médio Paraíba, Serrana, Baixada Litorânea e Norte Fluminense).

Ainda em 2014, foram imunizadas 1.567 crianças de até 2 anos, sendo que 53% delas tinham, no início do programa, menos de 6 meses de vida (gráfico 1). Aproximadamente 51% dos bebês eram do sexo feminino (gráfico 2). A maior parte dos recém-natos (74%) residia na região metropolitana do Estado.

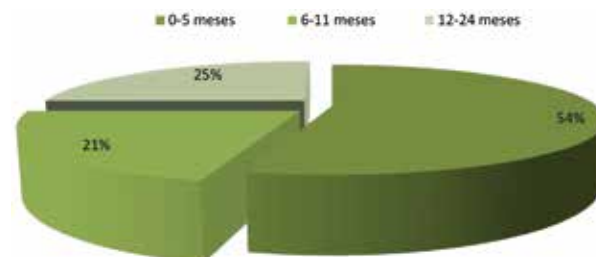


Gráfico 1: Crianças imunizadas - Distribuição por faixa etária

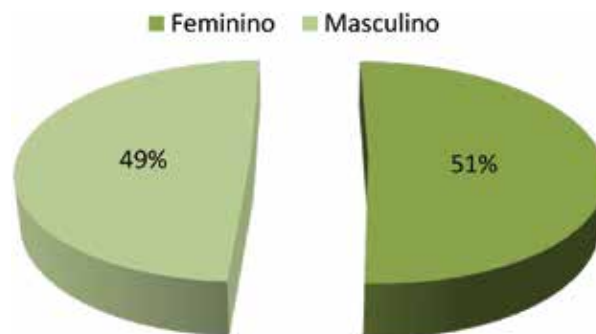


Gráfico 2 - Crianças imunizadas - Distribuição por sexo

Em relação ao tipo de atendimento médico, 56% dessas crianças foram oriundas do SUS - (gráfico 3)

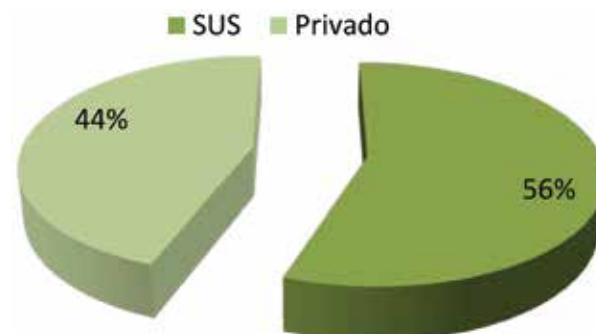


Gráfico 3 - Crianças imunizadas - Distribuição por origem

A maioria das crianças (76%) nasceu de parto cesáreo (gráfico 4).

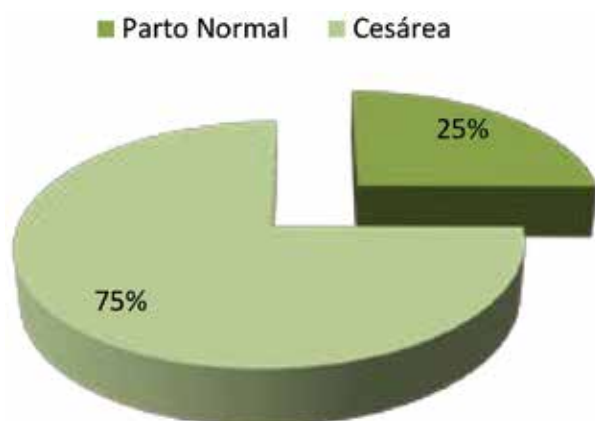


Gráfico 4 - Crianças imunizadas - Distribuição por tipo de parto

Cerca de 30% das crianças apresentavam doença pulmonar crônica da prematuridade, para as quais utilizavam algum tipo de terapia complementar, seja suplementação oxigênio ou terapias medicamentosas com broncodilatadores e corticóides. Aproximadamente 15% possuíam alguma cardiopatia congênita associada.

No período de vigência do programa, de abril a agosto, aproximadamente 70% dos pacientes receberam três ou mais aplicações (tabela 1).

Tabela 1: Crianças imunizadas - Distribuição pelo número doses recebidas

Nº de doses aplicadas	Nº de pacientes	%
1	228	14
2	259	16
3	423	27
4	275	18
5	382	25
Total	1567	100

No primeiro ano do programa, em 2009, 267 bebês receberam o medicamento. Comparando este dado com o número de crianças atendidas em 2014, 1.567, houve um crescimento de 490% (tabela 2). O investimento do tesouro estadual, no período de 2009 a 2013, foi de mais de R\$ 60 milhões. Em 2014, o financiamento foi partilhado na proporção de R\$ 5,3 milhões para SES e R\$ 7,4 milhões para o MS.

Tabela 2: Crianças imunizadas - Série histórica

Ano	Nº de crianças atendidas
2009	267
2010	613
2011	849
2012	1.202
2013	1.376
2014	1.567

Em 2014 foram utilizados 5.304 frascos do medicamento, correspondendo a cerca de R\$ 12,7 milhões. Sem o compartilhamento, o consumo teria sido de 7.561 frascos, equivalente a cerca de R\$ 18,1 milhões. Desta forma, estimamos que as ações estaduais tenham permitido uma economia de R\$ 5,4 milhões, ou, de outro modo, o custo com o programa poderia ter sido 42% superior ao de fato executado (tabela 3).

Tabela 3: Economia de recursos gerada pelo compartilhamento de doses

	C/ compartilhamento de doses (real)	S/ compartilhamento de doses (hipotético)	Economia gerada
Volume (mL)	5.304	7.561	2.257
Custo	R\$ 12.730.176,00	R\$ 18.146.400,00	R\$ 5.416.224,00

Além dos resultados acima, é importante registrar a percepção da população sobre o programa. De acordo com relatos dos profissionais envolvidos no processo, desde a prescrição, passando pelo cadastro até a aplicação do medicamento, o sentimento dos pais/responsáveis é de estarem sendo bem orienta-

dos, bem atendidos e acolhidos. O reconhecimento pela qualidade do atendimento indica acerto na condução desta imunização, validando, de certo modo, as estratégias adotadas pela SES/RJ na gestão do programa.

Próximos passos, desafios e necessidades

Considerando o crescente aumento no número de crianças cadastradas e visando à ampliação do acesso ao medicamento, a SES/RJ está em constante planejamento para criação de novos polos de aplicação, na capital e no interior no Estado. Esta ampliação exige um grande esforço de negociação com gestores estaduais e municipais, para a capacitação de profissionais e a reorganização da logística de distribuição do anticorpo.

Além disso, periodicamente, são necessárias adaptações e correções no sistema informatizado utilizado, para torná-lo cada vez mais eficiente na gestão do programa.

É importante destacar que a gestão estadual está iniciando uma experiência de compartilhamento de doses também em hospitais, principalmente naqueles que possuem um maior número de crianças prematuras internadas.

Espera-se que, nos próximos anos, este programa de imunização possa contribuir, de forma mais efetiva, na assistência qualificada aos usuários, estando mais bem integrado às demais ações de atenção básica desenvolvidas no município, destacando-se aquelas desenvolvidas na rede cegonha, referentes à gestação, parto e puerpério. Neste sentido, é importante a contribuição do programa no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 24 meses de idade, dando suporte às orientações sobre todos os cuidados necessários ao bebê, como promoção e incentivo ao aleitamento materno, seguimento do calendário de vacinas, entre outros.

CONCLUSÃO

A capacidade técnica e gerencial evidenciada na condução no programa foi uma excelente oportunidade de valorização e visibilidade do farmacêutico no âmbito da gestão estadual. Sua habilidade na liderança; na mobilização de atores diversos; na gestão técnica e logística; e no atendimento ao paciente, trouxe o reconhecimento do papel fundamental deste profissional em intervenções relevantes, no cenário da saúde pública.

A aplicação do anticorpo em uma unidade de saúde com equipe técnica capacitada e multidisciplinar (farmacêutico, profissional de enferma-

gem e médico pediatra) é fundamental para garantir a segurança do paciente. Aliado a isso, o fato de haver agendamento de dia e hora para aplicação, ambiência favorável das unidades de saúde (climatizadas, com acolhimento no atendimento e ausência de filas) asseguram conforto e comodidade às crianças prematuras e seus respectivos pais.

O sistema de informação mostrou ser um instrumento fundamental para o planejamento e controle do programa. O sistema foi eficaz na gestão de todos os processos, desde o cadastramento do paciente, passando pela análise técnica da solicitação, até as etapas de agendamento das aplicações, cálculo e registros das doses, além do controle de estoque do anticorpo. Desta forma, foi garantido o cumprimento das diretrizes clínicas estabelecidas e o consequente uso racional do medicamento.

Adicionalmente, quanto à racionalização dos gastos públicos, por se tratar de medicamento de alto custo, o compartilhamento da aplicação trouxe grande economia de recursos para o erário, sem a perda de sua segurança e eficácia.

Na busca pela eficiência na gestão dos recursos públicos aliada à qualidade no atendimento aos usuários do SUS, a experiência na gestão do programa de prevenção contra infecção pelo VSR ilustra os esforços da SES/RJ no aprimoramento da execução das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

RIO DE JANEIRO. Lei Estadual nº 5272, de 25 de junho de 2008. Dispõe sobre o fornecimento do anticorpo para infecções do trato respiratório inferior pelo vírus sincicial respiratório e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO. Resolução SESDEC nº 1560, de 01 de abril de 2011. Aprova a norma técnica estadual de utilização do anticorpo monoclonal para profilaxia do vírus sincicial respiratório – palivizumabe, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Relatório BRATS - Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Ano VI nº 15, | Junho de 2011. Uso profilático do palivizumabe em crianças com alto risco para doença por vírus sincicial respiratório.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde - PES 2012-2015. Janeiro/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Julho de 2012. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC nº 16. Palivizumabe para a prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 522, de 13 de maio de 2013. Aprova o protocolo de uso do Palivizumabe.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ)/Subsecretaria de Assistência à Saúde/Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Coordenação de Gestão

AUTORES

Suzete Henrique da Silva
Anderson Lourenço da Silva
Luana Santana Damasceno
Rafaela Tavares Peixoto
Raquel Bernardo Santos Oliveira
Fernanda Victorina Barros
Tiago Rodrigues de Matos
Adriana Blanco Antelo
Andressa Pereira dos Santos
Valéria Ferreira da Silva Lúcio

CONTATOS

suzete.henrique@saude.rj.gov.br
gestao.farmacia@saude.rj.gov.br

Rio de Janeiro/RJ



FOTO / Crédito: Royal Rio

Grupos educativos para pacientes diabéticos que utilizam insulina em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro

CARACTERIZAÇÃO

A cidade do Rio de Janeiro é a maior rota do turismo internacional no Brasil, na América Latina e em todo o hemisfério Sul. Também é a cidade mais visitada pelos brasileiros e a mais conhecida no exterior.

Com uma população estimada em 6,4 milhões para 2013, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Rio de Janeiro é uma cidade com 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.

Estruturação da rede de saúde

A rede de saúde pública local (da área programática 3.2, onde foi realizada esta experiência) 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 (ESF), são atendidos pelos CMS.

Desde 2009, a cidade conta com o programa Saúde Presente, que oferece um sistema integrado e personalizado de assistência, atendendo 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, com a prática da 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 distribuídas em toda a capital (tabela 1). 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
Clínicas da Família	80
CMS	148
Policlínica	85
CAPS	29
UPA	42
Hospital	280

Clínica da Família Bibi Vogel

O nome da unidade onde se desenvolveu esta experiência é uma homenagem a Sylvia Dulce Klerner, conhecida como Bibi Vogel. Atriz, modelo e

cantora, ela nasceu no Rio de Janeiro, em 1942, e militava em defesa dos direitos das mulheres e de causas humanitárias. Em 1979, Bibi engajou-se no movimento feminista, iniciando sua atuação em defesa da amamentação e do direito da mulher de escolher amamentar ou não o seu bebê. Em 1980, junto com outras feministas fundou o grupo de mães Amigas do Peito. Bibi morreu na Argentina, em abril de 2004.

Inaugurada pelo governo municipal, em 29 de novembro de 2011, a clínica tem seis equipes da ESF e duas equipes de saúde bucal. É a quarta unidade dos complexos do Alemão e de Penha, garantindo 100% de cobertura para a região.

Assistência farmacêutica

Todas as unidades de saúde possuem farmácia com área exclusiva para armazenamento de medicamentos e a dispensação é realizada exclusivamente por farmacêutico e ocorre mediante apresentação de prescrição. A farmácia é mantida aberta durante todo o horário de funcionamento da unidade. A dispensação de medicamentos é realizada exclusivamente por 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 e diabetes. 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

Os grupos educativos para pacientes diabéticos insulínodépendentes foram criados pelo Setor de Farmácia com o objetivo de educar e preparar portadores e familiares para terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle da glicemia capilar, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade. Além de buscar a melhoria de qualidade de vida dos

pacientes, os grupos também foram criados com o propósito de possibilitar o direcionamento da qualidade do atendimento aos usuários de insulina da unidade.

A Clínica de Saúde da Família Bibi Vogel tem, atualmente, 22.431 pacientes cadastrados, que são atendidos por seis equipes da ESF. Desses pacientes, 758 (3,38%) possuem diagnóstico ativo de diabetes, sendo que 203 (26,78%) usam insulina (tabela 2).

Tabela 2: Comparação entre total de pacientes cadastrados, pacientes diabéticos e pacientes que utilizam insulina

Pacientes cadastrados	Pacientes diabéticos	Pacientes que utilizam insulina
22.431	758	203

O embrião desta experiência surgiu logo que a clínica foi inaugurada. Os pacientes diabéticos insulínodos dependentes começaram a chegar de outras unidades de saúde (de nível secundário e até terciário), onde era feita a dispensação de medicamentos e insumos. A descentralização para as Clínicas da Família visava ao atendimento dos pacientes, em locais mais próximos de suas residências.

No início, havia apenas um cadastro comum para todos os usuários atendidos na clínica. Percebendo a necessidade de acompanhar mais de perto esse grupo, o Setor de Farmácia decidiu criar um cadastro específico, que permitisse avaliar, de forma mais objetiva, o comportamento dos pacientes. Eles recebiam os medicamentos e insumos a cada 30 dias, e, para o sucesso do tratamento, tinham de retornar à unidade de saúde dentro do prazo programado.

A partir da instituição do novo modelo de cadastramento, em 2013, foi possível realizar um controle mais rigoroso da dispensação. Esse controle permitiu constatar que menos de 50% dos pacientes retornavam dentro do prazo previsto e que muitos, ao retornar, buscavam apenas as fitas para verificação de glicemia, desrespeitando as orientações sobre as condições de validade e a utilização das insulinas (tabela 3).

Tabela 3: Taxa de adesão ao tratamento de pacientes em utilização insulina no ano de 2013

Mês/Ano	Pacientes cadastrados	Pacientes que retornaram em 30 dias	Taxa de adesão (%)
Janeiro/2013	63	32	50,80%
Fevereiro/2013	76	29	38,15%
Março/2013	84	31	36,90%
Abril/2013	90	40	44,44%
Mai/2013	101	40	39,60%
Junho/2013	101	64	63,36%
Julho/2013	106	71	70,29%
Agosto/2013	118	64	54,23%
Setembro/2013	156	50	32,05%
Outubro/2013	162	68	41,97%
Novembro/2013	166	62	37,34%
Dezembro/2013	172	72	41,86%
Média	-	-	45,92%

Durante o atendimento, muitos relatavam não utilizar a insulina diariamente. Para justificar o uso inadequado, os pacientes alegavam vários motivos, entre os quais, não considerar necessário (pois a glicemia estava controlada) e depender de alguém para fazer a aplicação. Devido ao grande número de pacientes nesta situação, e à baixa adesão, o Setor de Farmácia resolveu, então, montar grupos educativos divididos por equipes da ESF.

Os primeiros grupos educativos para pacientes diabéticos que utilizam insulina na Clínica de Saúde da Família Bibi Vogel foram montados em janeiro de 2014. Desde então, durante as reuniões mensais, os pacientes são estimulados a falarem sobre o tratamento, principalmente sobre o autocuidado, e a descreverem seus hábitos diários. Eles também participam de palestras e assistem vídeos educativos e demonstrações sobre a utilização correta da insulina, protagonizadas por membros do próprio grupo.



Grupo educativo para pacientes diabéticos

Com os grupos, as informações são disseminadas para um número maior de pessoas, ao mesmo tempo. Mas os farmacêuticos também estão disponíveis para a orientação individualizada, tanto na unidade como por meio das visitas domiciliares (VDs).



Farmacêutico orienta paciente na farmácia da Clínica de Saúde da Família Bibi Vogel

Essa modalidade de atendimento permite perceber a real necessidade do paciente e criar um vínculo de confiança com o mesmo. As VDs são adotadas para os casos mais críticos e funcionam tão bem que, hoje, a orientação dos farmacêuticos é requisitada pelo próprio paciente, pelos seus familiares e mesmo por outros membros da equipe da ESF, como enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS).

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Com um acompanhamento mais próximo do paciente, por meio dos grupos, houve uma maior adesão dos usuários de insulina. A média de pacientes que retornavam à unidade para buscar o medicamento e os insumos passou de 45,92% em 2013, para 71,59%

em 2014, chegando a atingir 90,64% no mês de outubro deste ano (tabela 4).

Além disso, toda a equipe da ESF passou a estar inteirada de como o paciente está realizando o tratamento proposto, sobretudo no que diz respeito ao controle do diabetes, com a utilização de insulina. Os ACS tornaram-se aptos a identificar problemas e a passarem informações básicas sobre armazenamento, validade e utilização de insulina. Na Clínica de Saúde da Família Bibi Vogel, a consulta farmacêutica é uma realidade para pacientes diabéticos que utilizam insulina, tornando o farmacêutico um profissional indispensável na assistência integral ao paciente.

Tabela 4: Taxa de adesão ao tratamento de pacientes em utilização da insulina no ano de 2014

Mês/Ano	Pacientes cadastrados	Pacientes que retornaram em 30 dias	Taxa de adesão
Janeiro/2014	182	86	47,25%
Fevereiro/2014	193	109	56,47%
Março/2014	198	129	65,15%
Abril/2014	201	162	80,59%
Maio/2014	201	170	84,57%
Junho/2014	203	168	82,75%
Julho/2014	203	152	74,87%
Agosto/2014	203	148	72,90%
Setembro/2014	203	163	80,29%
Outubro/2014	203	184	90,64%
Novembro/2014	203	137	67,48%
Dezembro/2014	203	114	56,15%
Média	-	-	71,59%

Próximos passos, desafios e necessidades

Para o Setor de Farmácia, os próximos passos são: criar uma agenda junto a todas as equipes da ESF, para a realização dos grupos educativos para pacientes diabéticos; identificar pacientes com habilidades para que sejam multiplicadores e disseminadores de seus conhecimentos; elaborar cartilhas educativas com as principais dúvidas dos pacientes dos grupos e informações gerais sobre diabetes para distribuição na unidade de saúde.

A intervenção farmacêutica e a orientação no momento da dispensação dos medicamentos e in-

sumos e, sobretudo, o acompanhamento durante a utilização da insulina, são fundamentais para o cuidado ao paciente e para o sucesso na obtenção de resultados satisfatórios com a terapêutica proposta. É necessário que todas as unidades primárias de saúde apresentem um plano de uso racional de medicamentos em conformidade com as diretrizes preconizadas pelos órgãos nacionais de saúde.

REFERÊNCIAS

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde/Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Inclui Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Diabetes Mellitus. Versão: PROFISSIONAIS. SMS - RJ/SUBPAV/SAP. 1ª Edição, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1183-9 1. Diabetes Mellitus. 2. Dieta para Diabéticos. 3. Glicemia. I. Título. II. Série.

Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA, nº2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei no 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

INSTITUIÇÃO

Clínica de Saúde da Família Bibi Vogel – Rio de Janeiro (RJ)

AUTOR

Luiz Claudio Simões de Medeiros

CONTATO

luizclaudiosimoes@hotmail.com



Lagoa Santa/MG

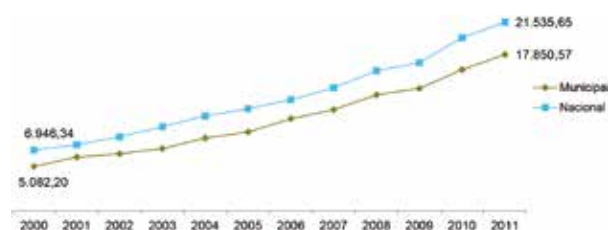
Imagem aérea do Município de Lagoa Santa

Reestruturação da assistência farmacêutica no município de Lagoa Santa (MG)

CARACTERIZAÇÃO

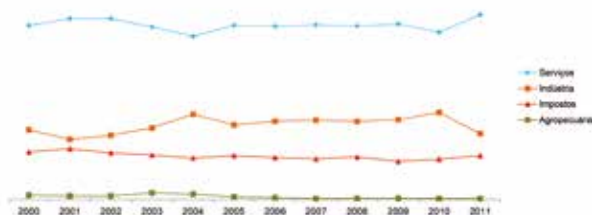
Lagoa Santa é um município mineiro, localizado a 35 km da capital, Belo Horizonte. A cidade possui 231,9 km² de área e 52.520 habitantes, dos quais, 51% são mulheres e 49% são homens. Os idosos representam 10,3% da população de Lagoa Santa (IBGE/2012). O município apresenta, desde 2000, um aumento no Produto Interno Bruto (PIB), seguindo a tendência do crescimento nacional (gráfico 1). O setor de serviços teve maior participação (62,4%) na economia do município no período de 2000 a 2011 (gráfico 2).

Gráfico 1: Comparação do PIB per capita do município de Lagoa Santa com PIB nacional de 2000 a 2011



Fonte: IBGE (2011); DATASUS (2011)

Gráfico 2: Participação dos setores da economia no PIB do município de Lagoa Santa, no período de 2000 a 2011



Fonte: IBGE (2011); DATASUS (2011)

Perfil epidemiológico

Lagoa Santa faz parte da Região de Saúde de Vespasiano, que, além desses dois municípios, é composta por Confins, Matozinhos, Pedro Leopoldo, Santana do Riacho e São José da Lapa.

Dados do Censo Demográfico de 2010, do IBGE, demonstram que, dentro de sua região, Lagoa Santa apresenta a menor taxa de analfabetismo (4,6%); o quarto maior PIB per capita (R\$ 16.116,68); a maior renda média domiciliar per capita (R\$ 1.064,73); o maior Índice de Desenvolvimento Humano (0,777); porém, a pior desigualdade social, com índice de Gini 0,5874.

Historicamente, segundo Atlas Brasil 2013, Lagoa Santa vem reduzindo sua taxa de mortalidade, de 27 por mil nascidos vivos, em 2000, para 13,2 por mil nascidos vivos, em 2010.

Estruturação da rede de saúde

O município está dividido em quatro regiões. Além do atendimento básico, elas também oferecem assistência especializada em ortopedia, cirurgia geral, cardiologia, endocrinologia, entre outras.

A rede de saúde está estruturada da seguinte forma: 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); 2 equipes do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD); 3 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sendo um Caps tipo I, um Caps Álcool e Drogas (Caps AD) e um Caps Infantil (Caps-i); 1 centro de reabilitação motora; 1 laboratório de análises clínicas; 1 ambulatório de especialidades (Policlínica Oeste); 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 1 unidade de Pronto Atendimento Municipal (PAM).

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica (AF) municipal é composta uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e por sete farmácias, incluindo uma farmácia do Pronto Atendimento Municipal (PAM). O quadro de funcionários é composto por dez profissionais, o que corresponde a um farmacêutico por seis mil habitantes, organizando-se da seguinte forma: dois farmacêuticos coordenadores, quatro farmacêuticos da área administrativa, um farmacêutico no Serviço de Atendimento Domiciliário (SAD) e três farmacêuticos clínicos. A AF atende cerca de 500 pacientes por dia.

O farmacêutico atua nas unidades onde existe farmácia, como responsável técnico, e também em unidades onde não existe, atuando em colaboração com a equipe de saúde, no atendimento ao paciente – serviço clínico. Além disso, os farmacêuticos participam de grupos operativos e de outros programas como os de tuberculose/hanseníase e de tabagismo.

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) é elaborada e atualizada por uma comissão técnica multidisciplinar, presidida por farmacêuticos. Esta lista conta com medicamentos básicos (que contemplam a maioria das doenças) e medicamentos estratégicos para quadros específicos como toxoplasmose, hanseníase, tuberculose, entre outros.

O município não possui pontos de entrega de medicamento de alto custo, porém a equipe da AF auxilia os pacientes quanto à documentação para solicitar medicamentos de alto custo junto ao Estado. Anualmente, são gastos cerca de R\$ 800 mil com a compra de medicamentos e insumos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência demonstra o processo de reestruturação da AF no município de Lagoa Santa (MG). As ações foram iniciadas no sentido de promover o acesso do usuário ao medicamento e sua utilização na forma mais indicada, efetiva, segura e conveniente possível no âmbito municipal.

METODOLOGIA

Para a construção de um serviço de AF com foco e prioridade no usuário, a gestão foi reestruturada. Optou-se pela gestão compartilhada, em que os far-

macêuticos têm autonomia e participam ativamente das decisões que guiam o serviço. Para isto, são realizadas reuniões quinzenais, nas quais a equipe discute o cenário de atuação, levanta os problemas enfrentados e, de forma colaborativa, encontra soluções e alternativas para resolvê-los.

O projeto de reestruturação para reformular a AF foi desenvolvido pelos coordenadores em parceria com a equipe. Como ferramenta, foi utilizado o guia *PROJECT MANAGEMENT BASE OF KNOWLEDMENT* (PMBOK). O guia é um instrumento de auxílio ao gerenciamento de projetos, que possibilita a definição de processos integrados para a execução.

Com o intuito de compreender as necessidades do usuário e atuar de forma mais efetiva junto à farmacoterapia do paciente, foi inserido o serviço clínico farmacêutico na rede municipal de saúde. Hepler e Strand (1990) propõem a AF como resposta à demanda (silenciosa) da sociedade, que requer alguém que se responsabilize por seus problemas relacionados ao uso de medicamentos (HEPLER, C. D., STRAND, 1990).

A AF é um modelo de prática que possui um método de trabalho que permite ao farmacêutico intervir na farmacoterapia do paciente de forma responsável, por meio da padronização de sua prática clínica, e respeitosa, por meio de intervenções centradas nos indivíduos e baseadas em um processo racional de tomada de decisões.

Segundo Ramalho de Oliveira (2011), no cenário da Farmácia, em que não há filosofia de prática, a AF passa a ser considerada a filosofia que orienta todas as práticas desse profissional, não sendo limitada a apenas um serviço. Nesse contexto, a autora denomina Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) o serviço clínico que é oferecido no cotidiano do profissional, apresentando os mesmos componentes fundamentais e as mesmas características da prática da AF.

Este serviço utiliza o método de trabalho *PHARMACOTHERAPY WORKUP (PW)*, que nos permite padronizar a atuação clínica e realizar intervenções baseadas em um processo racional de tomada de decisões (RAMALHO-DE OLIVEIRA, 2011). Dessa forma, possibilita uma prática profissional em que o farmacêutico, em cooperação com o paciente e com outros profissionais da saúde, melhora os resultados da terapia medicamentosa do paciente pela prevenção, identificação e resolução de Problemas Relacionados ao Uso de Medicamento (PRMs). Define-se PRM como um evento indesejado da farmacoterapia, vivido pelo

paciente e que interfere, real ou potencialmente, no resultado esperado da mesma (FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA OLIVEIRA; PERINI, 2006).

Para garantir a qualidade técnica ao trabalho, foi realizada uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (Ceaf). Esta parceria foi fundamental para guiar os profissionais no exercício de uma prática ainda insipiente no cenário da AF.

Descrição da experiência

No primeiro semestre de 2013 havia apenas três farmacêuticos atuando no município. Para a reestruturação foi realizada a seleção de novos farmacêuticos, já para os cargos específicos: administrativo e clínico.

Foi realizada a alteração do método de coordenação do serviço, para a gestão compartilhada, seguido da realização de um diagnóstico da situação encontrada atual da AF. Utilizando o guia *PMBOK* foi elaborado o planejamento; definidas as ações a serem executadas; e elaborados o cronograma para a conclusão das atividades e o plano de controle e monitoramento destas ações.

Não havia registros ou padrões a serem seguidos. Este diagnóstico levou a equipe a elaborar vários Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e fluxos de serviços.

Durante a gestão foi inaugurado o Pronto Atendimento Municipal (PAM). A AF municipal foi responsável pela elaboração da lista de medicamentos, implantação da farmácia nesta unidade, treinamento da equipe e inserção do farmacêutico RT no serviço.

Ciclo da assistência farmacêutica

Seleção - A etapa de seleção já era realizada por uma comissão multidisciplinar responsável pela elaboração da Remume. Membros da nova equipe de AF passaram a integrar esta equipe participando de forma ativa na elaboração desta lista.

Programação, aquisição, armazenamento e distribuição - As atividades de programação, aquisição, armazenamento e logística de distribuição para as farmácias eram realizadas por um profissional de nível médio com a colaboração do farmacêutico em situações eventuais. Para solucionar o problema, foi criada a Central de Abastecimento

Farmacêutico (CAF). Um farmacêutico foi nomeado responsável técnico (RT). Além disso, todos os farmacêuticos foram treinados nas atividades de compra e licitação, a fim de garantir agilidade nos processos burocráticos e manutenção permanente do estoque mínimo. Assim, todas as etapas de programação, aquisição, armazenamento e distribuição foram reorganizadas.

Dispensação e acesso - Respeitando a demanda da população, foi criada uma nova farmácia para atendimento direto, no bairro Joana D'arc, com um farmacêutico à disposição. Além disso, todos os atendentes foram treinados e os farmacêuticos, orientados a estarem mais próximos e disponíveis ao usuário.

Atendimento farmacêutico: definição de funções no serviço - Segundo Mendes (2011), as questões logísticas, fundamentais para a garantia da acessibilidade aos medicamentos, não devem ser sobrevalorizadas como única e exclusiva atribuição dos farmacêuticos, em uma visão equivocada que institui o medicamento como objeto da AF. Uma proposta consequente de AF desloca o seu objeto do medicamento, colocando, como seu sujeito, as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011). Assim, a prioridade foi facilitar o contato do farmacêutico com o usuário.

Neste contexto, o serviço foi organizado de modo a designar farmacêuticos responsáveis técnicos para as seis farmácias municipais, além da CAF e da farmácia do PAM. Os farmacêuticos clínicos passaram a ser responsáveis pelo atendimento clínico aos pacientes.

Aos farmacêuticos da área administrativa couberam as responsabilidades de zelar pelo estoque de medicamentos, pela qualidade do atendimento nas unidades, pela orientação sobre aquisição e utilização dos medicamentos e insumos, além de participar de grupos operativos e realizar orientação dos pacientes diabéticos sobre a aquisição e a utilização do glicosímetro. Assim, os farmacêuticos foram inseridos nos grupos anti-tabagismo e hipertensão, em consultas compartilhadas com o médico nos programas de tuberculose e hanseníase; nas comissões técnicas de protocolo e de farmacoterapia; e em eventos públicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A fim de ampliar a atuação do farmacêutico, foi implantado o serviço de Gerenciamento da Terapia

Medicamentosa (GTM), que permitiu que a atuação dos profissionais não se restringisse ao provimento do medicamento ou de orientações sobre seu uso, mas, sim, que atuassem ativamente na escolha da farmacoterapia respeitando as individualidades dos usuários e garantindo que os medicamentos por eles utilizados fossem os mais indicados, efetivos, seguros e convenientes. Neste contexto, coube aos farmacêuticos realizar atendimentos clínicos e visitas domiciliares, tendo como instrumento o serviço de GTM, a fim de promover a adesão ao tratamento; o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes; o uso racional de medicamentos; a orientação sobre riscos relacionados à prática da automedicação; a participação de discussão de casos clínicos com as equipes multiprofissionais e a atenção contra os erros de medicação.

A todos os farmacêuticos couberam atividades comuns de atuação como profissional da saúde, tendo sempre o paciente como foco e prioridade do serviço; a orientação de usuários e profissionais da rede sobre fluxos e protocolos da AF; a participação em grupos operativos e em reuniões técnicas realizadas na gestão da AF, contribuindo de forma construtiva.

Serviço clínico - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM)

A abordagem foi determinada de acordo com o perfil de usuário, visando, principalmente, pacientes idosos, não alfabetizados, acamados/debilitados e seus respectivos cuidadores, em uso de medicamentos do programa de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, doenças respiratórias (Programa Respira Lagoa), planejamento familiar, entre outros que necessitassem de atendimento especializado.

Implantação - Cada farmacêutico ficou responsável por duas UBS e deram início às atividades de capacitação da equipe, com o objetivo de explicar a proposta do serviço e estabelecer vínculo com estes profissionais.

Captação dos pacientes - A captação dos pacientes foi realizada tanto pelas farmacêuticas, quanto pelos demais profissionais da saúde. Desde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) até o médico, todos estavam aptos a identificar pacientes com problemas em sua farmacoterapia e encaminhá-los ao serviço de GTM. Outra forma de captação de pacientes foi a par-

ticipação nos grupos operativos e o encaminhamento dos farmacêuticos administrativos.

Atendimento aos usuários - Com os pacientes selecionados, iniciaram-se as consultas agendadas na unidade. Após a primeira consulta, que dura cerca de uma hora, os casos eram discutidos com o médico. O plano de cuidado era elaborado durante a avaliação da medicação, seguindo os critérios de indicação, efetividade, segurança e adesão. A escolha da farmacoterapia do paciente era realizada de forma conjunta e interdisciplinar. Todos os pacientes atendidos eram reagendados para o retorno com o farmacêutico ou encaminhados para outro profissional da saúde quando necessário. Este processo era mantido até que todos os Problemas Relacionados ao Uso de Medicamento (PRM) daquele paciente estivessem resolvidos.

Prescrição de exames de monitoramento clínico - Foi autorizada a prescrição de exames de monitoramento pelo farmacêutico clínico. Isso foi um ganho muito importante para o serviço, pois diminuiu o tempo de espera do paciente para a resolução de seus PRMs, além de melhorar a qualidade do acompanhamento.

Descrição impactos gerados com esta experiência



Atuação farmacêutica junto à comunidade

Equipe técnica da assistência farmacêutica

No início da gestão, em 2013, o serviço tinha poucos farmacêuticos, coordenados por profissional de outra área. O quadro de farmacêuticos foi ampliado em 300%, de três para nove profissionais. Além disso, a AF obteve uma grande conquista: a contratação de farmacêuticos exclusivos para o serviço clínico. Esta medida permitiu oferecer um serviço de qualidade e mais eficiente. Este resultado só foi possível devido à parceria e colaboração dos demais farmacêuticos que, por consentimento da equipe, dividiram as funções (administrativo e clínico).

Quando os gestores assumiram, não havia registros da participação dos farmacêuticos. Atualmente são realizadas reuniões quinzenais com todos os profissionais, que são incentivados à formação técnica. Em 2014, somando as horas de todos os farmacêuticos, a equipe acumulou cerca de 630 horas de participação em cursos e/ou eventos. Isto reflete na qualidade e motivação da equipe na execução do trabalho.

Organização do serviço

Para a organização do serviço foram elaborados vários documentos (tabela 1). Estes visam à realização de um serviço padronizado e de qualidade a todos os usuários.

Tabela 1 - Lista de documentos criados para a organização da assistência farmacêutica municipal de Lagoa Santa

Documento	Quantidade elaborada
Procedimentos operacionais padrão totais	31
• Fluxos de medicamentos estratégicos	9
• Farmacovigilância	2
• Medicamentos de alto custo	2
• Assistência farmacêutica no PAM	1
• CAF (programação, aquisição, armazenamento e distribuição)	5
• Serviço clínico GTM	5
• Dispensação de medicamentos	4
• Controle e escrituração de psicotrópicos e antibióticos	2
• Modelo para produção de POP	1
Formulários de atendimento	5
Fluxos de serviço	3
PGRSS	1
Notas técnicas	4
Documento de apresentação do projeto ao CRF-MG	1
Regimento interno da assistência farmacêutica	1
Total de documentos	46

Processos licitatórios e aquisição de medicamentos

A gestão da Secretaria Municipal de Saúde compreende a importância tanto da disponibilização do medicamento à população, quanto da qualidade da assistência oferecida ao usuário. Deste modo, é crescente o gasto com aquisição de medicamentos. Este investimento tem por objetivo atender às necessidades da população

tanto na quantidade de itens disponíveis, quanto na diversidade e abrangência destes itens. A utilização dos recursos para a compra de medicamentos está sobre constante avaliação da equipe de farmacêuticos, a fim de garantir a compra de itens de qualidade que atendam à maioria dos usuários do SUS. Portanto, não se trata de um simples aumento de gastos, mas sim de um aumento na oferta de medicamentos com qualidade à população (gráfico 3).

Gráfico 3: Comparação de gastos com medicamentos – gestão 2012 e gestão atual (2013 e 2014)



Quando o trabalho foi iniciado, um processo licitatório estava em andamento. A compra de vários itens inclusos neste processo não ocorreu devido a problemas nas especificações dos medicamentos. A organização do serviço permitiu uma redução gradual do número destas ocorrências (medicamentos frustrados e/ou desertos nas licitações), tornando o serviço mais eficiente e garantindo o acesso do medicamento ao usuário (gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentagem de medicamentos frustrados e/ou desertos em licitações da Atenção Básica

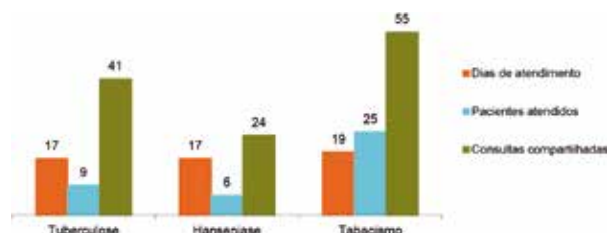


Farmacêutico mais próximo do paciente

Em 2013 não foram encontrados registros de participação do farmacêutico em grupos operativos, de realização de serviço clínico ou de consultas compartilhadas com médicos e outros profissionais. Em 2014 foi implantado o serviço de consultas compartilhadas com médicos e outros profissionais da saúde. Além disso, a participação do farmacêutico em grupos

operativos aproximou os profissionais dos pacientes e dos demais profissionais da saúde (Gráfico 5).

Gráfico 5: Pacientes atendidos em grupos e consultas compartilhadas

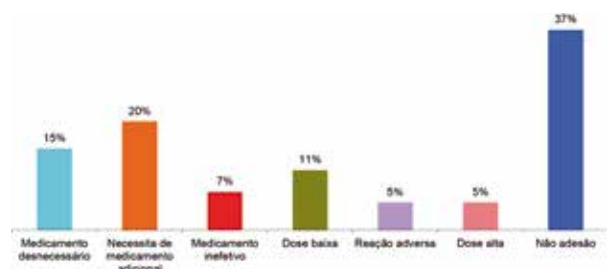


Além do atendimento ao paciente, foram realizadas campanhas de conscientização sobre uso correto de medicamentos e de informação sobre os locais para retirar medicamentos e receber orientação farmacêutica. Nestes eventos foram realizadas medição de pressão arterial e glicemia capilar, com encaminhamento dos pacientes para as UBS quando necessário.

A inserção do serviço clínico permitiu, ao farmacêutico, atuar de forma mais efetiva influenciando na prescrição e na utilização da farmacoterapia dos pacientes. Além disso, nas unidades onde o serviço de GTM foi realizado, a equipe de saúde manteve-se mais aberta à atuação do farmacêutico.

O serviço clínico foi inserido em quatro unidades de saúde no município, abrangendo duas regionais de saúde. Em 2014 foram atendidos 180 pacientes no serviço clínico com a elaboração de plano de cuidado e acompanhamento destes pacientes até a resolução de todos os PRM. Entre consultas e retornos o serviço clínico somou 313 atendimentos em 2014. Além do benefício ao paciente, este trabalho permitiu conhecer o perfil de PRM do município de Lagoa Santa (Gráfico 6).

Gráfico 6: Porcentagem de PRM encontrados nos pacientes atendidos pelo serviço clínico GTM



Próximos passos, desafios e necessidades

O objetivo é manter as conquistas e a qualidade do serviço oferecido, ampliando o seu alcance e o número de atendimentos realizados pelos farmacêuticos

clínicos e administrativos. Para isso, será necessária a contratação de mais dois farmacêuticos clínicos, para atuar nas duas regionais descobertas pelo serviço. Outro desafio é priorizar a formação técnica dos servidores administrativos, para que estes possam realizar a entrega dos medicamentos com qualidade sob a supervisão do farmacêutico. Assim, este poderá, assim, priorizar seu trabalho de atendimento individualizado aos pacientes que mais precisam. Para garantir a qualidade do serviço oferecido, a formação continuada dos farmacêuticos deve ser priorizada e incentivada.

CONCLUSÃO

Em um ano e meio, o maior beneficiado foi o usuário. Ele é foco do trabalho desenvolvido e o centro dos esforços da equipe, que se sente recompensada ao ver um paciente diabético alcançando o controle glicêmico, ou um paciente hipertenso alcançando níveis pressóricos ideais. Oferecer o medicamento aos pacientes e garantir a utilização correta deste recurso, é o retorno principal do trabalho.

Além disso, a oferta de um trabalho de qualidade contribui para reforçar a boa imagem do farmacêutico junto aos demais profissionais da saúde. Foi o trabalho de qualidade dos farmacêuticos que permitiu que a Comissão Multidisciplinar de Protocolos concordasse em autorizar o farmacêutico clínico a solicitar exames.

A estruturação de um serviço de AF é um trabalho árduo, um grande desafio. Entretanto, quando feito em equipe, torna-se um estímulo aos profissionais que sonham com a conquista de mais valorização profissional e espaço dentro do serviço de saúde. Este trabalho foi construído e sonhado por todos os farmacêuticos envolvidos. Cada um, com seus valores e conhecimento, colaborou para mudar os rumos do serviço e caminhar na direção da excelência.

Os bons resultados foram possíveis graças à valorização e ao estímulo dos gestores municipais. A colaboração da gestão foi condição essencial para o sucesso.

A parceria técnica do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (Ceaf), da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi importante para garantir a qualidade do serviço oferecido. Além disso, a parceria e apoio do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (CRF/MG)

foram indispensáveis para a execução dos objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | PIB por município de 2009 a 2011;

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | VAB por setor de atividade em 2011.

Ministério da Saúde - DATASUS | Dados dos municípios;

Ministério da Saúde - DATASUS | PIB por município de 2000 a 2008;

Ministério da Saúde - DATASUS | Dados da população.

Ministério da Saúde - DATASUS | VAB por município e setor de atividade de 2000 a 2010;

FREITAS, E. L. DE; OLIVEIRA, D. R.; PERINI, E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática : um Diálogo Possível ? Acta Farm. Bonaerense v. 25, n. 3, p. 447-453, 2006.

HERPLER, C. D., STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, v. 47, p. 11, 1990.

MENDES, E. V. *As Redes De Atenção À Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2011.

RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa*. São Paulo: RCN Editora LTDA, 2011.

INSTITUIÇÃO

Farmácia Municipal de Lagoa Santa (MG)

AUTORES

Grazielli Cristina Batista de Oliveira

Adson José Moreira

Michelle Bonifácio Bittencourt

Samuel Almeida Sousa Rodrigues

Tâmara Cristina Souza

Fabiano Moreira da Silva

Flávia Malta Sales

Maria Cláudia de Oliveira

Vanessa Andrade Bertolini

Ivan Pereira da Silva

CONTATO

farmacialagoasanta@gmail.com



Campo Grande (MS)

Diagnóstico da assistência farmacêutica nos municípios de Mato Grosso do Sul para o planejamento das ações de saúde

CARACTERIZAÇÃO

O Estado de Mato Grosso do Sul localiza-se ao sul da Região Centro-Oeste. Sua área é de 357.145,532 km² com uma população de 2.619.657 (IBGE, 2014). São 79 municípios (11 no Pantanal). Apenas 4 possuem mais de 100 mil habitantes; 69 possuem menos de 50 mil habitantes e 6 têm menos de 5 mil habitantes. Doze municípios estão na fronteira

com a Bolívia (1) e o Paraguai (11), sendo 6 deles com fronteira seca e 2 separados por rios (1 com ponte), portanto com acesso fácil entre os países (SES, 2011).

A população de Mato Grosso do Sul é jovem, mas é crescente a parcela de habitantes com mais de 60 anos. Há um equilíbrio entre o número de homens e mulheres.

O Estado é, ainda, o segundo do Brasil em número de habitantes ameríndios, de nove etnias diferentes, presentes em 29 municípios. Sua economia está baseada na produção rural (animal, vegetal, extrativa vegetal e indústria rural), indústria, extração mineral, turismo e prestação de serviços.

Perfil epidemiológico

No Estado de Mato Grosso do Sul, tanto a taxa de mortalidade infantil quanto o coeficiente de mortalidade materna vem reduzindo a cada ano. Outro indicador de mortalidade que tem evoluído positivamente é a Razão de Swaroop Uemura, que reflete a melhor condição de vida e saúde da população. Em 2012, 73% dos óbitos ocorreram na faixa etária acima de 50 anos de idade.

De acordo com dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), no ano de 2012, ocorreram 14.435 óbitos no Estado. As doenças do aparelho circulatório lideram o ranking de causas, com 29,7% das mortes. Em seguida, vieram os óbitos por neoplasias (15,7%); causas externas de morbidade e mortalidade (15,2%); doenças do aparelho respiratório (10,7%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,0%) e outras causas (21,7%), segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde (SES), de 2012.

De acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), de janeiro a novembro de 2014, ocorreram 146.704 internações no Mato Grosso do Sul. Considerando o perfil da morbidade hospitalar, temos, nesta ordem, gravidez, parto e puerpério com maior porcentagem (21,8%). Em seguida vêm doenças do aparelho respiratório (12,5%); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12,3%); doenças do aparelho digestivo (9,8%), doenças do aparelho circulatório (8,2%) e outras causas (35,4%) – dados da SES, 2014.

Estruturação da rede de saúde

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), o Estado de Mato Grosso do Sul possui 4.064 de unidades de saúde cadastradas, sendo 48 postos de saúde; 563 centros de saúde/unidades básicas; 139 policlínicas; 100 hospitais gerais; 13 hospitais especializados; 8 unidades mistas; 6 prontos-socorros gerais; 3 prontos-socorros especializados; 2.057 consultórios isolados; 390 clínicas

especializadas/ambulatórios de especialidades; 365 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutica (SADT) isolados; 18 unidades móveis terrestres; 41 unidades móveis de nível pré-hospitalar – urgência/emergência; 19 farmácias; 20 unidades de vigilância em saúde; 6 cooperativas; 2 hospitais/dia – isolados; 41 centrais de regulação de serviços de saúde; 1 laboratório central de saúde pública (Lacen); 77 secretarias de saúde; 14 centros de atenção de hemoterapia e ou hematológica; 29 Centros de Atenção Psicossocial (Caps); 9 centros de atenção à saúde da família; 60 unidades de atenção a saúde indígena e 35 outras unidades (Cnes, 2015).



Farmácia funcionando junto com a recepção, mostrando inadequação do setor farmacêutico no local, pois não há um ambiente específico para armazenar os medicamentos



Oficina realizada durante as visitas ao município, para efetuar o diagnóstico



Em uma das farmácias, a dispensação era realizada por uma janela quebrada

Assistência farmacêutica

A Coordenadoria Estadual da Assistência Farmacêutica foi implantada informalmente na Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Mato Grosso do Sul (MS) no ano de 2006. Mas, somente por meio do Decreto nº 12.375, de 18 de julho de 2007, foi inserida no organograma da instituição (SES, 2007).

No ano de 2011, após 29 anos de sua construção, a Logística de Medicamentos da SES/MS passou por uma grande reforma para modernização da sua estrutura física e organizacional. Em 2014, foi criada a Coordenadoria-Geral de Assistência Farmacêutica (CGAF), por meio do Decreto nº 14.012, de 22 de julho de 2014 (SES, 2014).

A missão da CGAF consiste em ampliar o acesso da população sul mato-grossense aos medicamentos distribuídos pelo SUS, por meio da descentralização e do fortalecimento da gestão da assistência farmacêutica (AF) no Estado. Hoje, a CGAF é responsável por ações relativas aos componentes Especializado, Estratégico e Básico, sendo que para cada componente, há atribuições específicas.

Com o intuito de elaborar um planejamento de ações para aprimorar a gestão e intervir nos problemas relacionados aos serviços ofertados à população no âmbito da AF no Estado, foi caracterizada a estrutura física, organizacional e o número de profissionais dos municípios de Mato Grosso do Sul, por meio de diagnóstico.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência ocorreu no período entre outubro de 2010 e fevereiro de 2011, quando a SES/MS montou algumas equipes matriciais – compostas por profissionais de diversas áreas, entre os quais o farmacêutico –, com objetivo de fazer um diagnóstico situacional *in loco* nas microrregiões de saúde de Campo Grande, Dourados, Corumbá, Três Lagoas, Ponta Porã, Paranaíba, Coxim, Jardim, Aquidauana, Naviraí e Nova Andradina.

Na elaboração desse diagnóstico deveriam ser considerados pelas equipes os aspectos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos; condições de morbimortalidade; instrumentos de gestão (planejamento, financiamento, educação permanente, regulação) e controle social; capacidade da rede instalada

em saúde e condições sanitárias e a estrutura física e organizacional da AF.

Além dos 11 municípios sede das microrregiões de saúde visitadas no período acima, a SES formou outras equipes matriciais para ampliar o diagnóstico nos outros 67 municípios do Estado. Porém, como houve aumento no número de municípios, não foi possível disponibilizar um farmacêutico para compor cada uma delas. Na tentativa de facilitar e padronizar o trabalho destas equipes matriciais da SES durante a coleta de dados nos municípios, a CGAF elaborou um formulário para ser preenchido, contendo questões sobre os pontos mais importantes a serem observados em relação às atividades que envolvem a AF nos municípios.

Cada um dos representantes dos 67 municípios preencheu um formulário, que foram respondidos pelos farmacêuticos coordenadores municipais da AF ou pelos farmacêuticos responsáveis técnicos pelas farmácias das secretarias municipais de saúde. Uma das funções das equipes matriciais era acompanhar e orientar sobre o preenchimento, em caso de dúvida.

Em alguns municípios o diagnóstico ficou incompleto porque deixaram algumas questões do formulário sem resposta. Em outros, o diagnóstico não foi possível porque o formulário retornou em branco. Os resultados obtidos formaram a base do banco de dados.

O Pacto pela Saúde 2006, instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi celebrado com 100% dos municípios de Mato Grosso do Sul, em abril de 2007.

O objetivo do Ministério da Saúde com esta iniciativa era buscar meios para superar as dificuldades do SUS por meio de um compromisso público dos gestores do sistema. Este compromisso seria anualmente revisado e teria como base os princípios constitucionais e a ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto em Defesa do SUS objetivava o engajamento na luta por mais recursos na saúde; o Pacto pela Vida visava o alcance de indicadores de saúde e o Pacto de Gestão tinha como objetivo a geração de agenda para desenvolvimento dos eixos estruturantes (BRASIL, 2006).

Essa agenda conjunta, definida entre os anos de 2007 e 2010, estabelecia diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); regulação; participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

Com o diagnóstico realizado de 2010 a 2011, foi estabelecido o Plano Diretor de Regionalização (PDR), validado pelos municípios e apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES) de Mato Grosso do Sul.

As regiões foram novamente visitadas para a construção do Plano Diretor de Atenção à Saúde (PDA), conforme o seguinte cronograma: de fevereiro a outubro de 2011, Dourados; de outubro de 2011 a fevereiro de 2012, Três Lagoas; e de março a junho de 2012, Campo Grande.

O PDA foi formatado objetivando o fortalecimento da Atenção Básica, a inserção dos Hospitais nas redes de atenção, a atuação integrada, o fortalecimento do controle social e da gestão regional.

Os eixos foram debatidos com a participação dos gestores, técnicos e conselheiros, e as oficinas de encerramento se davam nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), com a pactuação das propostas.

Durante o período em que o PDA de Dourados estava sendo debatido, foi publicado o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, que regulamentou da Lei nº 8.080, determinando que as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) Regionais passassem a se chamar Comissões Intergestores Regionais (CIRs) - BRASIL, 2011.

Entre os resultados obtidos com o PDA, podemos citar a revisão dos conceitos e da operação do sistema de referência e contra-referência; o aprimoramento da regulação municipal – micro e macrorregional; e a definição da diretriz “Fortalecimento Regional”, que visa direcionar investimentos para projetos regionais.

Esses diagnósticos qualificaram as regiões e o mapa da saúde mostrou deficiências de habilitação e de informação. Assim, tais trabalhos possibilitaram a celebração do Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), no ano 2012, sendo o Mato Grosso do Sul o segundo Estado do Brasil a assinar.

Houve unicidade no processo de planejamento, e as ações estruturantes dos PDAs se transformaram nas Diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES) 2012/2015, cujos objetivos passaram a ser responsa-

bilidade estadual no Coap, articuladas com as Diretrizes Nacionais.

O Coap é um instrumento jurídico que dispõe sobre os compromissos pactuados em cada região de saúde. Este instrumento de programação retrata a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura, constituindo-se também em um instrumento de alocação de recursos das três esferas de governo.

A meta da AF, inserida no Coap de Mato Grosso do Sul, foi implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), em 100% dos municípios da região - Macrorregiões de Saúde. O indicador foi o “percentual de municípios com o sistema Hórus implantado”. A meta e o indicador fazem parte da Diretriz 8 - Garantia da AF no âmbito do SUS, cujo objetivo é ampliar a implantação do sistema Hórus como estratégia de qualificação da gestão da AF no SUS.

À CGAF cabe apoiar as oficinas de capacitação do Hórus, e acompanhar a implantação do sistema nos municípios do Estado, monitorando e avaliando o cumprimento da meta estabelecida no Coap, tendo como prazo final para implantação o ano de 2015.

No PES 2012-2015, as metas da AF inseridas foram: promover o apoio aos municípios na AF básica, garantindo o acesso aos medicamentos e mantendo repasses (com base na população do ano em curso); garantir o acesso aos medicamentos estratégicos; assegurar o acesso a 100% dos medicamentos especializados, conforme as normas nacionais; manter a Casa da Saúde em funcionamento; e capacitar as equipes dos 9 Núcleos Regionais de Saúde do Estado (NRS) e municipais (79 municípios) em AF.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

De acordo com o relatório elaborado a partir do diagnóstico, foram encontradas 231 farmácias públicas no Mato Grosso do Sul e apenas 180 profissionais farmacêuticos prestando serviço na AF, vinculados às SMS dos municípios. A proporção de farmácias por município foi de 3,7 e a de farmacêuticos por farmácia foi de 0,8.

Acreditamos que o número de farmácias públicas nos municípios de Mato Grosso do Sul apurado neste estudo é inferior ao real, pois muitos entendiam que dispensários de medicamentos não

eram farmácias e não consideraram os mesmos no momento de responder ao questionário. Mas o número apurado foi bem superior a quantidade de farmácias cadastradas no Cnes nos 79 municípios do Estado: apenas 19 (Cnes, 2015).

Neste diagnóstico, foi observada uma aglomeração de farmacêuticos nos municípios maiores e escassez nos menores. Mais da metade dos municípios possui apenas um farmacêutico na rede toda.

Para estabelecer o quantitativo ideal de farmacêuticos por município foram utilizadas as sugestões levantadas pela literatura referente à área, que prevê a organização da AF nos municípios por faixa populacional.

Ao analisar o número de farmacêuticos vinculados à AF/SUS nos municípios (180), considerando a literatura estudada – que aponta o número ideal de farmacêuticos levando em conta o número de habitantes e o nível de complexidade dos serviços ofertados –, observa-se que a quantidade de profissionais farmacêuticos é insuficiente. O ideal, de acordo com estes parâmetros, seria 293.

Foi verificado que 71% dos municípios apresentam a quantidade de farmacêuticos recomendada pela literatura e entre os 29% que não seguem as recomendações, estão as maiores localidades: Campo Grande (Nível 3), Dourados (nível 3), Três Lagoas (Nível 3), Corumbá (Nível 3) e Ponta Porã (Nível 2).

Foi verificado que 64,5% dos municípios respondentes não possuem o profissional farmacêutico lotado em nenhuma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). E, entre os 35,5% dos municípios que relataram possuir, apenas 18% estão em todas as ESFs. Observou-se que 54% dos municípios do Estado possuem apenas um farmacêutico na rede toda e que 62% dos municípios possuem apenas uma farmácia do SUS para dispensação dos medicamentos da Atenção Básica.

Observando a tabela 1 e o gráfico 1, constatamos que 15% dos municípios não dispõem de computadores para o gerenciamento de estoque em todas as farmácias dos municípios. No gráfico 2 podemos visualizar que 26% dos municípios não dispõem de software para controle de estoque da(s) farmácia(s) da rede. Dos 74% municípios que relataram possuir, alguns consideraram como software planilha de Excel, e outros utilizavam softwares que não atendem a Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, que ins-

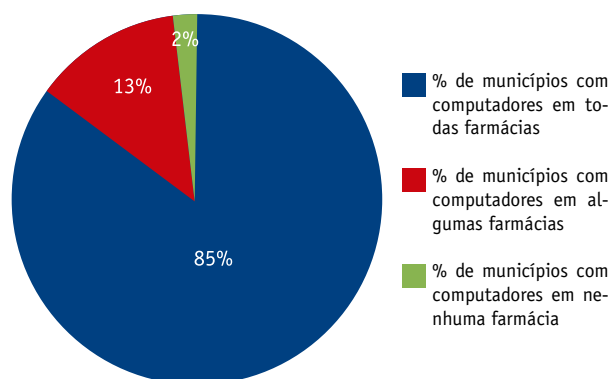
tituiu a Base Nacional de Dados de ações e serviços da AF e regulamentou o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. A referida portaria estabelece que todos os municípios deverão informatizar suas farmácias a fim de transmitir as informações sobre a movimentação de medicamentos da AF Básica, seja por meio do sistema Hórus, seja pelo sistema Web Service (BRASIL, 2013).

Tabela 1: Quantidade de municípios que possui (em) computador(es), em Mato Grosso do Sul, 2013

Macro	Nº munic. que responderam	Todas farmácias		Algumas farmácias		Nenhuma farmácia	
		Nº munic.	%	Nº munic.	%	Nº munic.	%
Total	60	51	85	8	13,3	1	1,7

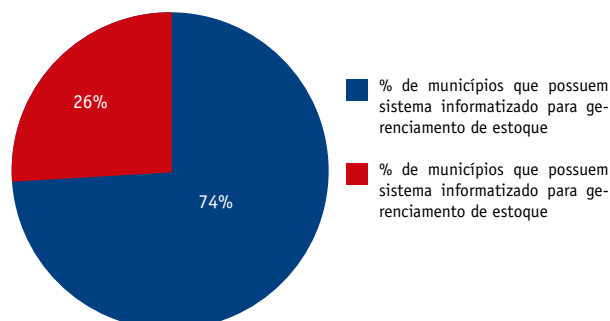
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2013

Gráfico 1 - Quantidade de municípios que possui(em) computador(es), Mato Grosso do Sul, 2013



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2013

Gráfico 2 - Porcentagem de municípios de MS que possuem sistema informatizado para gerenciamento de estoque na(s) farmácia(s) da rede municipal de saúde, 2013



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2013.

*Alguns municípios consideraram como software planilha de Excel, o sistema Hórus e outros softwares

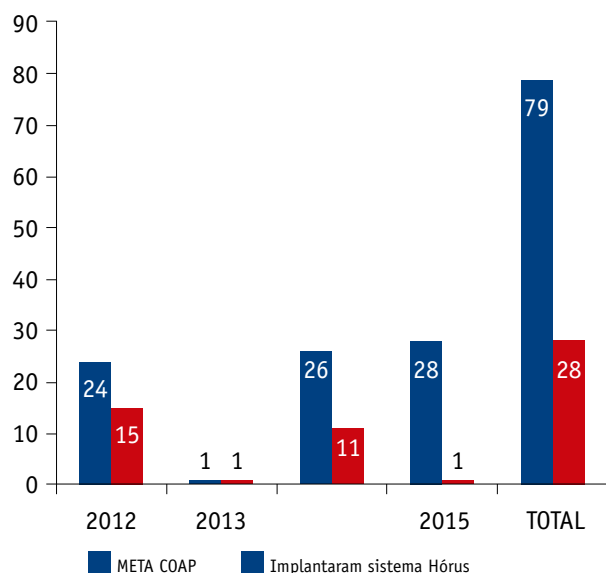
O Hórus é um software desenvolvido e disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios para garantir o acesso e promover o uso racional de medicamentos no SUS.

O controle de entrada e saída de medicamentos é importante para proporcionar subsídios que permitam determinar as necessidades de aquisição, garantir a regularidade do abastecimento e eliminar perdas e desperdícios.

Ressalta-se que sem informação e sem organização, não há gerenciamento. Consequentemente, é difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço com satisfação da equipe e dos usuários. Os resultados encontrados neste diagnóstico corroboraram a escolha da meta da AF inserida no Coap de Mato Grosso do Sul.

Acreditamos que esta experiência entre a CGAF, SES e SMS foi exitosa porque o número de municípios com o sistema Hórus implantado aumentou. No início de 2012, apenas 5 municípios utilizavam o sistema. No início de 2015, já eram 28 (gráfico 3). Vale ressaltar que, para implantar o sistema Hórus, é necessário cumprir 5 fases. Hoje, além dos 28 municípios que já implantaram, há muitos outros que avançaram nas fases de implantação, faltando apenas concretizar a utilização.

Gráfico 3 - Número de municípios que implantaram o sistema Hórus, conforme meta anual do Coap, Mato Grosso do Sul, 2015



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, 2015

Próximos passos, desafios e necessidades

Com este estudo foi possível evidenciar a necessidade de melhoria na estrutura física e organizacional e de ampliação do número de profissionais farmacêuticos da AF nos municípios de Mato Grosso do Sul. O desafio para a CGAF é aprimorar o processo de trabalho de forma que atenda bem os usuários de medicamento do SUS.

Na elaboração dos instrumentos de planejamento da SES (PES 2012-2015 e Coap) buscou-se a inserção de metas considerando a factibilidade, a disponibilidade dos recursos necessários, dos fatores condicionantes políticos e econômicos, cabendo a CGAF acompanhar, monitorar e avaliar o cumprimento destas. Porém, ainda não foi possível resolver todos os problemas apontados no diagnóstico, ficando uma lacuna a ser resolvida no futuro com inserção de novas metas.

CONCLUSÃO

Esta experiência propiciou um olhar crítico sobre a realidade da saúde no Mato Grosso do Sul, sendo, portanto um marco histórico e um caminho para melhorar a saúde pública no Estado. Foram observadas deficiências na estrutura da AF na maioria dos municípios, evidenciando-se que ainda há muito a se fazer, principalmente na inserção do profissional farmacêutico nas ESF, na informatização das farmácias, dimensão da farmácia e regularização documental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Federal nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº. 7.508, 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 - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Instituiu a Base Nacional de Dados de ações e serviços da AF e regulamentação o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da AF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.

CNES, 2015. Consulta a tipos de estabelecimentos. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=50. Acesso em 05/02/2015.

IBGE, 2014. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2014. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf. Acesso em 05/02/2015.

SES, 2007. Decreto nº 12.375 de 18/07/07, D.O. nº 7.012, de 19/07/07 da SES/MS que estabelece a estrutura básica da Secretaria de Estado de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: http://ww1.imprensaoficial.ms.gov.br/pdf/D07012_19_07_2007.pdf. Acesso em 05/02/2015.

SES, 2011. Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=135233>. Acesso em 05/02/2015.

SES, 2012. Sistema Informações sobre Mortalidade - SIM. Disponível em: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/idb/2012/A/sheet011.htm>. Acesso em 05/02/2015.

SES, 2014a. Sistema Informação Hospitalar - SIH. Disponível em: <ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/idb/2012/D/sheet001.htm>. Acesso em 05/02/2015.

SES, 2014b. Decreto nº14.012 de 22/07/14, D. O. nº 8.721, de 23/07/14 que estabelece a estrutura básica da Secretaria de Estado de Saúde, e dá outras providências. Disponível em: http://ww1.imprensaoficial.ms.gov.br/pdf/D08721_23_07_2014.pdf. Acesso em 05/02/2015.

INSTITUIÇÃO

Coordenadoria Estadual da Assistência Farmacêutica/Secretaria de Estado de Saúde/Mato Grosso do Sul

AUTORES

Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha
Maria de Lourdes Oshiro
Angela Cristina Cunha Castro Lopes

CONTATO

marciagutsal@hotmail.com
oshiroml@gmail.com
accvargas@hotmail.com



Vista noturna de Palmas. Imagem: Governo do Tocantins

Farmácia clínica aplicada à terapia nutricional parenteral

CARACTERIZAÇÃO

Inaugurada em 20 de maio de 1989 e instalada em 1º de janeiro de 1990, a cidade está cravada no cerrado, no coração do Brasil. Palmas é propícia ao desenvolvimento do turismo de negócios e eventos e ao ecoturismo. Localizada a 805 km de Brasília (DF) é última cidade brasileira planejada do século 20. Possui uma arquitetura arrojada, com avenidas largas, dotadas de completo trabalho paisagístico e divisão urbanística caracterizada por grandes quadras comerciais e residenciais. Possui 2.219 km² e população de 265.409 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2014).

Nos últimos anos, o desenvolvimento econômico pelo qual tem passado o município de Palmas, de certa forma, tem contribuído para a atração de

um contingente populacional proveniente de diversas partes do país. Esta corrente migratória se deve à expectativa gerada com o surgimento de oportunidades de negócios e empregos em função da implantação do Estado e da capital.

Estruturação da rede de saúde

Palmas conta com vários serviços de saúde, sendo 83 estabelecimentos de saúde privados e 90 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS/IBGE, 2010). Sob a responsabilidade do município estão os serviços de atenção básica, consultas, e atendimentos de pequena e média complexidade. Os serviços de alta complexidade são de responsabilidade do Estado. Na esfera administrativa estadual, o município

conta com três hospitais de referência: Hospital Geral de Palmas, Hospital Infantil Público de Palmas e Hospital e Maternidade Dona Regina.

A porta de entrada do sistema são as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), onde atuam médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e equipes de saúde bucal, por meio do Programa Saúde da Família. Em Palmas existem 33 UBSFs instaladas no perímetro urbano e oito postos de atendimento na zona rural. Todas elas servem de referência para as equipes de agentes comunitários de saúde da família, que executam ações preventivas realizando visitas domiciliares.

A rede possui quatro policlínicas e também o Centro de Consultas Especializadas de Palmas (Cecep), com médicos especialistas em diversas áreas, que atendem às demandas encaminhadas pelas UBSFs e processadas pela central de regulação. Além disso, existem também clínicas credenciadas pelo município para o atendimento suplementar aos usuários do SUS que demandam exames e consultas não disponíveis na rede pública.

Ainda na área de especialidades, o município conta com o Centro de Atendimento Psicossocial (Caps) e Caps II (Álcool e Drogas); com o Núcleo de Atendimento Henfil (para DST e Aids), com o Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Hospital e Maternidade Dona Regina

O Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR) é público de gestão estadual, referência no Estado do Tocantins em atendimentos de demanda espontânea e referenciada de alta e média complexidade. A unidade possui 110 leitos, sendo 29 para obstetrícia cirúrgica; 20 para obstetrícia clínica; 20 para UTI neonatal; 15 para unidade de cuidados intermediários neonatal convencional; 6 de unidade de cuidados intermediários neonatal canguru; 17 de ginecologia e 3 leitos de emergência. O estabelecimento dispõe, ainda, de uma farmácia.

É uma unidade de assistência e centro de referência de alta complexidade em terapia nutricional, no âmbito do SUS, garantindo aos recém-nascidos em risco nutricional ou desnutridos, uma adequada assistência nutricional, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas específicas.

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica (AF) de Palmas está estruturada em 11 farmácias regionalizadas, entre elas, uma Farmácia Popular do Brasil, que trabalham com corretas normas de armazenamento, procedimentos e condutas de dispensação de medicamentos, garantindo a permanência de farmacêutico em todo horário de funcionamento para orientar os usuários do SUS quanto à administração dos medicamentos. As farmácias disponibilizam mais de 200 medicamentos da Relação de Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).

Atualmente, a Farmácia do Hospital e Maternidade Dona Regina conta com oito farmacêuticos que prestam seus serviços em plantões de 6 horas (matutino e vespertino) e 12 horas (noturno) de modo que tenha farmacêutico presente nas 24 horas de funcionamento do hospital. Dos oito profissionais, cinco são concursados.



Hospital e Maternidade Dona Regina. Imagem: governo do Tocantins

RELATO DA EXPERIÊNCIA

De acordo com a Portaria Ministerial nº 272, de 1998, a manipulação de nutrição parenteral é atividade exclusiva do farmacêutico. A partir dessa publicação oficial e da obrigatoriedade da formação de Equipes Multiprofissionais de Terapia Nutricional, nas quais o farmacêutico é componente imprescindível, as equipes de saúde começaram a contar com este profissional. Atualmente, a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) do Hospital e Maternidade Dona Regina realiza reuniões mensais, nas quais são tratados todos os problemas e propostas da Terapia Nutricional, desde a seleção, compra e administração dos insumos. A presença do farmacêutico tem sido imprescindível.

A Farmácia Clínica Aplicada à Terapia Nutricional Parenteral, na unidade, teve suas atividades iniciadas em 1º de fevereiro de 2009, desde então, e com a presença do farmacêutico na EMTN, buscou-se montar um trabalho para a execução, supervisão e a avaliação permanente em todas as etapas da Terapia Nutricional Parenteral (TNP) e para assegurar condições adequadas da nutrição parenteral visando obter os benefícios máximos e evitar riscos.

O farmacêutico qualifica os fornecedores e assegura que a entrega dos produtos seja acompanhada de certificado de análise emitido pelo fabricante, e ainda é responsável por identificar incompatibilidades, instabilidades entre os medicamentos prescritos e a nutrição parenteral administrada no paciente. É responsabilidade do farmacêutico a realização de relatórios das atividades da Farmácia Clínica Aplicada a Nutrição Parenteral.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

A maior preocupação da equipe de saúde do Hospital e Maternidade Dona Regina estava associada à logística. A empresa que, atualmente, fornece a nutrição parenteral total manipulada está localizada no Estado de Goiás e a garantia de sua qualidade poderia ser comprometida pela distância e condições de armazenamento durante o transporte.

Com a criação da EMTN e a presença constante de um farmacêutico, fica garantida a verificação dessas condições. Além disso, o farmacêutico é imprescindível, desde a aquisição e o transporte até a administração aos recém-nascidos.

Com a presença do farmacêutico, todas as bolsas de nutrição parenteral total (NPT) manipuladas para os recém-nascidos do Hospital e Maternidade Dona Regina passaram a ser inspecionadas antes da dispensação. Hoje, o farmacêutico também atua diretamente na educação dos profissionais envolvidos

no suporte nutricional para garantir a competência técnica da equipe. Ele também atua na análise das prescrições, o que tem possibilitado a discussão com os outros integrantes da equipe, sobre o tratamento dispensado ao paciente.

Os pacientes hospitalizados, que sofrem de desnutrição, tiveram um ganho na qualidade da sua terapia nutricional com o trabalho farmacêutico. Hoje a atuação desse profissional, na EMTN, no Hospital e Maternidade Dona Regina, é um dos pilares para o desenvolvimento de um suporte nutricional adequado e individualizado, que busca sempre diminuir problemas de incompatibilidades farmacológicas, promovendo assim uma melhora da saúde do paciente que faz uso de terapia nutricional.

Próximos passos, desafios e necessidades

O principal objetivo é garantir a constante capacitação dos farmacêuticos que fazem parte da EMTN. A confiança foi fundamental na melhoria das relações entre o farmacêutico e os demais profissionais da saúde, na conduta de orientação técnica. O farmacêutico revelou a sua importância, ao analisar prescrições de nutrição parenteral de pacientes e discutir sobre possíveis inadequações da prescrição. Só a formação constante garante ao profissional o conhecimento para cuidar da saúde da população.

INSTITUIÇÃO

Hospital e Maternidade Dona
Regina Siqueira Campos

AUTORES

Glécia Regina Valentim
Luciana de Fátima Lima
Maristela Andrade de Souza

CONTATO

maristelaas@hotmail.com



Reestruturação da assistência farmacêutica do município de Ipojuca (PE)

CARACTERIZAÇÃO

Localizado no litoral sul pernambucano, distante 44 km da capital Recife, o município de Ipojuca recebeu esse nome por estar inserido nos domínios da bacia hidrográfica do rio Ipojuca. Sua extensão litorânea é de 32,18 km e compreende praias mundialmente conhecidas, como Porto de Galinhas e Maracaípe.

Possui uma população de 87.926 habitantes (IBGE/2013) e seu Produto Interno Bruto (PIB) é de R\$ 9,5 bilhões, correspondendo ao 2º maior PIB de

Pernambuco e o 10º do Nordeste, evidenciando-se as atividades de comércio e da indústria de transformação, concentradas no estaleiro Atlântico Sul e no setor de serviços.

Estruturação da rede de saúde

Ipojuca está inserido na 1ª Regional de Saúde de Pernambuco. Possui, atualmente, em sua estrutura de saúde, 38 unidades cadastradas: 5 policlínicas de especialidades, 1 Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), um Centro de Espe-

cialidades Odontológicas (CEO), 1 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), 1 Centro de Reabilitação, 1 Centro de Atenção à Saúde do Homem (Cash), 1 centro de diagnóstico próprio, com serviço de endoscopia e ultrassom, 1 Serviço de Atendimento Especializado (SAE/CTA), 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) regional e 15 Unidades básicas de Saúde (UBS).

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica de Ipojuca está inserida na Diretoria Geral de Atenção à Saúde, ligada diretamente à Secretaria de Saúde. Atualmente, 11 farmacêuticos atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) do município: um na Gerência de Assistência Farmacêutica e os demais, na CAF, nas policlínicas, nos serviços de pronto atendimento, no Caps, no SAE e na Vigilância Sanitária Municipal.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Em 2013, foi iniciada uma ação para garantir o acesso da população aos medicamentos e demais insumos, por meio do uso racional. Para isso, seria necessário ampliar o número de farmacêuticos e reestruturar os serviços da AF no município.

METODOLOGIA

O primeiro passo foi realizar um diagnóstico situacional, organizando visitas técnicas com o preenchimento de *checklist*. Estes dados serviram como base para a elaboração de um planejamento com o objetivo de sensibilizar os gestores municipais da necessidade e importância de se realizar a requalificação e reestruturação dos serviços, visando garantir o acesso da população aos medicamentos e demais insumos.

Descrição da experiência

A partir do diagnóstico realizado foi observado o cenário descrito abaixo:

- A equipe de farmacêuticos se resumia a quatro profissionais do quadro efetivo municipal, distribuídos na Gerência de Assistência Farmacêutica, na CAF, e nas policlínicas. Inúmeros serviços estavam sem a cobertura farmacêutica.

- A estrutura física da CAF era incompatível com a necessidade de abastecimento e capacidade logística. Não era utilizado um sistema informatizado e não havia um veículo exclusivo para a entrega de medicamentos, o que afetava a programação e distribuição dos mesmos.
- As unidades dispensadoras trabalhavam em forma de ilha, sem comunicação e padronização de rotinas de controle e dispensação de medicamentos e insumos. Além disso, foram constatadas diversas inadequações estruturais, como má localização, pisos e paredes inapropriados, presença de infiltrações, ausência de climatização e falta de armários, estantes, mesas e cadeiras.
- Ausência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).
- Ausência de Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A partir desse levantamento, iniciou-se o processo de sensibilização dos gestores por meio de reuniões com a secretária de Saúde e as diretorias de Atenção à Saúde e Atenção Primária. As reuniões objetivaram atrair recursos e capital humano com capacidade de gestão e estimular mudanças no cenário encontrado inicialmente, principalmente quanto ao quadro insuficiente de farmacêuticos.

A gestão municipal reconheceu a importância do Setor de Farmácia e incluiu, em suas metas prioritárias, várias atividades que ajudaram a solucionar os problemas encontrados.

O processo de requalificação da AF municipal ainda está em andamento, mas já apresenta resultados exitosos que demonstram como este serviço é necessário ao funcionamento da rede de atenção à saúde.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Houve a contratação de mais farmacêuticos, que passaram a integrar a rede de atenção à saúde e vigilância sanitária. Esses profissionais foram distribuídos territorialmente e prestam apoio técnico às Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sendo responsáveis pela implantação da AF e por sua gestão.

A CAF passou a contar com o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (sistema Hórus), que facilita a programação e a gestão do estoque de medicamentos.



Treinamento para a implantação do Hórus

A estrutura física e instalações das farmácias das unidades de saúde passaram por readequação. Desde o início da atual gestão foram reestruturadas sete unidades que, agora, contam com as condições ambientais apropriadas à limpeza e com espaço físico dimensionado às suas atividades, mobiliário adequado e ambiente climatizado.



ANTES



DEPOIS

Estrutura física da policlínica Severina Teles, uma das unidades beneficiadas

Também foram adquiridos dois carros exclusivos para a AF, que são utilizados na entrega de medicamentos e na realização de visitas para o apoio técnico às unidades de saúde. Por último, foi instituída uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, responsável pela revisão do elenco municipal de medicamentos e confecção de protocolos de acesso.

Outros resultados do trabalho

- Reconhecimento do papel do farmacêutico pela gestão municipal e pelas equipes multiprofissionais das unidades de saúde;
- Realização de ações com a comunidade a respeito do uso racional de medicamentos, insulino terapia e manejo do diabetes e da hipertensão arterial;
- Requalificação da estrutura física e instalações de algumas farmácias de unidades de saúde;
- Reorganização dos serviços farmacêuticos;
- Otimização da logística de distribuição de medicamentos para as unidades de saúde;
- Melhoria na satisfação dos pacientes quanto aos serviços de farmácia do município;
- Treinamento de auxiliares de farmácia quanto às boas práticas de armazenamento, dispensação e controle de medicamentos;
- Implantação do programa Remédio em Casa, com capacidade para atendimento a 5.000 usuários;
- Implantação de uma farmácia para fornecimento de Medicamentos do Componente Especializado, em parceria com a AF estadual;
- Recebimento de 14 computadores do Programa Qualisus, para estruturação da rede para ampliação da utilização do sistema Hórus.

Próximos passos, desafios e necessidades

- Ampliação da utilização do sistema Hórus para, pelo menos, 40% das unidades de saúde que dispensam medicamentos;
- Requalificação da estrutura física e instalações das farmácias das unidades de saúde ainda não contempladas;
- Construção de uma nova CAF, seguindo os padrões estabelecidos para as boas práticas de armazenamento e distribuição.

CONCLUSÃO

Hoje, com a AF mais próxima da população e das equipes de saúde, está evidenciada a importância do profissional na assistência à saúde dos usuários e na supervisão das atividades da farmácia, com a finalidade de garantir à população o acesso aos medicamentos e à informação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria MS/GM Nº. 2048 de 3 de setembro de 2009**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2009; 4 de set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 215E, nov. 1998. Seção 1, p. 18-20.

BRASIL. Conselho Federal De Farmácia. **Resolução Nº 568, de 6 de dezembro de 2012**, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 215E, 07 de dezembro de 2012, Seção 1, p. 353.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca (PE)

AUTORES

Maurilúcio Apolinário Filho
Lecílio Soares da Silva Junior
Viviane Martins de Arruda
Moema Gonçalves Estelita Marques

CONTATOS

apolinarioltda@gmail.com
ipojuca.assistfarmac@gmail.com



Entrada do Município de Joaquim Nabuco (PE)

A importância do farmacêutico municipal: implementação e organização da assistência farmacêutica na atenção primária à saúde

CARACTERIZAÇÃO

O município de Joaquim Nabuco está localizado na mesorregião da mata sul pernambucana. Possui uma área de 122 km² e três povoados: Usina Pumaty, Arruado e Baixada da Areia. Com população estimada de 16.498 habitantes, em 2014, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), encontra-se a 123 km de Recife, a capital

do Estado. A atividade econômica predominante é a agroindústria açucareira.

Estruturação da rede de saúde

A rede municipal é composta por seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), uma por equipe; uma unidade de saúde mista caracterizada como maternidade, que realiza também pequenos procedi-

mentos de enfermagem, consultas ambulatoriais e atendimentos de urgência; um Núcleo de Saúde da Família tipo 1 (Nasf); e uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF/Farmácia Central). A assistência farmacêutica (AF) conta com uma farmacêutica e um auxiliar de farmácia.

METODOLOGIA

A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) encontra-se instalada em uma área anexa à maternidade e desenvolve todo o ciclo logístico específico da AF. Os fármacos listados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) são distribuídos e dispensados para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), maternidade e diretamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo deste trabalho foi a implementação dos serviços farmacêuticos. A AF municipal foi efetivamente avaliada e teve, evidenciadas, as reais necessidades para a melhoria e qualificação de seus processos. A partir deste diagnóstico, as atividades foram reorganizadas, buscando uma maior resolução, de forma a garantir o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos básicos, com qualidade e respeitando as condições necessárias à obtenção da eficácia esperada.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Em 2013, após a identificação dos problemas, iniciou-se a criação de um Planejamento Estratégico Situacional (PES). Foram definidas as ações e traçadas metas a serem executadas, respeitando prioridades estabelecidas a partir das dificuldades existentes e considerando fatores como: os custos municipais, a viabilidade de resolução e as exigências para solucionar. Foram norteadas questões prioritárias, a serem referenciadas neste contexto operacional, dentre estas:

- Sensibilizar os gestores municipais da importância da estruturação física da AF, com qualidade, viabilizando assim, a garantia da eficácia e segurança dos fármacos dispensados;
- Reorganizar o ciclo logístico da AF, identificando os fatores que determinam o abastecimento ineficiente e/ou ausência dos medicamentos básicos municipais ofertados;

- Reorganizar a estrutura física existente na CAF, estabelecendo adequações para as melhorias necessárias à realização do ciclo da AF de forma integral e correta;
- Garantir a integração intersetorial e o trabalho em equipe multiprofissional, com inserção do farmacêutico, nas ações da atenção básica.

Nesta etapa, foi feito um levantamento criterioso da estrutura física da CAF/Farmácia Central, com utilização de instrumentos avaliativos (planilhas, tabelas e gráficos). Também foram levantados os fatores que influenciavam na qualidade dos fármacos: os medicamentos e insumos eram armazenados em condições inadequadas, permanecendo expostos à umidade e à poeira, o que poderia explicar as recorrentes perdas de estoques por alterações em sua composição. É importante considerar, também, o possível comprometimento da qualidade dos itens dispensados.

Os relatórios descritivos expuseram as falhas no armazenamento e apontaram os prejuízos decorrentes das mesmas, o que sensibilizou profissionais da saúde e os gestores municipais, gerando um comprometimento com a busca de melhorias para a AF.

Os fluxos foram reorganizados e a implantação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), realizada. As normativas foram divulgadas em reuniões com os profissionais da saúde, nas quais eram apresentadas e discutidas. Sua importância para o sucesso das atividades foi destacada. Após a implantação, verificava-se o reestabelecimento dos fluxos, pois os horários, pedidos e cronogramas a serem seguidos estavam previamente definidos. A sistemática de trabalho fortalecia as relações intersetoriais e dos profissionais da atenção primária à saúde com a CAF.

Por outro lado, as ações voltadas para reorganização do ciclo logístico farmacêutico se concretizavam. As avaliações demonstravam o desabastecimento frequente dos estoques, decorrente da inexistência de uma padronização dos medicamentos básicos. Era urgente a reposição para a normalização das dispensações.

O município dispunha apenas de uma lista de medicamentos. Era evidente a necessidade da definição de critérios para a elaboração da Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (Remume). Foi considerado o perfil epidemiológico da população nabaquense. Com a padronização, as necessidades

começaram a ser normalizadas, possibilitando a recuperação da confiabilidade na AF municipal, que se encontrava desacreditada.

Nesta fase, de reorganização do ciclo logístico, foram identificados grupos de usuários insulínod dependentes e portadores de glaucoma que, mensalmente, recebiam seus medicamentos na farmácia central. Um monitoramento mais rigoroso permitiu observar a existência de outros usuários desses medicamentos que não estavam inseridos no cadastro existente.

Assim, foi elaborado um cadastro único, e instituída a Carteirinha Municipal da Assistência Farmacêutica. O cadastro contemplava dados pessoais (número do documento de identidade, cadastro de pessoa física e comprovante de endereço), número do cartão SUS e avaliação médica atualizada.

Os pacientes foram distribuídos entre os seguintes programas:

- Programa do Paciente Insulínod dependente
- Programa do Paciente Acamado
- Programa do Paciente Hipertenso e/ou Diabético
- Programa do Paciente de Saúde Mental
- Programa do Paciente Asmático
- Programa do Paciente com Glaucoma



Carteirinha de Saúde dos programas da AF

A sistematização da AF em programas por categoria de pacientes viabilizou um planejamento logístico da aquisição dos medicamentos básicos essenciais para o município. Permitiu, também, o planejamento e a execução de ações proativas para melhoria dos cuidados aos pacientes do SUS. Uma das estratégias adotadas foi a realização de encontros periódicos com os usuários para orientação em saúde e troca de informações, o que contribuiu para fortalecer o vínculo entre os farmacêuticos e os pacientes.

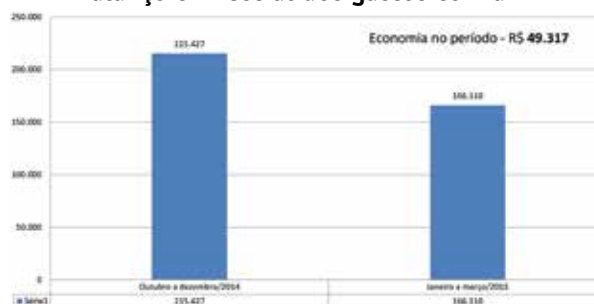


Descrição dos impactos gerados com esta experiência

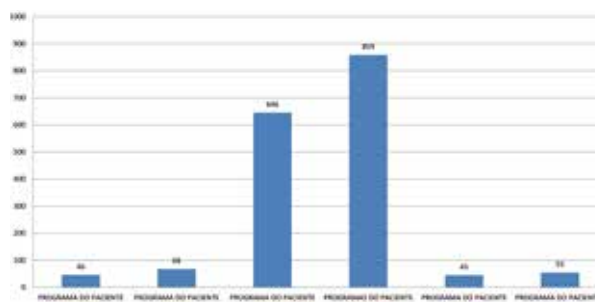
A reorganização da AF, a oficialização da Remume e implantação da Carteirinha de Saúde dos Programas da Assistência Farmacêutica Municipal de Joaquim Nabuco (PE) permitiram o controle mais rigoroso na aquisição de medicamentos e a regularização da reposição dos estoques para a dispensação aos usuários, melhorando a qualidade da assistência à saúde.

Hoje, os usuários de medicamentos que dependem da assistência pública estão cadastrados e recebem seus medicamentos com qualidade e regularidade. Essas ações viabilizaram uma economia de aproximadamente R\$ 50 mil, que pode ser constatada por meio de comparação das notas fiscais de aquisição de medicamentos básicos do último trimestre de 2014 e primeiro trimestre do ano de 2015.

Balanco trimestral dos gastos com a AF



Pacientes cadastrados na AF outubro/2015 a março/2015



Perfil dos pacientes cadastrados pelo Programa Saúde Mental da Assistência Farmacêutica Municipal	
CARACTERÍSTICAS RELEVANTES	DADOS LEVANTADOS PERÍODO OUTUBRO/2014 A MARÇO/2015
IDADES PREVALENTES	IDADES ENTRE 31 A 50 ANOS: 328 indivíduos
GÊNERO	MASCULINO: 322
	FEMININO: 537
	TOTAL: 859

LOCALIZAÇÃO	ZONA URBANA: 726
	ZONA RURAL: 133
PRINCIPAIS MEDICAÇÕES CONTROLADAS DISPENSADAS	CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDOS: 224
	DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDOS: 180
	AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDOS: 129
	FLUOXETINA 20 MG COMPRIMIDOS: 109

Próximos passos, desafios e necessidades

Faz-se necessário ampliar as ações em educação em saúde e promover o fortalecimento dos programas da AF. A comunidade mostra-se carente de cuidados de saúde e ainda é verificada a prática da automedicação. Conscientizar a população sobre o risco do uso aleatório de medicamentos e sensibilizá-la sobre a importância dos hábitos saudáveis de vida são os grandes desafios para a equipe. O fortalecimento das parcerias em saúde e o trabalho em equipe multidisciplinar são fundamentais para mudar esta realidade.

CONCLUSÃO

A reorganização da AF em Joaquim Nabuco é realidade. Todas as questões que influenciavam negativamente o andamento do ciclo logístico AF no município foram minimizadas e/ou resolvidas. As ações possibilitaram a sensibilização dos gestores locais em relação aos problemas e resultaram, também, em adequações e melhorias na infraestrutura da AF.

A reorganização do ciclo logístico, a partir dos levantamentos de usuários do SUS por programas, a instituição da carteirinha e a Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (Remume) nortearam positivamente os serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde, com a garantia de enriquecimentos nas atividades desenvolvidas entre os vínculos multiprofissionais.

Nesta sintonia, novos desafios são visualizados, inquietações surgem e metas são traçadas com objetivo único de garantir o acesso ao medicamento de forma segura e com qualidade, para aqueles que precisam e fazem uso deste.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Joaquim Nabuco (PE)

AUTORA

Luana Pires Holanda Teixeira

CONTATO

luluholanda@hotmail.com



Porto Seguro (BA)

Efetivação da gestão da assistência farmacêutica no município de Porto Seguro (BA)

CARACTERIZAÇÃO

Situada na região do extremo sul da Bahia, Porto Seguro foi fundada em 1534. Localiza-se na região que foi, oficialmente, a primeira a ser descoberta pelos navegadores portugueses no atual território brasileiro. Praticamente a totalidade de suas construções é tombada pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan), não sendo permitida a construção de prédios altos na cidade (com mais de dois andares).

A população estimada do município, em 2013, era de 41.006 habitantes, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Cortado pelo Rio Buranhém, o município é, hoje, considerado um dos mais importantes pontos turísticos do Brasil, recebendo visitantes de todos os lugares do País e de vários pontos do mundo. Para acolher tantos turistas, conta com aproximadamente 45 mil leitos, entre hotéis e pousadas. Além do turismo, há outras atividades econômicas na região, como a extração mineral, a agricultura e a pecuária.

Perfil epidemiológico

Entre os anos de 2009 e 2012, observou-se uma redução no número total de nascimentos na microrre-

gião. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos/Datasus (Sinasc) esta redução, em 2012, representou 231 nascimentos a menos, se comparado com o ano de 2009. Do total de nascidos vivos entre 2009 e 2012, Porto Seguro concentra 38,57%.

O perfil das causas de mortes em Porto Seguro tem mudado de forma importante nas últimas décadas. A transição epidemiológica e demográfica vem ocorrendo de forma acelerada. O envelhecimento da população e a redução das causas de mortes por doenças infecciosas e parasitárias, além do crescimento acelerado das mortes por causas externas e por doenças do aparelho circulatório vêm delineando um novo cenário para atuação da saúde pública.

Estruturação da rede de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde tem como missão planejar e executar as ações de saúde em Porto Seguro, visando à efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e o compromisso com a defesa da vida.

A Atenção Básica dispõe de 35 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); 4 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); e 2 Academias da Saúde. Para os atendimentos de média e alta complexidade, possui 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); 1 hospital municipal; 2 prontos-socorros; 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); 3 Centros de Atenção Psicossocial (Caps); 1 Centro de Fisioterapia; 1 Farmácia Popular; 1 Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e 1 Serviço Assistência Especializada/Centro Testagem Aconselhamento (SAE/CTA).

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica (AF) é responsável pela distribuição de medicamentos em toda a rede municipal, da Atenção Básica a Alta Complexidade, atendendo às Unidades Básicas de Saúde (UBSs), o Hospital Municipal, os Prontos Atendimentos Tranco-so e Arraial, a UPA, o Samu, o SAE e os Caps. Além destes, a Secretaria Municipal de Saúde fornece medicamentos do Componente Básico para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

O município conta com 13 farmacêuticos, sendo 1 superintendente da AF, 2 na Farmácia Popular, 1 responsável pelo Componente Especializado, 1 responsável pelo SAE/CTA, 1 responsável pelo Caps II,

1 responsável pelos Caps Álcool e Drogas (AD) e Infância e Adolescência (IA); 4 atuam nas equipes dos Nasf, 1 responsável pela rede de urgência e emergência e 1 lotado na Vigilância Epidemiológica.



Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O objetivo geral dessa experiência é demonstrar os avanços da gestão da AF no município de Porto Seguro, nos últimos dois anos, por meio da implantação de um modelo organizacional para estruturação da rede de serviços da assistência farmacêutica. Os objetivos específicos foram reestruturar as instalações físicas da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), respeitando as boas práticas de armazenamento; implantar um sistema informatizado na CAF que permitisse a distribuição, por meio de lote e validade do produto, além da emissão de relatórios; reestruturar os programas da assistência farmacêutica para melhor atender aos usuários; organizar as farmácias das UBSs com a aquisição de equipamentos e mobiliário; promover a educação continuada dos profissionais da AF, melhorando a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para esse relato de experiência será por meio da exposição da situação encontrada na AF do município de Porto Seguro em janeiro de 2013. Descreveremos sobre as condições de armazenamento da Central de Abastecimento Farmacêutico e a disparidade com as boas práticas de

armazenamento. A logística de funcionamento dos programas da AF que deveriam estar sob a gerência de um farmacêutico também faz parte do relato. Para isso, serão apresentadas algumas fotos com as melhorias, identificando o antes e depois, e análise sobre a importância do farmacêutico na gestão dos medicamentos.

Descrição da experiência

Em janeiro de 2013, a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) funcionava num prédio localizado num bairro de acesso ruim, o que prejudicava o recebimento dos medicamentos, bem como a distribuição para as unidades de saúde, e o horário de funcionamento era das 8h às 15h.

A CAF possuía uma estrutura física precária, com paredes sem reboco, encanação de água exposta e saída de esgoto sem ralos. Antes da CAF, ali funcionava um laboratório. Ao ser transferido, o serviço deixou para trás alguns equipamentos

como destilador de água de parede, sem utilidade para as novas funções do prédio.

O teto apresentava rachaduras e, quando chovia, os medicamentos molhavam. Não havia prateleiras suficientes para o acondicionamento dos medicamentos, que eram acomodados nas bancadas do antigo laboratório.

O prédio dispunha de cinco aparelhos de ar condicionado, no entanto, apenas dois estavam funcionando. Os medicamentos eram armazenados em contato com a parede, fora da ordem. As formas farmacêuticas estavam misturadas e havia medicamentos sujeitos a controle especial junto com os demais. A CAF não tinha Alvará Sanitário.

O controle de estoque era feito por um programa que apresentava algumas incoerências, pois o Setor de Almoxarifado tinha acesso aos itens da CAF, podendo movimentá-los (entrada e saída). Isso impossibilitava o controle real dos medicamentos.



ANTES



DEPOIS

Sobre a logística de funcionamento

- O abastecimento das Unidades de Saúde era feito semanalmente, por meio de uma planilha de solicitação, na qual não eram demonstradas entrada e saída dos medicamentos na unidade, não permitindo a visualização do consumo em cada período.
- A CAF e o almoxarifado dispunham de um único veículo.
- Havia atendimento para dispensação de medicamentos controlados apenas dois dias da semana na farmácia da policlínica e um dia na Unidade de Saúde Mercado do Povo.
- Os medicamentos estratégicos de responsabilidade da AF estavam sob o gerenciamento da Vigilância Epidemiológica.
- O medicamento talidomida era dispensado em receituário comum e o livro de registro, preenchido a lápis.

- Os métodos contraceptivos eram solicitados pelos atendentes de farmácia, juntamente com os demais medicamentos, sem qualquer relatório de pacientes cadastrados.
- As insulinas NPH e regular, bem como os insumos para diabéticos, eram solicitados pelos atendentes de farmácia das unidades de saúde, que faziam a dispensação destes itens sem qualquer relatório de usuários.
- A vitamina A, do programa Alimentação e Nutrição, estava sob o gerenciamento da Atenção Básica.
- Não foi encontrado qualquer registro de consumo mensal, nem tampouco relação dos medicamentos da CAF e demais setores por esta atendidos, como o Hospital Municipal de Porto Seguro, a UPA, os Prontos Atendimentos Arraial e Trancoso, o Samu, o Caps II, AD e IA e SAE.
- As farmácias das unidades de saúde acondicionavam os medicamentos a serem dispensados aos pacientes em caixas de papelão ou bandejas plásticas desproporcionais às prateleiras.

Intervenções realizadas

Inicialmente, os medicamentos organizados por ordem alfabética e forma farmacêutica. Foram definidos espaços para comprimidos e cápsulas, líquidos, cremes e pomadas, injetáveis e controlados.

Em março de 2013, foi implantado o Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (sistema Hórus), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, de forma gratuita. Foi realizado um treinamento com os atendentes de farmácia para definir novo fluxo de solicitação de medicamentos e orientar com relação ao atendimento aos pacientes.

Sobre a logística de funcionamento, algumas alterações permitiram o melhor controle dos medicamentos e aprimoramento dos serviços da AF.

- O abastecimento das unidades de saúde passou a ser quinzenal, por meio de uma nova planilha de solicitação, na qual são demonstrados o estoque anterior, a entrada, a saída, o estoque atual e a solicitação.
- Atualmente a CAF dispõe de um veículo exclusivo.
- O atendimento para dispensação dos medicamentos controlados na policlínica passou

a ser realizado de segunda à sexta, das 8h às 16h, com farmacêutico presente em tempo integral. O atendimento, antes realizado na Unidade do Mercado do Povo, foi suspenso tendo em vista o novo horário de funcionamento de dispensação na policlínica e também pelo aumento da demanda para a farmacêutica do Nasf, que era responsável pela dispensação. A dispensação também é realizada uma vez por semana nos Prontos Atendimentos de Trancoso e Arraial Bairro.

- O gerenciamento dos medicamentos estratégicos passou a ser de responsabilidade da AF. Foi definido, com a Vigilância Epidemiológica, o fluxo para o atendimento das unidades de saúde.
- Foi cadastrada uma médica de referência para tuberculose e hanseníase, que solicitou à 8ª Diretoria Regional da Bahia, o talonário de receituário específico para talidomida.
- Foi estabelecido, junto com a Atenção Básica, um fluxo para dispensação dos métodos contraceptivos, insulinas NPH e regular, e demais insumos para diabéticos. A equipe de enfermagem preenche o relatório com o número de pacientes cadastrados nos programas, informa o estoque existente e faz a solicitação. Estes dados são enviados à coordenação de cada programa. As coordenações encaminham os relatórios à CAF.
- A dispensação da vitamina A, do programa Alimentação e Nutrição, passou a ser gerenciada pela AF. O medicamento é distribuído às unidades de saúde por meio de relatório enviado pela coordenação do programa.
- Hoje, cada unidade de saúde conta com um farmacêutico responsável técnico, elenco de medicamentos pactuado e consumo mensal pré-definido.
- A Secretaria Municipal de Saúde adquiriu caixas plásticas organizadoras para todas as farmácias das unidades de saúde, e 10 unidades já foram reestruturadas.

Em dezembro de 2013, foram inauguradas as novas instalações da Central de Abastecimento Farmacêutico. O espaço é amplo, com estrutura física adequada, climatizada e localização adequada ao recebimento e distribuição de medicamentos.



ANTES



DEPOIS

Estrutura física e organizacional antes e depois do processo de intervenção da gestão Farmacêutica

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

As adequações proporcionaram os resultados esperados. Hoje, o município dispõe de uma rede de serviços farmacêuticos estruturada, com Manual da Assistência Farmacêutica e farmacêuticos atuantes no SUS. O atendimento às unidades de saúde se tornou mais eficiente, sendo possível o monitoramento do controle de estoque por meio da planilha de solicitação.

Outro grande impacto que pode ser percebido foi a redução de perdas de medicamentos, pois com a aferição do consumo mensal é possível fazer um planejamento correto das aquisições de medicamentos para suprir as necessidades das unidades de saúde.

A implantação do sistema Hórus permite rastrear a distribuição de medicamentos por meio dos lotes, sendo possível o recolhimento dos mesmos em caso de suspensão por parte da Anvisa.

A nova estrutura física da CAF facilitou a distribuição dos medicamentos devido à sua localização estratégica, além de oferecer condições adequadas de armazenamento. Hoje, a unidade tem Alvará Sanitário, o que comprova sua adequação às normativas vigentes.

Próximos passos, desafios e necessidades

Ainda há muito a avançar e o próximo passo é a implantação do sistema Hórus nas farmácias das

unidades de saúde. Assim será possível garantir um controle de estoque mais efetivo e uma dispensação inteligente, em que o paciente não precisará se deslocar até várias unidades para retirar seus medicamentos. A medida ainda resultará na racionalização dos gastos com medicamentos.

Um passo importante será garantir a presença do farmacêutico nas unidades de saúde, a fim de que o paciente tenha uma assistência de qualidade e seja devidamente orientado sobre o uso racional do medicamento.

REFERÊNCIAS

<http://www.portoseguro.ba.gov.br/home.php?destino=institucionais/cidade/a_cidade> Acesso em 04 de fevereiro de 2015.

PORTO SEGURO: Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Porto Seguro 2014-2017*. Porto Seguro, 2015. p. 16 a 152.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro - BA

AUTORES

Ibis Silva Carvalho

Edna de Souza Alves Santos

CONTATO

af_portoseguro@hotmail.com



Ponte Estaiada Mestre Isidoro França, sobre o Rio Poti, Teresina (PI)

O impacto da atuação de farmacêuticos na gestão da assistência farmacêutica em Teresina (PI)

CARACTERIZAÇÃO

Teresina, capital do Piauí, localiza-se na região conhecida como meio norte do Estado, numa área entre os rios Poti e Parnaíba, situando-se a 350 km do litoral. Segundo dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta uma população de 814.230 habitantes, sendo a maioria composta por mulheres (53,25%). O índice de habitantes alfabetizados é de 83,64%. Com área de 1.391.981 km² e densidade demográfica de 584,94 hab/km², a capital apresentou um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - 2010, de 0,751.

Destacando-se no quesito de prestação de serviços, a capital possui uma rede de ensino avançada.

Também atrai milhares de pessoas que buscam tratamentos de saúde, pois é um centro de referência regional.

Perfil epidemiológico

A realidade da população de Teresina não difere da realidade da população das demais capitais brasileiras. A capital apresenta um perfil de saúde-doença similar ao verificado atualmente no Brasil. Uma parcela significativa é acometida por doenças crônicas, entre elas hipertensão e diabetes. Segundo dados de 2013, do Ministério da Saúde, o índice médio de hipertensos foi de 7,3%, sendo a média nacional de 9,5%, isto considerando apenas famílias cadastradas no Sistema de

Informação da Atenção Básica (Siab). Para diabetes, considerando o mesmo cenário da análise anterior, a porcentagem foi de 1,7% e a nacional de 2,3%.

Dados da Secretaria de Planejamento de Teresina e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde mostram que as doenças que acometem o aparelho circulatório são responsáveis pelo maior número de óbitos (6.834 casos), acompanhados das causas externas (3.010 óbitos).

Estruturação da rede de saúde

Desde a reforma administrativa, em 2013, o SUS em Teresina operacionaliza-se em torno da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e Fundação Hospitalar de Teresina (FHT), ambas coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A FMS é responsável pela Atenção Básica do município, que conta com uma cobertura aproximada de 95% pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). São 258 equipes, 3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 3 regiões de saúde, sendo 19 delas na zona rural. A FMS conta, ainda, com seis Caps, sendo quatro Caps II; um Caps Álcool e Drogas (AD II) e um Caps III.

A rede assistencial da FHT é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), por 10 hospitais de pequeno e médio porte, sendo que, 4 destes, ofertam serviços de maternidade; e pelo Hospital de Urgência de Teresina (HUT) que é o maior hospital público do Piauí, uma referência com seus quase 300 leitos para a população local e todo o Piauí, além de outros estados.

Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica (AF) em Teresina organiza-se nas gerências de AF das duas fundações de saúde. Ambas possuem Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) independentes e, além destas duas, o HUT possui CAF e gerência de farmácia própria, devido às características peculiares do hospital.

Desde 2013, farmacêuticos assumiram a gestão da AF nas duas fundações. Cabe ressaltar que, da equipe de 25 farmacêuticos atuantes na AF em Teresina, cinco já são especialistas em gestão da AF, pós-graduados por meio do programa do Ministério da Saúde, e outros cinco estão em processo de conclusão da mesma especialização.

Cada Diretoria Regional de Saúde da FMS conta com um farmacêutico realizando a supervisão das UBS. Além disso, a fundação conta com um farmacêutico supervisor dos Caps, uma gerente farmacêutica, uma farmacêutica responsável técnica pela CAF e um farmacêutico supervisor das ações da AF, além do secretário da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

A FHT conta com uma equipe de 13 farmacêuticos no HUT. Na gestão, a FHT conta com um gerente farmacêutico da AF da rede hospitalar, um farmacêutico no Núcleo de Planejamento, um farmacêutico gerente do HUT e um farmacêutico na CAF.

Em 2014, o gasto per capita anual com medicamentos da Atenção Básica e de uso hospitalar foi de aproximadamente R\$ 21,48.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência foi realizada com os seguintes objetivos:

- Levantar os principais impactos relacionados à atuação do farmacêutico na gestão da AF de Teresina (PI).
- Analisar qualitativamente e quantitativamente o elenco de medicamentos padronizados em Teresina (PI) após a inserção do farmacêutico na gestão da AF.
- Comparar as atividades realizadas e planejadas pela gestão da AF em Teresina (PI), antes e depois da inserção do farmacêutico diretamente nas atividades de gestão.
- Analisar o impacto financeiro da padronização de medicamentos na Atenção Básica.
- Destacar a importância de ações educativas na propagação dos conhecimentos pertinentes à AF.

METODOLOGIA

O primeiro passo para a organização da AF em Teresina (PI) foi a inserção do farmacêutico diretamente na gestão. A partir daí, foi realizado um diagnóstico situacional e identificadas as possíveis intervenções a serem executadas em curto e longo prazo. Dessa forma, nesse estudo foram descritas as principais ações realizadas e planejadas no período de 2013 a 2014. Além disso, foi realizada a análise comparativa do panorama dos serviços de AF antes e depois da inserção do farmacêutico.

Descrição da experiência

Após a inserção dos farmacêuticos na gestão da AF, significativos avanços nas ações pertinentes a essa área puderam ser observados. As atividades e competências da AF tornaram-se visíveis à gestão,

aos outros profissionais da saúde e à população, que em determinadas atividades contavam com o auxílio direto do farmacêutico.

O quadro a seguir mostra a realidade encontrada no diagnóstico situacional, as intervenções realizadas e os principais resultados obtidos.

Diagnóstico situacional	Intervenções realizadas	Resultados obtidos
1. Ausência de revisão periódica do elenco de medicamentos (última revisão em 2009).	1.1 Constatação da necessidade de criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).	- Publicação da portaria de criação e nomeação dos integrantes da CFT da FMS.
	1.2 Adequação da padronização de medicamentos de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente.	- Publicação da portaria de Relação de Medicamentos Municipais Essenciais (Remume), realizada e atualizada periodicamente pela CFT.
	1.3 Participação de farmacêuticos na análise e revisão do elenco de medicamentos e insumos, à medida que as renovações de licitações fossem acontecendo.	- Utilização do elenco de medicamentos da FHT, revisado e padronizado, em toda a rede hospitalar.
	1.4 Minimização da defasagem de padronização dos hospitais de pequeno e médio porte em relação ao HUT.	- Promoção do acesso seguro e uso racional dos medicamentos.
2. Necessidade de melhorias estruturais e logísticas nas CAFs da FMS e FHT.	2.1 Ressaltar formalmente junto às instâncias superiores a importância de estruturação das CAFs, a partir da visão dos farmacêuticos, adequando-se às legislações vigentes.	- Aprovação da reforma das CAFs municipais com dotação orçamentária específica, com reforma da CAF-FMS já iniciada.
	2.2 Apresentar a possibilidade de utilização de recursos oriundos da Portaria Ministerial 1.555/2013, de financiamento da AF Básica, para estruturação física.	- Aquisição de veículo de pequeno porte, adicional à frota de caminhões aprovada para melhoria da logística de distribuição.
		- Aquisição de equipamentos como estrados, estantes etc.
		- Procedimentos Operacionais Padrão (POP) elaborados e implementados nas CAFs.
3. Assistência farmacêutica presente nos instrumentos formais de planejamento – Plano Plurianual (PPA); Programação Anual de Saúde (PAS); e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) –, sem relatar a real necessidade dentro do sistema.	3.1 Inclusão de ações e metas específicas envolvendo todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica na PAS e PPA.	- Reconhecimento da AF como eixo estruturante dos serviços de saúde.
	3.2 Definição de dotação orçamentária exclusiva para medicamentos no PPA.	- Planejamento e avaliação sistemática das ações da AF.
4. Necessidade de qualificação das ações da AF em todos os níveis de atenção à saúde da rede.	4.1 Treinamento de servidores envolvidos diretamente na AF da Atenção Básica, realizada pelos farmacêuticos da FMS.	- Monitoramento dos recursos financeiros aplicados na aquisição de medicamentos.
	4.2 Elaboração e distribuição de guia de boas práticas em farmácia para todos os estabelecimentos de saúde da Atenção Básica.	- Disponibilização de instrumentos e recursos sobre a padronização de medicamentos, propiciando subsídios para os profissionais da saúde da rede quanto às classes de medicamentos disponíveis e futuras revisões de elenco.
	4.3 Elaboração de um guia farmacoterapêutico para os hospitais de pequeno e médio porte da FHT;	
	4.4 Elaboração de nota técnica e treinamento <i>in loco</i> em todas UBS a respeito do acesso a insumos para diabetes.	- Regulamentação no atendimento aos pacientes diabéticos insulínos dependentes quanto à distribuição dos insumos para diabetes, conforme a Portaria MS 2583/2007, por meio de nota técnica da Gerência de AF da FMS.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

Os resultados e impactos gerados pela inserção do farmacêutico na gestão da AF podem ser observados na rotina dos serviços nos quais já existe um reconhecimento da AF como eixo estruturante da rede assistencial e não apenas na função de abastecimento. Os principais impactos são exemplificados abaixo:

- Com a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), da FMS, foi possível a padronização dos medicamentos da Atenção Básica por meio da publicação da Remume. Assim, adequou-se o elenco de medicamentos para melhor suprir às necessidades da população, evidenciado pela diminuição das solicitações de medicamentos de forma administrativa, bem como por demandas judiciais.
- A otimização da aplicação de recursos financeiros, principalmente ao priorizar a aquisição de medicamentos constantes na Rename e financiáveis de modo tripartite na Atenção Básica, possibilitou a redução dos custos em aproximadamente 19% em relação ao ano anterior (gráfico 1);
- Ampliação em 80% no elenco de medicamentos (gráfico 2) e em 48,8% da lista de materiais médico-hospitalares disponibilizados para os hospitais de pequeno e médio porte da FHT, aumentando a resolutividade dos mesmos;
- A partir da elaboração e distribuição de manuais de boas práticas em farmácia e a elaboração de POPs para serem executados nas CAFs, possibilitou-se uma padronização dos serviços, a resolução de dúvidas frequentes e a possibilidade de aprendizado e realização dos serviços por funcionários novos, em ocasião de mudanças no quadro de servidores;
- Fornecimento de subsídios para a prescrição, armazenamento e distribuição de medicamentos padronizados por meio da elaboração de um guia farmacoterapêutico para os hospitais de pequeno e médio porte da FHT (figura 1), contendo a classificação dos medicamentos por Grupo Anatômico, Químico e Terapêutico (ATC), tabela de diluição e estabilidade, lista de medicamentos de alta vigi-

lância, dentre outras, a fim de racionalizar a utilização dos medicamentos;

- O treinamento dos servidores envolvidos diretamente na Atenção Básica (figura 2) favoreceu a promoção de um atendimento mais humanizado à população e possibilitou a prevenção de problemas corriqueiros relacionados às atividades de rotina das farmácias das Unidades Básicas de Saúde, dando maior segurança e conhecimento aos servidores sobre as atividades de saúde por eles realizadas.
- Otimização do planejamento financeiro e operacional da AF por meio da definição de dotação orçamentária específica para a aquisição de medicamentos;
- Monitoramento dos recursos destinados à aquisição de medicamentos da Atenção Básica, conforme Portaria nº 1.555/2013 e repasse financeiro da Secretaria Estadual de Saúde (SES);
- Inserção do farmacêutico nos processos de aquisição de medicamentos e materiais, desde a elaboração de editais, análise das amostras dos itens, análise de documentações e pesquisa no Banco de Preços em Saúde (BPS) e na Câmara de Regulação do Mercado de medicamentos (Cmed), até a formulação de pareceres técnicos para orientação da Comissão de Licitação.

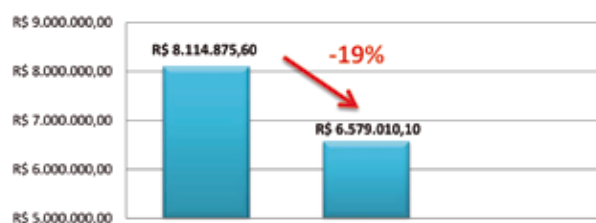


Gráfico 01: Redução dos custos financeiros em aproximadamente 19% na aquisição de medicamentos da Atenção Básica a partir da intervenção do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica



Gráfico 02: Acréscimo do número de itens de medicamentos padronizados para hospitais de pequeno e médio porte a partir da intervenção do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica

Resultado esperado

Com a aprovação das reformas das Centrais de Abastecimento Farmacêutico da FMS e FHT será possível realizar adequações nos procedimentos de recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos, proporcionando um melhor controle de estoque e garantindo que os medicamentos mantenham as suas características de qualidade até que sejam oferecidos ao usuário.

Próximos passos, desafios e necessidades

A partir da estruturação básica da AF (estrutura física das CAFs e logística de padronização, financiamento, abastecimento e distribuição de medicamentos), vários outros desafios e necessidades se apresentam. Muitos obstáculos ainda precisam ser enfrentados, apesar dos inúmeros avanços observados nesta área na capital do Piauí. A seguir destacam-se os próximos desafios a serem enfrentados:

- Promover a estruturação dos pontos de dispensação de medicamentos, fornecendo-lhes os meios necessários para o recebimento, armazenamento e dispensação adequados dos insumos, garantindo assim maior segurança e a qualidade necessária para a população;
- Integração dos pedidos de abastecimento das unidades de saúde consumidoras às CAFs por meio de sistema informatizado, promovendo um melhor controle de estoque e criação de um banco de dados mais eficiente.
- Inserção de farmacêuticos em pontos chave de dispensação de medicamentos como nos Caps e nos hospitais de pequeno e médio porte que ainda não contam com o profissional;
- Educação permanente e contínua de todos os profissionais envolvidos com a AF municipal;
- Criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica da FHT.

- Manter a Remume atualizada periodicamente, por meio da CFT, conforme as necessidades da população.
- Inserção do profissional na equipe do Nasf, integrando-o às outras áreas de saúde que compõem a equipe, como também com a população, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos.



Figura 1: Treinamento sobre boas práticas em Farmácia aos servidores das farmácias das Unidades de Atenção Básica da FMS



Figura 2: Capa do Guia Farmacoterapêutico dos medicamentos padronizados para os hospitais de pequeno e médio porte da Fundação Hospitalar de Teresina

CONCLUSÃO

Os resultados observados por meio deste relato de experiência mostram o potencial do farmacêutico na gestão da AF. A combinação dos conhecimentos técnicos e habilidades gerenciais desse profissional possibilitaram avanços principalmente relacionados à seleção e uso racional de medicamentos, otimização dos recursos aplicados, capacitação de recursos humanos e estruturação física e logística.

Dessa forma, desde que o farmacêutico gestor atue de forma integrada aos outros setores da saúde, a inserção deste profissional, diretamente em cargos de gestão da AF, impacta positivamente na melhoria dos serviços ao usuário do SUS, sua atuação amplia os olhares dos outros gestores para as questões técnicas inerentes ao ciclo da AF aliadas ao entendimento desta área como compo-

nente imprescindível do planejamento e execução dos serviços de saúde.

INSTITUIÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Teresina

AUTORES

Rafael Portela Fontenele

(Farmacêutico gerente de assistência farmacêutica - FHT)

Juliana Lima Nascimento

(Farmacêutica gerente de assistência farmacêutica - FMS)

Handerson Rodrigues Silva Lima

(Farmacêutico responsável técnico da CAF-FMS)

Tairo Janilson Cesar de Oliveira

(Farmacêutico do Núcleo de Planejamento da Assistência Farmacêutica - FHT)

Clarissa Castelo Branco Ribeiro

(Farmacêutica da CAF-FMS)

CONTATOS

rafaelpfontenele@gmail.com

sms.gabinete@hotmail.com

Ubajara/CE



Igreja São José, Ubajara (CE)

A estruturação da assistência farmacêutica na rede municipal de saúde

CARACTERIZAÇÃO

O município de Ubajara está situado na região norte do Estado do Ceará, pertencente à 13ª Região de Saúde, que faz parte da 2ª macrorregião. Possui 32.147 habitantes e 421,04 km² de área, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2011.

Perfil epidemiológico

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, as três principais causas de óbitos em Ubajara são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas.

Estruturação da rede de saúde

O município possui 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 16 vinculadas a equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ubajara também possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e um hospital municipal com capacidade inferior a 30 leitos.

Nas unidades de saúde públicas trabalham 04 médicos cubanos, do Programa Mais Médicos; 08 médicos do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab); dois médicos contratados e dois médicos concursados.

A rede municipal conta, ainda, com dois farmacêuticos concursados, sendo um no Laboratório Municipal de Análises Clínicas e o outro na gestão da assistência farmacêutica (AF) municipal. A rede pública municipal de saúde possui 17 farmácias básicas, sendo 4 na zona urbana e 13 na zona rural. O município possui 7 farmácias privadas, sendo duas credenciadas ao programa Aqui tem Farmácia Popular.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Os objetivos desta experiência foram estruturar a AF local, qualificar os recursos humanos, implantar um sistema informatizado, promover o uso racional de medicamentos e o reconhecimento do farmacêutico no município de Ubajara (CE).

METODOLOGIA

A experiência descrita nesse relato tem como foco o trabalho que a gestão da AF e o farmacêutico desenvolvem na rede pública de saúde do município.

Descrição da experiência

Inicialmente, o farmacêutico era contratado e a AF era subordinada à Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde. Em 2008, houve a inserção do farmacêutico por concurso público que, no ano seguinte, foi nomeado como coordenador da AF. Até então, os registros de entradas e saídas referentes à distribuição de medicamentos às farmácias das UBS e de dispensações dos medicamentos do Componente Especializado eram realizados manualmente, pois não havia computadores, impressoras e sistema informatizado. Os equipamentos e mobiliários eram precários, inadequados aos serviços da AF e em quantidades insuficientes.

Buscando orientar as ações da gestão da AF, o farmacêutico se articulou com a comunidade, com as entidades e com os trabalhadores da saúde, e participou, ativamente, das oficinas de construção do Plano de Saúde do município para a gestão 2010-2013 e 2014-2017 e da Conferência Municipal de Saúde de 2011. Este profissional também contribuiu na elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) e no Relatório Anual de Gestão (RAG) e, no biênio 2009-2010, atuou como conselheiro, no Conselho Municipal de Saúde.

Para qualificar os recursos humanos foram realizados quatro cursos com carga horária de 40 horas cada, em 2009. Custeados com recursos próprios, esses cursos foram direcionados aos trabalhadores das farmácias das unidades de saúde. Em 2010, foram dois cursos para os agentes comunitários de saúde (ACS), ministrados por uma equipe multidisciplinar formada por farmacêutico, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo. No ano seguinte, foi realizado um curso com carga horária de 8 horas para os profissionais prescritores (médicos, enfermeiros e odontólogos).

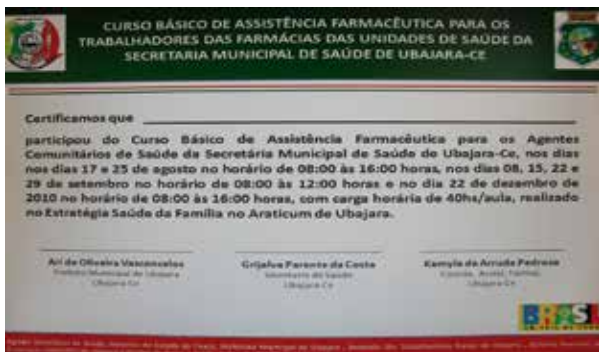
Os cursos para os ACSs e para os prescritores foram realizados utilizando parte dos 15% do recurso municipal/estadual da assistência farmacêutica Básica, sendo este recurso estabelecido por meio de portaria ministerial e resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual. Foram abordados os seguintes temas: componentes da AF; a padronização de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Relação Nacional de Medicamentos (Rename); o Formulário Terapêutico Nacional (FTN); os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); o financiamento da AF e as bases legais e regras básicas da prescrição.

Ainda em 2010, o farmacêutico do município concluiu a especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica e, em 2013, a especialização em Gestão em Economia da Saúde, sendo ambos os cursos promovidos pelo Ministério da Saúde e Escola de Saúde Pública do Ceará.

Assim, em 2011, foi implantado o Sistema Nacional de Gestão da AF (Hórus) - na Central de Abastecimento Farmacêutico. Inicialmente, o sistema foi operado pelo Componente Básico/Estratégico. Em 2013, começou a ser operacionalizado o cadastro, a renovação, a adequação e a dispensação de medicamentos do Componente Especializado pelo sistema Hórus e a dispensação na Farmácia Central, que estava vinculada ao almoxarifado e à dispensação de medicamentos de Componente Básico/Estratégico.



Sala de aula do Curso Básico de Assistência Farmacêutica



Modelo de certificado



Encontro com os prescritores sobre a padronização de medicamentos

Para a estruturação da AF foram utilizados 15% da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais e municipais do Componente Básico. A verba foi investida na adequação de espaço físico das farmácias (pintura, portas, forro, entre outros), aquisição de equipamentos e mobiliário (mesa para computador, mesa auxiliar, computadores, impressoras, data-show, notebook, estantes de aço, escada, armários de aço com chave e refrigeradores) e na realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos (cursos citados anteriormente).

Posteriormente, o município foi contemplado com recursos financeiros do Programa Nacional de Qualificação da AF (Qualifar-SUS), com R\$ 76.400,00. Desse total, R\$ 22.400,00 foi destinado à aquisição de equipamentos e mobiliários, e o restante, para contratação de serviços farmacêuticos – custeio de diárias e gratificação ao coordenador da AF.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

A gestão da assistência farmacêutica de Ubajara recebeu um prêmio, em 2009, “pelo reconhecimento do trabalho realizado na AF municipal contribuindo para a melhoria da Saúde Pública do Estado do Ceará”, na I Oficina de Programação da Atenção Secundária da AF do Ceará, em Meruoca (CE).

Em 2012, Ubajara foi um dos 7 municípios a receberem nota ótima (selo ouro) no Projeto de Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no Estado do Ceará, realizado pela Coordenadoria da AF do Estado do Ceará. Foram avaliados 183 municípios, entre maio e dezembro de 2012. Na avaliação foi utilizado o modelo unificado Avedis Donabedian, baseado em três componentes do cuidado em saúde – estrutura, processo e resultado. Foram pactuados 33 indicadores (ver lista abaixo). Os municípios que garantiram a classificação Ótima obtiveram entre 130 e 145 pontos. Os piores avaliados não ultrapassaram 43 pontos. O município de Ubajara recebeu 130 pontos. O município de Maracanaú ficou em primeiro lugar (ver tabela abaixo).

INDICADOR	PONTUAÇÃO	PESO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO FINAL
Relação dos indicadores de estrutura				
1. Presença da assistência farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde	3	3	SIM	9
2. Existência de Plano Municipal de AF de 2009 a 2013	3	3	SIM	9
3. Inclusão da AF no Plano Municipal de Saúde	3	3	SIM	9
5. Presença de farmacêutico com qualificação em AF	3	3	SIM	9
6. Carga horária semanal dedicada às atividades de AF (exclusiva)	3	3	40h	9

Continua na próxima página >>>

INDICADOR	PONTUAÇÃO	PESO	RESPOSTA	PONTUAÇÃO FINAL
Relação dos indicadores de estrutura				
8. Existência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais além da lista pactuada na CIB	3	3	NÃO	0
9. Existência de mecanismo de divulgação aos prescritores da lista	3	3	SIM	9
10. Existência de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica atuante	1	1	NÃO	0
11. Existência de Formulário Terapêutico	1	1	SIM	1
12. Existência de Protocolos Clínicos	1	1	SIM	1
13. Percentual de adequação às Boas Práticas de Armazenamento	3	3	93%	9
14. Existência de alvará de funcionamento atualizado emitido pela VISA do município	1	1	SIM	1
15. Existência de Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) atualizados das atividades realizadas	3	2	SIM	6
16. Existência de registros de treinamento para os almoxarifes	2	2	NÃO	0
Subtotal				83
Relação dos indicadores de processo				
17. Existência de controle de estoque informatizado (Hórus)	3	3	SIM	9
18. Existência de registros de movimentação dos estoques	3	3	SIM	9
19. Existência de controle de dispensação por paciente que permita identificar as quantidades recebidas	2	2	NÃO	0
20. Percentual de adequação às Boas Práticas de Dispensação	3	2	80%	6
21. Existência de registros de queixas técnicas de desvios de qualidade de medicamentos	2	1	NÃO	0
22. Existência de prestação de contas do recurso destinado a organização dos serviços (estadual e municipal)	3	3	SIM	9
23. Existência de Relatório de Gestão	1	2	SIM	2
Subtotal				35
Relação dos Indicadores de Resultado				
24. Percentual de disponibilidade de medicamentos na CAF municipal da lista pactuada	3	3	71%	6
25. Percentual de disponibilidade dos medicamentos na maior unidade dispensadora do município	3	3	71%	6
Subtotal				12
Total				130

Fonte: Projeto de Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no Estado do Ceará - Coordenadoria da AF do Estado do Ceará

Próximos passos, desafios e necessidades

Atualmente, estamos em fase de implantação do sistema Hórus em quatro UBS situadas na zona urbana do município para monitoramento e análise de informações da logística da AF. O desafio para a concretização das ações e serviços é a obtenção de funcionários exclusivos para as farmácias de cada UBS e a inserção do farmacêutico de acordo com o número de habitantes (per capita) ou pela quantidade de equipes de ESF. Com isso, seria possível melhorar o acesso e a adesão ao tratamento aos usuários, além de evitar as perdas de recursos financeiros por validade expirada. E para que o trabalho da gestão da assistência farmacêutica prossiga, é imprescindível a continuidade do repasse dos recursos estadual e do Qualifar-SUS (federal) e reformulação da Política Nacional da Assistência Farmacêutica (Pnaf) discriminando os recursos humanos necessários para os serviços da AF no município.

CONCLUSÃO

Diante do relato conclui-se que para a estruturação e organização do trabalho da AF na rede pública municipal é necessário além da sensibilização do gestor, o incentivo financeiro, um sistema informatizado, qualificação dos recursos humanos e o reconhecimento do trabalho da equipe da AF e do farmacêutico no SUS.

INSTITUIÇÃO

Secretaria de Saúde de Ubajara-CE

AUTORES

Kamyla de Arruda Pedrosa
 Maria Alessandra Carvalho Albuquerque
 Grijalva Parente da Costa

CONTATO

dollymila@yahoo.com.br



Praia de Iracema, Fortaleza (CE)

Atenção farmacêutica desenvolvida por alunos de Farmácia em unidade de saúde

CARACTERIZAÇÃO

Fortaleza, capital do Ceará, está situada na Região Nordeste do país e apresenta extensão territorial de aproximadamente 315 km². Sua população era de 8.452.381 habitantes em 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O comércio diversificado é o maior gerador de riquezas da economia de Fortaleza. A produção de calçados, produtos têxteis, couro, peles e alimentos, notadamente derivados do trigo, além da extração de minerais, são os segmentos mais fortes da indústria no município.

Perfil epidemiológico

A população, idosa em sua maioria, é acometida por diabetes e hipertensão, comorbidades que vêm crescendo entre a população. Pesquisa do Ministério da Saúde (Vigitel), realizada em 2013, aponta que 21,3% dos fortalezenses são hipertensos. Entre estes, 23,7% são do sexo feminino e 18,5%, do sexo masculino. Ainda segundo o estudo, 7,5% da população da capital sofrem de diabetes.

Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, disponíveis no

banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), apontam que a mortalidade geral vem crescendo em Fortaleza. Em 2008 foram registrados 12.513 óbitos entre a população residente. O número aumentou para 15.281 em 2013, sendo apontadas como principais causas de morte as causas externas (3.335 óbitos), doenças do aparelho circulatório (3.124) e neoplasias (2.513). A taxa de mortalidade infantil para menores de um ano – que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida – foi de 11,9 por mil nascidos vivos em 2010.

Estruturação da rede de saúde

Fortaleza é a cidade brasileira com o quinto pior atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre os 29 maiores municípios brasileiros, segundo dados de 2011 do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), do Ministério da Saúde. O estudo, publicado a cada três anos, tem objetivo de verificar o desempenho dos serviços oferecidos pelo SUS nos municípios. De zero a dez, a capital cearense obteve nota 5,18, ficando abaixo da média nacional, que foi 5,4. Acima de Fortaleza, também com os piores índices, vieram Brasília (5,09), Maceió (5,04), Belém (4,57) e Rio de Janeiro (4,33).

A rede municipal de saúde estrutura-se em sete regionais de saúde, às quais estão vinculadas 91 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 1 Centro de Atenção à Saúde do Homem (Cash), 3 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), residências terapêuticas onde são atendidos 30 pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e 14 Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Entre os Caps, 6 são destinados ao atendimento de pacientes dependentes de álcool e drogas; 6 ao atendimento geral e 2 ao atendimento infantil e de adolescentes. A prevenção de doenças mentais é feita por meio de duas Ocas de Saúde Comunitária, unidades de saúde que podem ser acessadas por meio dos Caps ou por demanda espontânea.

A rede hospitalar do município conta com 1.206 leitos assim distribuídos: Instituto José Frota (453), Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (184), Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição (98), Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana-Gonzaguinha de Messejana (97), Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará-Gonzaguinha da Barra (79), Hospital Distrital Edmilson Barros

de Oliveira-Frocinha de Messejana (74), Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura-Frocinha de Antonio Bezerra (69), Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira-Frocinha de Parangaba (64), Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter-Gonzaguinha do José Walter (58) e Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima (30).

Assistência farmacêutica

Assistência farmacêutica (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. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Resolução nº 338/2004 – CNS).

Em 2007, o Estado do Ceará criou a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (Coasf), para abranger o conjunto de ações da AF. Órgão de execução programática da Secretaria de Saúde do Estado, a Coordenadoria conta, em sua estrutura, com três núcleos: Núcleo de Medicamentos de Caráter Excepcional (Nunex), Núcleo de Fitoterápicos (Nufito) e Núcleo de Medicamentos Essenciais e Estratégicos (Nunes). Na capital, Fortaleza, a AF é coordenada pela Célula de Assistência Farmacêutica (Celaf), vinculada à Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde (Copas).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência tem como foco o desenvolvimento da atenção farmacêutica a pacientes do Núcleo de Atenção Médico-Integrada (Nami), da Universidade de Fortaleza (Unifor). Criado em 1978, o Nami é referência para o Norte e Nordeste em serviços de saúde da atenção secundária e, em alguns casos, até de alta complexidade. Instalado em uma estrutura de 14 mil metros quadrados, desde 2004, realiza mais de 300 mil procedimentos por ano, beneficiando em torno de 25 mil pacientes.

O trabalho aqui relatado teve início para divulgar o serviço de atenção farmacêutica (intitulada pe-

los atores da experiência de AtenFar) e acompanhar pacientes na pós-consulta para orientá-los de forma clara com relação à terapia adequada. Foi realizada por alunos do estágio em Atenção Farmacêutica.

METODOLOGIA

A pesquisa seguiu o modelo de estudo transversal, prospectivo, observacional e descritivo, tendo sido realizada no Núcleo de Atenção Médico-Integrada (Nami), durante o período de agosto a novembro de 2014. O público-alvo da pesquisa foi composto por 20 pacientes. A prática da atenção farmacêutica foi realizada de acordo com o método Dáder de seguimento farmacoterapêutico (TERCER CONSENSO DE GRANADA, 2007).

Este método baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, isto é, os problemas de saúde que ele apresenta e os medicamentos que utiliza, e na avaliação de seu estado de situação em uma data determinada, a fim de identificar e resolver os possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) apresentados pelo paciente. Após essa identificação, realizam-se as intervenções farmacêuticas para resolver os PRMs e, posteriormente, avaliar os resultados obtidos. Para caracterizar a adesão do paciente ao tratamento prescrito, utilizou-se o teste de Morisky (MORISKY, GREEN, LEVINE, 1986) que é composto por quatro perguntas, que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento.

O paciente é classificado no grupo de alto grau de adesão quando as respostas a todas as perguntas são negativas. Porém, quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado no grupo de baixo grau de adesão (SEWITCH, 2003). Esta avaliação permite discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é do tipo intencional ou não intencional, sendo possível também caracterizar pacientes portadores de ambos os tipos de comportamento de baixa adesão.

Os pacientes eram abordados após as consultas médicas ou ao receberem seus medicamentos e serem esclarecidos sobre a AtenFar e a sua importância para o sucesso do tratamento. O acompanhamento foi realizado em pelo menos três consultas, com base nos macrocomponentes da prática profissional para o exercício da AtenFar: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos); orientação farmacêutica; dispensação de medicamentos; atendimento

farmacêutico; acompanhamento farmacoterapêutico; e registro sistemático das atividades (Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, 2002).

Descrição da experiência

Na primeira consulta farmacêutica era feita a anamnese, sendo preenchida uma ficha de acompanhamento farmacoterapêutico, e realizada uma breve orientação sobre os medicamentos em uso pelo paciente, e demais esclarecimentos que se fizessem necessários. Em seguida, era agendada a consulta de retorno para a continuidade da AtenFar.

Ao paciente, era solicitado que trouxesse todos os medicamentos que fizesse uso, inclusive mediante automedicação, assim como resultados de exames. Na oportunidade, era avaliado o grau de compreensão e adesão terapêutica. A análise dos medicamentos permitia identificar interações medicamentosas e problemas relacionados ao medicamento. Quando necessário, eram realizadas intervenções que foram acompanhadas nas consultas subsequentes.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

O emprego do método Dáder no serviço de AF prestado aos usuários do Nami por parte dos alunos durante esses quatro meses permitiu perceber a não adesão e a existência de dificuldades e dúvidas com relação aos respectivos tratamentos. Apesar de se tratar de doenças crônicas, houve a identificação de problemas de necessidade e de eficácia relacionados a medicamentos, além de interações decorrentes do aprazamento inadequado.

O esclarecimento e aconselhamento dos pacientes sobre a doença e seu tratamento possibilitou influenciar na mudança de hábitos e na adesão terapêutica. Por se tratar de um serviço interdisciplinar foi possível encaminhar o paciente a outro profissional, quando necessário. No período do estudo foram atendidos 20 pacientes e observou-se uma boa aceitação do serviço, pois 90% dos pacientes atendidos compareceram às consultas subsequentes. O monitoramento permitiu intervenções que resultaram em uma melhoria significativa no estado geral dos pacientes.

Para o relato desta experiência, foram selecionados três casos dentre os pacientes que receberam a AtenFar, descritos nas páginas a seguir.

- **L.F.M, 56 anos** - hipertensa, asmática e com gastrite, a paciente faz uso de losartana 50 mg, anlodipino 5 mg, hidroclorotiazida 25 mg, Clenil® HFA 250 mcg, salbutamol spray, carbonato de cálcio 500 mg + vitamina D 200 UI e omeprazol 20 mg. Faz caminhada, mas não segue nenhuma dieta; afirmou gostar de alimentos condimentados e com açúcar. Na primeira consulta, realizou-se a aferição do nível pressórico sendo observado que se encontrava elevado: 150 x 90 mmHg.

A paciente foi então aconselhada a restringir sal e condimentos das refeições, substituir o açúcar por adoçante e continuar com a prática da caminhada. Além disso, também recebeu orientação quanto à forma mais apropriada de usar seus medicamentos: ao levantar (às 6 h), antes do café da manhã, tomar o omeprazol 20 mg e, em seguida, a hidroclorotiazida 25 mg; após o café da manhã, losartana 50 mg e anlodipino 5 mg; 30 minutos depois, tomar o carbonato de cálcio + vitamina D. O outro comprimido de losartana 50 mg, à noite, após o jantar. O Clenil® HFA 250 mcg e o salbutamol spray, nas crises: 2 jatos 2 vezes ao dia.

Apesar das recomendações terem sido seguidas, nas consultas subsequentes a paciente continuou apresentando pressão alta: 160 x 90 mmHg e 150 x 100 mmHg. Ela foi encaminhada ao médico para a solicitação da realização de exames laboratoriais, de modo a identificar algum problema de saúde não tratado e a necessidade de mudança na terapia. Observou-se o problema de efetividade ao se verificar o nível pressórico elevado: 150 x 90 mmHg, apesar do uso de terapia farmacológica (PRM3 - o paciente apresenta um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da farmacoterapia). Na intervenção farmacêutica, buscou-se conscientizar a paciente sobre a necessidade do cumprimento de dieta hipossódica e da adesão terapêutica. A pressão arterial passou a ser monitorada com regularidade, tendo sido evidenciada a manutenção da hipertensão, o que sugeria a existência de problema de saúde não tratado, em face do cumprimento das recomendações farmacêuticas. A paciente foi encaminhada ao médico para a realização de

exames adicionais e análise mais criteriosa da terapia medicamentosa.

- **J.A.V, 40 anos** - este paciente tem histórico familiar de diabetes e hipertensão e apresenta quadro clínico de diabetes, hipertensão e hiperlipidemia mista. Afirma que não ingere bebida alcoólica e não é fumante. Faz uso de fenofibrato 200 mg, metformina 500 mg, losartana 50 mg, anlodipino 5 mg, Indapen® SR 1,5 mg, Antensina® 0,2 mg, atenolol 25 mg, sinvastatina 20 mg, fluoxetina 20 mg e Amplictil® 25 mg. Durante a atenção farmacêutica verificou-se os níveis pressóricos e glicêmicos (glicemia capilar). Na primeira consulta, a pressão arterial do paciente estava tão elevada que não pôde ser medida por meio do aparelho automático de verificação. O índice glicêmico foi de 238 mg/dL. Ao ser questionado sobre a adesão, relatou que algumas vezes não fazia uso dos medicamentos por esquecimento ou confusão em relação à posologia.

Para facilitar a compreensão da farmacoterapia e minimizar o risco de confusão organizou-se um quadro com os horários de administração dos medicamentos de acordo com a prescrição médica. Na segunda e terceira consultas, observou-se pressão arterial de 130 x 80 mmHg e 140 x 90 mmHg, e níveis glicêmicos de 144 mg/dL e 296 mg/dL, respectivamente. Foi reforçada nas consultas a importância do seguimento de uma dieta adequada e o uso correto dos medicamentos, diariamente, para que houvesse sucesso na terapia e normalização dos seus níveis glicêmicos, a exemplo dos níveis pressóricos.

Confirmou-se o problema de necessidade decorrente da não adesão intencional (PRM 1 - o paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar a farmacoterapia que necessita). O paciente recebeu orientação sobre os horários mais apropriados de administração dos medicamentos, de acordo com a prescrição médica, evitando interações. Para facilitar o uso adequado da terapia medicamentosa pelo paciente foi elaborado um plano terapêutico na forma de quadro ilustrativo. Nas consultas subsequentes houve reforço da orientação sobre a importância do seguimen-

to de dieta e do uso correto da medicação, de modo a garantir sucesso na terapia e normalização dos seus níveis pressóricos e glicêmicos.

- **S.M.O, 48 anos** - paciente com histórico de hipotireoidismo, cirurgia de câncer de mama, anemia e depressão. Níveis pressóricos e glicêmicos normais. Faz uso de Puran® T4 112 mg, ácido fólico 2 mg, Neutrofer® 300 mg, Centrum select®, fluoxetina 20 mg, Rivotril® 2,5 mg/mL, Zoladex® 3,6 mg, Citoneurim® 5000 UI, Amato® 50mg, Dolamin® Flex 125mg/5mg, carbonato de cálcio 500 mg + vitamina D 200 UI.

A orientação farmacêutica foi tomar 1 comprimido de Puran® T4 112 mg antes do café da manhã; 2 comprimidos de fluoxetina 20 mg 30 minutos depois do café da manhã; 1 comprimido de Amato® 50 mg 30 minutos depois da fluoxetina 20 mg e 1 comprimido 30 minutos depois do jantar; 1 comprimido de Dolamin® Flex 125mg/5mg 30 minutos depois do comprimido de Amato® 50 mg tomado pela manhã, 1 comprimido 30 minutos depois do almoço e 1 comprimido 30 minutos depois do comprimido de Amato® 50 mg tomado à noite; 1 comprimido de Centrum select® entre o café e o almoço; 1 comprimido de Neutrofer® 300 mg 30 minutos antes do almoço; 1 comprimido de carbonato de cálcio 500 mg + vitamina D 200 UI 30 minutos depois do almoço; e 15 gotas de Rivotril® 2,5 mg/mL à noite antes de dormir. O ácido fólico 2 mg deveria ser tomado uma vez por semana; Zoladex® 3,6 mg uma vez por mês e o Citoneurim® 5000 UI de dois em dois meses.

A paciente havia passado por uma mastectomia e era bastante consciente sobre a importância do uso de seus medicamentos, e por causa de sua situação estava com depressão. Na oportunidade, valorizou-se a parte emocional, com a escuta atenta de seus relatos e preocupações. Observou-se que a paciente não aderiu à terapia adequadamente, o que comprometia a eficácia. Neste sentido, ressaltou-se a importância do cumprimento do esquema posológico, sendo montado um plano terapêutico, visando à aderência, para

que ela pudesse ter uma melhor qualidade de vida. A paciente foi encaminhada para atendimento psicológico. Não foi detectado nenhum PRM. Foi trabalhada mais intensamente a parte emocional, a escuta e a orientação farmacêutica.

Próximos passos, desafios e necessidades

A prática da atenção farmacêutica é de fundamental importância para a adequada terapêutica do paciente. O farmacêutico está apto a orientar sobre o medicamento e, assim, auxiliar na pós-consulta médica, esclarecendo possíveis dúvidas do paciente. A partir dos serviços prestados por alunos do estágio em atenção farmacêutica aos pacientes do Núcleo de Atenção Médico-Integrada (Nami), percebeu-se que a inserção do profissional em formação no cenário de prática é extremamente importante.

O trabalho permitiu uma melhor percepção da realidade dos pacientes no âmbito do SUS; o emprego de técnicas de habilidade de comunicação com o paciente e demais profissionais da saúde; e a capacitação para elaboração de plano terapêutico e intervenção, visando à melhoria na qualidade de vida do usuário, na promoção e na assistência à saúde. Para que a atenção farmacêutica seja efetivada, fazem-se necessários farmacêuticos aptos a desenvolver seu papel e também a inserção destes profissionais da saúde nas políticas públicas e nas equipes interdisciplinares em todos os âmbitos de atendimento e complexidade.



Semana de Farmácia na Universidade de Fortaleza – divulgação do curso de graduação e da atenção farmacêutica



Simulação de consulta farmacêutica realizada no Nami, por Ana Kelly Barros Peixoto, Lucilene Vasconcelos Silva e Hanna Alves Cardoso

CONCLUSÃO

Conclui-se que a AtenFar realizada Núcleo de Atenção Médico-Integrada (Nami) foi bem aceita pelos pacientes atendidos, mediante a aferição dos índices de retorno às consultas subsequentes, o que permitiu a identificação e a resolução de Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentosos (PRMs) e interação interdisciplinar com os demais profissionais da saúde. Percebeu-se melhora significativa de parâmetros fisiológicos em face da adesão terapêutica e, em consequência, da qualidade de vida dos pacientes. Acredita-se que o resultado deste trabalho foi positivo tanto para o tratamento dos pacientes como para enriquecimento do aprendizado dos acadêmicos de farmácia.

REFERÊNCIAS

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos". Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>. Acessado em: 28 abr 2015.

COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007; 48(1):5-17.

MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med. Care*, 1986; v. 24, p. 67-74.

SEWITCH MJ, ABRAHAMOWICZ M, BURKUN A, BITTON A, WILD GE, COHEN A, *et al.* Patient non-adherence to medication in inflammatory Bowel disease. *Am. J. Gastroenterol.* 2003; v. 98, n. 7, p. 1535-1544.

INSTITUIÇÃO

Núcleo de Atenção Médica Integrada

AUTORES

Ana Kelly Barros Peixoto
Hanna Alves Cardoso
Lucilene Vasconcelos Silva
Arlandia Cristina Lima Nobre de Moraes
Vânia Cordeiro de Matos

CONTATO

anakelly_peixoto@hotmail.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