



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607, de 17/10/05, D.O.U. nº 202, de 20/10/2005

ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Danilo Meirelles de Sousa Abreu

CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Palmas-TO

2016

Danilo Meirelles de Sousa Abreu

**CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Monografia apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de TCC em Ciências Farmacêuticas do curso de bacharel em Farmácia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^a. Esp. Emília Jacinto Trindade

Palmas-TO

2016

Danilo Meirelles de Sousa Abreu

**CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA COM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Monografia apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de TCC em Ciências Farmacêuticas do curso de bacharel em Farmácia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Esp. Emília Jacinto Trindade (Orientadora)
Centro Universitário Luterano de Palmas

Prof^a. MSc. Márcia Germana Alves Araújo Lobo
Centro Universitário Luterano de Palmas

Prof^a. MSc. Natálio Belo Moreira Morbeck
Centro Universitário Luterano de Palmas

**Palmas-TO
2016**

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, aos meus pais, irmãos, amigos e família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus que iluminou os meus caminhos sem jamais ter me deixado desanimar. Ele me deu toda coragem que eu precisava para ir além dos meus limites durante todos estes anos dedicados aos estudos e não me deixou faltar forças para ir até o fim.

Aos meus pais, Nicanor de Abreu e Adirce de Sousa Lobo Abreu, por sempre acreditarem em mim e por terem sonhado esse momento tão importante da minha vida juntos comigo.

Agradeço ao meu irmão Pedro Henrique de Sousa Abreu por sempre ter me ajudado nos ajustes do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

A minha namorada Mara pelo seu amor, compreensão, paciência e carinho e entender muitas das vezes a minha ausência.

Infinita gratidão ao meu primo Geovane de Sousa Pereira, pelas conversas, conselhos, broncas e ensinamentos desde o primeiro dia a qual vim trilhar minha temporada acadêmica.

Agradeço a professora e orientadora Emilia Jacinto Trindade, pela dedicação e ensinamentos nas orientações.

Aos meus amigos e familiares em geral pelo apoio, preocupação e por terem me ajudado quando precisava.

Agradeço as minhas colegas Karita e Aristiane pela imensa ajuda ao longo do semestre.

Enfim, agradeço a vocês por tudo!

“Não se moldem ao padrão deste mundo, mas transforme-se pela renovação da sua mente para que sejam capazes de experimentar e comprovar a boa, agradável e perfeita vontade de Deus.”

(Romanos 12:2)

RESUMO

ABREU, Danilo Meirelles de Sousa. **Contribuições do Farmacêutico para promoção da saúde pública com enfoque na atenção primária**. 2016. 42 folhas Monografia (Graduação em Farmácia). Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO.

A reestruturação da Assistência Farmacêutica (AF) tornou-se um grande desafio para os gestores e profissionais do SUS, fazendo necessária sua integração na rede básica do serviço de saúde. O presente trabalho teve como objetivo revisar as contribuições do farmacêutico para a promoção da saúde pública, com enfoque na atenção primária, descrevendo atribuições do profissional farmacêutico na Assistência Farmacêutica, no âmbito do SUS, bem como pontuar os principais problemas de gestão na área da saúde relacionados aos medicamentos. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada a partir do conhecimento disponível nas principais bases de dados de pesquisa. Os resultados evidenciaram que a promoção à saúde pública representa uma estratégia promissora por meio do Programa Saúde da Família (PSF) para enfrentar os múltiplos problemas de saúde, devido ter como foco central de ação o paciente. A AF compreende um conjunto de procedimentos necessários a promoção, prevenção recuperação da saúde individual ou coletiva do usuário. A assistência farmacêutica no SUS visa o bem-estar do paciente, no qual a atribuição do farmacêutico é somar esforços para a promoção da saúde. Dentre os obstáculos encontrados para o desenvolvimento eficiente da AF, evidencia-se o espaço físico das farmácias nas unidades de saúde que são muito pequenos. Assim, a inserção do farmacêutico na AF de qualidade na atenção básica é uma estratégia por parte dos gestores de saúde que devem buscar como exemplo as experiências de AF que obtiveram sucesso.

Palavras-Chave: Níveis de Atenção do SUS; Assistência Farmacêutica; Contribuições para Promoção da Saúde Pública;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo da assistência farmacêutica de acordo com a Política Nacional de Medicamentos	20
Figura 2 - Evolução orçamentária anual dos gastos federais com aquisição de medicamentos (R\$)	25
Figura 3 - Frequência das categorias/problemas na Assistência Farmacêutica nos relatórios da CGU em municípios paraibanos, entre 2003 e 2010	26
Figura 4 – Adequação da ambiência das farmácias das UBS e da CAF de Pomerode-SC.....	28
Figura 5 – Evolução do quadro de farmacêuticos que compõe a Assistência Farmacêutica de Goiânia-GO.....	31
Figura 6 – Áreas de atuação dos farmacêuticos que compõe a Assistência Farmacêutica de Goiânia-GO.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
APS	Atenção Primária à Saúde
BPS	Banco de Preços em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEME	Central de Medicamentos
CEMEPAR	Centro de Medicamentos do Paraná
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGPM	Comissão de Gestão e Planejamento de Materiais
CGU	Controladoria-Geral da União
CONASS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CRF-PR	Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná
ESF	Equipe de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção Básica à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESA-PR	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 METODOLOGIA	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO	14
4.1 Saúde Pública no SUS	14
4.2 Assistência Farmacêutica.....	16
4.3 Assistência Farmacêutica no SUS	18
4.4 Obstáculos para o Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica	22
4.4.1 Logística	24
4.5 Uso Irracional de Medicamentos	27
4.6 Experiências Exitosas	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma grande conquista da sociedade, criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988a) e institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) que inclui a Assistência Farmacêutica (AF) nas ações de serviço do SUS. É notado por descentralizar suas ações de saúde utilizando como princípio universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao usuário (VIEIRA, 2010).

Portanto, torna-se necessário a integração da AF nas redes como serviço de saúde, para tal feito à reestruturação dos serviços e de espaços físicos para prestar uma assistência de qualidade é indispensável, se essa estruturação não for vista como prioridade a AF fica reconhecida apenas como local de armazenamento e distribuição de medicamentos e não como parte integrante das ações de serviço do SUS (CFF, 2010).

Reestruturar a AF se tornou um grande desafio para os gestores e profissionais do SUS, essa dificuldade se dá por recursos financeiros envolvidos e pela necessidade de aperfeiçoar de forma contínua a busca por novas estratégias para seu gerenciamento. Assim, é imprescindível essa busca parte dos gestores, tendo como foco essa estruturação, para garantir eficiência nas ações, formando vínculos entre os serviços e a população, garantindo acesso e a inserção da AF como ação de saúde (BRASIL, 2007a).

A gestão da AF tem como principal responsável o farmacêutico, e como gestor deve buscar o equilíbrio econômico-financeiro, recuperando custos e maximizando resultados (BRASIL, 2007a). Já a Política Nacional de Medicamentos (PNM) publicada pela Portaria GM/MS nº. 3.916 de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998) que tem por finalidade garantir segurança, eficácia e qualidade dos mesmos, visa à promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais.

Essa política na AF contribui com aquisição e distribuição dos medicamentos pactuados, necessários à atenção básica para os municípios de forma descentralizada, sob responsabilidade dos estados. É essencial que os gestores reflitam e aprimorem a prestação dos seus serviços para a inclusão do farmacêutico nos serviços públicos, essas reflexões possibilitam progresso na utilização dos

medicamentos, como ações que tenham resultados benéficos na saúde da população (MARGONATO, 2006).

Tendo em vista a desorganização que acontece no setor de saúde pública, organizar e estruturar a AF se tornou prioridade dos governos municipais, para desenvolver todo o ciclo de logística dos medicamentos que envolvem seleção, programação, armazenamento, distribuição, aquisição e dispensação dos medicamentos (MARIN et al., 2003).

Diante do exposto, esse trabalho se justifica por contribuir com informações relevantes sobre a atuação do profissional farmacêutico no SUS, com o foco da assistência na atenção básica mais voltada ao paciente do que para os medicamentos, para tal, esse profissional deverá usar toda sua técnica para executar as atividades de assistência em tempo integral, bem como compreender a importância da educação em saúde dos usuários.

Tendo em vista que a AF compõe parte relevante dos serviços de atenção à saúde do cidadão, e que deve ser gerida de forma sistêmica, tendo como maior beneficiário o paciente, salientando que o farmacêutico como profissional de saúde, deve no momento de fazer as intervenções acerca da terapia, relatar as possíveis interações com outros medicamentos e alimentos, bem como, a forma de uso, contribuindo para a profissão se destacar cada vez mais no âmbito do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Revisar sistematicamente sobre as contribuições do farmacêutico para a promoção da saúde pública, com enfoque na atenção primária.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever o papel do profissional farmacêutico na Assistência Farmacêutica, no âmbito do SUS;
- ✓ Pontuar os principais problemas de gestão na área da saúde relacionados aos medicamentos.
- ✓ Apontar estratégias para reestruturar a AF no SUS a partir das experiências exitosas.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática de literatura, realizada a partir de um levantamento bibliográfico de periódicos científicos, monografias, dissertações, livros e através de outras literaturas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no período compreendido entre fevereiro à maio de 2016, nas bases eletrônicas de dados do Google Acadêmico, SciELO e LILACS, sendo utilizado como critérios de inclusão para seleção, terem sido publicados na literatura nacional e internacional, no período de 1988 à 2014 e possuírem os descritores: níveis de atenção do SUS, assistência farmacêutica, contribuições para promoção da saúde pública. Foram excluídos todos os publicados que não atenderam aos critérios de inclusão.

Após a busca e seleção dos publicados foi feita uma leitura minuciosa do material obtido, cujos resultados foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente aos objetivos propostos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Saúde Pública no SUS

Os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) são de básica, média e alta complexidade, cujo objetivo é uma melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2004a).

Atenção Primária: constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS (Unidade Básica de Saúde e Postos de saúde), englobando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Atenção Secundária: nível médio de complexidade, onde são realizados procedimentos de intervenção bem como tratamento ambulatorial especializado (Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento e ambulatórios especializados) de casos crônicos e agudos de doenças.

Atenção Terciária: alto nível tecnológico e alta complexidade, muito especializado, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como são realizadas condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida (Grandes Hospitais gerais e especializados), reabilitando e inserindo os indivíduos na sociedade.

A amplitude teórica de promoção da saúde aliada a sua prática está em largo desenvolvimento nas duas últimas décadas, período em que ocorreram diversas conferências internacionais em que se construíram bases conceituais e incentivos na criação de políticas públicas de saúde no Brasil (BUSS, 2003).

A saúde pública pode ser definida através de suas grandes dimensões que refletem a sua imagem para a sociedade, tais como: Saúde Pública como sistema social, como profissão, método de intervenção teórico e prático, como serviço público assegurado pelo estado e como saúde do público (TURNOCK, 2004).

Todas as iniciativas tomadas para garantir promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como foco estabelecem conexões entre setores que vão desde a pesquisa, desenvolvimento, produção e as etapas que garantem o acesso da população a medicamentos de qualidade em

quantidade suficiente sob orientação profissional, capaz de garantir seu uso racional (BRASIL, 2004b).

A Atenção Primária à Saúde (APS), modelo assistencial que se baseia aos cuidados primários, torna-se amplamente discutida pelos gestores do sistema de saúde e deve funcionar como um serviço facilitador ao acesso para usuários do sistema de saúde com atenção necessária e adequada a evitar o máximo de gasto possível (BRASIL, 2007a).

No Brasil é consolidada por meio da atenção básica, tendo como princípios a saúde da família como estratégia principal para sua organização como modelo do SUS. Suas propostas de ações envolvem a promoção a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

É um espaço de ações educativas voltadas “para a promoção da saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem estar e acesso a bens e a serviços sociais” (BESSEN, 2007, p. 64).

Pensando no entendimento do conceito de saúde pelos profissionais da área há ainda “confusões entre os conceitos de prevenção e promoção, sendo a saúde entendida como ausência de doença”. As ações preventivas definem-se como intervenção orientada a evitar o surgimento de doenças, controle, transmissão e redução do risco e outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003).

Já a promoção da saúde, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde, é parte da concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, propondo união dos saberes técnicos e populares e a atuação de recursos institucionais, comunitário, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A AF se torna estratégica por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), essa estratégia tem como foco central de ação no paciente, sua estrutura se baseia em ações técnicas – assistenciais e técnicas – gerenciais, utiliza-se de recursos para atender o paciente e suas necessidades de tratamento e cuidado e se faz necessário o acompanhamento e avaliação da ação, interferências e resultados do uso de medicamento e outras intervenções terapêuticas. Sua principal função se baseia em atividades educativas de saberes teóricos e práticos passando para os pacientes melhores condições de entendimento da sua doença a importância do seu plano de cuidado, propostas terapêuticas e uso correto do medicamento. Todo esse

conjunto de atividades, educa, auxilia e dá suporte ao paciente em seus cuidados e avalia os resultados do seu tratamento (GOMES, 2007).

Não se pode pensar em saúde sem pensar em educação e nas suas correlações existentes, pois educação em saúde supõe um contato, uma transmissão, um desenvolvimento de conhecimentos, competências, hábitos e valores. É nesse modelo que se insere o profissional farmacêutico como educador em saúde pública, protegendo a saúde do paciente visando o uso racional de medicamentos, participando do processo de educação dos pacientes alertando os mesmos sob o risco da automedicação, da interrupção do tratamento medicamentoso e a importância da receita médica para adquirir seus medicamentos (GAZZINELLI; REIS; MARQUES, 2006).

O farmacêutico assume um papel de conscientização, aconselhamento e de esclarecimento no sentido de “desenvolver a capacidade das pessoas de enfrentarem problemas a partir de suas reais condições de vida”. O profissional precisa tornar a APS como parte do seu processo de trabalho e a partir dessa vivência tornar perceptível as limitações desse processo para a prática de promoção da saúde e se mobilizar para a ampliação do papel do farmacêutico como profissional de saúde (CAMPOS, 2002).

4.2 Assistência Farmacêutica

A AF não está limitada à produção e distribuição de medicamento, mas compreende um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde individual ou coletiva, centrada no medicamento. Nesta concepção a AF engloba atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, sendo esta última entendida como ato de orientação ao uso adequado e farmacovigilância (ARAUJO; UETA; FREITAS, 2005).

No I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos (1º ENAFPM) organizado Central de Medicamentos (CEME) em 1988, foi definida a conduta do farmacêutico nesta política:

O farmacêutico assume competências relevantes nesta assistência, na medida em que é o único da equipe de saúde que tem sua formação tecnocientífica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas

biológicas e exatas. E como profissional de medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos. (BRASIL, 1988b).

Na prática, a amplitude de procedimentos contidos na AF tem guiado a diversas interpretações por parte dos gestores do sistema de saúde, muitas vezes praticando apenas as atividades de aquisição e distribuição, ou seja, a política de garantia de acesso ao medicamento, porém sem a preocupação da racionalidade (COSENDEY et al., 2000).

Segundo a Resolução n°. 308 de 02 de maio de 1997 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) define a AF como:

Conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação de saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos (CFF, 1997).

A Resolução n°. 357 de 20 de abril de 2001 do Conselho Federal de Farmácia que aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia complementa que:

Assistência Farmacêutica - é o conjunto de ações e serviços que visam assegurar a assistência integral, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos ou privados, desempenhados pelo farmacêutico ou sob sua supervisão (CFF, 2001).

A partir da AF, o farmacêutico reconstruiu uma nova identidade para a profissão, cujo perfil é voltado para a relação com o usuário de medicamentos e com seus conhecimentos, abriu-se várias oportunidades para a sua atuação, indo além da dispensação de medicamentos mostrando sua devida importância como profissional atuante e garantindo prestações de serviços e melhoria na qualidade de vida da população. Na verdade, o profissional farmacêutico presta relevantes serviços à sociedade, é o principal gestor do setor de farmácia nas unidades de saúde e o principal responsável por certificar as prescrições médicas e passar as corretas orientações ao paciente sobre os medicamentos, visando à recuperação dos mesmos (VIEIRA, 2007; SATURNINO et al., 2012).

4.3 Assistência Farmacêutica no SUS

Na atual prática farmacêutica que visa o bem-estar do paciente, o farmacêutico soma seus esforços aos dos outros profissionais e aos da comunidade para promoção da saúde. Trazendo para a nossa realidade é possível dizer que o farmacêutico pode trabalhar sobre três pontos básicos: reorientação do serviço de farmácia, desenvolver habilidades da comunidade e incentivar os indivíduos a ação comunitária (VIEIRA, 2007).

Reorientação do serviço de farmácia: as farmácias e drogarias exercem papel de dispensadores de medicamentos, seja com receita ou na ausência dela, sem desenvolver nenhum compromisso com as pessoas, sendo que o tipo de ligação que existe é o ato de dispensar o medicamento sem nenhum aprofundamento nos problemas e angustias de cada indivíduo (MARIN, 2002; MARIN et al., 2003). Porém o serviço de farmácia tem que se aliar ao serviço médico na atenção à saúde. Quando o paciente sai do consultório ele terá maior resolução dos seus problemas se na farmácia ele receber a seqüência do prescritor, observando se a prescrição tem um cunho racional para seu destino e orientar o mesmo sobre alguns interferentes como hábitos alimentares, tabagismo, histórico de reações alérgicas, uso de outros medicamentos ou drogas (FERRAES; CORDINI JUNIOR, 2003).

Desenvolver habilidades da comunidade: o farmacêutico pode trabalhar para que a comunidade seja informada sob condições determinantes sobre seu estado de saúde. Conscientizar a comunidade para que sejam alcançados resultados satisfatórios relativos à saúde. Faz parte do processo orientar a sociedade sobre procedimentos em relação ao uso do medicamento e que conheça as principais doenças em seu meio e maneiras de prevenção. Esse desenvolvimento tanto individual como coletivo torna possível o apoio farmacêutico para realizar movimentos que tenham vista a promoção de saúde (FEITOSA, 2006; VIEIRA, 2007).

Incentivos à ação comunitária: incentivar a comunidade reforça as medidas para a promoção da saúde. Ela se torna um forte aliado no que diz respeito à utilização racional de medicamentos, identificando problemas e partilhando com o

farmacêutico a responsabilidade de divulgar e informar toda a comunidade (BANHOS, 2006).

Algumas medidas podem ser tomadas para incentivar a comunidade, como: estabelecer prioridades para a educação em saúde com a comunidade, participação ativa de membros da comunidade em palestras que tratem sobre medicamentos, como por exemplo, uso racional de medicamentos ou automedicação, estímulo a comunidade para que participem de campanhas de saúde, como as de combate á dengue, vacinação de animais, crianças e adultos, orientação a que gestantes façam pré-natal, apoiando e informando a comunidade sobre os perigos das drogas, abuso de álcool, cigarros, cocaína e maconha, discussão sobre hábitos saudáveis de vida, alimentação, exercícios físicos e participação conjunta para desenvolver ações de prevenção das doenças (BANHOS, 2006; VIEIRA, 2007).

Quatro categorias de iniciativa que podem ser implantadas pelos farmacêuticos para melhorar a situação da saúde na comunidade, são elas: avaliação dos seus fatores de risco; acompanhamento e educação “do” e “para” o paciente; prevenção da saúde e; promoção da saúde e vigilância das doenças. Destacando que a promoção a saúde pode ser feita através de três orientações que dão suporte aos serviços oferecidos a população, como: disposição de serviços de prevenção clinica; vigilância na saúde pública e; promoção do uso racional de medicamentos pela sociedade (JAMES; ROVERS, 2003).

Da segunda metade da década de 60 em diante, surgiram propostas para resoluções dos problemas no setor de saúde. Dentre essas propostas, aponta-a discussão sobre a promoção da saúde e saúde coletiva como planejamento de reorientação das ações em saúde que contextualizam novas formulações para pensar e fazer a saúde pública (CARVALHO, 2005).

Assim, a AF é vista como uma estratégia facilitadora que possibilita à população acesso aos medicamentos mais básico no âmbito do SUS, desta forma, necessita de um total entrosamento entre os profissionais da área da saúde, especialmente, os farmacêuticos para o funcionamento do sistema e a prestação de serviços de qualidade à população.

No ciclo da AF, o resultado de uma atividade indica como auxilio para outra atividade e a ausência ou a execução de forma indevida de uma delas e impede o correto funcionamento de todo o ciclo (CORADI, 2012), como mostrado na Figura 1 que representa o ciclo da AF.

Figura 1 - Ciclo da assistência farmacêutica



Fonte: Adaptado de Marin et al. (2003).

As etapas do ciclo da AF compreendem a seleção que é um processo de escolha de medicamentos baseado em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) visando medicamentos seguros, eficazes e custo efetivos com finalidade de racionalizar seu uso (BRASIL, 2006).

A programação estima quantidades a serem adquiridas para determinar demanda de serviços por um período de tempo. É feita com base em uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) estabelecido na etapa de seleção. Nessa lista os medicamentos devem encontrar-se por nome genérico, forma farmacêutica e apresentação, a programação inadequada reflete sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento (CORADI, 2012).

Aquisição consiste num conjunto de procedimentos que visa o processo de compra dos medicamentos de acordo com uma programação estabelecida com objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo – efetividade e manter regular o sistema de abastecimento. A aquisição

deve responder: O que comprar? Para quem? Modo de comprar? Quanto? Quando? Como comprar? (CORADI, 2012; BRASIL, 2006).

O armazenamento é o conjunto de procedimentos técnicos e administrativos com finalidade de assegurar as condições adequadas de recepção, armazenamento, conservação de um eficaz controle de estoque (BRASIL, 2006).

A distribuição suprime as unidades de saúde com medicamentos em quantidade, qualidade e tempo, deve garantir rapidez e segurança na entrega (COSENDEY et al., 2000).

A dispensação é o ato profissional Farmacêutico que atende um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado (MARIN et al., 2003). É no ato da dispensação que o farmacêutico se destaca, tem que ocorrer a total interação entre profissional e usuário e o mesmo receber todas as informações e orientações sobre o correto uso do medicamento. Não levando em consideração apenas a assistência e as orientações fornecida ao usuário esse profissional detém de conhecimentos suficientes para intervir na estrutura organizacional das farmácias no âmbito do SUS.

Prescrição é um material de apoio a dispensação conforme a PNM é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente contendo dosagem e duração do tratamento expresso mediante a elaboração de receita médica. A “receita” é o documento formal e escrito que coloca em vigor o que deve ser dispensado e como o paciente deve usá-lo (CORADI, 2012).

Com finalidade de contribuir na melhoria da qualidade de vida da população promovendo ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde, a AF tem por objetivo, apoiar as ações de saúde promovendo seu uso racional. Faz parte da política de saúde, e é considerada área estratégica do sistema de saúde para o suporte às intervenções na promoção, prevenção de doenças e no tratamento (BRASIL, 2006).

Apresentar procedimentos de natureza técnica científica e administrativa, com funções de articular a integração dos profissionais de saúde, elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos, instrumentos de controle e avaliação, selecionar e estimar necessidades de medicamentos, gerenciar o processo de aquisição de medicamentos, garantir condições adequadas para o armazenamento

de medicamentos, gestão de estoque, distribuir e dispensar medicamentos (BRASIL, 2006).

As unidades de saúde, executora da atenção primária e farmacêutica cumprem um papel fundamental e relevante ao serem responsáveis por uma grande demanda de procedimentos. Dentre essas ações, incluem-se aquelas ligadas ao medicamento, acesso e uso racional (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000).

O PSF é um ambiente favorável para o desenvolvimento de modelos tecnológicos de uso do medicamento e avaliação de seu impacto na qualidade de vida dos usuários. Prioriza a família como fonte e desenvolvimento da saúde, caracterizada pelos hábitos e condições individuais e familiares. A equipe básica é composta por médico generalista, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário podendo ser incluídos outros profissionais de saúde (BRASIL, 1997).

Inicialmente a atuação do farmacêutico limitava-se ao cumprimento de funções de planejamento e execução de logística, porém, o aperfeiçoamento das políticas de saúde e a visualização da AF como parte importante do processo de cuidado em saúde fortalece para a aderência deste profissional na equipe de saúde e na atenção ao usuário (CRF-RS, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a AF no SUS deve ser compreendida como política pública que orienta para formular políticas setoriais, tendo como estratégias a manutenção e a qualificação dos serviços de AF na rede pública de saúde (BRASIL, 2004c).

A AF na atenção primária deve se conciliar com a demanda dos usuários para garantir o acesso ao medicamento (tecnologia de gestão). Para esse fim uma das etapas indispensáveis é estabelecer critérios para padronização dos medicamentos, mecanismos de compra e a logística de distribuição, a fim de estabelecer maior racionalidade administrativa. Estabelecer limites para a seleção de medicamentos, fundamentados em critérios epidemiológico de segurança, eficácia (evidência clínica) e farmacoeconômicos, evita as pressões de mercado e de relações interpessoais (MARIN et al., 2003; MESTRINER, 2003).

4.4 Obstáculos para o Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica

Para garantir uma ação de saúde de forma íntegra, no âmbito das farmácias municipais é preciso uma estrutura que abrange todas as áreas da AF (física, pessoal, recursos materiais e financeiros) garantindo, assim, a qualidade nos serviços farmacêuticos. É indispensável pensar nessa estrutura para atender as necessidades de assistência ao seu público alvo a fim de garantir resultados efetivos (BRASIL, 2009).

O espaço das farmácias nas unidades de saúde ainda são muito pequenos e se estrutura como um local de armazenamento de medicamentos até o momento da dispensação, sendo que estes são repassados aos usuários através de um balcão, dessa forma, o farmacêutico interage com a equipe de saúde, no entanto, seu foco principal deve estar voltado ao atendimento aos usuários (ARAÚJO et al., 2008).

Esse espaço tem que ser adequado com o grau de complexidade de cada farmácia, para que haja o desenvolvimento satisfatório das funções e atividades pertinentes. Assim, deve-se distribuir de maneira estratégica esses espaços físicos, considerando fácil acesso, boa localização, áreas bem definidas, bem sinalizadas e condições ambientais apropriadas como higienização e limpeza. A dimensão dessa área deve considerar as necessidades do local, volume de atividade, demanda de serviços, modalidade de aquisição, mobílias e números de colaboradores (CRF-RS, 2008).

A Portaria GM/MS nº. 1.555, de 30 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), regulamenta e aprova as normas de financiamento e de execução do componente básico de financiamento da AF. Por meio dessa portaria, as Secretárias Municipais de Saúde (SMS) poderão utilizar um percentual de até 15% dos recursos financeiros estaduais e municipais para adequação dos espaços físicos das farmácias do SUS nos municípios, à aquisição de equipamentos e mobílias destinados a dar suporte a AF (CONASS, 2012).

A mudança no comportamento do paciente frente à terapia medicamentosa está intrinsecamente interligada às informações recebidas do profissional no acolhimento e de como é elaborada, a discussão sobre a doença e o medicamento prescrito, desta forma, torna-se necessário uma postura mais ativa do profissional no que diz respeito ao uso correto do medicamento, além de atuar no cuidado ao paciente (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004).

Assim, é fundamental a atuação do profissional farmacêutico na dispensação dos medicamentos nas unidades de saúde, propiciando um efetivo trabalho no

tratamento medicamentoso dos usuários do SUS. Atualmente há muitos farmacêuticos que atuam na gestão de medicamentos na rede pública, trabalhando em equipe com outros profissionais de saúde para cumprir as necessidades da atenção básica (CFF, 2010).

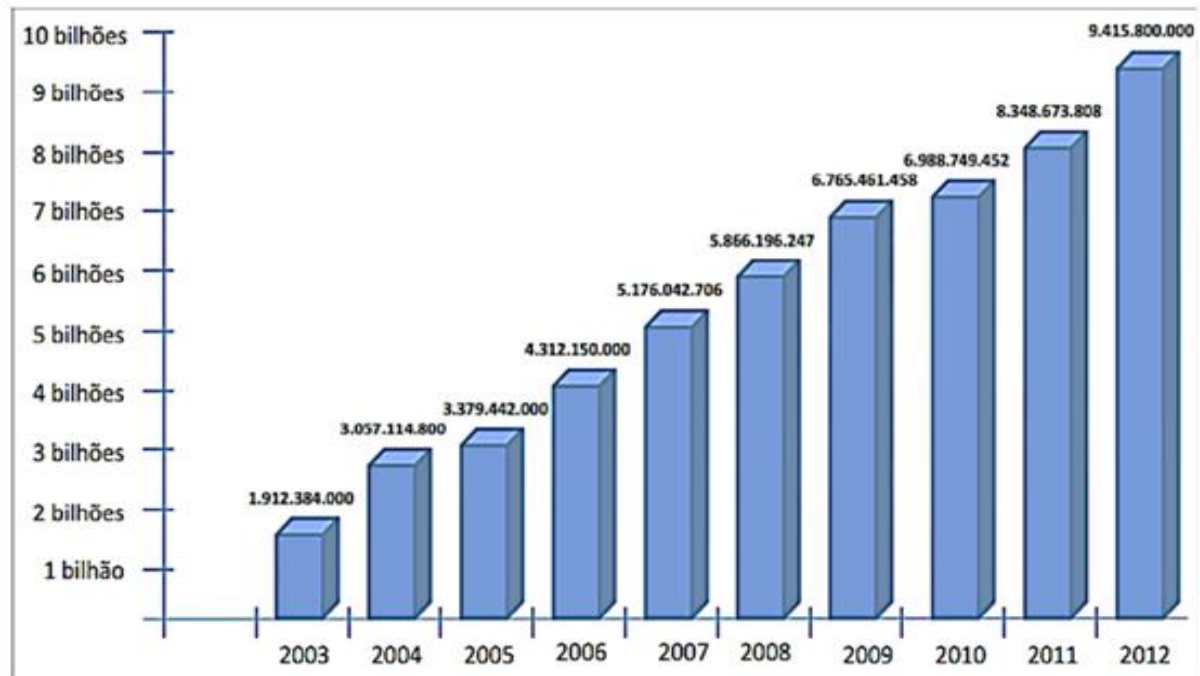
4.4.1 Logística

Políticas públicas envolvem operações logísticas, para obter sucesso nessa atividade à nível de eficiência e eficácia consiste em superar problemas como demora na aquisição, principalmente, em casos que necessitam de licitação, elevados custos de compra, aquisição de produtos e serviços inadequados, perdas e faltas de materiais de estoque (VAZ; LOTTA, 2011).

Na AF não é diferente, desde a criação dos SUS, essa área vem se firmando efetivamente como política de saúde e sendo vista como um indicador de qualidade da assistência à saúde. É um setor que preza pelo uso racional de medicamentos, no entanto, se destaca por inúmeros problemas acometidos pela utilização inadequada de medicamentos (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014).

Esses problemas têm caráter sistêmico e multidisciplinar e gera um impacto financeiro muito grande no SUS. Os gastos do governo nessa área são altos, e mesmo assim, muitos usuários ainda necessitam comprar seus medicamentos, por estar em falta no setor público. No caso de falta, há outra forma para obtenção dos medicamentos é por meio de ações judiciais, tornando a AF um desafio e um problema para a gestão da saúde pública (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014).

Figura 2 - Evolução orçamentária anual dos gastos federais com aquisição de medicamentos (R\$).



Fonte: Fundo Nacional de Saúde (FNS) adaptado por Pereira (2013, p. 47).

A Figura 2 demonstra os gastos do governo federal no período de 2003 a 2012, nesse intervalo (9 anos) os gastos da esfera federal aumentaram em média 7 bilhões de reais somente com medicamentos, salientando que essas compras são para rede pública de saúde em geral.

Por meio de uma avaliação feita pela Organização Pan-Americana da saúde (OPAS) revelou que na AF do Brasil acontece uma falta generalizada de medicamentos nas unidades de saúde e que acontece graves falhas no controle de estoque (OPAS, 2005).

Relatórios da Controladoria Geral da União (CGU) de 2004 a 2006 apontou que 71% dos municípios Brasileiros apresentam controle de estoque ausente ou deficiente, 39% tinham condições inadequadas para o armazenamento e 23% não tinham medicamentos (VIEIRA, 2008).

Análises realizadas por Bruns; Luiza; Oliveira (2014), em municípios paraibanos apartir de dados da CGU de 2003 a 2010, tem seus dados representados na Figura 3.

Figura 3 - Frequência das categorias/problemas na Assistência Farmacêutica nos relatórios da CGU em municípios paraibanos, entre 2003 e 2010.



Fonte: Bruns; Luiza; Oliveira (2014).

A análise dos dados observados constata problemas na AF em municípios paraibanos e relata a grande desorganização existente.

Em muitos municípios brasileiros faltam medicamentos essenciais, a dispensação é feita por mão de obra sem qualificação e os medicamentos perdem suas qualidades por má condições de armazenamento (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

No mesmo seguimento, o Banco Mundial analisou o poder de governo por parte dos gestores no SUS, mostrando que a logística de medicamentos consome 20% dos recursos da saúde, podendo ser a principal causa de ineficiências e perdas nesta área. A longa duração de licitações atrasa a execução de orçamentos que traz consequências como desabastecimento, dispensação sem eficiência, baixa qualidade de serviços ofertados. Desta forma, uma gestão de boa qualidade contribui não só para a estrutura da AF, mas também para a assistência prestada pelo farmacêutico aos usuários da rede de saúde pública (BRASIL, 2007b).

4.5 Uso Irracional de Medicamentos

Para pensar em estruturar a AF é necessário que o foco desse serviço não fique apenas nos medicamentos, passando a ter mais ênfase no usuário dos serviços, equilibrando os dois componentes em um serviço sistêmico (VIEIRA, 2008).

Por pensarem nessa estruturação e qualificação dos serviços desse setor gerou-se a chamada gestão da AF, que exige técnicas, habilidades e ações políticas e sociais. O Conselho Federal de Farmácia publicou a Resolução nº. 578 de Julho de 2013, que regulamenta as atribuições do farmacêutico nesta área para fortalecer o profissional farmacêutico na gestão da AF dentro do SUS (CFF, 2013).

Essa atividade não se limita somente em repassar medicamentos, tem que levar em consideração todo o serviço necessário para uma boa dispensação e que seu uso seja racional, tendo como resultado final melhores condições de saúde, tal fato fica evidenciado nos espaços destinados a farmácia, que geralmente são os mais reduzidos dificultando uma adequada dispensação aos usuários (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

Usuários com doenças crônicas tem grande problema de adesão ao tratamento medicamentoso, 40 a 60% das pessoas em tratamento não usam adequadamente os medicamentos prescritos, sendo que uma AF adequada e monitoramento evita o abandono do tratamento. Uma boa gestão organizando e estruturando a AF com qualidade, equipará o farmacêutico para prestar uma assistência de forma integral e individual, para conhecer as necessidades de cada usuário e formar laços entre farmacêutico e paciente para um atendimento diferenciado (SANTOS, OLIVEIRA, COLET, 2010).

O uso inadequado de medicamentos reflete em maiores gastos do poder público, a deficiência em passar informações destinadas ao uso correto do medicamento acarreta em prejuízos para a saúde da população, levando a maiores gastos de gestores públicos para recuperação da saúde. De todos os atendimentos de emergência, 28% estão relacionados aos medicamentos, e desses, 70% são situações evitáveis, 24% deles necessitam de internação hospitalar (VIEIRA, 2007).

4.6 Experiências Exitosas

Com base nos relatos de experiências exitosas de farmacêuticos no SUS, que contemplam a cinco regiões do país (Pomerode-SC, Estado do Paraná, Goiânia-GO, Araguatins-TO, Extrema-MG e Campina Grande-PB), percebeu-se a importância do compartilhamento dessas experiências para que possam ser aplicadas em diferentes localidades.

O município de Pomerode-SC conta com quatro farmacêuticos concursados, três na AF e um na Vigilância Sanitária. Os três profissionais da AF trabalham em seguimentos diferentes, um no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um na Farmácia Central que se localiza na Policlínica e o último no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a cidade possui uma REMUME que é revisada anualmente pela CFT (HOEPFNER, 2013).

O município se destaca por usar 15% do recurso Estadual e Municipal da Assistência Básica para adequação e estruturação das farmácias das unidades de saúde, esse feito aconteceu graças a Portaria GM/MS nº. 1.555, de 30 de julho de 2013 que aprovou o financiamento e permite que as SMS utilizem esse percentual de 15% anualmente destinado as adequações do espaço físico das farmácias do SUS e para a compra de equipamentos e móveis (BRASIL, 2013; HOEPFNER, 2013). Tal mudança pode ser observada na Figura 4.

Figura 4 – Adequação da ambiência das farmácias das UBS e da CAF de Pomerode-SC.



Fonte: Hoepfner (2013).

O processo de reestruturação das farmácias do município teve início no ano de 2010, onde foram executadas as primeiras compras de mobiliários, contudo, esse processo aconteceu passo a passo. Em 2012 foram adquiridas caixas plásticas para

organização dos medicamentos no armário, tal aquisição destinou-se a todas as unidades de saúde. Já em 2013 foram adquiridos equipamentos e mobílias para a adequação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) (HOEPFNER, 2013).

O Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná (CRF-PR), através de dados levantados por fiscalização revelou que dos 399 municípios paranaenses, 318 oferecem AF nas unidades de saúde e 379 contam com pelo menos um farmacêutico (ALVES, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) afirma que o Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR) tem suas ações voltadas para aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos, por meio desse centro é possível garantir à todos os municípios o acesso aos medicamentos dos programas pela Secretária Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR) por meio de uma logística qualificada (ALVES, 2013).

Esse centro conta com 22 regionais, 650 itens de medicamentos envolvendo todas as etapas do ciclo da AF, para atender os pacientes da APS, componente estratégico que envolve os medicamentos utilizados no tratamento de doenças específica, em casos agudos ou crônicos, abrangendo medicamentos previstos em Protocolos Clínicos e de tratamento farmacoterapêutico, medicamentos esses, de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico, exijam tratamentos de custo elevado destinados a pessoas portadoras de doenças raras (ALVES, 2012).

No ano de 2011, o CEMEPAR investiu uma quantia de mais de 310 milhões de reais na aquisição de medicamentos, ressaltando que grande parte desse valor foi destinado a compra de medicamentos do componente especializado. O Centro contribui para a estruturação das farmácias, na execução de planejamento, orçamentos, e em todas as atividades que envolvem a AF. Para atender o cumprimento das solicitações de medicamentos por demanda judicial no Paraná, a SESA-PR implantou no ano de 2012 um sistema totalmente informatizado, possibilitando um maior controle e agilidade nos processos (ALVES, 2012).

Segundo os dados do CEMEPAR, o estado do Paraná possui uma grande demanda de medicamentos, relatando que alguns não fazem parte dos itens padronizados na AF do SUS e que geralmente são de custos elevados. Deste modo, somente por demandas judiciais é possível viabilizar a distribuição desses medicamentos. Com a implantação do sistema JudSismedex as orientações e informações para o cumprimento das ações judiciais foram repassadas de forma

mais simples e com mais clareza as Regionais de Saúde, facilitando todo o processo de distribuição (ALVES, 2013).

Goiânia, capital do estado de Goiás estrutura a AF com mais de 150 farmacêuticos, 72% desses farmacêuticos possuem pós-graduação e esses profissionais atuam em diversas atividades, tais como, coordenação da assistência farmacêutica, supervisão, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, apoio às equipes de saúde, farmacovigilância, análise e atendimento nas demandas judiciais e urgência e emergência (MARQUES et al., 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia possui uma política para aquisição de medicamentos, por meio do modelo do contrato (Sistema de Registros de Preços), com o período de cotação valendo por 12 meses. Essa modalidade de licitação permite ao município a possibilidade de se antever ao desabastecimento, utilizando de maneira racional o orçamento disponível (MARQUES et al., 2013).

Desde 2011, são usados os preços do Banco de Preços em Saúde (BPS) como referência pela SMS do município em processos licitatórios para aquisição de medicamentos. A meta é sempre reduzir custos e buscar preços mais vantajosos. As compras públicas de medicamentos no município se iniciam com um processo licitatório conforme solicitação do departamento de AF. Os farmacêuticos da Comissão de Gestão e Planejamento de Materiais (CGPM) analisam a quantidade do pedido e consultam os preços conforme o último registro no sistema BPS e em publicações vigentes (MARQUES et al., 2013).

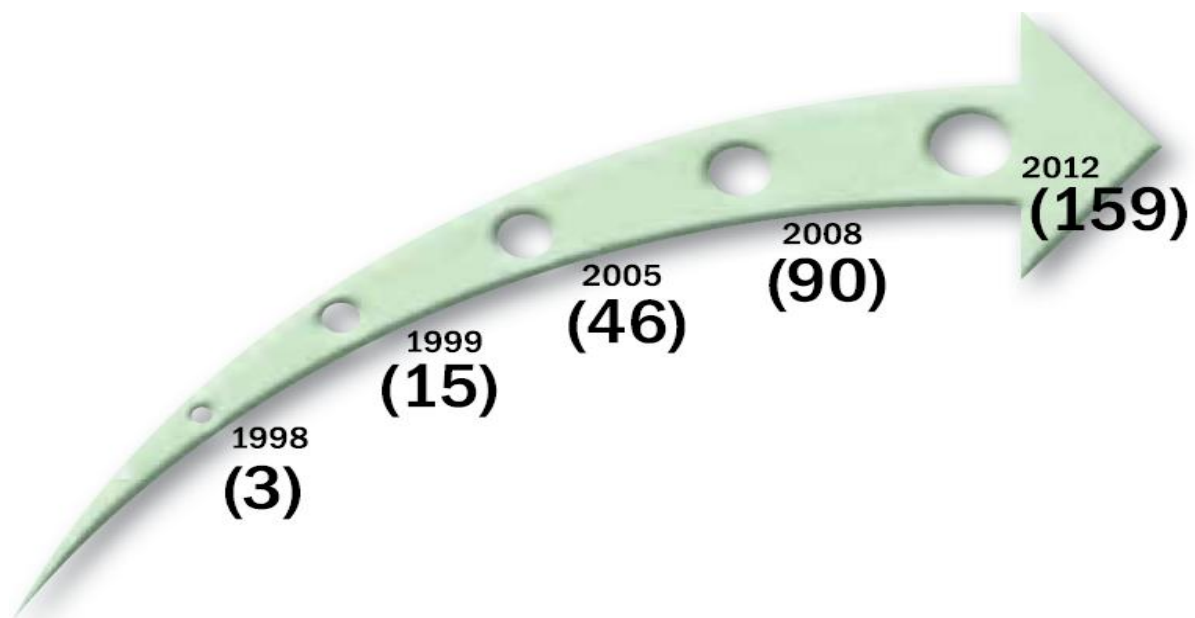
Torna-se indispensável à participação do farmacêutico durante todo processo de aquisição de medicamentos, visto que essa aquisição requer intervenções de porte técnico. A prática de licitação com registros de preço, com cotação válida por um período de 12 meses, possibilitou ao município antecipar-se a demanda e racionalizar o orçamento disponível no momento da contratação. Esse modelo reduz o número de licitações, agiliza a aquisição e organiza o armazenamento de produtos. Assim, o poder de negociação de preços aumentou com maiores volumes negociados e a tendência de preços tem caído significativamente (MARQUES et al., 2013).

No município de Goiânia-GO, a AF farmacêutica vem crescendo significativamente nos últimos 10 anos, esse quadro começou a mudar no ano de 2010 quando o município investiu R\$ 18,82 por habitante para gastos com a saúde pública. Atualmente, Goiânia se divide em 7 distritos e tem duas farmácias, uma no

Distrito Sanitário Oeste e outra no Distrito Sanitário Campinas/centro. Cada distrito possui no mínimo 2 farmacêuticos, atuando um pela manhã e outro pela tarde com total liberdade e autonomia para exercer suas funções (LEMOS, 2013).

O farmacêutico de cada distrito atua supervisionando as unidades de saúde, controle de estoque dos medicamentos, solicitação de medicamentos para a CAF, qualificação dos auxiliares de farmácia, transação de medicamentos entre as unidades e avaliação do abastecimento de medicamentos para evitar desperdício. Nas farmácias quem faz o atendimento ao paciente e a dispensação de medicamentos é o farmacêutico. Na última gestão a AF foi priorizada, sendo inserida na estrutura da SMS por meio da criação do Departamento de AF, a CAF que é responsável pelo armazenamento e distribuição dos medicamentos, também foi inserida nessa organização a Farmácia de Insumos e Medicamentos Especiais, responsável pelo atendimento das demandas judiciais (LEMOS, 2013). As figuras 5 e 6 mostram a evolução do quadro de farmacêuticos e áreas de atuação dos mesmos, no município de Goiânia-GO.

Figura 5 – Evolução do quadro de farmacêuticos que compõe a Assistência Farmacêutica de Goiânia-GO.



Fonte: Lemos (2013).

A AF municipal conta com aproximadamente 160 farmacêuticos em sua estrutura que atuam em diversas atividades: coordenação de processos, supervisão, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos,

farmacovigilância, análise e atendimento das demandas judiciais e urgência e emergência (LEMOS, 2013).

Figura 6 – Áreas de atuação dos farmacêuticos que compõe a Assistência Farmacêutica de Goiânia-GO.



Fonte: Lemos (2013).

Com o aumento do efetivo de farmacêuticos trabalhando a AF, o município de Goiânia vem se destacando graças ao atendimento personalizado (individual). Ao entrar na farmácia, o paciente recebe uma senha para atendimento com o farmacêutico, aguarda sentado, por no máximo 15 minutos. Ao ser chamado, o mesmo se dirige à mesa do farmacêutico para atendimento individualizado, recebendo orientação sobre o uso correto, seguro e racional do medicamento prescrito e tira dúvidas sobre a sua farmacoterapia (LEMOS, 2013).

No município, a farmácia central atende cerca de 60 a 70 pacientes diariamente, entre crianças, jovens e idosos, com diferentes tipos de doenças. O atendimento tem como foco principal o elevado grau de satisfação dos usuários com o serviço. Todo atendimento farmacêutico fica registrado eletronicamente, por meio do controle de dispensação de medicamentos informatizado, tendo suas prescrições acessíveis a todos os farmacêuticos e profissionais de saúde municipais. Na farmácia, o farmacêutico atua como gestor da unidade, e também realiza o

acompanhamento especializado de pacientes hipertensos, diabéticos, asmáticos e renais crônicos (LEMOS, 2013).

As informações sobre medicamentos são prestadas aos pacientes e pelos farmacêuticos em tempo real. O sucesso desse tipo de atendimento prestado é que na maioria das vezes o paciente sai satisfeito com o atendimento que lhe é prestado, repassando essa satisfação na adesão à terapia medicamentosa prescrita (LEMOS, 2013).

A AF do município de Araguatins, no Estado do Tocantins conta com quatro farmacêuticos, um atuando na farmácia do hospital, um no CAPS e dois na farmácia básica - Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), sendo a REMUME atualizada anualmente e repassada aos prescritores. Nota-se uma boa adesão feita pelos médicos aos medicamentos da lista REMUME em suas prescrições (OLIVEIRA, 2013).

No âmbito da AF, após diagnóstico no município constatou-se que a mesma consistia na aquisição de medicamentos e correlatos, distribuição para as unidades básicas de saúde e entrega para usuários. Não havia a implementação do controle de estoque eficiente, cuidados com armazenamento e conservação, orientações durante a dispensação, e nem critérios e rotinas para distribuição entre as farmácias das unidades de saúde, também não havia a realização de seleção e programação, com isso a falta de medicamentos era constante e prolongada (OLIVEIRA, 2013).

A adesão do município à ferramenta Hórus (Sistema Nacional da Assistência Farmacêutica), disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, permitiu o acompanhamento individualizado do uso de medicamentos e controle da distribuição e do estoque em tempo real, bem como auxiliou na formação educacional dos funcionários e usuários, mediante apresentação de uma prescrição médica e do cartão SUS para dispensação dos medicamentos. Foi elaborado um controle dos medicamentos para as farmácias das Unidades básicas de Saúde (UBS) realizarem seus pedidos de forma quinzenal ou mensal e organizar as solicitações de medicamentos para equipes da zona rural (OLIVEIRA, 2013).

Para o usuário essa estruturação possibilitou um maior acesso aos medicamentos essenciais, com garantia de qualidade, melhor atendimento e orientação e maior adesão ao tratamento, além do seu uso racional. Para os gestores a melhoria aconteceu no ato de usar adequadamente os recursos financeiros, aquisição de medicamentos e insumos necessários, redução de

medicamentos vencidos, além de fornecer acesso a relatórios sobre o andamento da AF (OLIVEIRA, 2013).

Um estudo realizado pela farmacêutica Regiane Cristina dos Santos Moreira Borges na cidade de Extrema-MG revelou que a AF do município conta com farmacêuticos distribuídos nas Equipes de Saúde da Família (ESF), NASF e Vigilância Sanitária. As primeiras etapas organizadas pela farmacêutica foram de padronização e treinamento, capacitação dos auxiliares de farmácia, e a mesma elaborou um Manual de Boas Práticas de Farmácia com a padronização de medicamentos e controle de estoque. Essas ações tiveram como objetivo humanizar o atendimento nas farmácias e adequações na estrutura, atualmente os usuários são atendidos sentados e com horário marcado (agendado) ou com senha (BORGES, 2013).

Nesse período de adequação, a farmacêutica realizou pesquisas de satisfação com os usuários e comprovou a satisfação dos mesmos que classificaram as mudanças como ótimo ou muito bom, o tempo de espera foi classificado como ótimo, bom e muito bom e os usuários ainda relatam que o tempo de espera é de menos de 10 minutos. Em relação ao novo modelo de atendimento, os usuários foram questionados sobre como se sentem na farmácia: acolhido 33%, respeitado 51% e valorizado 13,9%. Estudos como este mostra o direcionamento de futuras ações farmacêuticas e gestores municipais, pois demonstram que uma estrutura física adequada e recursos humanos capacitados e em quantidades suficientes, expõe a grande necessidade de inserção do farmacêutico em cada equipe de saúde da família. Os usuários reconhecem e estão satisfeitos com a prestação dos serviços farmacêuticos, o acompanhamento farmacoterapêutico e a educação em saúde contribui para a promoção do uso racional de medicamentos e melhoria na qualidade de vida dos usuários (BORGES, 2013).

A SMS da cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba criou a coordenação de Assistência Farmacêutica e por meio de concurso público contratou 10 farmacêuticos em 2011, esse acontecimento foi um marco no quadro de saúde da cidade, pois, a AF passou a ser considerada como setor de saúde e não é mais vista somente como local de distribuição de medicamentos, com ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde. Os farmacêuticos contratados tiveram suas atividades focadas na Atenção Básica, os mesmos desempenham seu papel

somente nos centros de saúde e também supervisionam as UBS em cada distrito sanitário (LEITÃO, 2011; LEITÃO, 2013).

A atuação dos farmacêuticos se deu pela necessidade de dispensação e de promover o uso racional de medicamentos. Por essa necessidade, a SMS de Campina Grande criou o protocolo de AF tendo como objetivo melhorar as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde por meio de registros sobre o consumo de medicamentos para efetivar a programação, aquisição e armazenamento dos medicamentos e criar mecanismos para controle de estoque e fornecimento de medicamentos (LEITÃO, 2012; LEITÃO, 2013).

No mesmo, consta à atuação dos farmacêuticos nos centros de referência, incluem a assistência à comunidade dispensando medicamentos, realizando acompanhamento farmacoterapêutico, realização de palestras a grupos específicos como hipertensos e diabéticos, visitas as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), orientação sobre armazenamento, controle de estoque, dispensação e dúvidas relacionadas ao medicamento. Após um período de seis meses de acompanhamento, elaborou-se um manual contendo informações sobre conservação e dispensação dos medicamentos. Antes, na maioria das unidades não era feito o controle de estoque, o que facilitava o desvio ou perda por vencimento, pois, não havia responsável com competência técnica para fazer esse controle (LEITÃO, 2012; LEITÃO, 2013).

Esse acompanhamento realizado pelos farmacêuticos possibilita mudanças com grandes impactos, principalmente sobre medicamentos perdidos por vencimento ou má conservação, e a participação de outros profissionais de saúde, como médicos e cirurgiões dentistas tornam essa iniciativa ainda mais efetiva. O apoio de gestores municipais torna-se fundamental para o sucesso do trabalho dos farmacêuticos, os gestores entenderam a importância deste trabalho e dão continuidade com a implantação do NASF, onde os farmacêuticos compartilham seus conhecimentos e responsabilidades com novos profissionais de saúde. Houve relatos de usuários que demonstraram grande satisfação em poder contar com mais profissionais capacitados para esclarecer dúvidas a respeito dos medicamentos. Hoje, nas UBSF do município, a dispensação de medicamentos é exclusiva do farmacêutico ou pelo auxiliar de farmácia sob orientação do farmacêutico (LEITÃO, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse modelo de prática farmacêutica em que a atenção está voltada mais para o paciente do que para o medicamento, a AF não se limita apenas a distribuição e armazenamento de medicamentos, sua estruturação permite assistência integral por parte do farmacêutico aos usuários, visando minimizar as possíveis complicações para a saúde do usuário, bem como, a redução de custos.

Dentre as atribuições do farmacêutico está a promoção à saúde no âmbito do SUS, principalmente através da prestação de um serviço de qualidade e de fácil acesso à população, no entanto, para atingir estes pressupostos a AF encontra muitos desafios quando não há um engajamento dos gestores, dificultando a inserção do profissional farmacêutico nas equipes multiprofissionais que atendem as Unidades de Saúde.

Os gestores devem ainda repensar suas práticas, buscando soluções por meio de experiências práticas que deram certo, já que o papel do farmacêutico dentro da sociedade é de suma relevância na educação em saúde e na dispensação de medicamentos, possuindo os saberes necessários para trazer benefícios para a saúde do paciente e para o processo de promoção da saúde.

A AF por meio do farmacêutico deve promover o uso racional de medicamentos, tornando, assim, o tratamento mais eficaz e capacitando o usuário para saber lidar com os possíveis efeitos adversos e interações dos medicamentos, contribuindo para a sua adesão do tratamento.

Assim, a inserção do farmacêutico na AF de qualidade na atenção básica é uma estratégia por partes dos gestores para melhorias nos setores de saúde e total confiabilidade dos usuários ao serviço de saúde pública. Para tanto, faz-se necessário estruturar à área física da farmácia, com locais de armazenamento dos medicamentos, espaço para uma dispensação adequada e assistência de qualidade aos usuários, podendo assim, ser efetivamente considerada como uma ferramenta de promoção à saúde e prevenção a agravos à saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. M. P. Centro de Medicamentos do Paraná - CEMEPAR: programação, aquisição e distribuição de medicamentos realizados de forma efetiva. In: CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ. Assistência Farmacêutica no serviço público: quando o detalhe é a diferença. **O Farmacêutico em revista**, v. 4, n. 99, 2012.

_____. Experiência do Centro de Medicamentos do Paraná - Cemepar: programação, aquisição e distribuição de medicamentos realizadas de forma efetiva. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Ano I, n. 01, Junho/2013.

ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. Assistência Farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 25, n. 1, p. 10-16, 2004.

ARAÚJO, A. L. A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 13, suppl., p. 611-617, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 26, n.2, p. 87-92, 2005.

BANHOS, R. M. O. **Implantação da Atenção Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) de Alfenas-MG**. 2006. 73 f. Monografia (Especialização Lato Sensu em Atenção Farmacêutica). Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG. Alfenas-MG, 2006. Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/Mono%20%20correta-ROSANA%20BANHOS>

BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade** [online]. v. 16, n.1, p.57-68, 2007.

BORGES, R. C. S. M. Estruturação da Assistência Farmacêutica nas Unidades de saúde da Família de Extrema/MG. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Ano I, n. 01, Junho/2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 1988a.

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

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 306, de 7 de dezembro de 2004. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília-DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Central de Medicamentos. **I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos**. Centro de Convenções, Brasília-DF: CEME, 1988b. 43 p. [relatório final]

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.555, de 30 de julho de 2013. **Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília-DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Aprovar a Política Nacional de Medicamentos**. Brasília-DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº. 1886/G.M. de 18 de dezembro de 1997. **Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Brasília-DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Unidade de Gerenciamento do Brasil. Departamento de Desenvolvimento Humano. Departamento de Redução de Pobreza e Gestão Econômica. Região da América Latina e do Caribe. Relatório nº. 36601-BR. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos.** Washington D.C.: Banco Mundial, Fev. 2007b.

BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 745-765, maio/jun. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a Clínica Ampliada em equipes de Saúde da Família. In: _____ (Org.). **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2002.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Conselho Federal de Farmácia. Conselho Regional de Farmácia do Paraná. Organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia. **A assistência farmacêutica no SUS.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010.

_____. Resolução nº. 308, de 2 de maio de 1997. **Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias.** Brasília-DF, 1997.

_____. Resolução nº. 357 de 20 de abril de 2001. **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.** Brasília-DF, 2001.

_____. Resolução nº. 578, de 26 de julho de 2013. **Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília-DF, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAUDE. **Proposta de revisão da portaria que aprova as normas de financiamento e execução do componente**

básico da assistência farmacêutica. Nota técnica, n. 27, Brasília-DF, Out. 2012. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-27_-2012-Revisa%CC%83o-PT-CBAF-VF.pdf

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO RIO GRANDE DO SUL. Comissão Assessora de Farmacêuticos do SUS. **Guia do Farmacêutico no Sistema Único de Saúde.** Porto Alegre: CRF-RS, 2008. Disponível em: <http://farmaceuticogaucho.pro.br/attachments/File/GUIASUS.pdf>

CORADI, A. E. P. A importância do farmacêutico no ciclo da Assistência Farmacêutica. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 62-64, Maio/Ago. 2012.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 16, n. 1, p.171-182, 2000.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

FEITOSA, F. P. J. **O papel do farmacêutico no controle do uso racional de antibióticos.** 2006. 45 f. Monografia (Especialista em Assistência Farmacêutica). Escola de Saúde Pública do Ceará. Crato-Ceará, 2006. Disponível em: file:///C:/Users/Secretaria/Downloads/06_monografia_francisco%20Pereira.pdf

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. Medicamento, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 4, n. 1, p.01-11, 2003.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação.** Belo Horizonte: UFMG, 2006. 166 p.

GOMES, C. A. P. G. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde.** Belo Horizonte: Ed. FUNED, 2007.

HOEPFNER, L. Adequação das farmácias das unidades de saúde de Pomerode/SC utilizando o recurso da assistência Farmacêutica. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS.** Ano I, n. 01, Junho/2013.

JAMES, J. A.; ROVERS, J. P. Wellness and health promotion. In: ROVERS, J. P. et al. **A practical guide to pharmaceutical care.** Washington: American Pharmaceutical Association, 2003. p. 183-200.

LEITÃO, L. C. A. Implantação da Assistência Farmacêutica na Estratégia Saúde da Família e elaboração de protocolo municipal. **Revista Infarma**, v. 23, n. 1-2, p. 26-29, 2011.

_____. Implantação da assistência farmacêutica na Estratégia Saúde da Família e elaboração do protocolo municipal de Campina Grande, PB. **Revista Infarma**, v. 24, n. 1-3, p. 132-135, 2012.

_____. O papel do farmacêutico distrital no âmbito da estratégia de saúde da família do município de campina Grande - PB. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Ano I, n. 01, Junho/2013.

LEMOS, C. F. Assistência Farmacêutica de Goiânia: organização e valorização do trabalho, um exemplo a ser seguido. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Ano I, n. 01, Junho/2013.

MARGONATO, F. B. As atribuições do farmacêutico na política nacional de medicamentos. **Revista Infarma**, v.18, n. 3-4, p. 28-31, 2006.

MARIN, N. J. et al. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARIN. N. J. Los servicios farmacéuticos en la atención de la salud. **Boletín Farmacéutico Bonaerense**, n. 350, 2002. Disponível em: <http://www.colfarma.org.ar/boletin/revistas/articulos/n350/articulo350f.html>.

MARQUES, C. M. et al. Experiência da Secretaria de Saúde de Goiânia: a utilização do Banco de preços em saúde nos processos de aquisição de medicamentos. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Ano I, n. 01, Junho/2013.

MESTRINER, D. C. P. **O farmacêutico no serviço público de saúde**: a experiência do município de Ribeirão Preto – SP. 2003. 128f. Dissertação (Mestre em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto-SP, 2003. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-16022007-105945/pt-br.php>

OLIVEIRA, D. K. S. Araguatins/TO: estruturação da assistência Farmacêutica. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Ano I, n. 01, Junho/2013.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 853-864, out./dez. 2010

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**: estrutura, processo e resultados. Brasília: OPAS/MS, 2005.

PEREIRA, M. A. **Programa Farmácia Popular no Brasil**: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal. 2013. 93 f. Dissertação (Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Danilo%20Abreu/Downloads/pereiramam.pdf

SANTOS, F. S.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 223-7, 2010.

SATURNINO, L. T. M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de sua identidade. **Revista Brasileira de Farmácia**. v. 93, n. 1, p. 10-16, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações em unidades básicas. 2. ed., São Paulo: Hucitec, 2000.

TURNOCK, B. J. **Public health**: what it is and how it works. 3. ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2004.

VAZ, J. C.; LOTTA, G. S. A contribuição da logística integrada às decisões de gestão das políticas públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública** [online]. v. 45, n. 1, p.107-139, 2011.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 27, n.2, p. 149-156, 2010.

_____. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 12, n.1, p. 213-220, 2007.

_____. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 24, n.2, p.91-100, 2008.