



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

CAROLINA GALGANE LAGE MIRANDA

**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: CONSIDERAÇÕES PARA A POLÍTICA
NACIONAL A PARTIR DA CIDADE DE PALMAS/TO**

RECIFE

2013

CAROLINA GALGANE LAGE MIRANDA

**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: CONSIDERAÇÕES PARA A
POLÍTICA NACIONAL A PARTIR DA CIDADE DE PALMAS/TO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Inovação Terapêutica.

Orientador: Prof^a. Dra. Ana Cristina de Almeida
Fernandes

Coorientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

RECIFE

Catálogo na fonte
Elaine Barroso
CRB 1728

Miranda, Carolina Galgane Lage

Serviços farmacêuticos: considerações para a política nacional a partir da Cidade de Palmas/TO/ Carolina Galgane Lage Miranda– Recife: O Autor, 2013.

242 folhas : il., fig., tab.

Orientadora: Ana Cristina de Almeida Fernandes

Coorientador: Mauro Silveira de Castro

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas, Inovação Terapêutica, 2013.

Inclui bibliografia

- 1. Farmácia 2. Política de saúde 3. Tocantins (Brasil) I. Fernandes, Ana Cristina de Almeida (orientadora) II. Castro, Mauro Silveira (coorientador) III. Título**

615.1

CDD (22.ed.)

UFPE/CCB- 2013- 240

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Sílvio Romero de Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

DIRETORA DO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Prof^a. Dr^a. Maria Eduarda Lacerda de Larrazábal

VICE-DIRETORA DO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Prof^a. Dr^a. Oliane Maria Correia Magalhães

**COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO
TERAPÊUTICA**

Prof^a. Dr^o. Cesar Augusto Souza de Andrade

**VICE-COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO
TERAPÊUTICA**

Prof^a. Dr^o. Luis Alberto Lira Soares

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: GALGANE, Carolina Lage Miranda

Título: Serviços Farmacêuticos: Considerações para a Política Nacional a partir da cidade de Palmas/TO.

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Inovação Terapêutica

Aprovada em: 22/02/2013

Banca Examinadora

Prof. Dra. Ana Cristina de Almeida Fernandes

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Assinatura: _____

Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Assinatura: _____

Prof. Dr. Jan Bitoun

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Assinatura: _____

Dedico este trabalho à Prof. Suely Galdino; aos Usuários do Sistema Único de Saúde, pela esperança na melhoria dos serviços e à Família Galgane, Miranda e Siqueira, pelo estímulo em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por tornar possível o encontro com tantas pessoas maravilhosas, e pelas oportunidades de crescimento, aprendizado e inquietude!

À **Universidade Federal de Pernambuco** e ao **Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica**, em especial a admirável **Profª. Suely Lins Galdino**, que proporcionou o começo de tantas descobertas, e por me ensinar o quão importante é saber, mas principalmente buscar alternativas e caminhos para o avanço nas questões sociais brasileiras!

A minha **querida família**, pois sem eles talvez nem fosse possível chegar onde estou e ao **amor da minha vida** por me encorajar e por me fazer crer que a distancia é muito mais positiva e suportável quando se tem uma meta que beneficia a muitos outros;

Agradeço carinhosamente a **Maria das Neves**, que muito auxiliou na obtenção e na elaboração dos microdados do IBGE;

A querida professora **Marion Quadros** que iluminou e guiou meus caminhos na metodologia e na compreensão da pesquisa antropológica em saúde;

Ao Prof. e Amigo Mauro de Castro, pela dedicação no ensinamento e na disponibilidade em me fazer aprender a valorização humana do tratamento e das pessoas;

Ao professor **Parry Scott**, pelas lições imprescindíveis no trabalho da antropologia e pela gentileza humana;

A **Profª. Karylleila Andrade** pela boa conversa sobre antropologia e a real necessidade de entendimento entre áreas profissionais e indivíduos;

A **querida Profª. Ana**, por aceitar o grande desafio do diálogo, da convivência entre áreas diversas, e por ser uma excelente professora;

Aos companheiros (GRITT, PPGIT, e Amigos), aos farmacêuticos municipais de Palmas e principalmente aos usuários que me cederam suas dignas informações e esperanças em um serviço de saúde pública de qualidade e mais humano!

Ao **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Inovação Farmacêutica (INCT_if)** e a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), pela bolsa concedida e pela confiança na execução da pesquisa!

RESUMO

GALGANE, C. L. M. Serviços Farmacêuticos: Considerações para a Política Nacional a partir da cidade de Palmas/TO. 2013. 245f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

A análise do perfil socioeconômico das populações sempre foi de extrema relevância para os estudos e conhecimentos dos determinantes sociais em saúde. As desigualdades regionais e populacionais são de interesse para a formulação ou reformulação das políticas de saúde no Brasil. Logo, a PNS que reflete as intenções em promoção, proteção e acesso a saúde e insumos médicos deve atentar-se para as características econômicas e sociais das populações. Uma vez que, o âmbito de atuação das políticas se dá em todo território nacional e devido a extensão territorial, as diferentes regiões e populações que o compõem é de grande interesse que se avalie e se conheça as características das populações de modo a propiciar políticas e ações de saúde em consonância e dirigidas às especificidades das populações a que se destina. A partir dessa visão, objetivou-se analisar a relação entre as características socioeconômicas da população de Palmas/TO com os serviços farmacêuticos públicos prestados na cidade. A cidade possui 23 anos e caracteriza-se por ter uma população tipicamente migrante. A metodologia consistiu na abordagem Quali-Quantitativa, com uso da análise Hermenêutica, e da manipulação e análise da fonte de dados, do IBGE do ano de 2010, utilizando os softwares SPSS 17.0 e Microsoft Excel 2010. Utilizando-se por fim a triangulação do método para análise metodológica e os componentes da tríade composta por Donabedian para Avaliação de Serviços de Saúde. Os resultados da pesquisa confirmaram a importância da consideração do perfil populacional para que o atendimento e a prestação dos serviços farmacêuticos esteja de acordo com as características da população. Neste trabalho, embora 100% dos farmacêuticos tenham dito ter conhecimento da realidade social da população, apenas 14,29% consideram esse conhecimento durante o atendimento. Os Usuários que utilizam esse serviço são 83,75% de baixa renda, com a visão da farmácia como local de entrega de medicamento; 45,45% dos usuários saem da farmácia sem saber como utilizar os medicamentos e 61,43% não tem adesão ao tratamento. Esses achados corroboram com a relação observada, e objeto de estudo do trabalho, no qual os serviços farmacêuticos não estão adaptados para cada realidade da cidade e nem o POP é capaz de apreender as realidades das populações. Os indicadores atuais utilizados pelas AF são voltados para número de atendimento e medicamentos dispensados, não sendo, portanto centrados no usuário. Entende-se este estudo como proposta a mudanças nos serviços farmacêuticos, constituindo-se tema profícuo de grande relevância e necessidade de análise aprofundada para contribuir com o aprimoramento da PNAF, principalmente no que se refere, aos serviços farmacêuticos voltados para as populações que se destinam, dentro dos princípios de humanização do cuidado, filosofia de prática de Atenção Farmacêutica e do uso correto e seguro de medicamentos.

Palavras-chave: perfil socioeconômico; serviços farmacêuticos; Palmas; Censo 2010, assistência farmacêutica.

ABSTRACT

GALGANE, C. L. M. Serviços Farmacêuticos: Considerações para a Política Nacional a partir da cidade de Palmas/TO. 2013. 245f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

The analysis of the socioeconomic profile of the population has always been very important for the study and knowledge of the social determinants of health. Regional inequalities and stocks are of interest to the formulation or reformulation of health policy in Brazil. Thus, the PNS that reflects the intentions in the promotion, protection and access to health and medical supplies must look to the economic and social characteristics of the population. Once the scope of work of policies takes place nationwide and due to territorial extension, the different regions and populations that compose it is of great interest to evaluate and be known population characteristics in order to provide policies and health actions in line and addressed the specifics of the intended populations. From this vision, aimed to examine the relationship between socioeconomic characteristics of the population of Palmas / TO with the public pharmaceutical services provided in the city. The city has 23 years and is characterized by having a typically migrant population. The methodology consisted of Quali-quantitative approach, using the analysis Hermeneutics, and the manipulation and analysis of the data source, the IBGE of 2010, using the SPSS 17.0 and Microsoft Excel 2010. Using finally the triangulation method for analysis and methodological components of the triad composed Donabedian Assessment for Health Services Research results confirmed the importance of considering the population profile for the service and the provision of pharmaceutical services is According to the characteristics of the population. In this work, although 100% of pharmacists said they have knowledge of the social reality of the population, only 14.29% believe that knowledge during the service. Users who use this service are 83.75% of low income, with the vision of pharmacy as local drug delivery; 45.45% of users leave the pharmacy without knowing how to use the drugs and has 61.43% membership treatment. These findings corroborate the observed relationship, and subject matter of the work, in which pharmaceutical services are not adapted to the reality of each city and the POP is not able to grasp the realities of the populations. The current indicators used by AF are facing number of care and medications dispensed, and therefore not user-centric. This study as proposed changes in pharmaceutical services, being lively theme of great relevance and need for in-depth analysis to contribute to the improvement of the national policy of Pharmaceutical Assistance, especially with regard to pharmaceutical services geared to populations that are intended, within the principles of humanization of care, practical philosophy of pharmaceutical care and correct use and safe medicines..

Keywords: socioeconomic profile; pharmaceutical services; Palmas; 2010 Census, pharmaceutical assistance.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 - Mapa da cidade de Palmas/TO.

Ilustração 2 - Mapa da concentração populacional (em percentual e números absolutos) da cidade de Palmas/TO segundo áreas de ponderação.

Ilustração 3 - Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação a média de rendimento(mensal) em todos os trabalhos em reais (R\$), segundo áreas de ponderação.

Ilustração 4 - Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação ao nível de instrução: sem instrução e fundamental incompleto, segundo áreas de ponderação.

Ilustração 5 - Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação ao nível de instrução: fundamental completo e médio incompleto, segundo áreas de ponderação.

Ilustração 6 - Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação ao nível de instrução: superior completo, segundo áreas de ponderação.

Ilustração 7 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde.

Ilustração 8 - Mapa da distribuição das farmácias municipais da cidade de Palmas/TO, segundo áreas de ponderação.

Ilustração 9 – Mapa das distâncias entre cada Farmácia Básica Municipal da cidade de Palmas/TO

Ilustração 10 - Triangulação do método de Pesquisa

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Habitantes de Palmas/TO, segundo local de origem. (Censo 2010-IBGE)

Gráfico 2 - Unidade da Federação (UF) de nascimento dos migrantes residentes na cidade de Palmas/TO.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - UF de nascimentos dos migrantes residentes em Palmas/TO, segundo áreas de ponderação. (Censo 2010-IBGE).

Tabela 02 – Regime de trabalho do residentes em Palmas/TO, em percentual, segundo áreas de ponderação. (Censo 2010-IBGE).

Tabela 03 - Ocupações mais evidentes dos residentes em Palmas/TO segundo áreas de ponderação. (Censo 2010-IBGE).

Tabela 04. Metodologia, variáveis e categoria de análise utilizada para cada objetivo pretendido.

Tabela 05 - Resposta da Gerente da Assistência Farmacêutica sobre as Farmácias Básicas Municipais.

Tabela 06 - Resposta da Gerente da Assistência Farmacêutica sobre as ações de Atenção Farmacêutica.

Tabela 07 - Perfil dos farmacêuticos das Farmácias Básicas Municipais.

Tabela 08 - Resposta dos Farmacêuticos sobre a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias Municipais.

Tabela 09 - Resposta dos Farmacêuticos sobre Processo Logístico dos medicamentos nas FAB, a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias municipais.

Tabela 10- Resposta dos Farmacêuticos sobre as atividades desenvolvidas nas Farmácias Municipais.

Tabela 11 - Resposta dos Farmacêuticos sobre os Serviços Farmacêuticos e Canais de Comunicação

Tabela 12 – Resposta dos Farmacêuticos sobre a Quantidade de receitas Atendidas e Medicamentos recebidos na Farmácia Municipal.

Tabela 13 - Resposta dos Farmacêuticos sobre os principais problemas que dificultam sua prática de Atenção Farmacêutica.

Tabela 14 - Resposta dos Farmacêuticos sobre as Principais Dificuldades encontradas como Farmacêutico da Farmácia Básica.

Tabela 15 - Conhece ou acha que conhece a população/território.

Tabela 16 – Se considera as informações sociais no momento do atendimento ao usuário.

Tabela 17 - Tem o conhecimento do perfil social da população atendida pela farmácia interfere ou não na sua prática de Atenção Farmacêutica

Tabela 18 – Considera importante o Farmacêutico ter conhecimento do perfil sociodemográfico da população atendida.

Tabela 19 - Se o comportamento do profissional observado confirma seu discurso sobre considerar as características sociodemográficas do usuário no momento do atendimento.

Tabela 20 - Se o comportamento do profissional confirma sua fala de realizar Orientação Farmacêutica

Tabela 21 - Se o comportamento do profissional confirma a resposta dada no questionário sobre realizar a filosofia de prática da Atenção Farmacêutica.

Tabela 22 – Principais Respostas Obtidas na questão “Porque pega seus Medicamentos nessa Farmácia Básica municipal?”.

Tabela 23 – Principais Respostas Obtidas na questão Renda mensal do Usuário

Tabela 24 – Principais Respostas Obtidas na questão “Quando não tem o medicamento aqui, o quê o senhor faz?”.

Tabela 25 – Principais Respostas Obtidas na questão “Encontrou tudo que necessitava?”.

Tabela 26 – Principais Respostas Obtidas na questão “Como o senhor gostaria que fosse seu tratamento?”.

Tabela 27 – Principais Respostas Obtidas na questão “O que o senhor acha que poderia melhorar aqui na farmácia?”.

Tabela 28 – Principais Respostas Obtidas na questão “O senhor pode me dizer como vai usar o medicamento?”.

Tabela 29 – Principais Respostas Obtidas na questão “Quantas vezes o senhor esquece-se de tomar esse medicamento na semana?”.

Tabela 30 – Principais Respostas Obtidas na questão “O senhor toma mais algum medicamento ou é só essa receita?”.

LISTA DE SIGLAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária –	ANVISA
Área de Ponderação –	AP
Área Residencial –	AR
Área Residencial Nordeste –	ARNE
Área Residencial Noroeste –	ARNO
Área Residencial sudeste –	ARSE
Área Residencial sudoeste –	ARSO
Assistência Farmacêutica –	AF
Atenção Farmacêutica –	AtF
Conselho Federal de Farmácia –	CFF
Central de Medicamentos –	CEME
Centro de Consultas Especializadas de Palmas –	CECEP
Centro de Referência em Oftalmologia –	CEROP
Centro de Referência à Saúde do Trabalhador –	CEREST
Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva –	CSSR
Conselho Nacional de Saúde –	CNS
Comitê de Ética em Pesquisa –	COEP
Encontro Nacional dos Estudantes de Farmácias –	ENEF
Farmácias Básicas –	FAB
Gerência da Assistência Farmacêutica –	GAF
Índice de Desenvolvimento Humano –	IDH
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –	IBGE

Ministério da Saúde –	MS
Organização Mundial de Saúde –	OMS
Organização Pan-americana de Saúde –	OPAS
Pharmacist's Workup of Drugs Therapy –	PWDT
Política Nacional de Assistência Farmacêutica –	PNAF
Política Nacional de Medicamento –	PNM
Problemas Relacionados a Medicamento –	RM
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento –	PNUD
Produto Interno Bruto –	PIB
Resultados Negativos com o Medicamento –	RNM
Secretaria Executiva –	SE
Sistema Único de Saúde –	SUS
Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia	SUDAM
Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste	SUDENE
Statistical Package for the Social Sciences –	SPSS
Therapeutic Outcome Monitoring –	TOM
Unidades Básicas de Saúde –	UBS
Unidade de Pronto Atendimento –	UPA
Unidades Saúde da Família –	USF

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
A Relevância	23
Objetivos	23
2. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS.....	23
2.1 O Início.....	23
2.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica.....	26
2.3 Diretrizes para Estruturação de Farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.....	28
2.3.1 Serviços Farmacêuticos Técnicos-Gerenciais	29
2.3.2 Serviços Farmacêuticos Técnico-Assistenciais	30
2.3.3 Manual de Boas Práticas Farmacêuticas	31
2.4 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resolução da Diretoria Colegiada Nº 44	32
2.5 A Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.....	33
2.5.1 CONAMA, ANVISA - Diferenças.....	34
2.6 Avaliação da Qualidade de Serviços	35
3. APRESENTANDO O UNIVERSO DO ESTUDO	36
3.1 Como Tudo Começou: A Criação do Estado do Tocantins	36
3.2 Conhecendo a cidade: Resultados Geográficos quantitativos.....	41
3.2.1 As Características Populacionais de Palmas	42
3.2.2 Índice de Desenvolvimento Humano	44
3.2.3 Fluxo Migratório.....	45
3.2.4 Obtendo o perfil Socioeconômico: as Áreas de Ponderação e os Procedimentos Metodológicos	46
3.3 O Perfil Socioeconômico e o Sistema de Saúde Municipal: Resultados Geográficos por Área de Ponderação	49
3.3.1 Unidade Federativa dos Migrantes.....	50
3.3.2 Concentração Populacional	51

3.3.3 Distribuição de Renda	52
3.3.4 Escolaridade, Regime de Contrato de Trabalho e Ocupação	53
3.3.5 O Sistema de Saúde Municipal.....	58
3.3.5.1 Organograma da Assistência Farmacêutica Municipal	59
4 METODOLOGIA	63
4.1 Universo da Pesquisa	63
4.2 Escolha do Delineamento e da metodologia	64
4.3 Análise Documental	67
4.3.1 Fase Exploratória - Os Questionários.....	67
4.3.1.1 Os Farmacêuticos	68
4.3.1.2 A Gerência.....	68
4.3.1.3 Os Usuários	68
4.3.2 As Variáveis	69
4.3.2.1 Perfil Populacional	69
4.3.2.2 Documentos e Legislações	69
4.3.2.2.1 Variáveis Estruturais	70
4.3.2.2.2 Os Farmacêuticos	70
4.3.2.2.3 Os Usuários	71
4.4 Observação Participante	72
4.4.1 O trabalho de Campo.....	72
4.5 Entrevistas	75
4.5.1 Os Temas das Entrevistas	76
4.6 A Análise e Tratamento dos Dados.....	77
4.7 Aspectos Éticos	81
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	81
5.1 Gerência da Assistência farmacêutica municipal.....	82
5.1.1 Análise da Estrutura Organizacional da Gerência de Assistência e da Farmácia Básica Municipal.....	82
5.1.2 Análise da Estrutura Física e dos Sistemas de Informação e Controle das Farmácias.....	84
5.1.2.1 Análise da Estrutura Física.....	84
5.1.2.2 Análise dos sistemas de informação e controle.....	85

5.1.2.3 Análise da Capacitação	87
5.1.2.4 Análise Documental da Farmácia.....	89
5.1.2.5 Manual de Boas Práticas	90
5.1.2.5.1 Procedimento Operacional Padrão	91
5.1.2.5.2 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS).....	93
5.2 Farmacêuticos das farmácias Básicas do Município	94
5.2.1 Perfil dos Farmacêuticos	95
5.2.2 Visão do Farmacêutico sobre a Estrutura que se encontra inserido, a Farmácia Básica Municipal.....	99
5.2.2.1 Canais de comunicação	99
5.2.2.2 Local de armazenamento, climatização e controle de temperatura local	100
5.2.2.3 Estrutura física da farmácia para a prática da atenção farmacêutica.....	100
5.2.2.4 Uniformização, Identificação e Equipamento de Proteção Individual (EPIs).....	100
5.2.3 Visão dos Farmacêuticos sobre as atividades que desenvolve	102
5.2.3.1 Serviços Farmacêuticos Técnico-gerenciais.....	102
5.2.3.1.1 Onde e Como os medicamentos são armazenados nas farmácias	105
5.2.3.1.2 O local possui controle de Temperatura.....	105
5.2.3.1.3 Registro de Controle de Estoque	106
5.2.3.1.4 Inventário	106
5.2.3.2 Análise dos Serviços Técnico-assistenciais	108
5.2.3.2.1 Capacitação Profissional	109
5.2.3.2.2 Participação em Campanhas de Educação em Saúde e Uso Correto de Medicamentos	110
5.2.3.2.3 Canal de Comunicação Farmacêutico/Usuário	110
5.2.3.2.4 Orientação	111
5.2.3.2.5 Dispensação.....	118
5.2.3.2.6 Atenção Farmacêutica	119
5.2.3.2.7 Conceito dos farmacêuticos sobre o que seja Atenção Farmacêutica	122
5.2.3.2.8 Interesse pela Atenção Farmacêutica	124
5.2.3.2.9 Perdas de medicamentos	125
5.2.4 Conhecimento do Farmacêutico sobre a população, o serviço e a Assistência Farmacêutica	125
5.2.4.1 Reuniões entre o Farmacêutico e Equipe de Trabalho; e entre Farmacêutico e Gerência da Assistência Farmacêutica	126
5.2.4.2 Conhecimento da População	126

5.2.4 2.1 Diário de Campo – Observação da Prática Profissional	129
5.2.4.2.2 Comparação do Discurso farmacêutico com sua prática profissional.....	129
5.3 Os Usuários das Farmácias Básicas do município	132
5.3.1 Conhecimento sobre o usuário e suas escolhas	133
5.3.1.1 Porque utiliza a FAB onde foi entrevistado	133
5.3.1.2 Renda do Usuário	135
5.3.1.3 O que faz quando falta medicamento	136
5.3.1.4 Falta de medicamentos	138
5.3.1.4.1 Falta de medicamento e REMUME – A Visão do Farmacêutico	139
5.3.2 Percepção do usuário sobre seu tratamento e a Farmácia	140
5.3.2.1 Percepção do usuário sobre a Farmácia Municipal	142
5.3.3 O Usuário e o Uso Correto dos medicamentos.....	143
5.3.3.1 Conhecimento do usuário sobre o uso de seus medicamentos	143
5.3.3.2 Sobre a adesão ao tratamento	145
5.3.3.1.1 Politerapia.....	147
5.4 Discussão do Perfil socioeconômico à luz das discussões e resultados anteriores.	148
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	152
7. REFERÊNCIAS	154
ANEXOS.....	164
APÊNDICES	217

1. INTRODUÇÃO

Os estudos na área da saúde podem ser quantitativos, qualitativos ou pode-se também, em alguns casos, utilizar ambas as abordagens. Os estudos quantitativos geralmente procuram seguir com rigor um plano previamente estabelecido (baseado em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objeto de definição operacional), a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento. Além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. Seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos (NEVES, 1996; OLIVEIRA & VARELA, 2008).

Segundo Neves, 1996, em pesquisas qualitativas é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados (NEVES, 1996; OLIVEIRA & VARELA, 2008).

Entretanto segundo nos apresenta Minayo e Sanches, 1993, ambas as abordagens qualitativas e quantitativas são necessárias e podem e devem ser trabalhadas como complementares, em muitas circunstâncias, quando se deseja abarcar a realidade observada. Sendo portanto abordagens complementares.

...não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. Tendo a primeira o campo de prática e objetivo trazer à luz dados e tendências observáveis. Devendo ser utilizada para conjuntos demográficos, classificando-os e os tornando-os inteligíveis. Enquanto que a segunda adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem atingidos intensamente. (MINAYO, SANCHES; 1993 p. 247)

O presente trabalho tem por objetivo analisar a relação perfil populacional com os serviços farmacêuticos públicos ofertados na cidade de Palmas – TO. Para tanto, adotou-se a estratégia de pesquisa qualitativa, com abordagem Hermenêutica em complementariedade a pesquisa quantitativa para construção do perfil da população, dos farmacêuticos e os usuários de medicamentos da cidade de Palmas.

Como procedimento metodológico, parte-se, no primeiro momento, de uma revisão bibliográfica, na busca do melhor entendimento às perguntas geradas no entorno do tema principal: analisar a relação entre o perfil populacional e os serviços públicos prestados pelos farmacêuticos das farmácias municipais, na cidade de Palmas. Neste contexto, procedeu-se

inicialmente ao levantamento da literatura a partir de fontes bibliográficas como artigos, dissertações e teses que citasse como tema principal a Assistência Farmacêutica e fatores socioeconômicos da população. A busca deu-se nas bases de dados do Scielo e Pubmed.

A partir desse levantamento foi selecionado 30 artigos para leitura, no qual, observou-se que os mesmos relacionavam: (1) fatores socioeconômicos da população com a adesão ao tratamento medicamentoso (DEVOLVO et al, 2012; SANKARANARAYANAN et al, 2012); (2) fatores socioeconômicos que afetam o desempenho do profissional farmacêutico (SCHAFHEUTLE, SESTON, HASSELL, 2011); (3) associam fatores socioeconômicos com acesso ao serviço especializado ou não de saúde, disparidades na dispensação, prescrição, disponibilidade para aquisição e presença de medicamentos nas farmácia (GREEN et al, 2005; NAUGHTNTON, BENNETT, FEELY, 2006; BOCQUIER et al, 2008; CHERNEW et al, 2008; KIM et al, 2009; MATTSSON et al, 2010; BOSS et al, 2011); (4) relação entre fatores socioeconômicos e a piora nos quadros de depressão, surdez infantil, asma, e resistência bacteriana (KIVIMÄKI, et al, 2007; PLANTA, 2007; KIM et al, 2009; FISCHER et al, 2010; BOSS et al, 2011).

No entanto, nestes artigos, observou-se que ambos chamam a atenção para maior aprofundamento no tema, principalmente para melhor esclarecimento das variáveis para análise e discussão dos fatores socioeconômicos. As variáveis socioeconômicas analisadas variam para cada artigo, sendo as variáveis mais comuns: idade, gênero, renda e escolaridade. A partir dessa observação, foi possível selecionar as seguintes variáveis socioeconômicas: densidade demográfica, renda e escolaridade, para análise da cidade de Palmas. As variáveis selecionadas para o conhecimento da população geral do município de Palmas para comparação com a Federação e o Estado, foram composta das seguintes variáveis: pirâmide etária (dividida por gênero) e unidade federativa de nascimento. Essas variáveis foram selecionadas a partir das variáveis utilizadas anteriormente, nos artigos descritos acima, priorizando aquelas que se relacionam com vulnerabilidade social (renda e educação) e a utilização dos serviços públicos ofertados nas farmácias básicas do município de Palmas (quantitativo de população por área da cidade).

O artigo de SCHAFHEUTLE, SESTON, HASSELL, 2011, que relaciona os fatores que afetam o desempenho do profissional farmacêutico no trabalho, aponta para a carência de estudos nesta área. O artigo ressalta, ainda, a lacuna existente na literatura, sugerindo assim maiores aprofundamentos. Neste artigo as autoras utilizam as seguintes variáveis: idade, gênero, país de origem, local onde fez qualificação primária, local de trabalho, e a existência de problema de saúde físico ou mental. No entanto, ressalta-se que esse artigo selecionou apenas

publicações em Inglês, durante 1990/2010, publicados no Reino Unido, Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, Nova Zelândia ou Europa.

Prosseguindo com a metodologia utilizada neste trabalho, fez-se necessário conhecer as características socioeconômicas da população de Palmas, a fim de conhecer se os serviços farmacêuticos prestados nas farmácias municipais estão em consonância com as características apresentadas pela população. Para tanto, utilizou-se a metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que divide a cidade de Palmas em área de ponderação, no qual seguiu-se os critérios de divisão já estabelecidos e definidos pelo mesmo.

Para cada área de ponderação da cidade, estabelecida pelo IBGE, construiu-se o perfil dessa população. O perfil socioeconômico foi determinado para cada área de ponderação, a fim de sabermos o contexto social e econômico em que está situada cada uma das oito farmácias municipais. E deste modo fazer-se as correlações entre perfil populacional e serviços farmacêuticos prestados nas farmácias municipais da cidade.

Concluído essas etapas, elaborou-se roteiro para realização de entrevistas semiestruturada, com os farmacêuticos municipais. Além dos questionários para a gestora da Assistência Farmacêutica de Palmas, os Farmacêuticos Municipais e os Usuários de medicamentos das Farmácias Básicas.

A entrevista com os farmacêuticos teve o objetivo de avaliar o conhecimento dos farmacêuticos sobre o perfil social e demográfico da população atendida por ele, e se os serviços farmacêuticos realizados levavam em consideração as características populacionais. Os questionários tiveram o objetivo de determinar: (1) o perfil dos profissionais farmacêuticos quanto a formação, a visão sobre a estrutura da farmácia e os serviços farmacêuticos com ênfase na filosofia da prática de atenção farmacêutica; (2) informações sobre a gestão da Assistência Farmacêutica em relação as farmácias municipais e os farmacêuticos das mesmas; (3) o perfil dos usuários de medicamento das farmácias municipais e dados referentes ao uso correto de medicamentos e adesão ao tratamento.

Posteriormente a esses procedimentos, identificou-se a estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde, atentando para a Assistência Farmacêutica, e as farmácias básicas; a fim de desenhar o organograma da AF. Ao final da coleta de dados e discussão, procurou-se identificar possíveis relações entre: fatores socioeconômicos da população; perfil dos profissionais farmacêuticos e dos usuários. Associando à dificuldades e aspectos relevantes na visão desses sujeitos, para os serviços farmacêuticos prestados nas farmácias municipais da cidade de Palmas/TO.

Isso para que, ao final, possa-se apresentar as orientações ao longo da discussão dos resultados e as considerações finais para os serviços farmacêuticos ofertados nas farmácias básicas e sua necessária relação com o perfil populacional dos habitantes da cidade de Palmas.

A dissertação está estruturada em 06 capítulos, entre os quais se insere esta introdução.

No segundo capítulo, apresenta-se algumas das Políticas de Saúde do Brasil, tendo como foco a Assistência Farmacêutica no que se refere aos serviços farmacêuticos com ênfase na filosofia de prática da Atenção Farmacêutica. Nesse capítulo analisa-se as políticas e as resoluções reguladoras dos serviços e atividades de responsabilidade do profissional farmacêutico como referência para as discussões sobre as atividades e os resultados em saúde para a população. Além de apresentarmos as Diretrizes para Estruturação das Farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (DEFSUS) e a resolução RDC nº 44 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como norteadoras para a análise da estrutura física e dos procedimentos nas farmácias municipais da cidade de Palmas.

No terceiro capítulo, aborda-se o universo da pesquisa, priorizando a cidade em questão. Nesse capítulo apresenta-se o histórico da criação do estado do Tocantins, sua capital Palmas, contextualizando-a em seu estado, região e País. Mostram-se as principais características sociodemográficas do município, para então discutir a cidade em si. Ao final deste capítulo apresenta-se os resultados obtidos pela metodologia quantitativa, a partir dos dados tabulados do IBGE. Tem-se a cidade, estratificada em áreas de ponderação, elucidando os resultados dessa primeira parte dos dados no que se refere às características socioeconômicas de cada uma dessas áreas que constituem a cidade e localizando as farmácias municipais dentro desse contexto territorial, social e demográfico.

No capítulo seguinte, detalha-se os procedimentos metodológicos adotados para o alcance dos demais objetivos traçados, considerando-se os serviços farmacêuticos públicos prestados nas farmácias municipais e sua relação com o perfil socioeconômico da cidade.

Em seguida são apresentados os demais resultados da pesquisa, segundo as categorias de análise obtidas nos quatro blocos de informações coletados durante a pesquisa. São eles: (1) perfil socioeconômico da população de Palmas, uma chamada para os dados já apresentados no capítulo três; (2) Perfil dos profissionais farmacêuticos quanto à formação, visão sobre qualidade de serviço e atenção farmacêutica; (3) analisa-se as atividades realizadas pelos farmacêuticos considerando o perfil da população; e (4) perfil dos usuários de medicamentos. Ao final são ainda apresentadas sugestões para melhoria dos serviços prestados a partir da análise social e econômica dos habitantes da cidade de Palmas. Além das perspectivas para trabalhos futuros que propiciem a continuidade da pesquisa por outros pesquisadores interessados no tema.

A Relevância

A pesquisa se justifica pela necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange seus princípios e diretrizes de saúde. Conforme apresentado por Almeida-Filho, 2011, a instituição do SUS em 1988 e das Políticas de Saúde em consequência, tem como objetivo a promoção do acesso a serviços de saúde de modo integral e equânime. Para essa autora o acesso à serviços públicos foi e ainda é o foco de busca contínua do País. Entretanto, atualmente se faz necessário pensar na qualidade deste acesso e na qualidade dos serviços públicos prestados a população brasileira.

A preocupação com a busca por serviços públicos de saúde de qualidade é que se justifica os propósitos da presente pesquisa. Compreende-se que para ter qualidade na prestação dos serviços é necessário o conhecimento do perfil da população atendida. Uma mesma população pode ser tão diversa quanto as suas necessidades e sua visão sobre serviços de qualidade. Desse modo, a pesquisa busca contribuir para a inserção e discussão da análise do perfil socioeconômico pelas políticas de saúde, que tenham vistas a melhoria e aprimoramento nos serviços públicos prestados em farmácias municipais.

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a relação perfil socioeconômico populacional com serviços farmacêuticos públicos ofertados na cidade de Palmas, capital do Tocantins.

Para alcançar esse objetivo é necessário: conhecer as características socioeconômicas da cidade de Palmas; conhecer o perfil do profissional farmacêutico municipal quanto a formação, visão sobre a estrutura e as atividades desempenhadas na farmácia. Além do seu conhecimento sobre a população/território onde situa sua farmácia. E, por fim, conhecer o perfil dos usuários de medicamentos e sua percepção sobre a farmácia, seu tratamento, o uso correto de medicamentos e a adesão ao tratamento prescrito.

2. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

2.1 O Início

No Brasil, as atividades do farmacêutico estão inseridas na Assistência Farmacêutica (AF), que teve seu conceito iniciado em 1980 (BRASIL, 2004). A AF, no Brasil, se confundiu

por algum tempo com a Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, e as atividades desenvolvidas por elas, com um modelo centralizado de gestão, compra e logística e distribuição. Ao longo de 26 anos, a CEME foi responsável pelas ações relacionadas ao medicamento e a AF no país, porém, em 1997, foi realizado um diagnóstico institucional, no qual a CEME, reconhece a pouca utilização da Relação dos Medicamentos Essenciais (RENAME) pelos prescritores; os desperdícios consideráveis de medicamentos; o pouco conhecimento das doenças prevalentes no país; as compras equivocadas; os processos burocráticos de controle; a logística e distribuição com inúmeras falhas; além de recursos financeiros insuficientes (GOMES, 2009). Assim, o quadro de ineficiência do Programa de Assistência Farmacêutica desse período, associado aos problemas de corrupção, corroborou para a desativação da CEME por meio do decreto n°. 2283 de 24 de julho de 1997.

Durante o período de inexistência da CEME, coube a Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade da manutenção das atividades de aquisição e distribuição dos medicamentos dos Programas Estratégicos para as Secretarias Estaduais de Saúde. Nesse contexto, ocorre a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei n°. 8080/90, no qual se fazia necessário formular a política de medicamentos em acordo com a nova estrutura do sistema de saúde do País, que preconiza a descentralização da gestão e a responsabilização dos municípios pela atenção à saúde.

Nesse período, surge a Portaria GM n°. 3916 de 1998 que institui a Política Nacional de Medicamento (PNM). Essa política teve como base os princípios e diretrizes do SUS, conjugando esforços para a consolidação do novo sistema, contribuindo para o desenvolvimento social e reorientando a Assistência Farmacêutica brasileira. (BRASIL, 1998) Com essa política o Ministério da Saúde buscou ampliar e diversificar os serviços prestados no âmbito do SUS, derivada do envelhecimento populacional e das pressões da sociedade civil para o cumprimento do direito universal à saúde. (CAVALVANTI, 2012) Segundo a PNM (1998), a AF é definida como:

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

Verificamos assim, que a PNM não incorpora o conceito de AtF, já em discussão no resto do mundo, no âmbito da AF. (maiores informações, ver apêndice A)

A Política Nacional de Medicamento possui 08 diretrizes que objetivam nortear as três esferas do governo de modo a promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível (GOMES, 2009). Destacamos aqui que uma das diretrizes fundamentais dessa política é a reorientação da AF, que se fundamenta na promoção do acesso e uso racional de medicamentos, entre outros requisitos. É com base no uso racional de medicamentos que acreditamos que a contribuição do farmacêutico se faz essencial e insubstituível, entretanto, pode-se observar que as atividades preconizadas na PNM continuavam centradas no medicamento, o que podia ser notado, pela não adoção do novo modelo de prática profissional farmacêutica, a Atenção Farmacêutica, recomendado pela OMS, em 1993, na Declaração de Tóquio.

É importante compreender que, para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o usuário e a comunidade na visão da promoção da saúde. (NELLY et al ,2003)

Segundo o livro publicado pela OPAS (NELLY et al, 2003; OPAS, 2003) a definição de Assistência Farmacêutica está para além da compreensão do ciclo da AF: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação do medicamento. Propõe uma explanação detalhada sobre o SUS e suas interfaces com a Assistência Farmacêutica. E aborda a questão da Epidemiologia, levando em conta sua importância no planejamento e avaliação das ações de Assistência Farmacêutica. (NELLY et al , 2003; OPAS, 2003). São destacadas, ainda, noções de gerenciamento, de modo a oferecer ao leitor instrumentos para a compreensão holística sobre o assunto, abordando especificamente a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. (MARIN, NELLY org., 2003)

Assim, pode-se entender que a Assistência Farmacêutica engloba, entre suas diversas atividades, as ações de Atenção Farmacêutica quando esta se refere às ações específicas do profissional farmacêutico no contexto da assistência à população – individual e coletiva – quanto à promoção do uso racional de medicamentos, acompanhamento, educação em saúde, atendimento farmacêutico, orientação e dispensação.

Mesmo com a definição de conceitos relacionados à prática farmacêutica na PNM, a Atenção Farmacêutica (AtF) no Brasil tem seu marco com a publicação da resolução RDC nº. 357 de 2001 “Regulamento Técnico de Boas Práticas de Farmácia” do Conselho Federal de

Farmácia (CFF), cuja finalidade maior foi regulamentar a atividade do farmacêutico em farmácias e drogarias. O artigo 6.22 da resolução apresenta o conceito da At. F como:

[...] um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, do compromisso, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivos de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente. (CFF, 2001)

Ainda nessa regulação no artigo 32, fica definido que é recomendável ao farmacêutico, que ele busque meios de acompanhamento da adesão e do efeito do tratamento prescrito, entretanto não são definidos os meios e os modos para o cumprimento desse artigo. Verificamos, portanto, a tentativa do CFF em favorecer a implantação e a ocorrência dessa nova prática profissional no âmbito dos serviços “já cotidianos” dos farmacêuticos em farmácias e drogarias. O conceito de AtF adotado pelo CFF, segue o conceito discutido e preconizado pela Declaração de Tóquio – OMS, 1993. No Brasil ocorre em 2002 a publicação do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica no qual se define o conceito de AtF, apresenta seus macro-componentes, os componentes para o exercício da prática profissional e os termos de trabalho em AtF. (maiores informações, ver apêndice A)

2.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Em 06 de maio de 2004, é aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com o Artigo 1º inciso IV dessa Resolução nº338, fica instituído que “as ações da Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de Prática farmacêutica” (BRASIL, 2004a). A criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica é então o resultado de um percurso nacional crescente de discussões e conhecimentos sobre a definição de Atenção Farmacêutica e aprimoramento dos serviços farmacêuticos.

A PNAF apresenta-se como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tais como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras. Desta forma, objetiva garantir a intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público, como o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004a). A PNAF define Assistência Farmacêutica (AF) como:

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

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem:

Aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como modelo de prática, desenvolvida do contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamento, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitada as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (BRASIL, 2004a)

A PNAF incorpora uma importante contribuição de inclusão da filosofia de prática de AtF no conceito amplo de Assistência Farmacêutica, adotado pelo Sistema único de Saúde do país. Para que a PNAF alcance seus objetivos ela engloba os seguintes eixos temáticos, entre outros, a serem desenvolvidos pelo SUS: qualificação dos serviços de AF; desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; utilização da RENAME; promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo. Apresenta-se esses eixos acima, pois os mesmos serão analisados nesse trabalho para avaliar a relação: serviços farmacêuticos e perfil da população da cidade de Palmas.

Com o objetivo de contribuir para a regulamentação do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, uma vez que o mesmo ocorre nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), o Ministério da Saúde apresenta a nota técnica referente às mudanças ocorridas advindas do lançamento da portaria GM/MS nº 2.982 que regulamentando o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de 26 de novembro de 2009. O objetivo principal dessa nota técnica é esclarecer e permitir o uso da aplicação dos recursos das contrapartidas estaduais e municipais em até 15% para estruturar e equipar os espaços físicos das farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica. Bem como incentivar e permitir o financiamento para qualificação dos profissionais farmacêuticos e demais trabalhadores dessas farmácias. Essa portaria representa um passo importante na busca de financiamento para qualificar e estruturar os serviços farmacêuticos prestados a população usuária do SUS, uma vez

que até dezembro de 2009, os recursos tripartites da Assistência Farmacêutica Básica eram destinados exclusivamente ao custeio de medicamentos. (BRASIL, 2009c)

Essa ação de financiamento permite o gasto com atividades de adequação de espaço físico as farmácias, aquisição de equipamentos e mobiliário destinado a ações de AF, atingindo ações pertinente a AF. Além da educação continuada e qualificação dos recursos humanos da AF.

No intuito de aprimorar, fornecer um modelo e parâmetro o Ministério da Saúde publicou no final de 2009 as Diretrizes para Estruturação da assistência farmacêutica no SUS: Diretrizes para Estruturação de Farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (DEFSUS). O objetivo dessa norma e manual técnico é orientar a concepção e a estruturação de farmácias no âmbito do SUS, para servir de referência para as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) para a aquisição de equipamentos, mobiliários e atividades relacionadas a capacitação dos recursos humanos.

2.3 Diretrizes para Estruturação de Farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde

A DEFSUS foi lançada em 2009, pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos (SCTIE) e do Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos Estratégicos (DAF). O objetivo da diretriz é auxiliar os municípios na orientação à concepção, estruturação e organização das farmácias básicas municipais. Além de apontar a diretriz para elaboração do Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, visando à qualificação da Assistência Farmacêutica.

A DEFSUS aponta o caminho para que as Unidades de Saúde disponham de farmácias com estrutura física, recursos humanos e materiais que permitem a integração dos serviços e o desenvolvimento da AF de forma integral e eficiente. Permitindo assim a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizados e a efetiva implementação de ações capazes de promover as condições de assistência à saúde. (BRASIL, 2009b)

A consolidação e o entendimento da AF vinculada à garantia do acesso aos medicamentos com uso racional, associada a articulação de um conjunto de ações de saúde, tendo o usuário como foco principal é de suma importância para os profissionais de saúde e gestores. Para tanto o acesso ao medicamento significa ter o produto certo, para a finalidade específica, na dosagem correta, pelo tempo necessário, no momento e no lugar adequado, com

garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso, contribuindo para a resolatividade das ações em saúde. (BRASIL, 2004a)

É neste contexto de busca de qualidade no uso de medicamentos, tendo o foco o usuário e os conceitos de AF e AtF que surge a necessidade e as exigências para se reformular as estruturas físicas, de recursos humanos, de humanização do cuidado e de qualificação e qualidade no atendimento dos serviços prestados pelos profissionais de saúde. Neste trabalho pretende-se contribuir para o caso específico dos serviços farmacêuticos desenvolvidos nas farmácias básicas do município de Palmas/ TO. Para tanto, utiliza-se a análise da DEFSUS, como parâmetro de avaliação dos serviços e dos ambientes, onde se encontram as farmácias municipais de Palmas e os farmacêuticos.

Logo a DEFSUS apresenta a descrição das áreas físicas, o ambiente, equipamentos e mobiliários mínimos necessários para a Farmácia Distrital/Regional ou Central; e a Farmácia na Unidade de Saúde. Segundo a diretriz o ambiente das farmácias deve proporcionar condições para que os serviços atendam as premissas da humanização, do uso racional dos medicamentos, da otimização dos recursos, da educação em saúde e da educação permanente dos profissionais de saúde.

Para avaliar a farmácia e os serviços farmacêuticos realizou-se a comparação com as exigências mínimas necessárias apresentadas na DEFSUS para a estrutura e para as atividades dos farmacêuticos municipais. A DEFSUS apresenta descrições e exigências para os seguintes itens: Parte estrutural da AF e dos Documentos e Procedimentos para regularização das farmácias; Serviços farmacêuticos; Manual de Boas Práticas Farmacêuticas; e por fim a Descrição dos ambientes, mobiliários e equipamentos.

2.3.1 Serviços Farmacêuticos Técnicos-Gerenciais

O serviços farmacêuticos definidos pela DEFSUS correspondem a atividades técnicos-gerenciais e técnicos assistenciais. As atividades técnico-gerenciais abrangem atividades que exigem conhecimento e informações epidemiológicas, administrativas e gerenciais para o planejamento e execução. Esses serviços prestados pelo farmacêutico incluem atividades: de programação de medicamentos; requisição; armazenamento; recebimento; estocagem; controle de estoque; inventário; e descarte de resíduos de serviços de saúde. O descarte de resíduos de serviços de saúde possui legislação específica da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA) e o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), a ser discutido em sessão específica posteriormente.

As atividades técnico-gerencial, são mais tradicionais para os farmacêuticos, já que, envolvem ações rotineiras de administração e gerenciamento farmacêutico. Essas atividades embora mais comuns ao farmacêuticos evidenciam, conforme Barreto e Guimarães (2010), práticas de gestão e de serviços farmacêuticos reduzidos a dimensão operacional, com ênfase no ciclo logístico da AF, com pouco avanço na área organizacional e de sustentabilidade voltadas para fomentar maior autonomia e participação da gestão municipal. O que corrobora com o já apresentado por Mayorga et al, 2003, que ao analisar a AF no Brasil conclui que municípios e estados enfrentam “problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos”. (MAYORGA et al, 2003 apud BARRETO, GUIMARÃES, 2010)

Do mesmo modo Fraga, 2005, apresenta que apesar do avanços pós lançamento da PNM de 1998, a AF municipal ainda é incipiente, mantendo ênfase em aquisição de medicamentos. Não sendo capazes de cumprir os propósitos maiores da PNM que é garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade, promoção do uso racional e acesso da população aos medicamentos essenciais.

2.3.2 Serviços Farmacêuticos Técnico-Assistenciais

Segundo apresenta a DEFSUS os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais compreendem a aplicação dos conhecimentos sobre medicamentos, terapêutica, habilidades e competências para estabelecer relação com usuários e equipe de saúde, não apenas para transmissão de informação. Esta relação deve ser baseada em boa comunicação capaz de trocar ideias, sentimentos e informações, de modo a propiciar decisões que objetivem a melhoria de saúde e a compreensão de usuários e demais profissionais de saúde.

Para a realização dos serviços técnico-assistenciais é necessário um conjunto de condições físicas e organizacionais da farmácia, da gestão e dos profissionais farmacêuticos. Estes serviços incluem: Dispensação; Orientação Farmacêutica; Seguimento Farmacoterapêutico; Educação em Saúde; e por fim Suporte Técnico para a equipe de saúde.

As atividades assistenciais apresentadas pela DEFSUS, incluem ações e prática novas para a realidade do profissional farmacêutico. O conceito das atividades como dispensação,

orientação e seguimento são de pouco conhecimento dos profissionais farmacêuticos, e muitas vezes, se confundem na prática do profissional. Muitos artigos que abordam a pesquisa sobre a prática de Atenção Farmacêutica, apontam para o desconhecimento ou a confusão advinda entre os termos AF e AtF. (FREITAS, RAMALHO-DE-OLIVEIRA, PERINI, 2006; FURTADO, 2009; VINHOLES, ALANO, GALATO, 2009) Além da confusão conceitual entre dispensação, orientação, atendimento farmacêutico e atenção farmacêutica. (ANGONESI, 2007)

A DEFSUS apresenta os conceitos de cada uma das atividades assistenciais, e as necessidades para sua realização a fim de favorecer sua execução e contribuir para o esclarecimento e dispersão destes conhecimentos. No entanto, embora a diretriz apresente os caminhos mínimos necessários e os conceitos para cada um dos termos, ainda existe a confusão e não realização dessas atividades. O que nos aponta que o desempenho dos serviços farmacêuticos devem estar relacionados a outros fatores, que não apenas desconhecimento de conceito, modos de execução e falta de prática.

Segundo o trabalho publicado recentemente por Schafheutle, Seston e Hassel, 2011, as autoras apresentam os resultados da revisão de literatura no intuito de explorar os fatores que afetam o desempenho dos farmacêuticos. A revisão foi realizada a partir das publicações entre os anos de 1990 a 2010, ocorridas nos Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e Europa. Os resultados sugerem que o desempenho do farmacêutico pode ser afetado por vários motivos, incluindo características pessoais (sexo, etnia, local de qualificação primária), fatores associados ao local de trabalho, carga de trabalho, ambiente e a problemas de saúde mental e física. Entretanto as autoras ressaltam que os resultados encontrados não são inequívocos e alertam para a lacuna existente na literatura no que se refere ao estudo dos fatores que relacionem o desempenho dos farmacêuticos em suas atividades profissionais.

2.3.3 Manual de Boas Práticas Farmacêuticas

Ainda na intenção de auxiliar, orientar e estabelecer o caminho para a execução das ações de Assistência Farmacêutica em uma farmácia e contribuir para a qualificação dos serviços farmacêuticos a DEFSUS sugere os conteúdos para compor o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas (MBPF). O manual é considerado instrumento obrigatório, e a DEFSUS descrevem os itens e conteúdos sugeridos, além do conceito.

O MBPF é também uma exigência obrigatória conforme RDC ANVISA nº 44, de 2009. Segundo essa Resolução o MBPF deve conter todas as informações sobre as atividades desenvolvidas, recursos humanos necessários e respectivas funções nas farmácias e drogarias. Além de exigir a elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), de forma objetiva, sucinta, e clara para o desenvolvimento de todas as atividades necessárias a serem realizadas no estabelecimento. O MBPF e o POP tem objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços farmacêuticos e sua realização de modo padronizado e rotineiro. (BRASIL, 2009a)

A DEFSUS consistem portanto de uma diretriz para orientar a organização dos serviços locais de assistência farmacêutica que envolvem desde os serviços farmacêuticos a sugestão de mobiliários e equipamentos mínimos e necessários para a execução das atividades profissionais farmacêuticas. Entretanto ressalta-se a necessidade de fazer adaptações plausíveis para atender a demanda local, as características da população em questão e do sistema de saúde e as atividades a serem desenvolvidas.

2.4 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resolução da Diretoria Colegiada Nº 44

Ainda no contexto da estruturação das farmácias, drogarias e dos serviços farmacêuticos a ANVISA lança em agosto de 2009 a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº44. Esta resolução tem o objetivo de estabelecer os critérios e as condições mínimas para o cumprimento das Boas Práticas tanto para o controle sanitário do funcionamento de farmácias e drogarias em todo o País, quanto para dispensação, comercialização e a prestação de serviços farmacêuticos.

A resolução visa assegurar a manutenção, a qualidade e a segurança dos produtos e dos serviços farmacêuticos, a fim de contribuir para o uso racional dos produtos e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Para tanto a RDC apresenta as exigências mínimas obrigatórias a serem realizadas pelos farmacêuticos nesses estabelecimentos.

A RDC se insere no contexto da qualificação e estruturação da AF em farmácias e drogarias do País. Na resolução são apresentados as condições gerais necessárias para o funcionamento de farmácias e drogarias, bem como as condições mínimas para a infraestrutura física, o ambiente destinados aos serviços farmacêuticos, os recursos humanos, a comercialização e dispensação de produtos, os serviços farmacêuticos, e a documentação dos serviços prestados. (BRASIL, 2009a)

A RDC nº44 apresenta-se como um avanço a estruturação, definição e normas para os serviços farmacêuticos, principalmente por regulamentar a Atenção Farmacêutica em Drogarias e Farmácias, no Brasil. Além de estruturar a AF em todas as farmácias e drogarias do País, independente de serem públicas ou privadas.

Embora exista a RDC nº 44 da ANVISA, bem como a DEFSUS, os serviços farmacêuticos ainda necessitam de serem ajustados para que ocorra a correta dispensação, orientação, atendimento e promoção do uso racional. Alguns autores apresentam em seus trabalhos as ações e incentivo dos órgãos como ANVISA, Conselho Federal de Farmácia (CFF), e o Ministério da Saúde à práticas farmacêuticas que valorizem o uso correto e seguro de medicamentos, a dispensação, a orientação e a atenção farmacêutica pelo profissional farmacêutico. No entanto os serviços ainda se encontram centrados no medicamento, ou na logística do ciclo da assistência farmacêutica, e pouco centrado no usuário e no uso racional. (BARRETO, GUIMARÃES, 2010; ANGONESI, 2008; PENAFORTE, 2006)

2.5 Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Durante a execução dos serviços farmacêuticos, em farmácias, drogarias, hospital e demais estabelecimentos de saúde que contam com esse profissional, são gerados resíduos. No Brasil a preocupação com os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) tem seu marco com a Lei Federal Nº 2.312, publicada em 1954 no qual “a coleta, o transporte, e o destino final do lixo, deverão processar-se em condições que não tragam inconvenientes à saúde e ao bem estar públicos”. (BRASIL, 1954) A partir de 1954 a legislação procurou estabelecer e exigir responsabilidade do Poder Público e dos geradores de RSS para com os resíduos gerados.

No final da década de 80, surge as primeiras iniciativas legislativas para definição de diretrizes para a Política Nacional de Resíduos Sólidos. (VALADARES, 2009) Entretanto, segundo nos apresenta Valadares (2009), ainda não existe no País uma Política Nacional de Resíduos Sólidos que discipline, de forma abrangente, a gestão de resíduos sólidos. E essas questões são exercidas pela atuação dos órgão reguladores: Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA) e da ANVISA RDC nº 33 de 2003.

2.5.1 CONAMA, ANVISA - Diferenças

No Brasil a ANVISA e o CONAMA tem assumido o papel de orientar, definir regras e condutas para a regulação dos RSS. Estes órgão regulam da geração ao manejo dos resíduos, com o objetivo de preservar a saúde e o meio ambiente, garantindo sustentabilidade.

O CONAMA no intuito de criar procedimentos para o controle, geração e disposição dos RSS aprovou em 1993, a resolução nº 5 que dispõem sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos oriundo de serviço de saúde, entre outros. A resolução nº 5 atribuiu as responsabilidades específicas aos vários segmentos envolvidos como geradores, autoridades sanitárias e ambientais e definiu a obrigatoriedade dos geradores de RSS elaborarem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Sólidos (PGRS). (VALADARES, 2009)

A resolução nº5/93, sofreu alterações até que o CONAMA aprovasse em 2001 a Resolução nº283/01 de 12 de julho, que dispões sobre o tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de saúde. A nova resolução atualiza, melhora e complementa a resolução nº5/93, considerando portanto, os princípios da prevenção, da precaução e do poluidor pagador. Nesta nova resolução fica obrigatório a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), mudança no termo PGRS para PGRSS. Além de demais exigências como a obrigatoriedade de estabelecimentos de saúde em implantarem o seu PGRSS.

Em virtude de divergência entre a Resolução CONAMA nº283/01 e a RDC da ANVISA nº 33, o COMANA em 2005 publicou uma nova Resolução nº 358, para definir e harmonizar os regulamentos estabelecidos por ambos órgãos. Nesta nova Resolução nº 358/05 ficam definidas as diretrizes sobre tratamento e disposição final dos RSS, diferenciado para os resíduos sólidos urbanos, e os custos sendo de responsabilidade da instituição geradora do resíduo.

A ANVISA para atender a missão de regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços, realiza um consulta pública e ampla discussões sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde. As discussões resultaram na publicação da Resolução RDC nº 33 de 25 de fevereiro de 2003. Esta Resolução se aplica a todos os geradores de RSS, que devem elaborar o PGRR, estabelecendo diretrizes para o manejo dos RSS. (VALADARES, 2009) Entretanto como apresentada por Valadares (2009), devidos as divergências entre as diretrizes estabelecidas pelo CONAMA na Resolução nº 358/05 e pela ANVISA RDC nº 33, a falta de clareza entre as exigências e as exigências por vezes conflitantes foi necessário adotar normas práticas e eficazes par o gerenciamento.

Dessa forma, surge a Resolução RDC nº 306 de dezembro de 2004, como norma federal a ser seguida por instituições públicas e privadas. E a Resolução nº 358/05 do CONAMA passa a tratar sobre disposição final e tratamento dos RSS. Segundo Valadares, 2009, ocorre portanto uma divisão no foco regulamentador dessas instituições. A ANVISA passa a regular o controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos RSS. Enquanto que o CONAMA trata do gerenciamento sob o prisma da preservação dos recursos naturais e do meio ambiente.

2.6 Avaliação da Qualidade de Serviços

A busca por qualidade nos serviços de saúde configura hoje como uma demanda crescente por parte de gestores e usuários. Segundo nos apresenta Victoria et al (2011) o desafio do SUS atualmente perpassa não somente pelas questões associadas a acesso e as questões de definição política das relações público-privado, e das questões de financiamento do sistema; mas sim a qualidade no acesso e nos serviços recebidos. Sendo portanto, um grande desafio, a melhoria dos serviços e o envolvimento e maior participação popular.

No entanto, serviços públicos de qualidade enfrentam desafio quanto a definição do que venha a ser qualidade e quem ou a qual grupo tomar como referência para determinar alcance ou não de qualidade nos serviços recebidos. O conceito de qualidade apresenta-se relativo e complexo, influenciado por contexto histórico, político, econômico e cultural. Além da diversidade de termos existentes e do caráter pluridimensional, que o faz assumir várias dimensões, sentido e natureza objetiva e subjetiva. (UCHIMURA, BOSI, 2002; MENDES, 2011)

No entanto pode-se sintetizar o conceito de qualidade em alguns pontos comuns como sendo: satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, conformidade com as especificações, adequações de uso, zero defeito, fazer mais, melhor e mais rápido; e melhor relação custo versus benefício. (MAIA et al, 2008) Para o campo da saúde a qualidade é o produto social expresso por expectativa sobre as relações entre “*clientes e prestadores de serviço*” e as formas como são legitimados os papéis no sistema de saúde. (GASTAL, ROESSLER, apud MAIA, 2008) A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação e a característica central é o juízo de valor, ou atribuição de valor a alguma coisa.

Dentro do contexto da busca pela avaliação da qualidade dos serviços de saúde, encontra-se os métodos de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. Para a avaliação dos serviços os

estudos tem se baseado nas categorias de avaliação proposta por Donabedian. (REIS et al, 1990; MAIA et al, 2008). Para o autor a qualidade deve ser abordada segundo as dimensões ou atributos que devem ser constituídos por meio de sete pilares: eficácia, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. (DONABEDIAN, 1990)

O modelo de abordagem proposto por Donabedian estabelece a relação entre os componentes da estrutura, processo (atividades) e resultado. (MENDES, 2011) Segundo apresenta Maia et al, 2008, o modelo sistêmico de Donadebian “é amplamente aceito e divulgado em virtude de sua compatibilidade e utilidade para os programas de saúde por contemplar a lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos”. (MAIA, 2008, p. 2568)

A Estrutura corresponde aos recursos ou insumos utilizados sejam eles físicos, financeiros, humanos (número e qualificação), materiais (instalações e equipamentos) e organizacionais (critérios de operação, sistemas). Em relação ao processo (atividades) tem-se as atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos que envolvem as dimensões técnicas, relações interpessoais e organizacional (acesso, cobertura, integridade). (MAIA, 2008; MENDES, 2011) O processo relaciona-se a analisar o “fazer” dos profissionais de saúde, na condução das atividades, do cuidado e da interação com os usuários dos serviços. (DONABEDIAN, 1988) E por fim, o resultado trata-se ao estudo dos efeitos, das mudanças observadas (estados de saúde, comportamentos ou satisfação do usuário) e/ou consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e satisfação. (DONABEDIAN, 1988; MAIA, 2008; MENDES, 2011)

3. APRESENTANDO O UNIVERSO DO ESTUDO

3.1 Como Tudo Começou: A Criação do Estado do Tocantins

Para compreendermos a cidade de Palmas, bem como, sua atual dinâmica econômica, habitacional, cultural e política é interessante, termos conhecimento sobre o processo de criação do estado do Tocantins. Abordaremos a temática das lutas separatistas do norte de Goiás de modo amplo, pois nosso objetivo maior é oportunizar uma visão geral desse processo e de como determinadas estruturas políticas, econômicas e sociais presentes, atualmente na cidade de Palmas, se apresentam como reflexo contínuo dos modelos político-econômico dessa época.

De acordo com Lira (2011), a “Geografia-histórica” do Tocantins inicia no período da mineração na capitania dos Goiazes, que era composto por terras do Goiás (atualmente Tocantins

– TO), região de Carolina (Maranhão – MA) e as terras da região de Conceição do Araguaia (Pará – PA) (2011:78) De modo que os Bandeirantes Sulistas, em busca de ouro, eram atraídos para essas terras e como consequência da descoberta de ouro na região centro-sul de Goiás os bandeirantes se “aventuram” rumo à região. Nessa época o Brasil vivia sobre o domínio Português e com a descoberta de ouro nessa região, os portugueses lançam as bases da colonização na capitania de Goyaz e a integram no contexto econômico da colônia. (LIRA, 2011, p.80)

A descoberta das minas de Tocantins e da riqueza em ouro favoreceu a fiscalização e a rigidez da coroa Portuguesa sobre essas terras, porém o forte “contrabando” aliado a dificuldade de vigilância e fiscalização da região proporcionou a decadência da região. Uma vez que, no intuito de manter assegurado os impostos e as cobranças exigidas pelos Portugueses, a Capitania de Goiás obedece a determinação da Capitania de São Paulo e proíbe o uso de quaisquer caminhos para as minas de Tocantins, que não fosse dos bandeirantes paulistas. As medidas tomadas pelas capitanias sobre a exigência da coroa portuguesa se intensificaram e em 27 de outubro de 1733 é lançado o alvará proibindo a navegação pelo rio Tocantins. O conjunto dessas medidas fiscalizatórias, não impediu o contrabando e ineficiência nos pagamentos dos tributos e impostos à coroa; o principal resultado dessas medidas foi o grande atraso econômico, social e habitacional que se fez observar na região. Tais medidas de controle absoluto proporcionaram a decadência da região, principalmente quando se observa que houve: (a) diminuição da ocupação da região; (b) diminuição da integração entre as capitanias do norte (Capitanias de Goyaz, Maranhão e Grão-Pará); (c) aumento no isolamento da região; (d) decadência econômica com a crise aurífera e falta de alternativas, meios e conhecimento para superar as técnicas primitivas de extração nas lavras (e) evasão acentuada nos povoados existentes. (LIRA, 2011)

O quadro de crise econômica que se encontrava a região norte da Capitania de Goiás aliado a dificuldade de se administrar o norte da comarca e a falta de ouro favoreceram, através do alvará de 18 de março de 1809 que ocorresse à divisão da Comarca em duas: a Comarca de Goiás e Comarca de São João das duas Barras (Comarca do Norte). Com a criação da nova comarca o Desembargador português Joaquim Teotônio Segurado assume sua administração, seguindo segundo nos aponta Lira, 2011, os mesmos modelos de administração colonial de exploração econômica até o esgotamento de determinada atividade. Entretanto a Comarca do Norte intensifica a produção de gado, anteriormente uma atividade de subsistência, permitindo o surgimento de uma atividade agropastoril, que terá impacto positivo sobre a Comarca. Os criadores de gado, autoridades locais e pequenos comerciantes reivindicam ao Marquês de Pombal a reabertura do rio Tocantins para a navegação, que ocorre em julho de 1773.

Os esforços do Desembargador Segurado e a atividade agropastoril não foram suficientes para contornar a questão do isolamento, da ineficiência administrativa não interessada em desenvolver economicamente a região norte e da decadência em que viviam os povoados da região, levou ao surgimento das ideias separatista com a Comarca de Goiás que foram fortemente influenciadas pela ideia de independência política que se propagava em outras regiões da colônia e que se intensificou com a “Revolução Liberal do Porto”. (LIRA, 2011) Essas ideias fortalecem o interesse de independência em Goiás e consequentemente na Comarca do norte.

A independência de Goiás, golpe preparado para 14 de agosto de 1821, foi descoberto pelo Capitão-General Sampaio, da Comarca de Goiás, que resultou na expulsão dos líderes da rebelião para o interior da Capitania. Essa medida adotada por Sampaio oportunizou o fortalecimento do ideário de independência da Comarca do Norte, pois de acordo com o apresentado por Cavalcante, 1990, logo após 01 (um) mês da descoberta da rebelião em Goiás em 14 de agosto de 1821, é então instalada a província do Norte, sob-responsabilidade de Joaquim Teotônio Segurado em 14 de setembro de 1821. (CAVALCANTE, 1990, p.84)

A nova província recebe o nome de São João da Palma é ligada a coroa Portuguesa pelo seu primeiro presidente, Teotônio Segurado. O então presidente da província não possui interesse e ideário de independência da província em relação aos Portugueses, fato contrário ao restante da liderança presente na província. Como os interesses políticos eram contrários, pois de um lado tinha-se o interesse em manter as relações da província sob as ordens do colonizador, por meio do presidente Teotônio Segurado fiel a Coroa Portuguesa, e de outro lado tinha-se o interesse na independência da província em relação ao julgo Português que era alimentado por lideranças como Capitão Felipe Antônio Cardoso e PE. Marques, expulsos da capitania de Goiás após o movimento de independência da província.

Como os interesses políticos entre as lideranças existentes da nova província de São João da Palma eram contrários em ideologias e propósitos, o Capitão Cardoso instala um novo governo na ausência de Teotônio Segurado, por estar em viagem a Portugal. O novo governo tem como presidente o tenente-coronel Pio Pinto Cerqueira, que não consegue articular os interesses dos principais Arrais da província e sua população em prol da independência da região. Nesse mesmo período a província do sul de Goiás tem seu governo substituído por uma junta provisória que estabelece como meta principal reunificar o Norte e o Sul de Goiás, formando novamente uma única província. (LIRA, 2011)

PE. Camargo Fleuri, um dos representantes da junta provisória do governo da província do Sul, teve a responsabilidade de “pacificar” e reintegrar o Norte com o Sul da província de

Goiás. Tal tarefa não foi difícil, uma vez que, existiam rivalidades políticas e diferenças ideológicas entre as lideranças locais, associada às dificuldades econômicas da região. Além da dificuldade de comunicação no interior da província devido às distâncias entre os povoados, favoreceu que em 23 de junho de 1823 José Bonifácio de Andrade e Silva desaprovasse a província de São João da Palma. A revolta separatista do Norte é dominada por Caetano Maria Gama que assume como primeiro Presidente da Província, nomeado por D. Pedro I, em 1824 para então governar a região. (IBGE, 2011; LIRA, 2011) Desse modo o Norte é reintegrado ao Sul e o sonho da Província de Tocantins retorna ao plano das ideias.

No início do século XX a ideia de criação de do estado do Tocantins é retomada, mas, só a partir da década de 70 passa a ser seriamente discutida no Congresso. (IBGE, 2011) Um dos motivos para que o ideário separatista regional do Norte de Goiás ficasse “amortecido” no período que vai desde a criação da província de São João da Palmas, em 1821, e sua proibição regencial em 1823/1824 até a década de 40; se deve a ocorrência de fatos nacionais que dividiram a atenção e o envolvimento dos políticos regionais. Entre esses fatos podemos citar: “a independência; o coronelismo; a Coluna Preste e a Revolução de 30”. (LIRA, 2011, p.99)

Na década de 50 e 60, tem-se uma nova frente de luta pela emancipação do estado do Tocantins que de acordo com Lira, 2011, as principais características podem se apresentadas em três principais características: (a) luta voltada para interesse oligárquicos da região – corrente estadualista; (b) o campo de luta deixou de ser o jurídico, o campo, o militar e o religioso para a oligarquia agrária regional – campo da “intelectualidade” agrária; (c) a opção de luta é por meio da imprensa, em detrimento à outras formas de lutas, destacando a desigualdade regional e a injustiça administrativa que o Sul de Goiás implantou no Norte. (LIRA, 2011, p.100)

Em 1956, Juscelino Kubitschek toma posse como presidente do Brasil e volta a tona as discussões sobre a necessidade de uma nova redivisão territorial do Brasil. Com o governo de JK temos a criação e construção de Brasília e da estrada Belém-Brasília, que causou grande expectativa de desenvolvimento e integração da região norte de Goiás com as demais regiões. Entretanto conforme nos apresenta Lira, 2011, o que inicialmente apresentava-se como promessa caiu como pesadelo, pois os políticos do Sul de Goiás se articulam, fortalecem sua imprensa e através de alianças e acordos demagogos em favor do Norte, empurram o movimento separatista da região para a marginalidade das questões relativas ao desenvolvimento da região norte de Goiás. Essas ações se fortaleceram com o Golpe Militar de 64, que cria a Amazônia Legal e inclui as terras do norte de Goiás como prioridade para investimento federal; e assim a região passa a ter “teoricamente” inúmeros projetos (PIN, PNDS, PROTERRA, GETAT, PRODIAT) e instituições Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia, (SUDAM) e Superintendência

do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), com o objetivo de orientar, punir e vigiar o desenvolvimento da região da Amazônia.

No período da Ditadura militar o movimento separatista entre “em regime de semiclandestinidade, a imprensa goiana se fortalece e monopoliza no Sul do Estado, deixando o norte sem voz, e na ilusão de que as soluções para os problemas da região vinham descendo rapidamente pela Belém-Brasília”. (LIRA, 2011, p.106) Segundo o autor, na década de 70, a luta adquiriu outra forma de visibilidade, a opção foi pela reivindicação institucionalizada. Nesse período a luta é “calcada no direito, à juventude é marginalizada, o povo é ainda mais afastado da luta, muitos acordos e o fórum de debates passam a ser gabinetes de empresa privadas e o parlamento político, partidário” (LIRA, 2011, p.107) A luta deixa de ser popular para ser institucional, pois a ditadura militar reprimia qualquer luta que tivesse pensamento diferente do governo ou que pudesse ser confundida com ações comunistas. Desse modo as propostas de redivisão territorial do Brasil deveriam se submeter ao crivo da ditadura militar, mas as mudanças ficaram restritamente ligadas a questões de segurança nacional, entretanto na Constituição de 1967 é mantido os artigos que autorizam a criação e o desmembramento de novos estados, dependendo para isso, das leis complementares e sob égide da ideologia nacional.

Entretanto em 1974 é lançada a Lei Complementar nº 20 pelo governo militar que permite criar novos territórios federados pelo desmembramento de parte de estado existente ou pelo desmembramento de outro território federal. Segundo Lira, 2011, o objetivo estratégico dos militares ao criarem essa lei era de permitir a intervenção militar na Amazônia, através de Planos de Desenvolvimento (PNDs) e criar dentro dos estados Amazônicos áreas federalizadas, com a administração ligada diretamente ao governo federal. Dessa forma, “a partir da lei Complementar nº 20 ocorre à militarização no território Amazônico”. (LIRA, 2011, p.109)

A partir da Lei Complementar nº 20, de 1974, o deputado Siqueira Campos faz uma proposta federalista de redivisão territorial nacional, na qual propunha a criação de 12 novos territórios na Amazônia. Existiu outro projeto de redivisão nacional, no qual a proposta consistia na divisão de 13 territórios federais e 08 estados, no qual seguiu as mesmas intenções de agradas aos militares para serem posteriormente aprovados; entretanto nenhum desses foi aprovado.

Existiram outras Leis Complementares a partir da Lei Complementar nº 20, de 1974, como por exemplo: a Lei Complementar nº 31, de 1977, que cria o estado de Mato Grosso do Sul; a Lei Complementar nº 40, de 1981, que transforma o território de Rondônia em Estado. Porém, mesmo com a criação desses novos estados, o estado de Tocantins não consegue ser instituído.

Em 1983 e 1984 o projeto de Lei Complementar nº 187, elaborado em 1978 por Siqueira Campos, Raimundo Marinho e Mário Cavalcante, que dispunha a criação do Estado de Tocantins, foi vetado duas vezes consecutivamente pelo então presidente, José Sarney, mesmo tendo sido anteriormente aprovadas no Senado e na Câmara dos Deputados. Somente com a Constituição Brasileira de 1987 é confirmada a jurisprudência e a criação do Estado de Tocantins. (LIRA, 2011:109)

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, finalmente, Tocantins é desmembrada do Estado de Goiás, tendo como capital o Município de Palmas, criado pela resolução nº 28, de 29 de dezembro de 1989, desmembrado do Município de Porto Nacional. (IBGE, 2011)

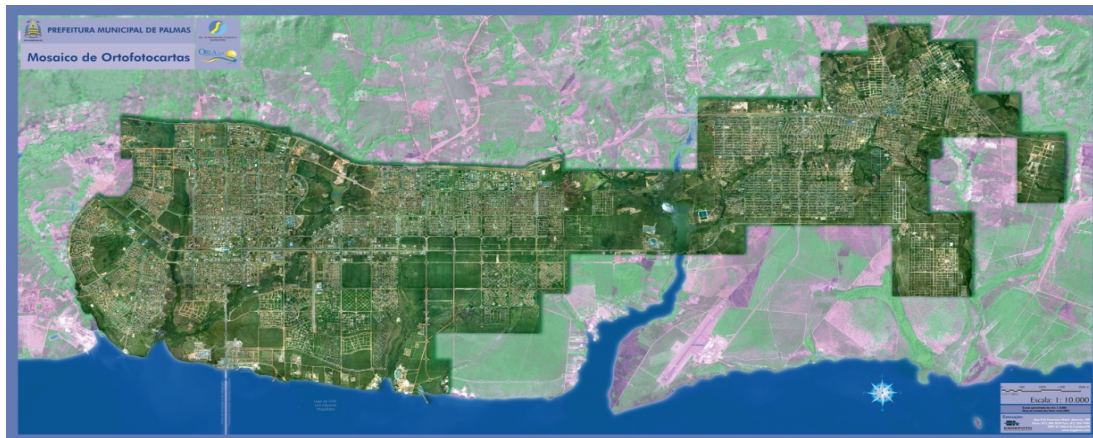
3.2 Conhecendo a cidade: Resultados Geográficos quantitativos

Neste tópico serão apresentadas as características geográficas, sociais e econômicas da cidade de Palmas / TO, situando-a em seu respectivo estado, região e país. A fim de contextualizar e estabelecer aproximação com a cidade de estudo. Os dados e as informações apresentadas a seguir servem para caracterizar o local da pesquisa.

Nos tópicos subsequentes iremos apresentar as características socioeconômicas das 06 áreas de ponderação que compõem a cidade, sendo portanto os primeiros resultados quantitativos da pesquisa. Na área da Assistência Farmacêutica Municipal, será focalizado os serviços Farmacêuticos realizado nas Farmácias Básicas Municipais, a Gerência da Assistência Farmacêutica Municipal, e os Usuários de medicamentos.

A cidade de Palmas, capital do estado do Tocantins, pertence à região norte do Brasil está localizada à longitude de -48.33° e latitude de -10.16°. A cidade possuía no ano de 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 228.332 mil habitantes, em uma área territorial 2.218,937 Km², que resulta numa densidade demográfica de 102,90 habitantes por Km². O bioma principal da cidade é o Cerrado; e o clima é quente e seco, com médias de temperatura em torno de 26,5°C. Os habitantes da cidade são chamados de palmense. (IBGE, 2011; INMET, 2011)

Ilustração 01 - Mapa da Cidade de Palmas



Fonte: Prefeitura de Palmas, 2012.

Disponível em: <http://srvsefin.palmas.to.gov.br/portalfprefeitura/servicos/seduh/>

Palmas é a mais nova capital brasileira, com apenas 23 anos de existência e que passa por um intenso processo de formação política, cultural, econômica, social e habitacional crescente conforme estatísticas nacionais e regionais. Segundo o IBGE, pode-se verificar, que o município teve um crescimento populacional de 128%, em 2010, em comparação sua população de 1991. A própria criação da nova capital e o dinamismo econômico a ela associado, têm contribuído para a atração de contingente populacional tão elevado, proveniente de diversas partes do país e do exterior. (*Estimativas de População*. IBGE, 2009).

3.2.1 As Características Populacionais de Palmas

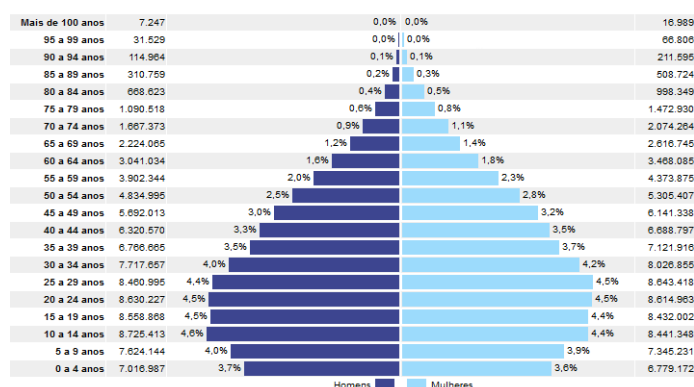
Nesse momento, será apresentada a análise em escala geral da população de Palmas. Primeiramente apresentam-se a pirâmide etária da cidade de Palmas, em comparação com o Estado e a Federação, para discutir sobre as características sociais da população em correlação com os mesmos. Além das características populacionais tais como Índice de Desenvolvimento Humano, Composição migratória, entre outras. Para análise das pirâmides-etárias algumas considerações prévias merecem ser feitas. Tem-se no topo da pirâmide os indivíduos (divididos em homens e mulheres) que compõe as faixas etárias mais elevadas da população, ou seja, a população que consegue atingir a velhice.

Para a análise da cidade de Palmas algumas ressalvas precisam ser consideradas. Vê-se que, em comparação com a pirâmide etária do Brasil e do estado do Tocantins como um todo (pirâmide abaixo), o topo da pirâmide aparenta ser mais estreito, já que a cidade de Palmas é de

criação muito recente, o que implica numa população composta pelas faixas-etárias produtivas (características de populações migrantes), as pessoas mais velhas encontradas em Palmas não nasceram ou foram registradas ali, e por isto não são maioria.

Na base da pirâmide encontram-se os habitantes mais novos, o que reflete em parte a natalidade da localidade, que acompanha o ritmo de crescimento do resto do país mesmo tendo taxas um pouco mais altas de crescimento, comportamento típico de cidades novas. No meio da pirâmide temos a massa da população em idade produtiva, e certamente, boa parte da população economicamente ativa. A pirâmide etária caracteriza a população da cidade como típica de cidade migrante.

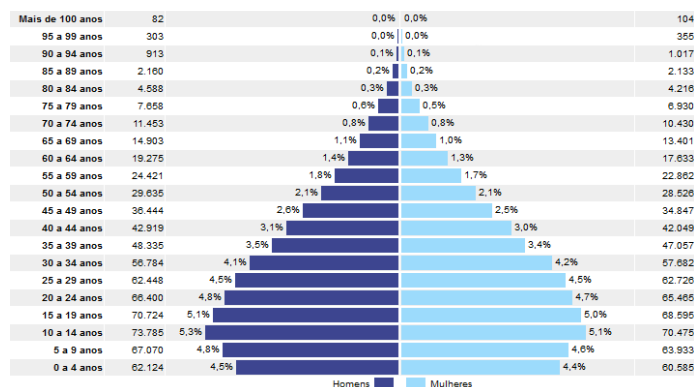
Gráfico 01 - Pirâmide-Etária do Brasil. (Censo 2010- IBGE)



Fonte: Censo Demográfico 2010-IBGE.

Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>.

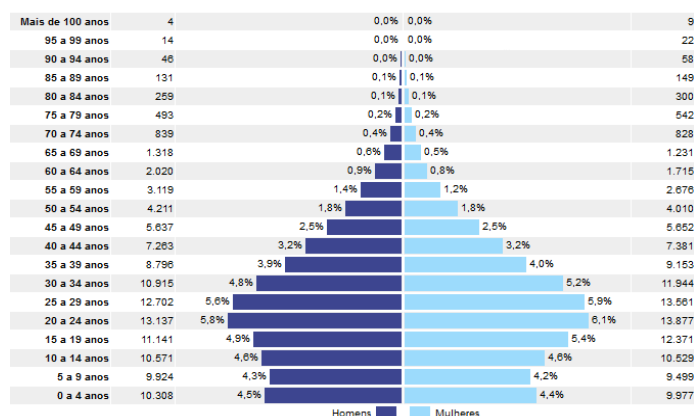
Gráfico 02 - Pirâmide-Etária do estado do Tocantins-BR. (Censo 2010- IBGE)



Fonte: Censo Demográfico 2010-IBGE.

Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=17>

Gráfico 03 - Pirâmide-Etária do município de Palmas/TO-BR. (Censo 2010- IBGE)



Fonte: Censo Demográfico 2010-IBGE.

Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=17#topo_piramide

3.2.2 Índice de Desenvolvimento Humano

No intuito de conhecer o índice de desenvolvimento dos residentes na cidade de Palmas, no que se refere a oportunidade do indivíduos em fazer suas escolhas, avaliou-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que é uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano e que não abrange todos os aspectos de desenvolvimento. Esse índice não tem a pretensão de ser o indicativo da “felicidade” das pessoas e nem estabelecer “qual o melhor lugar para se viver”. O IDH surgiu da necessidade de aferir o avanço de uma população a partir de outro indicador, que não apenas o da visão econômica, por meio do Produto Interno Bruto (PIB per capita). Mas sim, considerando tanto as características sociais, culturais e políticas que influenciam na qualidade da vida humana (PNUD, 2011).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Palmas é de 0,800, valor mais recente. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2000, o município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano, IDH maior que 0,8. Em relação aos municípios do próprio Estado do Tocantins, Palmas ocupa a 1ª posição no estado, portanto 138 municípios, que corresponde a 100,0% dos demais municípios, estão em situação pior ou igual (PNUD, 2000).

Em relação aos outros municípios do Brasil, Palmas apresenta uma situação boa: ocupa a 559ª posição, sendo que 558 municípios (10,1%) estão em situação melhor e 4948 municípios (89,9%) estão em situação pior ou igual (PNUD, 2000). Embora Palmas, possua um IDH considerado alto, veremos no capítulo 5 (resultados e discussão) que a população que utiliza as FAB não tem poder de escolha ao utilizar esse serviço. A maioria dos usuários de medicamentos não souberam informar o que acham da farmácia, ou do serviço recebido, bom como não

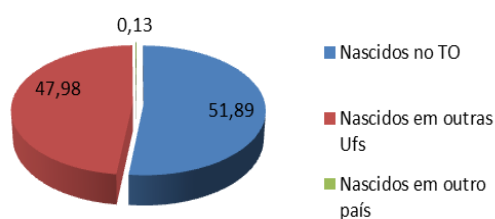
souberam dizer o que poderia ser melhorado neste local ou em seu tratamento.

3.2.3 Fluxo Migratório

Palmas é uma cidade planejada construída por habitantes de diversas regiões do país, por esse motivo, quase metade da população de Palmas é caracterizada como “migrante” segundo o Censo Demográfico do IBGE. Vê-se no gráfico abaixo que 51,89% da população nasceu e/ou foi registrada no estado do Tocantins, o que faz da cidade de Palmas uma localidade bastante singular no que diz respeito a padrões demográficos.

A outra fatia da população, cerca de 48%, se encontra na categoria de migrante, sendo considerado para este estudo o indivíduo que não nasceu no estado do Tocantins e ainda os menos de 1% nascidos em outros países.

Gráfico 04. Habitantes de Palmas/TO segundo local de origem. (Censo 2010-IBGE)



Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE). Tabulação própria.

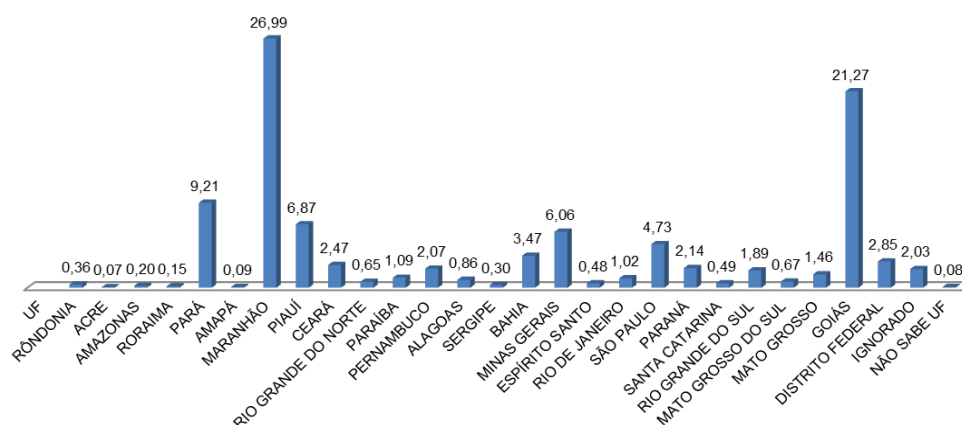
Considerando o grande contingente populacional migrante têm-se o gráfico 05 que representa as Unidades da Federação de origem desses indivíduos. Essa informação serve para identificar de que partes do País vieram os habitantes recenseados em Palmas.

Vê-se a distribuição dos migrantes residentes recenseados em Palmas segundo sua unidade da federação de nascimento. Metade da população que compõem o fluxo migratório estabelecido em Palmas é oriundo da Região Nordeste do País. O grupo em evidência é representado pelo estado do Maranhão, com cerca de 27% dos migrantes, seguido pelos 21,2% do estado de Goiás, ambos por razões óbvias de proximidade e constituição histórica, política e geográfica.

Leva-se em conta também, que a cidade necessitava de braços para construção civil, e os estados nordestinos mais próximos ao estado do TO constituíam os maiores fornecedores de mão de obra para esta função. A proporção deste e dos demais fluxos migratórios acarretou em sérios problemas de segregação sócio espacial na capital Palmas, uma vez que o preço da terra para residir nas localidades construídas por estes migrantes não estavam ao alcance financeiro dos mesmos, que, por sua vez foram forçados a deixar a área central da cidade em direção as periferias.

Junto à mão de obra pesada proveniente de alguns estados do nordeste, Palmas ainda atraía um fluxo de profissionais capacitados, engenheiros, arquitetos, profissionais da saúde entre outros. Este fluxo possuía uma carga maior proveniente de estados do sul e sudeste. Em sessão posterior será apresentado a distribuição dos serviços/ocupação, o regime de contrato de trabalho e renda para cada área de ponderação da cidade, que nos permitiu tal conclusão.

Gráfico 05 - Unidade da Federação (UF) de nascimento dos migrantes residentes na cidade de Palmas/TO.



Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE). Tabulação própria.

3.2.4 Obtendo o perfil Socioeconômico: as Áreas de Ponderação e os Procedimentos Metodológicos

Para melhor conhecimento da cidade de Palmas, será apresentado o mapa da cidade e suas subdivisões, nas áreas de ponderação, segundo a divisão adotada pelo IBGE. A cidade de Palmas é dividida em 10 áreas de ponderação de acordo com o estabelecido pelo IBGE em 2010.

Para elaboração e análise do perfil socioeconômico da população da cidade de Palmas/TO, foram utilizados os dados do Censo Demográfico do ano 2010 (IBGE). O banco de dados do Censo Demográfico possui uma gama de informações provenientes dos recenseamentos realizados por meio de entrevistas nos domicílios de todo o Brasil.

A metodologia do Censo divide a pesquisa em dois tipos de questionários: o do universo e o da amostra. O questionário do universo é respondido pelos residentes de todo o país, enquanto que o questionário da amostra é realizado apenas com uma parcela da população.

A pesquisa do Censo Demográfico resulta em dados que se traduzem pelas informações respondidas no questionário do Censo em relação às características do domicílio e de cada morador, possibilitando respostas a questionamentos sobre sexo, faixa etária, estado e município de nascimento, cor/raça, religião, número de filhos, ocupação, renda, auxílios governamentais, escolaridade e tantos outros fatores.

Para este trabalho foram utilizadas as variáveis que possibilitaram a identificação de um perfil socioeconômico dos habitantes da cidade de Palmas/TO. As variáveis selecionadas são aquelas que permitiram a análise do território (distribuição das FAB na cidade, distâncias entre as FAB), da demografia (fluxo migratório, densidade demográfica), e a análise social com as variáveis de vulnerabilidade da população em cada AP (renda, escolaridade) e da dependência para com o sistema de saúde (trabalhadores com e sem carteira assinada). Estas variáveis seriam, portanto: sexo e faixa etária (dispostas na forma de uma pirâmide etária), densidade demográfica, escolaridade, renda de salários mínimos e demais variáveis sobre fatores migratórios – como unidade da federação em que nasceu – tendo em vista que grande parte da população residente de Palmas é migrante.

O banco de dados do Censo Demográfico possui uma carga de informações muito extensa e, por esse motivo, o seu manuseio só é viável lançando-se mão de *softwares* estatísticos que permitem o funcionamento correto dos seus dados. Para este trabalho será utilizado o *software SPSS 17.0* que é um pacote estatístico inicialmente desenvolvido para o uso das ciências sociais daí o seu nome, *Statistical Package for the Social Sciences*. Hoje este *software* também já é utilizado para outras áreas de interesse acadêmico.

O *SPSS 17.0* permite contar frequências, ordenar dados, montar cruzamentos entre variáveis distintas e reorganizar a informação. O SPSS é um software que permite realizar análise estatística de correlação e multicolinearidade. Sendo apropriado para a elaboração de análises e estatísticas de matrizes de dados. O uso desse programa permite gerar relatórios tabulados utilizados na realização de análises descritivas e de correlação entre as variáveis. (MANUAL SPSS, 2011) Junto ao *SPSS 17.0*, será utilizado o *software* aplicativo *Microsoft Excel*. Para ilustrar a localização espacial dos residentes da cidade de Palmas, foi utilizado o *PHILCARTO*, que é um *software* livre que possibilita a criação de mapas a partir dos resultados obtidos com o tratamento dos dados no *SPSS 17.0* e no *Excel*.

Realizadas as fases de escolha e manipulação das variáveis do banco de dados do Censo e de configuração de tabelas, gráficos e mapas das informações obtidas teve início a fase de interpretação e assimilação dos dados a partir dos instrumentos anteriormente descritos. No intuito de se obter uma análise mais aprofundada do perfil socioeconômico da população foi escolhido o menor recorte espacial fornecido pelo Censo Demográfico: as áreas de ponderação.

A Área de Ponderação (AP) é uma subdivisão realizada pelo IBGE, para municípios que tenham mais de 190.000 mil de habitantes, no intuito de divulgar e ampliar as informações sobre essas regiões. Além de favorecer o planejamento e o conhecimento local. Sendo portanto, uma unidade geográfica, formada por um agrupamento de setores censitários, para a aplicação dos procedimentos de calibração das estimativas com as informações conhecidas para a população como um todo.¹

Cada AP se caracteriza por possuir 400 domicílios particulares ocupados e que tenham respondido o questionário da amostra. Além de ter de possuir setores censitários vizinhos geograficamente. As Prefeituras auxiliam no estabelecimento das AP, juntamente com o IBGE, pois fornecem as informações que levam em conta a realidade local e as necessidade do planejamento local. (IBGE, 2011)

Cada município pode possuir divisões diferentes de suas áreas de ponderação, por exemplo: a cidade de São Paulo possui suas áreas de ponderação equivalentes aos seus bairros. Já na cidade do Recife, na maioria dos casos, vários bairros podem formar uma área de ponderação (segundo a divisão proposta pelo Censo Demográfico).

No caso de Palmas, que é uma cidade planejada, as áreas de ponderação são divididas de acordo com suas Áreas Residenciais - ARNE, ARNO, ARSE 1 e 2 e ARSO – onde suas terminações indicam sua localização geográfica, vejamos: ARNE – Área Residencial Nordeste. No entanto, para o Censo 2010, foram consideradas também as áreas intituladas SUL 1,2,3 e 4. Além de uma área de ponderação chamada “EXTRA CIDADE” onde estariam inclusos os distritos da área rural de Palmas.

Por conta desta divisão, alguns impasses metodológicos foram encontrados. O uso da metodologia que leva em consideração a existência de áreas de ponderação é exclusiva do Censo Demográfico do IBGE, por este motivo, alguns obstáculos em relação a fontes cartográficas e de dados secundários tiveram de ser contornados.

¹ Censo Demográfico de 2010 (IBGE); Documentação das Notas Metodológicas dos Microdados da Amostra.

a) não existe acesso as bases cartográficas das áreas de ponderação, ou seja, a construção da ilustração gráfica dos mapas utilizados nesta pesquisa tiveram como base mapas das quadras que formam a cidade de Palmas, dando uma ideia bem próxima da realidade da localização das áreas de ponderação.

b) a área de ponderação ARSE 1 e 2 foram consideradas como uma única, tendo em vista que a metodologia do Censo divide esta área por motivos de contingente populacional extensão geográfica.

c) não foram encontradas evidências sobre que área de cidade seria representada pelas AP's SUL 3 e 4, já que segundo o site da prefeitura de Palmas são levadas em consideração apenas as áreas SUL 1 e 2. No entanto, vê-se a possibilidade das mesmas se caracterizarem na mesma situação das ARSES 1 e 2, ou seja, são subdivisões da mesma localidade. No entanto, por falta de informação que confirmasse esta caracterização foi eleita como melhor opção a não utilização destas áreas de ponderação neste estudo, considerando apenas as áreas SUL 1 e 2. Foi desconsiderada, pelo mesmo motivo, a área intitulada EXTRA CIDADE.

No próximo tópico apresenta-se separadamente cada AP, bem como o perfil socioeconômico da cidade. Para obter os dados que serão apresentados no tópico seguinte, utilizou-se o programa SPSS. O objetivo deste tópico é caracterizar cada AP que compõem a cidade.

3.3 O Perfil Socioeconômico e o Sistema de Saúde Municipal: Resultados Geográficos por Área de Ponderação

Utilizou-se a análise quantitativa para a construção do perfil socioeconômico da população palmense. A construção do perfil populacional foi realizado para cada uma das 06 (seis) áreas de ponderação da cidade, apresentadas acima, a partir dos dados do IBGE referente ao ano de 2010, por meio do programa SPSS.

A seguir tem-se a caracterização das AP segundo suas características: sociais (escolaridade), econômicas (média da renda) e demográfica (densidade demográfica e UF de origem). Ressalta-se que as ilustrações, abaixo, são um esboço da base cartográfica da cidade de Palmas, sem os distritos rurais que a compõe. As divisões observadas são as das áreas de ponderação, levando em conta as considerações feitas nos tópicos anteriores quanto aos impasses metodológicos e as soluções adotadas. Vêm-se 06 grandes áreas: AR (ÁREA RESIDENCIAL): ARNE-nordeste, ARNO-noroeste, ARSO-sudoeste, ARSE-sudeste, SUL 1, SUL 2.

O estudo do perfil socioeconômico da cidade se justifica pela necessidade de conhecer e caracterizar cada AP da cidade. Para depois relacionar, se tais características, devem ou não ser consideradas pelos farmacêuticos que trabalham nas farmácias municipais do SUS.

3.3.1 Unidade Federativa dos Migrantes

Partindo para análise por área de ponderação tem-se a tabela 1, onde se encontra a distribuição das UFs de origem dos migrantes residentes em Palmas segundo as áreas de ponderação da cidade. Vê-se que em todas as áreas o contingente populacional proveniente do Maranhão se encontra em evidência, junto aos estados de Goiás e Minas Gerais. No entanto, observam-se diferenças nos perfis de cada área de ponderação.

Tabela 01 - UF de nascimentos dos migrantes residentes em Palmas/TO segundo áreas de ponderação. (Censo 2010-IBGE).

UF DE NASCIMENTO	ARNE	ARNO	ARSE	ARSO	SUL 1	SUL 2
GOIÁS	20,96	13,99	27,97	29,63	15,23	20,37
MARANHÃO	12,12	42,24	17,18	14,23	40,67	31,01
MINAS GERAIS	11,28	2,7	8,46	9,47	3,11	3,1
SÃO PAULO	8,84	3,04	5,54	8,24	1,89	1,75
PARÁ	7,9	10,95	7,81	5,14	10,69	12,27
PIAUÍ	4,84	6,42	5,4	2,96	8,2	10,89
PARANÁ	4,3	1,19	3,26	3,48	0,32	1,08
RIO GRANDE DO SUL	4,13	0,98	3,17	2,88	0,33	0,37
DISTRITO FEDERAL	3,93	2,31	3,46	3,01	2,58	1,56
BAHIA	3,33	3,06	2,92	3,91	2,87	4,37
PERNAMBUCO	2,41	2,1	2,34	1,84	1,63	1,02
CEARÁ	2,1	2,26	2,18	1,81	4,02	2,46
SANTA CATARINA	1,86	0,2	0,45	1,06	0,22	0,31
PARAÍBA	1,81	0,57	1,17	1,54	0,66	0,9
RIO DE JANEIRO	1,75	0,5	1,51	2,35	0,12	0,2
RIO GRANDE DO NORTE	1,73	0,27	0,7	0,29	0,31	0,64
MATO GROSSO	1,59	1,74	1,52	1,42	0,67	1,61
MATO GROSSO DO SUL	1,24	0,34	0,51	1,79	0,08	0,74
SERGIPE	1,02	0	0,52	0,38	0,22	0
IGNORADO (APLICADO NA FASE DE CRÍTICA)	0,89	3,59	0,89	2,13	3,49	4,01
ESPÍRITO SANTO	0,67	0,71	0,53	0,25	0,47	0,29

AMAZONAS	0,47	0,11	0,35	0,17	0	0,19
RÔNDONIA	0,33	0	0,58	0,31	0,34	0,41
RORAIMA	0,29	0,12	0,1	0,21	0,41	0
ALAGOAS	0,22	0,34	1,13	1,4	1,21	0,18
ACRE	0	0,15	0,07	0	0	0,16
AMAPÁ	0	0	0,17	0	0	0,1
NÃO SABE UF	0	0,11	0,09	0,09	0,24	0
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE). Tabulação própria.

Ao longo da análise será possível observar que as áreas de ponderação possuem características distintas em relação a distribuição de renda, ocupação, nível de instrução e até mesmo faixa-etária. Já podendo ilustrar o que outrora se analisou em relação a periferização da população migrante. Vê-se que nas áreas consideradas mais bem providas de nível de renda são as que menos apresentam população migrante, e vice-versa.

3.3.2 Concentração Populacional

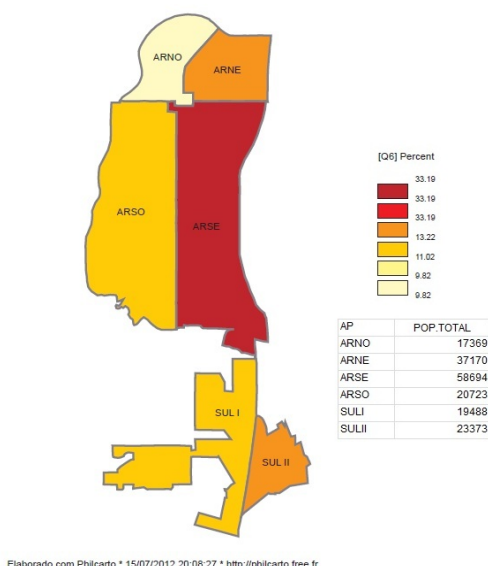
Para beneficiar a exposição do perfil socioeconômico dos habitantes da cidade de Palmas foram elaboradas ilustrações gráficas na forma de mapas da área urbana da cidade. Na ilustração 02, vê-se um esboço da base cartográfica da cidade de Palmas (sem os distritos rurais que a compõe). As divisões observadas são as das áreas de ponderação, levando em conta as considerações feitas nos tópicos anteriores quanto aos impasses metodológicos e as soluções adotadas.

Vê-se na ilustração 02, logo a baixo, a concentração populacional do município de Palmas/TO segundo as áreas de ponderação abordadas pelo Censo 2010-IBGE. Os dados estão expostos em porcentagem e em número absoluto, onde as cores mais escuras representam o maior contingente populacional, e as cores mais claras o menor contingente.

Nota-se que a área ARSE é a que possui um maior número de habitantes. Em contrapartida, a área ARNO possui o menor contingente. A área ARSO, apesar de se manter num contingente mediano, possui menos representatividade populacional, sendo em maioria habitada por profissionais militares, bombeiros e de rendimento médio alto, é uma área de grande especulação imobiliária e encontra-se na direção da expansão urbana. Com as análises seguintes será possível observar o comportamento dessas populações segundo dados de renda, nível de instrução e ocupação.

Ilustração 02 - Mapa da concentração populacional (em percentual e números absolutos) da cidade de Palmas/TO segundo áreas de ponderação.

Mapa da concentração populacional do município de Palmas/TO segundo Áreas de Ponderação.
(Censo Demográfico 2010/IBGE)



Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE).

3.3.3 Distribuição de Renda

Na ilustração 03, logo abaixo, observa-se a distribuição da população em relação a renda (em reais).

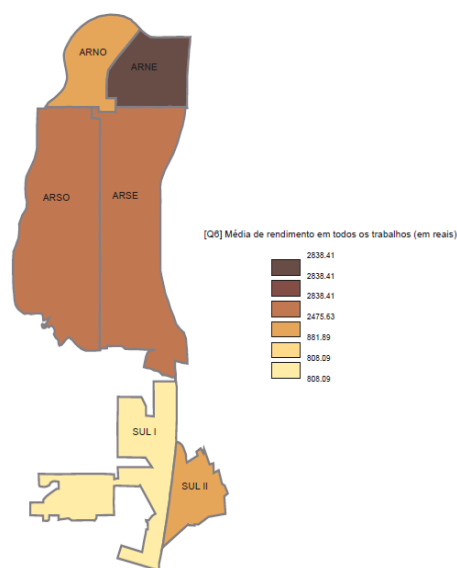
A área de ponderação ARNE é a que possui o maior nível de renda. Esta área foi a primeira a ter casas construídas e abrigavam apenas membros do governo e políticos em geral, hoje esta área é residência da classe média e alta. Em seguida pode-se observar a área ARSE, a maior em contingente populacional e extensão. Caracteriza-se por uma área de níveis de renda variados encontrando-se faixas de renda altíssimas e médias. É nesta área que se encontra parte do esgotamento sanitário da cidade de Palmas.

Seguindo a análise vê-se que as áreas SUL 1 e 2 apresentam as populações de mais baixa renda, que tendem a se deslocar para fora do centro da cidade, uma vez que não possuem condições de arcar com o alto custo da moradia nestas áreas. A área SUL 1 engloba os chamados Aurenys e o Taquari. São áreas sem fiscalização e muitas sem asfalto, com uma qualidade de vida muito baixa.

Já a SUL 2 abrange o Taquaralto. É uma região distinta das outras, uma vez que, possui um centro comercial muito forte e extenso, sendo por vezes, considerada até outra “cidade”. O forte setor de serviços encontrado na área SUL 2 faz com que sua média de rendimento seja um pouco maior do que as das áreas mais pobres.

Por fim tem-se a área ARNO, que possui a menor proporção de habitantes e este fator expõe um resultado de rendimento médio, no entanto, esta área foi ocupada por uma população de mais baixa renda que acaba sendo ponderado estatisticamente pela existência de lotes de residentes mais ricos localizados na fronteira desta área. Junto às análises de nível de escolaridade será possível observar mais profundamente a relação de escolaridade e renda.

Ilustração 03 - Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação a média de rendimento (mensal) em todos os trabalhos em reais (R\$) segundo áreas de ponderação.



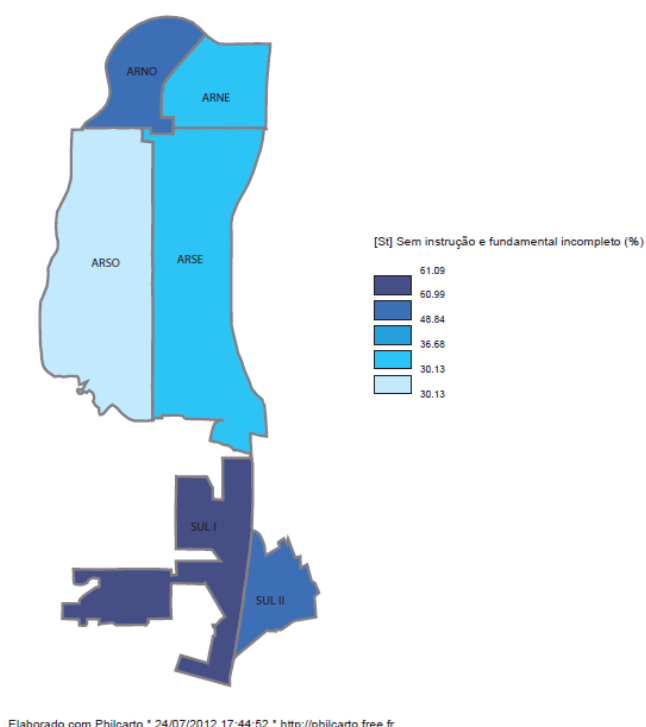
Elaborado com Philcarto * 24/07/2012 22:03:51 * <http://philcarto.free.fr>

Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE).

3.3.4 Escolaridade, Regime de Contrato de Trabalho e Ocupação

Nas ilustrações a seguir observa-se a distribuição da população em relação a escolaridade. Para análise dos níveis de instrução da cidade de Palmas foram selecionadas três faixas de escolaridade: sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior completo. As faixas de título “incompleto” podem significar que aquele nível de instrução foi o último ou que ainda está sendo cursado.

Ilustração 04 - Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação ao nível de instrução: sem instrução e fundamental incompleto; segundo áreas de ponderação.

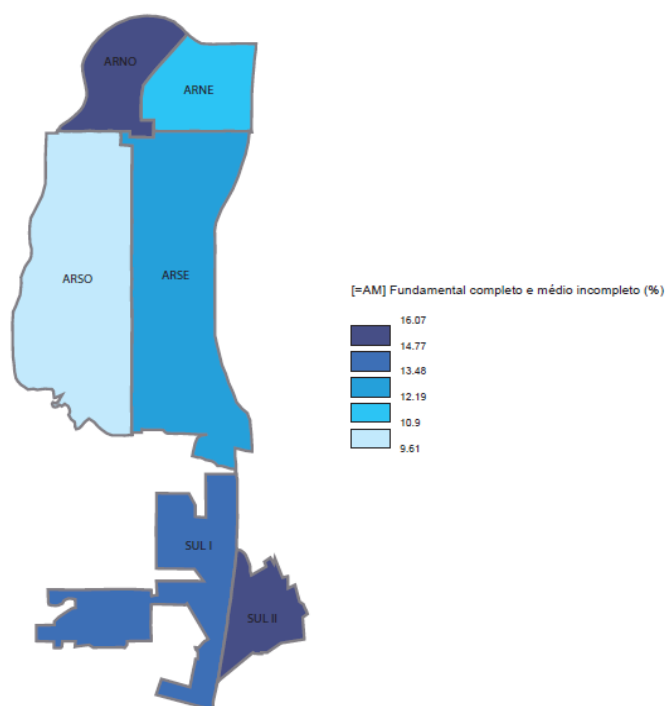


Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE).

Na ilustração 04 é observada a distribuição dos residentes da cidade de Palmas que não possuíam instrução e ensino fundamental incompleto, vê-se que as áreas de população de renda mais baixa ARNO, SUL1 e SUL 2 são as que possuem maior representatividade de população sem instrução e ensino fundamental incompleto, expondo a relação entre as variáveis de escolaridade e renda. Correspondem, portanto, as áreas de maior vulnerabilidade social.

Já na ilustração 05 pode ser analisada a faixa de transição mas, ainda, sem grandes diferenças proporcionais.

Ilustração 05. Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação ao nível de instrução: fundamental completo e médio incompleto; segundo áreas de ponderação.



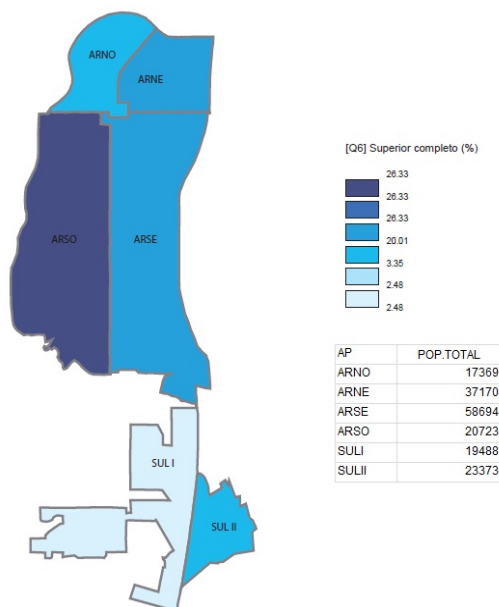
Elaborado com Philcarto * 24/07/2012 17:47:07 * <http://philcarto.free.fr>

Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE).

Por fim, na ilustração gráfica 06 tem-se a população que possui os níveis de instrução considerados mais altos na faixa de superior completo. A maior parte desse grupo populacional é encontrada nas áreas ARSO, que abrangem as faixas de renda médias e altas, vinculando o fator renda e escolaridade. A análise de ocupação vem para concluir e ratificar a conexão entre estes fatores, mostrando que tipos de setores de ocupação são representados por indivíduos de características socioeconômicas distintas.

Ilustração 06 - Mapa da distribuição populacional da cidade de Palmas/TO em relação ao nível de instrução: superior completo; segundo áreas de ponderação.

Mapada concentração dos residentes de Palmas em relação ao nível superior completo segundo áreas de ponderação. (Censo Demográfico 2010-IBGE)



Elaborado com Philcarto * 24/07/2012 17:48:15 * <http://philcarto.free.fr>

Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE)

Relacionando-se a escolaridade e o regime de trabalho (com carteira assinada e sem carteira assinada) mais evidente dos residentes em Palmas, construiu-se a tabela 2, a distribuição do regime de trabalho segundo as AP. Nessa tabela estão dispostas as informações quanto ao trabalho com e sem carteira assinada declarada pelos habitantes da cidade de Palmas - tendo sido escolhidas para exposição aquelas que obtiveram maior representatividade numérica, ou seja, as que mais continham população por área de ponderação.

A área ARNO, SUL 1 e SUL 2 possuem maior percentual da sua população com carteira assinada e sem carteira assinada. Estas áreas também possuem maior percentual de trabalhadores sem remuneração. (Tabela 2) As áreas ARNE, ARSE e ARSO são representadas pelas classes médias e altas e englobam maior percentual de trabalhadores em regime jurídico dos funcionários públicos, militares, bombeiros, policiais e empregadores.

Tabela 02 – Regime de Trabalho dos residentes em Palmas/TO, em percentual, segundo áreas de ponderação. (Censo 2010-IBGE).

ÁREA DE PONDERAÇÃO	Empregado com carteira assinada	Militar do exército, marinha, aeronáutica, polícia militar ou corpo de bombeiros	Empregado pelo regime jurídico dos funcionários públicos	Empregado sem carteira assinada	Conta própria	Empregador	Não remunerado	Total
ARNE	37,4	0,7	23,7	17,6	15,3	4,2	1,0	100
ARNO	40,0	0,8	12,2	27,1	17,6	1,1	1,1	100
ARSE	37,2	0,9	23,1	19,1	16,2	2,9	0,6	100
ARSO	32,9	3,2	30,2	13,6	15,8	3,8	0,4	100
SUL 1	51,5	1,0	7,2	24,8	13,9	0,9	0,6	100
SUL 2	45,6	0,4	9,8	26,3	15,3	0,5	1,9	100

Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE). Tabulação própria.

Para relacionar o regime de trabalho com a ocupação (Cargo funcional) mais evidente dos residentes em Palmas, construiu-se a tabela 3, no qual apresenta-se a distribuição da ocupação segundo as AP. Nessa tabela estão dispostas as informações quanto a ocupação declarada pelos habitantes da cidade de Palmas – sendo considerados apenas o que possuíam algum tipo de ocupação remunerada na semana de referência do censo 2010 - tendo sido escolhidas para exposição aquelas que obtiveram maior representatividade numérica, ou seja, as ocupações que mais continham população por área de ponderação.

Ao analisar o regime de trabalho com a ocupação do trabalhador (Cargo Funcional), percebe-se que os trabalhadores da ARNO embora apresentem percentual significativo de trabalhadores com carteira assinada vê-se que eles estão concentrados nas ocupações elementares (27,3% - Tabela 3) de serviços domésticos, indústria de transformação, vendedores ambulantes, coletores de lixo etc., que se caracterizam por setores de ocupação de remuneração baixa e que não exige níveis mais altos de educação. O mesmo acontece na área SUL 2 que apresenta níveis de renda e escolaridade muito baixos, e elevado percentual de trabalhadores com e sem carteira assinada, além do maior percentual de indivíduos não remunerados. Podem-se observar as porcentagens nestas áreas de ponderação, de pessoas ocupadas nos setores de maior exigência intelectual, apresentando os números mais baixos, junto com a área SUL 1. Já era esperado que as áreas ARNO, SUL 1 e SUL 2, embora apresentem elevado percentual de trabalhadores com carteira assinada os mesmos se encontram em atividade que requerem baixo nível de instrução,

logo menos remunerados, sendo assim as áreas de maior vulnerabilidade social. As áreas ARNE, ARSE e ARSO, englobam os setores de ocupação mais bem remunerados e de maior capital humano como: profissionais das ciências intelectuais, advogados, engenheiros, profissionais da saúde, administração pública, profissionais do ensino, jornalistas, que trabalham por conta própria, são empregadores ou funcionários públicos. É na área ARSO que se encontra o campus da Universidade Federal do Tocantins.

Tabela 03 - Ocupações mais evidentes dos residentes em Palmas/TO segundo áreas de ponderação. (Censo 2010-IBGE).

Áreas de Ponderação	Trabalhadores de Apoio Administrativo	Trabalhadores dos Serviços, Vendedores dos Comércio E Mercados.	Ocupações Elementares (Serviço Doméstico, Indústria de Transformação, Transporte, Ambulantes, Coletores De Lixo Etc.).	Profissionais Das Ciências E Intelectuais (Advogados, Engenheiros, Profissionais da Saúde, Administração Pública, Profissionais Do Ensino, Jornalistas Etc.).	Trabalhadores Qualificados, Pedreiros, Operários. E Artesãos da Construção, das Artes Mecânicas E Outros Ofícios.
ARSE	40,58	31,90	24,31	47,07	23,00
ARNO	18,57	25,49	27,35	8,83	28,31
ARSO	14,25	9,76	6,14	20,64	5,40
ARNE	10,24	9,11	5,35	15,69	7,99
SUL II	10,08	14,18	19,51	5,05	19,95
SUL I	6,29	9,55	17,34	2,73	15,36

Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE). Tabulação própria.

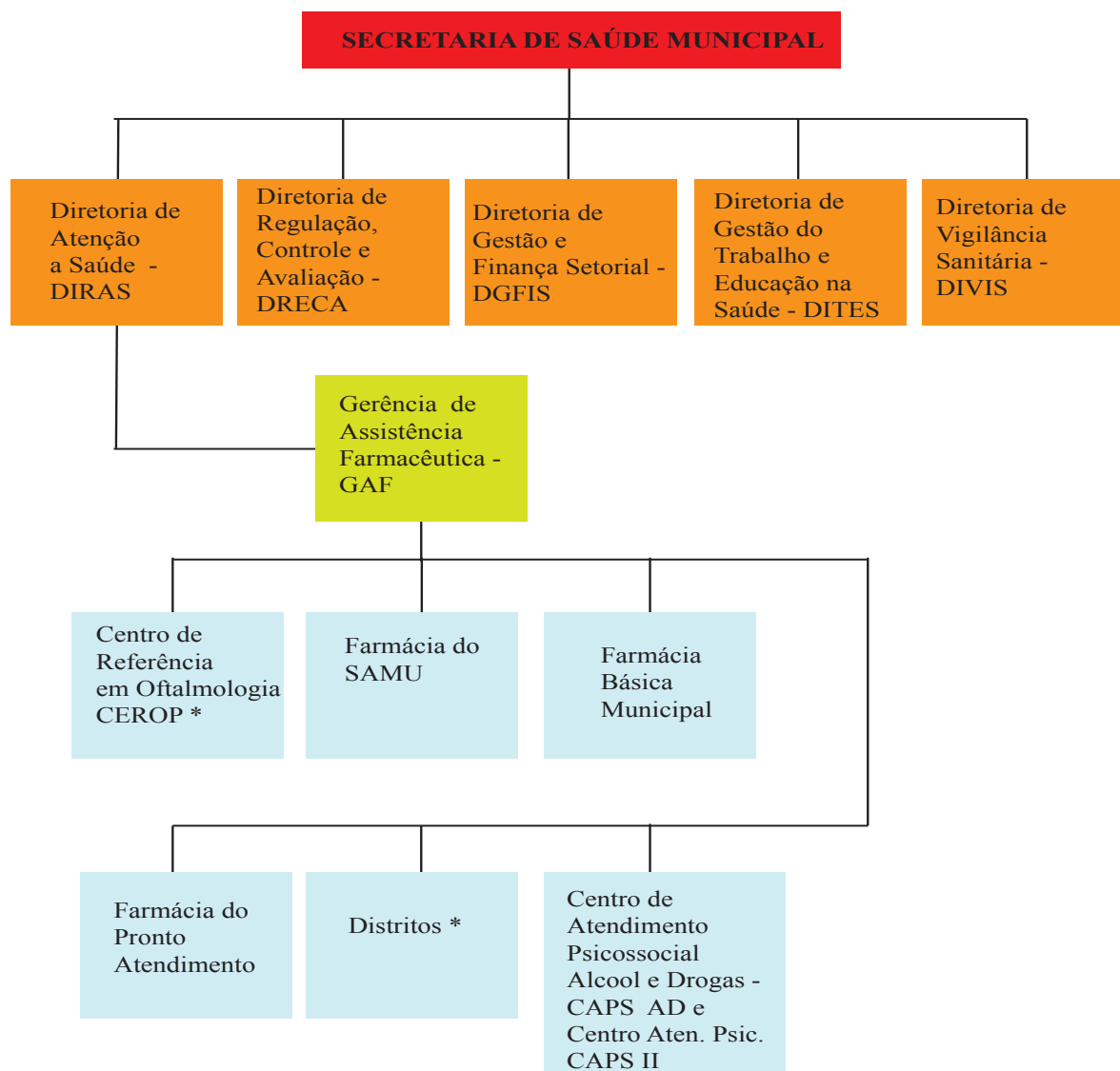
3.3.5 O Sistema de Saúde Municipal

Palmas possui 144 instituições de saúde, das quais 61 são instituições públicas. Dentre as 61 instituições públicas, 03 (três) são estaduais e 58 são municipais. (IBGE, 2009) O sistema municipal de saúde de Palmas compreende a Secretaria Municipal, as Diretorias hierarquicamente abaixo do secretário, e suas respectivas gerências. (ver ilustração 06)

Para elaboração deste organograma, foram consideradas as entrevistas com a Gerência da Assistência Farmacêutica (GAF) e com os Farmacêuticos das farmácias municipais.

3.3.5.1 Organograma da Assistência Farmacêutica Municipal

Ilustração 07 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde.



*Os distritos compreendem: Taquaruçu e Buritirana. Não possuem farmacêuticos nos distritos.

Fonte: Elaboração Própria

O Município possui, atualmente, os seguintes serviços de saúde voltados ao atendimento da população: as Unidades Básicas de Saúde; os Centro de Especialidades; o Centro de Controle

de Zoonoses; as Farmácias Municipais; o Núcleo de Assistência Henfil; o SAMU; a Saúde Bucal, as Unidades de Pronto Atendimento; e os Centros psicossociais.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) correspondem a 09 Unidades Saúde da Família (USF), na região Norte, e a 25 USF na região Sul. Além de 04 Policlínicas. As policlínicas e as USF, funcionam de segunda a sexta-feira, das 08h as 19h e das 08h as 18h, respectivamente. O município possui, ainda, 04 Centros de Especialidades: Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Consultas Especializadas de Palmas (CECEP), Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva (CSSR), e o Centro de Referência em Oftalmologia (CEROP). Além do Núcleo de Assistência Henfil que é destinado aos usuários com agravos de Doenças Infecto-Parasitárias e Doenças Sexualmente Transmissíveis, com função de realizar atividades de informação, educação e orientação sobre DST/AIDS. E ainda exames de sorologias para HIV, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C, bem como o Teste Rápido Diagnóstico para HIV.

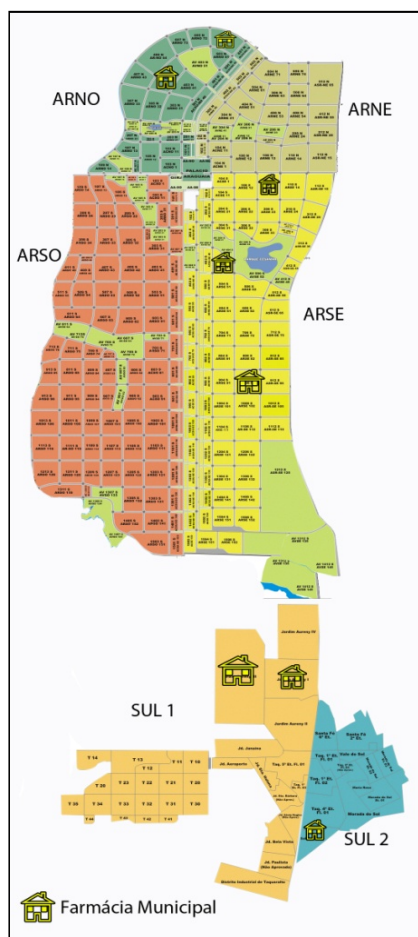
Existe também 02 UPA's: Unidade de Pronto Atendimento Sul (UPA Sul), e Unidade de Pronto Atendimento Norte (UPA Norte). (PREFEITURA PALMAS, 2012) E, ainda, 02 Centros de Atendimento Psicossocial: Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS II, que atende usuários com problemas psíquicos em alternativa ao modelo de hospital psiquiátrico. E o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS/AD.

Apresenta-se, agora, as farmácias Municipais, local de realização da pesquisa. O município possui 08 Farmácias Básicas (FAB), no qual a terminação indica a quadra onde se situa: FAB 603 Norte; FAB 405 Norte; FAB da Policlínica da 108 Sul; FAB 404 Sul; FAB 906 Sul; FAB Aurenny III; FAB Aurenny I; e FAB Taquaralto. Vê-se que, FAB 603 Norte, está localizada na quadra 603 norte, e assim sucessivamente para cada um acima.

As farmácias estão distribuídas na cidade da seguinte maneira: 02 FAB na região norte (ARNO); 03 FAB na região sul (ARSE); e 02 FAB na região SUL 1 e 01 FAB na região SUL 2.

A ilustração 07 indica a distribuição estimada das farmácias no território de Palmas. Sendo possível notar que a região ARNE e ARSO, não possuem FAB, e que as distâncias entre as FAB é considerável.

Ilustração 08 - Mapa da distribuição das farmácias municipais da cidade de Palmas/TO; segundo áreas de ponderação.



Fonte: Elaboração Própria

A região Sul 1 é composta pelos seguintes setores: Taquari, extremo sudoeste, e pelo Aurenly I, II, III e IV. E as 02 FAB desta região estão localizadas: uma no Aurenly III e uma no Aurenly I. No Taquari não existe FAB, a região possui um local que entrega medicamentos, mas não tem o profissional farmacêutico responsável. O Taquari corresponde a região pobre da cidade, sem infraestrutura, possui asfalto apenas na via principal e o sistema de transporte urbano ainda precário.

A região Sul 2 atende aos seguintes setores: Taquaralto, os Distritos de Palmas (Buritirana, Taquaruçu) e mais Santa Fé, Bela Vista, Morada do Sol, Setor Sul, Nossa Vida e Vale do Sol. O Taquaralto é o setor que possui autonomia comercial, bancária e de serviços. Esse setor é considerado uma outra cidade, dentro da própria cidade de Palmas. (LIRA, 2011)

O mapa abaixo ilustra a distância entre cada FAB, a fim de, permitir a noção aproximada das distâncias entre elas, no caso, se o usuário fosse ter de se deslocar de uma FAB a outra

devido falta de medicamento na FAB que se encontra. De acordo com o mapa apresentado percebe-se que entre a FAB 906 Sul (ARSE) e a FAB Aurenly III (SUL 1) o usuário percorrerá aproximadamente 10,8Km para tentar adquirir o medicamento. O mapa permite também perceber que as FAB localizadas na ARNO, e as FAB localizadas nas áreas SUL 1 e SUL 2 encontram-se próximas uma das outras por cerca de 3Km, logo sua distribuição não é homogênea dentro do território, tem-se grandes áreas sem cobertura da FAB.

Ilustração 09 - Mapa das distância entre cada Farmácia Básica da cidade de Palmas/TO.



Fonte: Google Earth. Calculo das distâncias valores aproximados.

Logo vê-se que a distribuição das FAB no território de Palmas, possui incongruências, quando analisa-se as características das AP e a localização das mesmas. As regiões de maior densidade demográfica, aliada a baixa renda, escolaridade e regime de trabalho (ARNO, SUL 1 e SUL 2) não possuem farmácia suficientes para cobrir todo o território de atuação das mesmas. Os setores como Taquari, sudoeste da área Sul 1, e os distritos de Palmas não possuem farmácias, logo essa população tende a ficar desprovida de medicamentos. Taquari está localizado a 25km do centro de Palmas, enquanto que Buritirana está à 60km do centro da capital e Taquaruçu está a 30km. (PALMAS, 2012) Os moradores destas regiões tem maiores

dificuldade de acesso as farmácias, já que as distâncias até a FAB mais próxima é considerável, sem considerar que ir a FAB não significa adquirir medicamento, pois o mesmo pode estar em falta ou ter acabado o estoque.

Existem duas grandes áreas residenciais que não possuem FAB (ARNE e ARSO), que embora não sejam regiões de vulnerabilidade social, como é ARNO, SUL 1 e SUL2, poderiam possuir farmácias para atender e prover o acesso aos medicamentos para essa população também.

Será apresentado no capítulo cinco, os resultados da análise farmacêutica, no qual os usuários de medicamentos dizem ir as farmácias mais próximas da sua residência. Portanto os usuários que tem de se deslocar cerca de 40km somente para chegar a farmácia, sem terem certeza de encontrar o medicamento, provavelmente não frequentam nenhuma FAB. Esses usuários se encontram, portanto desprovidos desses serviços de saúde e do acesso ao medicamento.

4 METODOLOGIA

Nesse capítulo será descrita as características metodológicas da pesquisa, os procedimentos e as técnicas adotadas para realização da pesquisa. A definição da metodologia da pesquisa a ser empregada, requer cuidado e tempo, pois deve ser mais que simples descrição da mesma. A metodologia deve indicar uma conexão entre quadro teórico utilizado e seus objetivos. (MINAYO, 2011; MORSE, 1995). A metodologia da pesquisa compreende, então, “[...]o caminho escolhido para atingir os objetivos preestabelecidos do projeto de pesquisa”. (OLIVEIRA, M., 2007, p.48).

4.1 Universo da Pesquisa

O universo da pesquisa foi o município de Palmas, Tocantins, a assistência farmacêutica realizada no mesmo, por meio dos serviços farmacêuticos nas farmácias municipais, e suas relações com a população que ali vive. Foram coletados dados a partir de todos os farmacêuticos das FAB do município, acrescido da Gerência da Assistência Farmacêutica, e da amostra de conveniência de usuários dos serviços. O quadro de farmacêuticos do município é de 14 profissionais para as farmácias (08 farmácias Básicas, com 02 farmacêuticos por cada farmácia, exceto 02 farmácia que possuíam 01 farmacêutico). A escolha do método e da técnica de pesquisa levou em consideração a realidade dos sujeitos. Portanto, a

decisão e a escolha por trabalhar, também, com entrevistas ocorreram em virtude do pequeno número de entrevistados.

A Gerência da Assistência Farmacêutica correspondeu ao questionário com o profissional farmacêutico responsável. Quanto a população atendida, foram entrevistados 10 usuários de cada uma das 08 FAB municipais, amostra aleatória e por conveniência, totalizando 80 usuários dos serviços de saúde.

4.2 Escolha do Delineamento e da metodologia

No contexto da análise da relação entre perfil populacional e serviços farmacêuticos públicos ofertados na cidade de Palmas deve-se levar em consideração os elementos sociais, econômicos, o estudo das relações entre indivíduos, comunidade e a percepção de seus fazeres, os quais referem-se “à um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos que é entendido aqui como parte da realidade social. [...] é o objeto de estudo da pesquisa qualitativa”. (MINAYO, 2011, p.21). O ser humano se distingue por agir, pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os outros. Deste modo, para acessar esse universo da relação humana, das representações, das interpretações e intencionalidades que não podem ser traduzidos em números e indicadores é que lançamos mão à pesquisa qualitativa (MINAYO, 1993, 2011; TRIVIÑOS, 1987). Entretanto, essa abordagem não esgota o tema proposto, pois quando se fala em avaliação de serviços em saúde faz-se necessário a avaliação por indicadores. (DONABEDIAN, 1988)

A abordagem qualitativa se diferencia da abordagem quantitativa pela natureza dos objetos estudados e não pela escala hierárquica de valor ou importância científica. Segundo Minayo (2011), não devemos considerar a abordagem qualitativa como uma abordagem “subjetiva e impressionista” em detrimento a quantitativa que seria “objetiva e científica”. Para a autora, ambas as abordagens são relevantes para a ciência e os dados advindos delas são complementares. De modo que, existe uma oposição complementar entre os tipos de abordagem qualitativo-quantitativo que, quando bem trabalhadas, na teoria e na prática, podem produzir uma informação muito rica, aprofundada e uma maior fidedignidade da interpretação do dados e da realidade em estudo (MINAYO, SANCHES, 1993).

Nesse trabalho, buscou-se compreender a relação entre características populacionais e serviços farmacêuticos públicos ofertados para a população. Para isso é necessário conhecer o

perfil dos usuário de medicamentos e dos prestadores, profissionais farmacêuticos municipais, bem como buscar compreender se as características socioeconômicas da população da cidade de Palmas, devem ser consideradas pelos farmacêuticos das FAB's, no momento que prestam serviço à população. Portanto o método mais adequado, no caso, é a utilização de ambas as abordagens: tanto o qualitativo quanto o quantitativo.

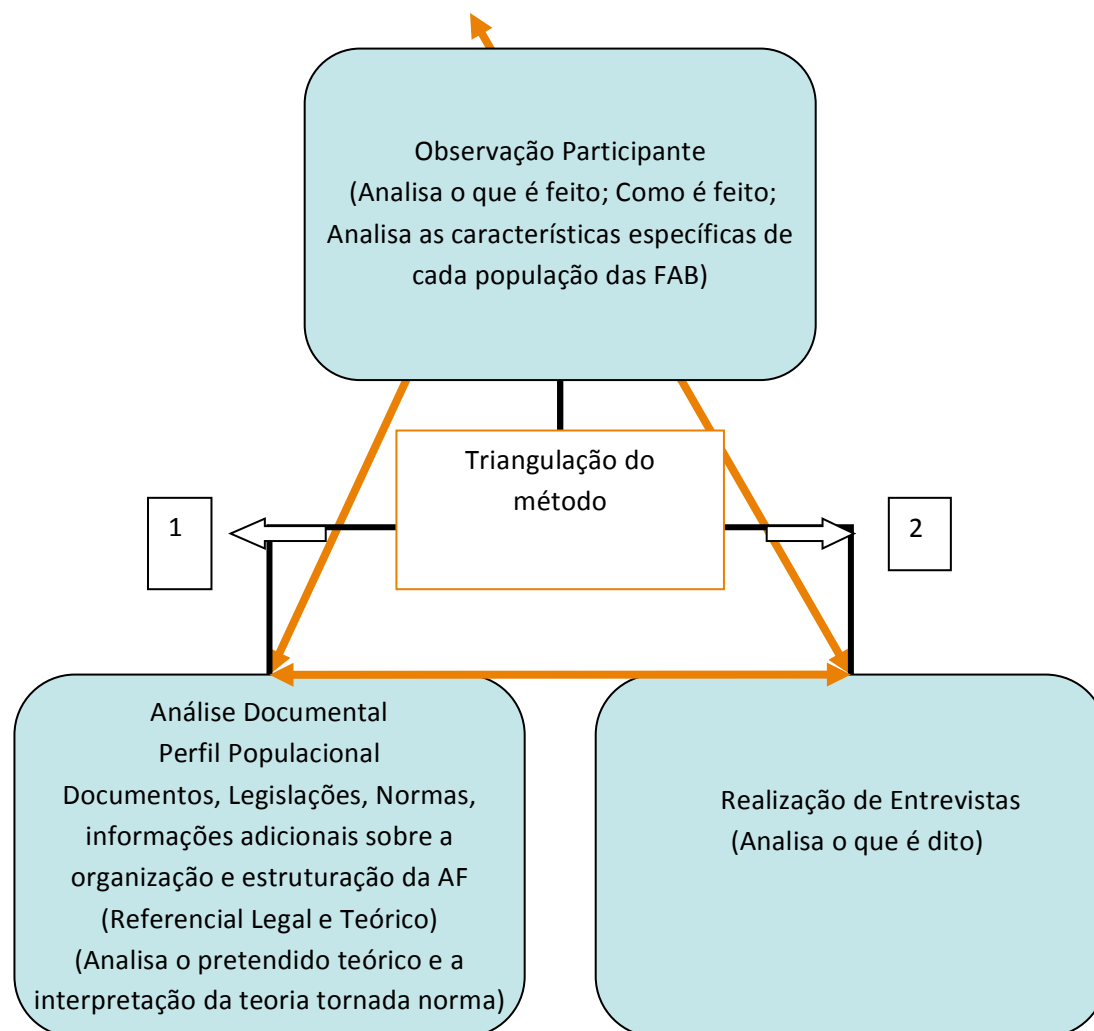
A validade dos dados qualitativos, de maneira a permitir generalizações, pode ser realizada sobre as características conceituais, sem pretender generalizar em termos numéricos. Busca-se informações que nos permitem teorizar sobre os processos que nos interessa, sem pretender saber quanto aqueles processos são frequentes na sociedade. (CASTRO; BRONFMAN, 1997). Entretanto usou-se, também, a abordagem quantitativa para construir o perfil dos profissionais farmacêuticos, o perfil socioeconômico da cidade (conforme apresentados capítulo 3) e dos usuários de medicamentos. De modo a permitir conhecer sobre esses indivíduos e a fazer generalizações, em relação a frequência obtida, para acontecimentos e atitudes convergentes e divergentes frente a mesma situação ou fato.

O método de pesquisa portanto é o quali-quantitativo, com o uso da análise Hermenêutica para tratamento do discurso (as falas) dos indivíduos, e a triangulação do método para análise metodológica. A análise Hermenêutica compreendeu primeiramente a leitura das entrevistas transcritas e das falas anotadas durante a observação participante. Após essa primeira leitura, destacou-se as partes mais relevantes pela número de vezes que apareciam determinados posicionamentos, frases ou pelo destaque do próprio sujeito. Destacou-se também colocações/frases que apresentavam-se diferente do contexto. Em seguida, procedeu-se nova leitura das partes anteriormente destacadas, no intuito de selecionar trechos que apresentasse a síntese dos temas abordados e observados.

O delineamento do estudo utilizado é o de pesquisa exploratória, visto não haver base teórica anterior e buscar-se explicar um fato e suas correlações, por meio da delimitação do problema, levantamento bibliográfico, leitura, análise de documentos e técnicas de entrevista semiestruturada e observação participante. Esse tipo de pesquisa desenvolve uma visão geral do fenômeno estudado, uma vez que o tema estudado é pouco explorado (OLIVEIRA, M., 2007, p. 65).

A fim de exemplificar o método de pesquisa empregado nesse trabalho, apresenta-se o modelo sistematizado abaixo:

Ilustração 10 - Triangulação do método de pesquisa.



Fonte: Adaptado de Oliveira, M., 2007.

Conforme se deseja representar no desenho esquemático acima, a pesquisa foi desenvolvida segundo a ordem apresentada pelos números de 01 a 02. O número 01 relaciona, o que ocorre na prática dos serviços farmacêuticos, com o que é preconizado pelas legislações (federal, municipal e demais órgãos reguladores das farmácias). Nesta parte construiu-se, também, o perfil socioeconômico da população, para estabelecer a relação entre o perfil populacional e os serviços prestados.

Nesse momento da pesquisa, procurou-se relacionar também: o que é visto da prática dos serviços Farmacêuticos de orientação, dispensação e seguimento farmacoterapêutico, em relação à instituição municipal em que está inserida. Tentou-se obter dados referentes às seguintes situações: a instituição provê ou não meios para essa prática; incentiva ou não que esses serviços

sejam disponibilizados; existe recurso financeiro e/ou físico; as legislações orientam, facilitam ou dificultam; os farmacêuticos exercem a filosofia de prática da Atenção Farmacêutica?

Já o número 02 corresponde a análise entre, o que o farmacêutico fala, e o que ele realmente executa em sua prática. Essa parte é importante para que se possa compreender as semelhanças e discordâncias entre seu discurso e sua prática. Para posteriormente, realizar-se as devidas inferências.

A escolha da triangulação do método como meio de tratar os dados é coerente com o pensamento de Minayo e Sanches (1993, p. 246) no qual:

[...] o ensinamento fundamental da antropologia é o cotejamento da fala, com a observação das condutas e dos costumes e com a análise das instituições. Checar o que é dito com o que é feito, com o que é celebrado e/ou está cristalizado. Desta forma, uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permite, ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

4.3 Análise Documental

4.3.1 Fase Exploratória - Os Questionários

O percurso metodológico, portanto, compreendeu a realização da pesquisa quanti-qualitativa, no qual, o processo de trabalho científico foi dividido em três etapas, conforme sugere Minayo, Deslandes e Gomes (2011): (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento dos dados.

Na fase exploratória, realizamos a operacionalização dos instrumentos e procedimentos para a coleta e obtenção dos dados; o arcabouço teórico a guiar e fundamentar o trabalho; bem como a definição dos locais; e da amostra qualitativa. Nessa primeira fase, realizou-se o levantamento documental das políticas municipais e nacionais e dos órgãos reguladores para a Assistência Farmacêutica no que se refere aos serviços farmacêuticos. Bem como a elaboração do roteiro da entrevista semiestruturada e o questionário, para os farmacêuticos municipais, com vistas a obter o perfil profissional e as informações sobre suas práticas profissionais, origens geográficas, percepção de suas práticas e da estrutura em que está inserido.

4.3.1.1 Os Farmacêuticos

Para a construção do perfil dos farmacêuticos municipais, foi realizada uma abordagem quantitativa de análise de frequência simples e absoluta das respostas obtidas pelo questionário. Enquanto que os dados sobre a visão do profissional sobre a estrutura, as atividades e o conhecimento da população resultou em 03 categorias a serem apresentadas no capítulo resultados e discussões: (1) Visão do Farmacêutico sobre a Estrutura que se encontra inserido, a Farmácia Básica Municipal; (2) Visão do Farmacêutico sobre as Atividades desenvolvidas na farmácia e (3) Conhecimento do Farmacêutico sobre a população, o serviço e a Assistência Farmacêutica. O questionário dos farmacêuticos continha 43 perguntas (Apêndice D).

4.3.1.2 A Gerência

Realizou-se, também nesse momento, a elaboração do questionário para a Gerência da Assistência Farmacêutica e para os usuários atendidos na farmácia. (Apêndice C e F)

O questionário para a gerente da assistência farmacêutica teve o objetivo de coletar informações sobre a assistência municipal, sobre as FAB e a visão da Gerência sobre o serviço dos farmacêuticos. O questionário contendo 33 perguntas foi aplicado à Gerente de Assistência farmacêutica municipal (GAF). Devido o tempo da gerente e suas atividades, as respostas do seu questionário foram gravadas, a fim de agilizar. A gravação foi transcrita, para a devida análise.

As respostas da gerente foram separadas em 03 grupos a serem discutidos no capítulo resultados e discussões: (1) Análise da Estrutura Organizacional da Gerência de Assistência Farmacêutica e da Farmácia Básica Municipal; (2) Análise da Estrutura Física e dos Sistemas de Informação e Controle das Farmácias; e (3) Análise Documental da Farmácia.

4.3.1.3 Os Usuários

No intuito de conhecer os usuários de medicamentos que utilizam as FAB, bem como os motivos que o levam a utilizá-la e sua percepção sobre a farmácia e seu tratamento foi realizado o questionário contendo 11 perguntas abertas. Utilizou-se uma abordagem quantitativa de análise de frequência simples e absoluta das respostas obtidas pelo questionário, e os dados resultaram na elaboração de 03 tabelas: (1) Conhecimento sobre o usuário e suas escolhas; (2) Percepção do usuário sobre o tratamento e a farmácia; (3) O usuário e o Uso Correto dos medicamentos.

4.3.2 As Variáveis

Segundo desenho esquemático (Ilustração 08), número 1, apresenta-se agora as variáveis selecionadas para a análise do Perfil Populacional e a para o Referencial Teórico e Legal.

As variáveis selecionadas serão necessárias para a análise do pretendido teórico (normas, legislações, documentos) e a interpretação da teoria tornada norma. Além do perfil socioeconômico da população de Palmas, e de informações adicionais sobre a organização e estruturação da Assistência Farmacêutica.

4.3.2.1 Perfil Populacional

As variáveis utilizadas para a análise do perfil populacional compreendeu características populacionais em escala geral da população: pirâmide etária da cidade (sexo e faixa etária) de Palmas, em comparação com o Estado e a Federação, para discutir sobre as características sociais da população em correlação com os mesmos. Além das características populacionais tais como Índice de Desenvolvimento Humano, Composição migratória e Unidade de Federação. Além das variáveis para o conhecimento específico da cidade de Palmas: a Unidade Federativa dos migrantes; Concentração Populacional; Distribuição de Renda (renda de salários mínimos); Escolaridade e Ocupação.

A seleção dessas variáveis se deu pela necessidade de relacionar a vulnerabilidade social (renda e escolaridade) da população, com os serviços públicos ofertados (densidade demográfica da população e distribuição das farmácias no território). As demais variáveis servirão de caracterização da cidade e para orientações ao longo da discussão.

A seleção destas variáveis ocorreu também pela frequência das variáveis socioeconômicas (gênero, renda, escolaridade, idade, entre outras) apresentadas nos artigos do levantamento bibliográfico realizado inicialmente e que constam na introdução deste trabalho.

A análise e discussão destas variáveis estão presentes no capítulo 3 deste trabalho. A correlação das mesmas com os serviços farmacêuticos, objeto desta pesquisa, será apresentada no capítulo 5, subtópico 5.4.

4.3.2.2 Documentos e Legislações

As variáveis a serem avaliadas quanto aos serviços farmacêuticos compreendem as relativas a estrutura organizacional, física, sistemas de informação e controle, capacitação dos funcionários, documentação da farmácia e dos serviços farmacêuticos. Para construção do perfil dos farmacêuticos; sua percepção sobre a estrutura das farmácias; e a visão sobre suas atividades também foram desenvolvidas variáveis que serão apresentadas a seguir. E, por último, as

variáveis relacionadas a percepção dos usuários de medicamento sobre a farmácia, o atendimento e seu tratamento. Cada estudo descrito acima será apresentado detalhada e respectivamente a seguir.

4.3.2.2.1 Variáveis Estruturais

As variáveis para estrutura organizacional e física, sistemas de informação e controle; e documentos necessários das farmácias e dos serviços farmacêuticos foram os requisitos mínimos e obrigatórios exigidos na DEFSUS, ANVISA RDC nº 44, e o CONAMA. Essas variáveis foram obtidas pelos questionários com os farmacêuticos e com a Gerência de Assistência Farmacêutica municipal.

A variável para Estrutura Organizacional definido pela DEFSUS e utilizada na análise foram: existir um *Locus* para a Assistência Farmacêutica dentro da Secretaria de Saúde; e existir canais de comunicação e resolução de conflitos entre as hierarquias. As variáveis estruturais definidos pela DEFSUS e ANVISA RDC nº 44, de 2009, foram: local de atendimento ao usuário sem vidraças/grades; disponibilidade de cadeiras; adequação a pessoas com limitações (rampa de acesso, maçanetas tipo alavancas e barras de apoio); sinalização dos fluxos e tratamento das áreas externas; sala para o farmacêutico; local apropriado para o atendimento; e sala com isolamento acústico, privativa ou semi-privativa.

Já as variáveis para análise dos Sistemas de Informação e Controle foram: Sistema Hórus ou outro sistema informatizado de controle dos medicamentos e insumos; farmácias com acesso a internet; e sistema de comunicação entre gerência e farmacêuticos, e entre as farmácias.

Para Análise da Capacitação, as variáveis utilizadas correspondem ao exigido pela DEFSUS e pela RDC nº44 da ANVISA: existência de cursos de capacitação ou qualificação para funcionários (farmacêuticos e auxiliares da farmácia). Em relação aos Documentos das farmácias e dos Serviços Farmacêuticos as variáveis, também correspondem as exigências da DEFSUS e RDC nº44: Certidão de Regularidade Técnica; Manual de boas Práticas; Procedimento Operacional Padrão; Programa de Gerenciamento de Resíduos em Saúde.

4.3.2.2.2 Os Farmacêuticos

As variáveis relacionadas aos farmacêuticos foram separadas em 03 categorias: (1) Para o Perfil do Profissional, avaliou-se: idade, Gênero, Unidade Federativa de Nascimento, Tempo de residência no município, Vínculo de trabalho, Tempo de formado, Curso de Pós-Graduação e Capacitação, Tempo que trabalha como farmacêutico da FAB, e se exerce outra atividade

remunerada. (2) Para a visão do Farmacêutico sobre a Estrutura que se encontra inserido considerou as seguintes variáveis: Canal de Comunicação com os usuários, Local de Armazenamento dos Medicamentos, Climatização e Controle de Temperatura; Estrutura Física da Farmácia; Uniformização, Identificação e Equipamento de Proteção Individual. Para finalizar a parte com os farmacêuticos avaliou-se (3) a Visão do Farmacêutico sobre as Atividades desenvolvidas na farmácia.

Nesse momento, a visão do farmacêutico sobre as atividades, foram categorizadas em: Análise dos Serviços Técnicos-Gerenciais, análise dos Serviços Técnicos-Assistenciais e o conhecimento sobre a população, o serviço e a Assistência Farmacêutica. As variáveis técnico-gerenciais foram: como realiza a programação e requisição dos medicamentos; onde e como armazenam os medicamentos; como realiza o controle de temperatura e umidade; como realiza o controle de estoque e o Inventário. Enquanto que as variáveis assistências foram, como e se os farmacêuticos realizam os seguintes serviços: Orientação; Dispensação; Seguimento Farmacoterapêutico; e Suporte Técnico para a equipe de saúde. Para avaliar o conhecimento sobre a população, o serviço e assistência farmacêutica as variáveis foram: existe reuniões com equipe e gerência; canal de comunicação com usuários; se conhece ou acha que conhece as características sociais, econômicas, e culturais da população; se esse conhecimento interfere na sua prática profissional; e se considera importante tal conhecimento.

4.3.2.2.3 Os Usuários

Em relação ao usuário foram definidas as seguintes variáveis de análise: motivos que o levam a ir àquela determinada farmácia municipal; renda; atitudes que toma quando falta o medicamento na farmácia; se encontrou tudo que precisava na farmácia; como gostaria que fosse seu tratamento; o que pode melhorar no estabelecimento; como usa o medicamento; quantas vezes esquece de utilizar o medicamento; e se utiliza outro medicamento. Essas variáveis foram locadas em 03 categorias para discussão, que correspondem: (1) Conhecimento sobre o usuário e suas escolhas; (2) Percepção do usuário sobre o tratamento e a farmácia; (3) O usuário e o Uso Correto dos medicamentos.

O último tópico da discussão dos resultados é a comparação das análises dos resultados discutidos nos tópicos anteriores com o perfil socioeconômico da cidade de Palmas.

Como o estudo é uma análise da relação entre perfil populacional e serviços farmacêuticos públicos ofertados na cidade de Palmas, e inexistem estudos anteriores sobre o serviço na cidade, as variáveis utilizadas não foram variáveis já definidas anteriormente. Logo o

estudo realizado é um estudo exploratório sobre os serviços farmacêuticos municipais, dentro do contexto onde se encontram, e a visão dos usuários desses serviços.

Segundo Serapioni (2000), o método qualitativo é utilizado quando não se conhece muito bem o objeto de estudo, pois esse método permite fazer emergir novos aspectos no intuito de explicar novos nexos e significados, pois durante a pesquisa, emergem relações entre variáveis e comportamentos que não surgiriam no questionário estruturado, cuja característica técnica é a uniformidade do estímulo (SERAPIONI, 2000, p.190).

Como nossa pesquisa tem como objeto de estudo o próprio homem, a relação de conhecimento que se estabelece entre o objeto de estudo e o sujeito do conhecimento são entre iguais. Logo devemos considerar o critério da intersubjetividade, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética, no qual se busca a compreensão e significado, e não evidências. (BÓGUS, 2004; MINAYO, 1993, 2004, 2011). De modo que, esse trabalho situa-se num contexto de geração de hipóteses e não de testar hipóteses; os resultados obtidos não são conclusivos, pois descrevem uma parte da realidade múltipla e complexa (LEFRÈVE, 1991). A realidade é mais rica que qualquer discurso construído sobre ela. (MINAYO, 2011).

4.4 Observação Participante

4.4.1 O trabalho de Campo

A fase subsequente da presente pesquisa, compreendeu o trabalho de campo, que combinou os seguintes instrumentos de pesquisa: (a) observação participante junto aos farmacêuticos das FAB municipais; (b) realização das entrevistas semiestruturadas com os farmacêuticos das FAB Municipais e a Gerência da Assistência Farmacêutica; (c) realização do questionário com os usuários atendidos nas farmácia; e (d) o levantamento de material documental.

A observação participante, assim como a entrevista, são considerados instrumentos de pesquisa essenciais para o trabalho de campo, sendo considerados passos fundamentais para a inserção na realidade empírica (MALINOWSKI, 1986; MINAYO, 2011), pois enquanto a primeira pode captar tudo aquilo que não é dito, mas realizado, a segunda tem como matéria prima a fala dos sujeitos selecionados para a pesquisa.

A observação participante ocorreu em todas as FAB Municipais, que compreende atualmente um total de oito farmácias, durante os meses de Fevereiro a Abril de 2012. O período

da observação se deu no horário e nos dias de funcionamento das farmácias municipais (de 07h às 18h. De segunda à sexta-feira). A presença da pesquisadora ocorreu tanto no período da manhã quanto no período da tarde, conforme planilha definida pela pesquisadora. As questões de disponibilidade e/ou afinidade do farmacêutico com a observadora, licenças, férias e presença do farmacêutico no estabelecimento, influenciou em ajustes e adaptações na planilha inicial.

A observação se deu por um período de 01 semana para cada uma das 02 primeiras farmácias municipais. Portanto ficou-se 01 semana para cada período de funcionamento (período da manhã e período da tarde) da farmácia, em duas farmácias distintas. Como observou-se comportamentos semelhantes, as demais observações participantes foram realizadas no período de 03 dias para cada farmácia restante e para cada período distinto. Como descrito anteriormente o tempo dedicado a observação participação não corresponde ao tempo exigido na execução de estudos Etnográficos, portanto ressalta-se que esse estudo foi inspirado nessa metodologia.

As observações foram anotadas em um diário de campo, para posterior análise. No diário de campo fez-se o registro das observações relativas aos comportamentos, falas e ações dos farmacêuticos das FAB, frente aos seus usuários/e equipe de trabalho; aos fatos e ações observados nas farmácias; as perguntas e as repostas informais feitas e respondidas pelos farmacêuticos; e demais acontecimentos pertinentes durante o período da observações. Foi possível observar os atos, comportamentos e ações dos farmacêuticos em seu contexto e suas circunstâncias para verificar atitudes e reações. O diário de campo, é parte importante para compreensão, análise e discussão dos dados, uma vez que, contem informações que chamaram a atenção da pesquisadora, no momento da observação. Realizou-se o registro de todos os acontecimentos/incidentes desde o início do período da observação, até sua finalização

Realizou-se a observação participante, a fim de apreender e compreender a realidade e o modo de fazer dos farmacêuticos, pois observar e analisar o comportamento dos indivíduos na realização de suas ações em seu local de trabalho permiti perceber o grau de “vitalidade” ou o vigor de quem pratica determinado prática. Malinowski, (1986, p. 42) argumenta sobre a “*imponderabilia da vida real*” no qual existe uma “ [...] serie de fenômenos muito importantes que não podem ser registrados através de questionários ou documentos estatísticos, mas sim, que tem que ser observados em plena realização.” Portanto a “[...] observação é capaz de produzir resultado de valor insuperável”. (idem, ibidem).

Durante a observação participante, o pesquisador tem a oportunidade de ficar em relação direta com os interlocutores - que são, no caso, os sujeitos da pesquisa, no espaço social onde estão, vivenciando sua rotina de trabalho, suas ações, seu modo de tratar, de conversar, nos mais simples detalhes de atendimento, recepção e acolhimento do usuário - com a finalidade de colher

dados e compreender o contexto da realidade escolhida para a pesquisa. É na observação participante que o pesquisador qualitativo tem acesso aos elementos, as práticas, as cumplicidades, omissões e imponderabilidades que atuam no cotidiano do objeto de pesquisa. Pois existem uma série de fenômenos presentes na vida dos indivíduos que devem ser observados *in loco*, na situação em que acontecem (MALINOWSKI, 1986; MINAYO, 2011). A visão que o pesquisador constrói sobre o grupo que é seu objeto de estudo e com o qual interage depende das pessoas com quem travar relações. A visão será sempre incompleta, mas não errônea, por compreender uma parcela do todo. (MINAYO, 2011, p. 74)

“A filosofia que fundamenta a observação participante é a necessidade que todo pesquisador social tem de relativizar o espaço social de onde provém, aprendendo a se colocar no lugar do outro”. (MINAYO, 2011, p. 70). De modo que a proximidade do pesquisador com seus interlocutores é uma necessidade, mesmo sabendo que a presença do pesquisador/observador modifica o contexto observado, já que está inserido nele, assim como também é modificado pessoalmente. Portanto, no sentido de minimizar a interferência nos dados a serem coletados, o pesquisador/observador deve aplicar métodos de coleta, manipulação e análise de dados sistemáticos. (MALINOWISK, 1986)

Nessa pesquisa, utilizou-se, portanto, o método etnográfico como inspiração para a coleta de dados (observação participante, diário de campo, entrevistas), mas posteriormente, como será discutida no tópico adiante, correspondente a fase de análise dos dados, realizamos a análise Hermenêutica.

“Na etnografia, a distância entre o material bruto da informação – tal qual se apresenta ao estudioso [...] e a apresentação final dos resultados é frequentemente enorme”. (MALINOWISK, 1986, p. 27). O etnógrafo deve transpor essa distância pelo labor, quando se inicia a pesquisa, até o momento em que escreve a versão final dos resultados (MALINOWISK, 1986). Para esse autor, os princípios metodológicos devem seguir critérios sistemáticos e podem ser agrupados em três tópicos principais: primeiro o estudioso deve ter objetivos científicos e conhecer os valores e critérios da etnografia moderna; o segundo refere-se a criar condições adequadas de trabalho e finalmente deve aplicar métodos de coleta, manipulação e registro de dados. Dessa maneira, a pesquisa teve o cuidado de atender aos três tópicos apontados por Malinowski.

O trabalho em si não é um estudo etnográfico, especialmente por causa do tempo para observação dos farmacêuticos e a dinâmica do mestrado. Entretanto realizou-se os três métodos indicados por Malinowski, embora não tenha sido realizado um diálogo entre o estudo e as teorias antropológicas, uma vez que, o trabalho se insere em outra linha de estudo e de apresentação dos resultados. Nesse caso se privilegiou o fato qualitativo-quantitativo e

exploratório. Os resultados e a discussão serão apresentados simultaneamente no próximo capítulo.

4.5 Entrevistas

Ao final da etapa de observação, seguimos para a realização das entrevistas com os farmacêuticos das FAB.

A entrevista é um instrumento de pesquisa muito utilizado pelos pesquisadores sociais e tem a finalidade de construir informações para o pesquisador e, de ser, ao mesmo tempo, abordada pelos temas que mais lhe sejam pertinentes ao seu objeto de estudo (MINAYO, 2011; OLIVEIRA, 2007). As entrevistas podem nos fornecer dados primários ou secundários: o pesquisador poderia obter os dados secundários por meio de censos, registros, documentos e estatísticas; mas os dados primários são os principais para a pesquisa qualitativa, pois referem-se a informações construídas no diálogo com o interlocutor e trata de reflexões do sujeito, no nosso caso o farmacêutico, sobre a realidade que vivencia.

Os dados obtidos durante as entrevistas com os farmacêuticos municipais, muito interessam à pesquisa, pois constituem uma representação da realidade que vivem: suas ideias, crenças, valores, maneira de atuar, condutas, as razões conscientes e inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos; que serão coletadas e analisadas a fim de compreender a relação fatores socioeconômicos da população e a prática do serviço Farmacêutico.

A entrevista tem o privilégio de ser uma forma de interação social, “pois está sujeita a mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. [...] a entrevista quando analisada, precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante.” (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2011, p. 65/66).

Na pesquisa realizou-se a entrevista semiestruturada, ou seja, utilizamos a combinação de questões previamente elaboradas e perguntas espontâneas. Nesse tipo de entrevista o interlocutor tem a possibilidade de discorrer sobre o tema, porém com a vantagem de não se perder à indagação formulada (MINAYO, 2011).

4.5.1 Os Temas das Entrevistas

O objetivo dos dados coletados, durante a entrevista com os farmacêuticos, foi obter informações referentes aos seguintes temas: Se o farmacêutico conhece ou acha que conhece a população/território; Se considera as informações sociais no momento do atendimento ao usuário; Se ter o conhecimento do perfil social da população atendida pela farmácia interfere ou não na sua prática de Atenção Farmacêutica; Se considera importante o Farmacêutico ter conhecimento do perfil sociodemográfico da população atendida. A escolha desses temas se deve a necessidade de explorar a relação entre perfil social da população, sua importância e interferência nos serviços prestados pelos profissionais.

O roteiro das entrevistas utilizados com os farmacêuticos consta em anexo. (Apêndice, E) Nesse trabalho realizaram-se 14 entrevistas com os farmacêuticos municipais.

Os farmacêuticos das FAB de Palmas foram entrevistados após a observação participante. Escolhemos essa sequência no intuito de manter as ações, a rotina e os hábitos dos farmacêuticos o mais próximo de sua naturalidade cotidiana e do comportamento que veem estabelecendo nas farmácias. Tentamos, assim, evitar que os farmacêuticos adquirissem uma conduta condicionada ou um possível ajuste de comportamento frente aos interesses da pesquisa ou ao preconizado pelos órgãos legisladores, no que se refere aos serviços Farmacêuticos, uma vez que teriam conhecimento sobre as perguntas da entrevista.

Seguindo o caminho metodológico, passamos agora para última etapa da pesquisa: a Análise e Tratamento dos dados. Antes porém, faremos uma pequena retrospectiva. Iniciamos o percurso com a obtenção dos dados gerais e contextuais da população palmense, para se conhecer a realidade e a estrutura social dos indivíduos que compõem a cidade. Posteriormente, à construção desse “esqueleto” socioeconômico da cidade, iniciamos a observação participante dos farmacêuticos das FABs, para construirmos tanto o perfil desses profissionais, quanto para coletar dados referente a sua prática profissional, comportamento e o modo de execução dos serviços farmacêuticos. Para Malinowski (1986) essa etapa corresponde à carne e ao sangue, do esqueleto montado anteriormente. Após essa etapa, realizamos o registro e a análise das opiniões dos farmacêuticos sobre a relação entre suas práticas e o contexto social e cultural em que está inserida. Além da análise dos usuários de medicamentos das farmácias. Essa etapa final seria, portanto, o espírito do fenômeno que se busca registrar. (MALINOWSKI, 1986, p. 45).

4.6 A Análise e Tratamento dos Dados

A última etapa da pesquisa, compreendeu a análise e o tratamento dos dados obtidos pela análise documental, entrevistas, observação participante e diário de campo. Realizamos a Análise Hermenêutica e a análise de frequência dos dados para posteriormente fazermos a discussão e nossas considerações finais.

Conforme Minayo (1993, 2011) e Sanches (1993) a fala do indivíduo reproduz a representação de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Sendo portanto reveladora das condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças, e ser ao mesmo tempo, o porta-voz do que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor da comunidade em que vive e uma fonte de informações. (MINAYO, 2011)

As informações obtidas com a aplicação das entrevistas foram sistematizadas, a fim de facilitar o processo de análise. Realizou-se a transcrição de todas as entrevistas.

Após a transcrição de cada entrevista, processamos a entrevista com as anotações registradas no diário de campo o que resultou na elaboração de algumas tabelas.

Cada entrevista foi lida e relida; e foram construídas tabelas com as respostas dos farmacêuticos, para cada uma das perguntas. As respostas foram classificadas em três categorias: (1) Sim; (2) Não; e (3) Não Sabe ou Não respondeu. Depois, uma nova leitura foi feita; desta vez, com o objetivo de relacionarmos as respostas dadas pelos farmacêuticos com as observações e o diário de campo. As ideias similares ou convergentes foram classificadas criteriosamente, em cada tabela, e será apresentada juntamente com os dados do questionários nas unidades de análise, que serão trabalhadas à luz da fundamentação teórica. As respostas das entrevistas com os farmacêuticos, acrescidas dos dados obtidos pelo questionário com esses profissionais, a gerência de assistência farmacêutica e os usuários foram sistematizadas em 05 categorias de análise, sob os títulos de: (1) “A Gerência da Assistência farmacêutica Municipal”; (2) “Os Farmacêuticos das Farmácias Básicas do Município”; (3) “O Diário de Campo - Comparações”; (4) “ Os Usuários das Farmácias Básicas”; e (5) Discussão do Perfil socioeconômico à luz das discussões e análises dos itens anteriores, que serão apresentadas a seguir. Cada uma dessas categorias de análise serão divididas em subtópico para melhor discussão e comparação com as diretrizes, as políticas e os órgãos reguladores.

A construção dos resultados foi feita através da produção de texto, entremeando, com as tabelas, e as falas dos sujeitos participantes. A tabela abaixo, ilustra a metodologia utilizada para

alcance dos objetivos propostos, a fim de orientar o leitor e facilitar a compreensão dos resultados e discussões, do capítulo seguinte.

Tabela 04 - Metodologia, variáveis e categoria de análise utilizada para cada objetivo pretendido

Objetivo	Método	Variáveis Analisadas	Categoria de Análise	Resultado
Objetivo Geral				
Analisar a relação perfil populacional com os serviços farmacêuticos públicos ofertados na cidade de Palmas/TO.	Abordagem Quali-Quantitativo, Triangulação do Método.	Variáveis Geográficas (sociais, demográficas e territoriais,) Variáveis Serviços Farmacêuticos (estrutura, atividades/procedimentos/ processos, e resultados)	(1) “A Gerência da Assistência farmacêutica Municipal”; (2) “Os Farmacêuticos das Farmácias Básicas do Município”; (3) “O Diário de Campo - Comparações”; (4) “ Os Usuários das Farmácias Básicas”; e (5) Discussão do Perfil socioeconômico à luz das discussões e análises dos itens anteriores	Discussão e Considerações Finais
Objetivos Específicos				
Conhecer perfil socioeconômico da cidade de Palmas/TO	Metodologia do IBGE, questionário do Censo 2010.	<ul style="list-style-type: none"> - Pirâmide Etária; - IDH; - UF de nascimento; - Densidade Demográfica; - Renda; - Escolaridade - Regime de Contrato de Trabalho - Ocupação 	Apresentação do Perfil socioeconômico – Capítulo 3. <ul style="list-style-type: none"> - Índice de Desenvolvimento Humano; - Fluxo Migratório; - Unidade Federativa Migrantes; - Concentração Populacional; - Distribuição de Renda; - Escolaridade Ocupação. “O Perfil socioeconômico à luz das discussões e análises dos serviços farmacêuticos”	Ilustrações Gráficas; Tabelas; Mapa. Capítulo 3, subtópico 3.2 e 3.3 Discussão relacional.
Identificar o Perfil dos profissionais Farmacêuticos quanto a formação e Visão sobre Qualidade de Serviço e Atenção Farmacêutica	Questionário Semiestruturado: Farmacêuticos e Gerente da Assistência Farmacêutica	Farmacêuticos: <ul style="list-style-type: none"> - (1) Perfil: idade, Gênero, Unidade Federativa de Nascimento, Tempo de residência no município, Vínculo de trabalho, Tempo de formado, Curso de Pós-Graduação e Capacitação, Tempo que trabalha como farmacêutico da FAB, e se exerce outra atividade remunerada. 	“Os Farmacêuticos das Farmácias Básicas do Município” <ul style="list-style-type: none"> - (1) Perfil do Profissional Farmacêutico - (2) Visão do Farmacêutico sobre a Estrutura que se encontra inserido, a Farmácia Básica Municipal; - (2) Visão do Farmacêutico sobre as 	Tabelas, falas, e opiniões escritas

		<p>- (2) Visão Farmacêutico sobre a Estrutura: Canal de Comunicação com os usuários, Local de Armazenamento dos Medicamentos, Climatização e Controle de Temperatura; Estrutura Física da Farmácia; Uniformização, Identificação e Equipamento de Proteção Individual.</p> <p>- (3) Visão Farmacêutico sobre as Atividades, foram divididas nas seguintes categorias: Análise dos serviços Técnicos-Gerenciais, Análise dos serviços Técnicos-Assistenciais e o conhecimento sobre a população, o serviço e a Assistência Farmacêutica.</p> <p>*Variáveis Técnico-gerencial: como realiza a programação e requisição dos medicamentos; onde e como armazenam os medicamentos; como realiza o controle de temperatura e umidade; como realiza o controle de estoque e o Inventário.</p> <p>*Variáveis assistências: como e se os farmacêuticos realizam os seguintes serviços de Orientação; Dispensação; Seguimento farmacoterapêutico; e Suporte Técnico para a equipe de saúde.</p> <p>*Variáveis para conhecimento sobre o serviço e assistência farmacêutica: existe reuniões com equipe e gerência; canal de comunicação com usuários;</p> <p>Gerente variáveis:</p> <p>- <i>Locus</i> para a Assistência Farmacêutica dentro da secretaria;</p> <p>- existir canais de comunicação e resolução de conflitos entre as hierarquias.</p>	<p>Atividades desenvolvidas na farmácia</p> <p>“A Gerência da Assistência farmacêutica Municipal”</p> <p>- (1) Análise da Estrutura Organizacional da Gerência de Assistência Farmacêutica e da Farmácia Básica Municipal;</p> <p>- (2) Análise da Estrutura Física e dos Sistemas de Informação e Controle das Farmácias; e</p> <p>- (3) Análise Documental da Farmácia.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>Variáveis: Sistemas de Informação e Controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema Hórus ou outro sistema informatizado de controle de medicamentos/insumos; - farmácias com acesso a internet; - sistema de comunicação entre gerência e farmacêuticos, e entre as farmácias. <p>Variáveis Capacitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - existência de cursos de capacitação ou qualificação para funcionários (farmacêuticos e auxiliares da farmácia). <p>Variáveis Documentos FAB e Serviços Farmacêuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certidão de Regularidade - Técnica; - Manual de boas Práticas; - Procedimento Operacional Padrão; - Programa de Gerenciamento de Resíduos em Saúde. 		
Analisar se as atividades realizadas pelos serviços farmacêuticos levam em consideração o perfil socioeconômico da população da cidade de Palmas	Avaliação de Parte do Questionário semiestruturado; Entrevista Semiestruturada; Observação Participante; Análise Documental	<ul style="list-style-type: none"> - Temas da Entrevista; - Anotações do Diário de Campo - Documentos Municipais, Federais e de Órgãos reguladores. 	<p>“Os Farmacêuticos das Farmácias Básicas do Município” e “O Diário de Campo - Comparações”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento do Farmacêutico sobre a população, o serviço e a Assistência Farmacêutica. 	Falas, tabelas e opiniões escrita.
Identificar o Perfil dos usuários das farmácias municipais	Questionário aplicado pela pesquisadora	<ul style="list-style-type: none"> - motivos que o levam a ir a determinada FAB; - renda; - atitudes que toma quando falta o medicamento FAB; - se encontrou tudo que precisava na farmácia; - como gostaria que fosse 	<p>“Os Usuários das Farmácias Básicas”, 03 tabelas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (1) Conhecimento sobre o usuário e suas escolhas; - (2) Percepção do usuário sobre o tratamento e a farmácia; - (3) O usuário e o Uso Correto dos 	Tabelas e falas.

		seu tratamento; o que pode melhorar no estabelecimento; - como usa o medicamento; - quantas vezes esquece de utilizar o medicamento; - se utiliza outro medicamento.	medicamentos.	
--	--	---	---------------	--

Fonte: Elaboração Própria.

4.7 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade Maurício de Nassau, Pernambuco, e aprovado pelo mesmo em 02 de janeiro de 2012, estando de acordo com as exigências da Resolução 196/96. O mesmo projeto foi protocolado no Departamento de Ensino em Saúde do Município de Palmas, obtendo em 19 de outubro de 2011 autorização para sua realização, segundo parecer número 65-02/2011 da Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa.

Garantiu-se a eticidade da pesquisa e o respeito aos indivíduos participantes das entrevistas e questionários, de maneira que todos receberam esclarecimentos verbais e escritos a respeito da natureza da participação na pesquisa, bem como seus propósitos e sua livre participação; podendo o mesmo interrompê-la quando desejasse. Após o entendimento e a aceitação dos voluntários para colaborar com a pesquisa, estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Todas as gravações utilizadas pelos instrumentos de pesquisa foram destruídas após a transcrição das mesmas e a identidade de todos os interlocutores foi devidamente preservada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse tópico, apresentam-se os resultados da pesquisa, mas lembramos que os resultados de pesquisas que envolvem a abordagem qualitativa são compreensões, não encarceráveis, e nunca definitivas (GARNICA, 1997). Os resultados não são conclusivos, pois descrevem uma parte da realidade múltipla e complexa. O estudo e o conhecimento de resultados recentes da pesquisa científica, na área de campo de análise desse estudo, e a construção do marco teórico

auxiliam para estabelecer problemas e “identificar” possíveis hipóteses que foram verificadas ao longo do trabalho de campo e, principalmente, por terem sido contestadas e reformuladas continuamente no processo de construção e de contribuições para a ciência.

Possuir um bom treinamento teórico e estar familiarizado com os seus mais recentes resultados não é o mesmo que estar sobrecarregado com “ideias preconcebidas”. Se alguém inicia uma expedição disposto a provar determinadas hipóteses, mas não for capaz de modificar e de rejeitar constantemente suas perspectivas sob a pressão da evidência, seu trabalho não terá valor. (MALINOWISK, 1986, p. 32)

Apresenta-se, portanto, as 05 categorias de análise para discussão dos resultados, sob os títulos de: (1) “A Gerência da Assistência farmacêutica Municipal”; (2) “Os Farmacêuticos das Farmácias Básicas do Município”; (3) “O Diário de Campo - Comparações”; (4) “ Os Usuários das Farmácias Básicas”; e (5) Discussão do Perfil socioeconômico à luz das discussões e análises dos itens anteriores, que serão apresentadas a seguir.

5.1 Gerência da Assistência farmacêutica municipal

5.1.1 Análise da Estrutura Organizacional da Gerência de Assistência e da Farmácia Básica Municipal

Em relação a Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, existe um *locus* para a Assistência Farmacêutica, que está hierarquicamente abaixo da Diretoria de Atenção à Saúde (DIRAS). A Gerência de Assistência Farmacêutica (GAF) é responsável por 06 setores hierarquicamente inferiores, onde se encontram as FAB. (Ilustração 6, Capítulo 3, sessão 3.3.1) Ressalta-se, que no início da pesquisa, entrada da pesquisadora em campo, a gerente da assistência farmacêutica era um profissional, que solicitou afastamento. A entrevista foi realizado com a profissional que assumiu esse cargo, e que ao final da coleta dos dados já não era mais a mesma.

Percebe-se, pelo organograma construído, que entre Secretário de Saúde e a GAF existe a DIRAS, responsável, entre outras, pela mediação entre esses setores hierarquicamente diferentes. Entretanto não foi relatado encontros e/ou reuniões sistemáticas entre DIRAS e GAF. Essa situação alerta para a questão da comunicabilidade entre esses níveis, no estabelecimento de metas, ações e programas da Assistência Farmacêutica e da própria secretaria em relação a assistência farmacêutica e a atenção básica. Observou-se que a estrutura organizacional atual da

GAF/Secretaria municipal de Saúde não define processos de trabalho, nem canais de comunicação verticais e horizontais e métodos de solução de conflitos entre as hierarquias.

Como ilustração da deficiência na comunicação, e da inexistência de canais de comunicação, ou da definição de métodos de resolução de conflitos entre as hierarquias, cita-se o fato: durante entrevista com a gerente da GAF, o Secretário Municipal de Saúde entrou na sala da GAF para resolver, diretamente com a gerente, a reclamação de um usuário de medicamento das FAB. O usuário se encontrava no gabinete do secretário. Tal ocorrência ilustra que a hierarquização embora exista na estrutura organizacional, não se tem estabelecido os processos de comunicação e os procedimentos de solução de conflitos entre hierarquias.

Nota-se pelo organograma, elaborado (Ilustração 06, capítulo 3, sessão 3.3.1), que a comunicação entre as FAB; entre FAB e GAF; e entre GAF e as outras 05 categorias hierarquicamente inferior, estão comprometidos pela inexistência de canais ou estruturas que propicie a comunicação. O mesmo acontece com os fluxos de informação e qualificação dos serviços, uma vez que a estrutura não define meios e canais e não possui organograma e nem essas ações no organograma.

A falta de comunicação e a deficiência nos fluxos de informação e de qualificação entre FAB e GAF foi observada durante coleta de dados. Cita-se o fato de dois farmacêuticos realizarem o curso de especialização a distância em Gestão da Assistência Farmacêutica, promovido em parceria com a UNA/SUS e o EAD/UFSC. Entretanto os demais profissionais farmacêuticos da rede não tiveram conhecimento desse curso e não souberam dizer os critérios de inclusão/exclusão para participação no mesmo.

A GAF é responsável pela FAB, e embora ocorra reuniões mensais entre GAF e FAB, não existe canal de comunicação entre os farmacêuticos da FAB. Não existe sistema informatizado entre as farmácias e entre as farmácias e a GAF. Também não existe internet em todas as farmácias. (Tabela 5 - Resposta da Gerente da Assistência Farmacêutica sobre as Farmácias Básicas Municipais.)

Os farmacêuticos e a gerência conversam por telefone, para repassar informações e solicitações, com exceção de uma FAB que não possui telefone. Os farmacêuticos das FAB encontra-se durante as reuniões com a GAF. Essas reuniões ocorrem uma vez ao mês, no período da manhã ou da tarde, revezando os turnos para que os farmacêuticos participem pelo menos uma vez a cada dois meses, já que a jornada de trabalho deles ser de um turno, ou vespertino ou matutino. Não foi possível presenciar essas reuniões, devido a questão de agenda da GAF e a liberação para a pesquisadora no tempo destinado a coleta dos dados.

A relação entre as hierarquias verticais apresentam-se com dificuldades para definir os fluxos de comunicação e informação sistematizada. Embora exista reuniões mensais e o uso de telefones para a comunicação entre Gerente de AF e os farmacêuticos, percebeu-se a necessidade de melhorar a articulação e a sincronia dos serviços entre essas hierarquias. De modo a facilitar a própria organização e gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária aos usuários de medicamentos.

5.1.2 Análise da Estrutura Física e dos Sistemas de Informação e Controle das Farmácias

5.1.2.1 Análise da Estrutura Física

A farmácia deve local confortável que propicie o relacionamento profissional entre farmacêuticos e usuários de medicamentos, e atenda aos princípios de humanização e acolhimento. (BRASIL, 2008c) Sendo portanto necessário atentar para os componentes que contribuem para modificar e qualificar o serviço farmacêutico. Portanto fez-se uma análise observacional da estrutura física das farmácias, de acordo com os requisitos da DEFSUS. Verificou-se que 07 das 08 farmácias municipais cumprem com os seguintes requisitos: atendimento sem vidraças ou grades; e disponibilidades de cadeiras. Todas as 08 FAB não cumprem com os requisitos: mesa para atendimento, adequação a pessoas com limitações (rampa de acesso, maçanetas tipo alavancas e barras de apoio), sinalização dos fluxos e tratamento das áreas externas.

Em sete das 08 farmácias municipais, observadas, todas possuem sala para o farmacêutico, no qual ele desenvolve as atividades administrativas. Todas essas salas permitem o acesso a outros ambientes da farmácia e não oferecem privacidade acústica durante conversa, por serem abertas no teto e sem isolamento sonoro. Verificou-se que ocorre, em algumas farmácias, o acesso desnecessário de outros profissionais aos ambientes internos da farmácia.

Uma entre as 08 farmácias descumpe todos os requisitos apresentados na DEFSUS em relação a estrutura física: atendimento feito por um retângulo na parede; local sem mesa e cadeira; sem sinalização de fluxos; tamanho da farmácia inadequado, não comporta adequadamente nem medicamentos e funcionários; profissionais de outros setores presentes nos ambientes internos da farmácia; acesso a farmácia por pessoas com limitação é dificultado pelas dimensões da porta que dá acesso a farmácia. (Anexo D - foto das FAB's)

Apresenta-se a seguir a fala de um dos farmacêuticos, quando perguntado o que acha que poderia ser feito para melhorar o serviço farmacêutico na sua farmácia:

Nossa.... aqui era tudo, né? Era espaço, era um local mais adequado pra o farmacêutico poder conversar com a pessoa. Um lugar para a pessoa conversar, a pessoa sentando ela olhando pra você... ela acaba pegando mais confiança pra fazer uma atenção farmacêutica melhor. E você não tem isso. E aqui não tem isso, não tem espaço aqui, não tem um computador próprio pra isso, pra fazer o cadastro, pra fazer o relatório, pra fazer o acompanhamento, não tem [...] eu acho que aqui era um dos mais fácil pra fazer acompanhamento e acabo não fazendo certinho, por que não tem infra estrutura [...].
(Farmacêutico)

Como apresentado, acima, a estrutura física da maioria das FAB's devem melhorar nos quesitos: local apropriado para o atendimento farmacêutico; sala com isolamento acústico, privativa ou semi-privativa; e adequação à pessoas com limitações. A inexistência de local apropriado para atendimento dificulta o estabelecimento da relação de confiança entre profissional farmacêutico e usuário. A falta de adequação das FAB à pessoas com limitações dificulta o acesso aos serviços e insumo. Tal constatação contraria o princípio da PNAF e suas ações de promover o acesso ao medicamentos, insumos e serviços farmacêuticos.

5.1.2.2 Análise dos sistemas de informação e controle

No intuito de instrumentalizar os processos e qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde disponibiliza o sistema Hórus, cujo objetivo é melhorar o atendimento e a resolutividade das ações em saúde. (PORTAL SAÚDE, 2012) O sistema Hórus não está em funcionamento no município, embora o Estado tenha aderido ao sistema em 24 de junho de 2010, e a capital Palmas tenha realizado o curso de capacitação entre os dias 18 e 21 de outubro de 2010. (PORTAL SAÚDE, 2012; Tabela 5) O município ainda não possui sistema informatizado nas farmácias, nem sistema para controle de estoque, nem internet. (Tabela 5)

A falta de sistemas de informação, controle e comunicação entre as FAB e a GAF, favorece ao trabalho individualizado e setorizado para cada FAB. No qual não ocorre compartilhamento de dúvidas e/ou ações bem e mal sucedidas. Os relatórios enviados mensalmente a GAF, contendo os Indicadores de Avaliação da Assistência Farmacêutica, entre outros, de cada FAB, são, portanto, resultados de interpretações e soluções pessoais.

Embora exista os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), a ser discutido na tópico “análise documental”, as dúvidas e ou dificuldades que os farmacêuticos possam ter, são dificilmente repassados a gerência, pois não se tem definido os meios de comunicação entre eles.

Como exemplo, cita-se o fato: a farmácia, FAB 108 Sul, é uma farmácia situada dentro da Policlínica, e encontra-se, em processo de adequação para ser uma FAB. Entretanto essa farmácia não possui, entre outros itens, telefone. Assim, as dúvidas que advenham dos profissionais que estão se adequando ao novo modo de trabalho, não são facilmente respondidas. Pois, os farmacêuticos, dessa farmácia, tem de sair da farmácia, ir a sala da gerente da policlínica, pedir autorização para utilizar o telefone e assim efetuar as chamadas para a GAF.

O fato acima ilustra que, embora a FAB esteja hierarquicamente sob a gerência da GAF, na prática ela também se encontra sob a hierarquia da gerente da policlínica. Essa é a única farmácia no qual se observou, também, que o farmacêutico não tem o controle de ponto dos auxiliares, bem como não possui os equipamentos encontrados nas demais FAB, tais como, impressora, fax, telefone. Necessitando desses equipamento, o farmacêutico deve ir a sala da gerente da policlínica. Considerando que a Policlínica da 108 Sul, atende os usuários de toda a cidade, por ter várias especialidades médicas (pediatria, ginecologia, pneumologia, reumatologia, entre outras) o fluxo de usuários nessa unidade é constante. Não sendo viável o farmacêutico se ausentar da farmácia todos os momentos que desejar esclarecer dúvidas e questionamentos sobre procedimentos e serviços.

Tabela 05 - Resposta da Gerente da Assistência Farmacêutica sobre as Farmácias Básicas Municipais.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Possui Internet?	NÃO
Possui controle de estoque?	NÃO
Possui sistema Hórus funcionando?	NÃO
Quantas farmácias FAB existem?	08
Quantos farmacêuticos sob a responsabilidade da gerência?	30
Qual a carga horária semanal dos farmacêuticos nas FAB?	30
Quais as funções dos Farmacêuticos nas FAB?	Todas as descritas no POP
O município tem campanhas e/ou ação de saúde e/ou uso correto de medicamentos voltada para população?	NÃO
Como foi realizada as escolhas dos locais de	Número de UBS ÷ pelo número de Farmácias

construção das FAB?	<p>a ser construída. Depois o melhor lugar foi escolhido em relação a recursos humano e distância do usuário.</p> <p>“Na verdade o quer que tentou se fazer, somaram-se todas as unidades de saúde da família e dividiu, como tinha a proposta de 7 farmácias sociais. Aí dividiu a quantidade de pessoas por família que ela (a farmácia) estaria responsável. E aí, a gente escolheu assim. Vamos supor: 12 unidades da saúde da família para (a farmácia) ser responsável.... no meio delas aonde é? É aqui (local x). Então vamos escolher o local. (...)Então a gente escolheu o local que ficaria menos oneroso pro paciente de qualquer ponto, de qualquer unidade.” GAF</p>
Quais principais problemas enfrentados pela Gerência em relação as FAB?	<ul style="list-style-type: none"> - A falta de Assessoria Farmacêutica; - Farmacêuticos com visões diferentes (uns querem atender outros ficam na parte administrativa); - A inexistência de uma Comissão de Farmacoterapia – CFT; - A entrada de farmacêuticos através de amizades políticas; - A falta de publicações sobre o próprio trabalho. - A falta de interesse pelo serviço, por parte do farmacêutico.
Qual população mensal total atendida pelas FAB?	18.000 pessoas (dados janeiro de 2012)
Qual a média mensal da População atendida por cada FAB?	2.000/3.000 pessoas (dados janeiro de 2012)

5.1.2.3 Análise da Capacitação

A ANVISA e a DEFSUS consideram indispensáveis a capacitação e educação permanente de todos os funcionários, bem como a capacitação dos mesmos quanto ao cumprimento da legislação e dos POP. Além da realização de treinamentos e registro dos cursos e treinamento ocorridos. No entanto, constatou-se o descumprimento desses requisitos obrigatórios.

Desde 2008, ano que foram criadas as FAB, até o momento da coleta de dados, abril de 2012, não ocorreu nenhum curso de capacitação, formação e educação para os farmacêuticos e

auxiliares da rede. Esse fato é verificado tanto no questionário respondido pelos farmacêuticos quanto pela GAF. Os farmacêuticos (64,29%) responderam, no questionário, que não realizaram nenhum treinamento/capacitação para trabalhar nas farmácias básicas. (Tabela 7 – Perfil dos farmacêuticos)

O município não ofereceu nenhum curso de capacitação em saúde desde que a gerência está no município, 2008. (Gerente da Assistência Farmacêutica)

A falta de capacitação e qualificação contribui para que os farmacêuticos tenham atitudes, visões e interesses diferenciados pelo serviço e pela instituição. Essa situação dificulta as ações e o planejamento da GAF, já que, não são comuns os objetivos e interesses, dos seus farmacêuticos. Essa questão é declarada na fala da gerente, quando apresenta que os principais problemas enfrentadas por ela em relação as FAB são: os interesses e as visões diversas dos farmacêuticos; aliado a falta de assessoria farmacêutica, e de comissão de farmacoterapia; e a questão dos funcionários indicados por amizade políticas. (Tabela 5 - Resposta da GAF sobre as Farmácias Básicas.)

A capacitação e a qualificação dos profissionais de saúde é fundamental para a qualidade e as especificidades dos serviços prestados nas FAB's. As habilidades de comunicação, atendimento, de cumprimento dos POP e demais atividades padronizadas no estabelecimento de saúde devem ser continuamente revisadas, avaliadas e treinadas pelos profissionais. O treinamento e a capacitação é fator importante para transformar o aprendizado e o conhecimento em atitudes e práticas farmacêuticas. (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006)

Portanto, embora a gerência tenha interesse em implantar Atenção Farmacêutica e considerar que as FAB's possuem estrutura para a essa filosofia de prática (tabela 6 - Resposta da GAF sobre as ações de Atenção Farmacêutica) percebe-se que o município não possui estrutura organizacional e física para essa atividade. Bem como não provê a educação permanente e a capacitação desses profissionais de saúde para alcançar o objetivo da prática da filosofia de Atenção Farmacêutica. A análise dos serviços de Orientação, Dispensação e Seguimento farmacêutico, que correspondem aos macro-componentes da filosofia de prática farmacêutica serão apresentados na sessão 5.2 - Análise dos serviços farmacêuticos técnico-assistenciais.

Tabela 06 - Resposta da Gerente da Assistência Farmacêutica sobre as ações de Atenção Farmacêutica.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
A Gerência tem interesse em implantar Atenção Farmacêutica?	SIM
Existe financiamento para implantar Atenção Farmacêutica?	NÃO
Todas as FAB's possuem estrutura para a Atenção Farmacêutica?	SIM
O município desenvolve/incentiva ações de Atenção Farmacêutica?	NÃO

5.1.2.4 Análise Documental da Farmácia

A análise documental das farmácias, como determina a RDC nº 44 da ANVISA e a DEFSUS, compreende a existência dos seguintes documentos: (1) Certidão de Regularidade Técnica; (2) Manual de boas Práticas; (3) Procedimento Operacional Padrão; (4) Programa de Gerenciamento de Resíduos em Saúde.

Em uma das FAB foi visto a certidão de Regularidade Técnica, presente na parede da farmácia, na qual constava também horários e os farmacêuticos. Nas demais farmácias a certidão não foi avistada.

Não foi realizada a análise dos documentos, listados abaixo, e exigidos na RDC nº 44, pois não foi permitido, a pesquisadora, o acesso aos documentos da farmácia. Segundo declarado pelos farmacêuticos os documentos da farmácia deveriam ser requeridos na GAF. O acesso da pesquisadora na farmácia consistiu na observação e permanência na FAB. Documentos não analisados: (1) Registro de treinamento de pessoal; (2) Registro de serviço farmacêutico; (3) Divulgação dos conteúdos do POP aos funcionários responsáveis pela atividade; (4) execução de programas de combate a insetos e roedores; (5) manutenção e calibração de aparelhos e equipamentos. Entretanto infere-se que os documentos (1) e (2), não existem nas FAB, uma vez que, não ocorre a prestação dos serviços farmacêuticos e nem o treinamento pessoal de acordo com o preconizado pela resolução e como apresentado na sessão 5.1.2.3 – Análise da Capacitação.

O Manual de Boas Práticas da Farmácia de Palmas (MBPP), o Procedimento operacional Padrão (POP) e o Programa de Gerenciamento de Resíduos em Saúde, obtidos, para as análise a seguir, foram fornecido por um dos farmacêuticos sob autorização da GAF. Esses documentos foram passados em Word, e o único que possuía logo da secretaria municipal de saúde, com datas e profissionais responsáveis foram os POP's. O PGRSS continha o nome dos profissionais responsáveis pela elaboração, acompanhamento e a coordenadora da Assistência Farmacêutica, entretanto sem logo da secretaria municipal.

5.1.2.5 Manual de Boas Práticas

O Manual de Boas Práticas (MBP) é um documento obrigatório nas farmácias e sua análise se deu pela conferência dos itens e do conteúdo do corpo do Manual conforme preconizado no DEFSUS e na RDC nº44 da ANVISA. Avaliou-se em relação aos Itens (1): (a) possuir o nome dos responsáveis pela elaboração, (b) aprovação, (c) monitoramento, (d) avaliação, (e) revisão e a (f) quem destina. Em relação ao Conteúdo do corpo do Manual (2): (a) Identificação da farmácia, (b) Missão da farmácia, (c) Objetivo do manual, (d) glossário, (e) Estrutura física, (f) estrutura organizacional, (g) fluxograma, (h) descarte de resíduo de saúde gerado na farmácia, (i) documentação, (j) POP, (k) referência.

Segundo os requisitos apresentados acima constatou-se que o MBPP descumpri os seguintes: no quesito (1) nenhuma das exigências listadas de (a) a (f) foram encontrada no MBPP. Enquanto que no quesito (2), estavam presente os subitens referentes ao: (c) Objetivo; (d) Glossário, e (k) Referências.

As condições gerais das instalações físicas das FAB que constam no MBPP corresponde as exigências preconizadas na RDC nº44, Capítulo III - Da Infraestrutura, seção I – Das Condições Gerais; e não a descrição das estruturas das FAB. O MBP deveria apresentar nesse item, estrutura física, as informações descritiva das instalações, bem como planta baixa, layout, detalhamento das áreas e sua finalidade, equipamentos e sistemas de segurança. Portanto foi considerado o descumprimento desse item.

O objetivo do Manual de Boas Práticas é fornecer informações sobre as atividades e os procedimentos de execução dessas atividade de forma clara e concisa. (BRASIL, 2009a) Além dos recursos humanos e as funções de cada profissional da farmácia. O manual é a diretriz das ações e atuação dos profissionais, com o objetivo de orientar e estabelecer as normas para a

execução da A.F na farmácia. Portanto o manual deve estar em consonância com o os objetivos da A.F municipal, já que, o mesmo contribui e reflete as ações e prioridade da assistência.

Ao se analisar o conteúdo do MBPP, percebe-se que o mesmo não deixa clara as atividades dos profissionais, a descrição das atividades, competências e os recursos humanos disponíveis. Constata-se também que o objetivo apontado como primordial da A.F, presente na apresentação do manual, é “a fiscalização das atividades profissionais”. (MBP, em anexo) Tal objetivo está em descompasso com o objetivo apresentado na PNAF, 2004, cujo função é contribuir para a PNM no que diz respeito a promoção, proteção e recuperação da saúde da população de modo a garantir acesso aos serviços e aos princípio do SUS. (PNAF, 2004) A função de fiscalizar as atividades do farmacêutico é uma das atividades que cabe ao Conselho Regional de Farmácia. (CRF-TO, 1990)

Portanto, as ações e prioridades do MPB da Assistência Farmacêutica municipal devem ser reconstruídas, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde, tendo como objetivo a promoção, proteção, recuperação e educação em saúde. Além de concentrar esforços na qualidade do atendimento, na humanização do cuidado e na qualificação e comprometimento dos profissionais da rede.

5.1.2.5.1 Procedimento Operacional Padrão

O POP é um instrumento que garante a execução dos procedimentos, já que descreve passo a passo as atividades que devem ser desenvolvidas e seu modo de execução pelos profissionais do estabelecimento. Esse padrão de realização das atividades permite a existência de um atendimento roteirizado de modo racional. Contribuindo diretamente no alcance dos objetivos propostos de qualidade final do serviço ou produto disponibilizado. (BRASIL, 2009b) A seguir apresenta-se a discussão do POP referente as exigências mínimas e a análise do conteúdo.

A ANVISA, de acordo com a RDC nº 44, e a DEFSUS exigem que as farmácias possuam POP para, no mínimo, as seguintes atividades obrigatórias: (a) manutenção das atividades higiênicas e sanitárias para a farmácia; (b) aquisição, recebimento e armazenamento dos medicamentos; e (c) destino dos produtos com vencimento próximo. Dentre as atividades apontadas anteriormente, constata-se a inexistência dos POP para as atividade (a) e (c).

É também apontado tanto no DEFSUS, quanto na RDC nº 44 a necessidade do POP ser revisado, de modo a acompanhar as mudanças ocorridas ao longo dos processos. Para contribuir

com o entendimento e aplicabilidade na rotina da farmácia, além da necessidade de treinamento dos profissionais para a execução do mesmo. No entanto, foi observado que no POP não consta a previsão de revisão periódica para atualização e correção e nem as formas de divulgação, do mesmo, aos funcionários envolvidos nas atividades.

A RDC nº 44 da ANVISA faz ainda outra exigência que é a necessidade do POP possuir assinatura, data e aprovação do farmacêutico responsável técnico da farmácia. Entretanto esse item não foi avaliado, pois a pesquisadora analisou o POP fornecido pela gerência e não o POP presente na farmácia. Dos 14 farmacêuticos das FAB, 92,86% deles, escreveram no questionário, que sua farmácia possuía POP. Somente 01 farmacêutico não conhecia o POP. (Tabela 08 - Resposta dos Farmacêuticos sobre a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias municipais)

A FAB possui 03 POP para atendimento e dispensação de medicamentos: (1) Atendimento de Receituários e Dispensação de Medicamentos da Rede Básica (POP ASSFARM 001); (2) Atendimento de Receituários e Dispensação de Medicamentos da Rede Básica de Uso Contínuo (POP ASSFARM 002); e (3) Atendimento de Receituários e Dispensação de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial (POP ASSFARM 003). (POP, Anexo B)

Após análise de conteúdo dos POP, acima, percebe-se que ele possui as descrições das obrigações do farmacêutico e do auxiliar. As atribuições do farmacêutico consistem em obrigações gerenciais, técnicas, administrativas, de orientação ao uso racional e de solicitação ao usuário que, ele, notifique ao farmacêutico reações adversas ou ineficácia do tratamento, além de prestar atenção farmacêutica.

No entanto, embora seja função do farmacêutico “orientação ao uso racional” e a “Atenção Farmacêutica”, constata-se que a descrição dos procedimentos, passo a passo, para a execução dessas atividades não constam nos POP. Esses POP também não apresentam as definições do termos: “orientação ao uso racional” e “Atenção Farmacêutica”.

Foi observado, também, que o POP ASSFARM 002 de atendimento e dispensação de medicamentos de uso contínuo, não possui no item 4 “Descrição do Processo” nenhum procedimento referente a orientação ao usuário sobre seus medicamentos. Enquanto que nos POP's de atendimento e dispensação de medicamentos sujeito a controle especial e da rede básica existem o seguinte item: “oriente o paciente como deve ser tomado o medicamento”. Logo, os usuários que fazem uso de medicamento contínuo, não são orientados quanto a posologia, horário, e modo de utilização. Tal situação pode contribuir para o uso inadequado, não adesão ao tratamento medicamentoso e diminuição nos resultados terapêuticos.

Portanto, conclui-se, que os POP de atendimento e dispensação de medicamentos das FAB está centrado no processo de distribuição do mesmo, e não no atendimento ao usuário do

medicamento, e em resultados de saúde, qualidade de vida e orientação farmacêutica. Embora o POP exija que o farmacêutico exerça At.F e oriente quanto ao uso racional, tais exigências não condizem com as descrições presente no documento atual e nem possuem a descrição para realização desses procedimentos e os conceitos de tais práticas.

Tal constatação influencia na percepção do usuário de medicamento quanto ao profissional farmacêutico e a farmácia como local de promoção e educação em saúde. Bem como impacta a adesão ao tratamento, e no uso racional.

Observa-se, ainda, que o POP descreve um procedimento automático de atendimento incongruente com os princípios de humanização, de comunicação e relação profissional x usuário. Deste modo as atividades de orientação, dispensação e seguimento farmacoterapêutico são comprometidas. Tal fato corrobora com o observado na prática desses profissionais: a inexistência da filosofia de prática de atenção farmacêutica e orientação. Acontecendo raramente a dispensação farmacêutica. Os serviço farmacêuticos de orientação, dispensação e At.F, será discutida separadamente em sessão posterior. Mas já se apresentada um dos fatores que contribuem para a inexistência dos mesmos.

5.1.2.5.2 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS)

Os órgãos responsáveis pela orientação, estabelecimento de normas e regulação desde a geração até o manejo de resíduos de serviços de saúde de forma a preservar a saúde e o ambiente são: a ANVISA e o Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA).

A ANVISA por meio da Resolução RDC nº306, 2004, dispõem sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, que devem ser cumpridos em todo território nacional. O CONAMA, por meio da Resolução RDC nº358, 2005, define a obrigatoriedade de elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos.

Segundo Valadares, 2009, a ANVISA enfoca as questões intra-estabelecimento, concentrando a regulação no controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. Estabelece, procedimentos operacionais e concentra o controle na inspeção dos serviços de saúde. Determinando os requisitos mínimos para que as instituições de saúde elaborem os próprios planos de gerenciamento de resíduos. Enquanto que o CONAMA trata do gerenciamento sob o prisma da preservação dos recursos naturais e do meio ambiente. De modo a promover a competência dos órgãos ambientais estaduais e municipais para estabelecer critérios para os sistemas de tratamento e destinação final dos resíduos. (VALADARES, 2009)

As farmácias municipais de Palmas não dispensam medicamentos injetáveis, nem fazem sua aplicação. De modo que os resíduos gerados na farmácia pertencem ao grupo B, medicamentos vencidos, ou ao grupo D, resíduos comparáveis aos domiciliares.

Avaliando o PGRSS de Palmas segundo as Resoluções da ANVISA e do CONAMA, percebe-se que o mesmo apresenta as etapas/processos exigidas em um plano de resíduos: classificação, quantificação, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário e tratamento dos resíduos de saúde. O PGRSS de Palmas apresenta, também, todas as atividades e descrições de como gerenciar esses resíduos até sua disposição final. No entanto a etapa, “Transporte Externo”, que destina-se ao transporte dos resíduos da farmácia até o local apropriado para o descarte seguro tanto para os indivíduos quanto o meio ambiente, não apresenta a descrição desse processo e nem apresenta de quem é a responsabilidade em executar essa atividade.

A indefinição de, a quem compete levar o resíduo de saúde, ou a retirar da farmácia, dificulta a execução dessa etapa e promove conflito de funções para os farmacêuticos. Tal fato pode ser elucidado pelos relatos:

“...eu vou colocando os medicamentos vencidos na caixa. Aí eu ligo na vigilância sanitária, só que eles nunca vem buscar aqui. (...) A gente tem de ir entregar lá, porque eles não vem aqui” (F09)

“...aqui nos recebemos medicamentos por doação, às vezes a população ou alguém trás, para doar para pacientes, ou mesmo os funcionários daqui (...) Eu verifico se tem medicamento vencido ou com data próxima, aí eu junto com os medicamentos [vencidos] daqui da farmácia...aí eu mesmo levo pra vigilância” (F10)

Ainda em análise do PGRSS municipal, nota-se que o quadro referente às ações de Educação continuada e de treinamento para implantação e capacitação no PGRSS só possuem os dados dos cursos a serem fornecidos aos funcionários das farmácias. Entretanto não possuem datas previstas e/ou efetivas para realização dos mesmos. Essa constatação, aliada à observação participante, e a declaração da GAF sobre a inexistência de cursos de capacitação para os profissionais da farmácia desde 2008, conclui-se que embora exista o PGRSS o mesmo não se encontra em funcionamento. Sendo assim, é necessário que ocorra a capacitação e treinamento dos farmacêuticos e auxiliares para a execução do PGRSS e que seja definido a quem compete a responsabilidade de transferir os resíduos de saúde da farmácia ao seu destino final.

5.2 Farmacêuticos das farmácias Básicas do Município

A partir de agora apresenta-se a análise e discussão dos dados obtidos no questionário, entrevista, diário de campo, e observação participante de todos os farmacêuticos das FAB. Os dados coletados por meio desses instrumentos de pesquisa resultou em 04 categorias de análise e discussão: (1) Perfil do profissional Farmacêutico; (2) Visão do Farmacêutico sobre a Estrutura que se encontra inserido, a Farmácia Básica Municipal; (3) Visão do Farmacêutico sobre as Atividades desenvolvidas na farmácia; e (4) Conhecimento do Farmacêutico sobre a população, o serviço e a Assistência Farmacêutica.

5.2.1 Perfil dos Farmacêuticos

Dos 14 farmacêuticos municipais, 64,28% possuem idade entre 26 e 31 anos, sendo em sua maioria mulheres (78,57%). (TABELA 7 – Perfil dos Farmacêuticos das Farmácias Básicas) Os estados de Goiás e Tocantins são as unidades da federação onde a maioria desses farmacêuticos nasceram e se encontravam antes de residir em Palmas. Esse dado já era esperado, pois segundo dados do IBGE de 2010, apresentado no capítulo II o estado de Goiás se encontra em segundo lugar como UF de maior prevalência entre os migrantes residentes em Palmas. A UF de maior percentual de migrantes em Palmas é o Maranhão, porém como discutido no capítulo II, esses migrantes se encontram em serviços menos especializados.

Em relação ao vínculo empregatício, conforme consta na tabela abaixo, tabela 7 – Perfil dos Farmacêuticos das Farmácias Básicas, verifica-se que 71,43% são contratados, o que proporciona uma instabilidade e uma rotatividade grande desses profissionais dentro do sistema municipal de saúde. Tal fato é reforçado quando se tem 42,86% desses farmacêuticos como responsáveis técnicos das FAB a menos de 01 ano e que 64,29% dos 14 farmacêuticos exercem outra atividade remunerada além da FAB.

O fato de 57,15% dos farmacêuticos residirem na cidade a menos de 10 anos reflete a característica própria da dinâmica migratória da cidade, conforme já discutido no capítulo 2.

Em relação a qualificação desses profissionais tem-se a maioria, 42,86%, desses farmacêuticos não possuem pós-graduação. Dos farmacêuticos que possuem pós-graduação *latu sensu*, 35,71%, possuem na área de Saúde Pública, ou Multiprofissional em Oncologia ou Farmácia Clínica. (TABELA 7) Destaca-se que a especialização desses profissionais é em áreas afins do serviço, sendo que, tais áreas podem se relacionar mais com o foco nas habilidades necessárias para o ambiente hospitalar, e suas atividades, ou então se relacionar mais com a gestão da saúde. Soma-se a essa realidade o fato que 57,14% desses farmacêuticos não receberam nenhum curso ou capacitação para desenvolver seu trabalho nas FAB, e que esse

mesmo percentual também pertence aos farmacêuticos que se encontram na faixa de “mais de 05 anos até 15 anos de formado”. (TABELA 7)

O percentual de 57,14% desses farmacêuticos nunca terem feito nenhum curso de At.F, Farmácia Clínica ou Atendimento Farmacêutico é relevante para discussão dos serviços farmacêuticos prestados nas FAB. (TABELA 7) Acredita-se que tal fato seja um dificultador para o exercício adequado das atividades como farmacêuticos responsáveis, no que tange os serviços relacionados diretamente com o usuário e ao serviço de: orientação, dispensação, atendimento farmacêutico, seguimento farmacêutico, educação em saúde e registro sistemático das atividades. Uma vez que esses serviços são preconizados pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica em 2002, posteriormente pela PNAF em 2004 e pela RDC nº 44 de 2009, sendo ainda considerados novos para a realidade brasileira. Além de que a presença de disciplinas sobre tais assuntos nos cursos de graduação podem ter sido incorporadas na graduação em anos posteriores ao ano de conclusão do curso, principalmente por aqueles profissionais que se encontram na faixa de 05 anos até 15 anos de formados, segundo preconizado pelas novas diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde.

O perfil dos farmacêuticos municipais aponta para a necessidade de capacitação dos mesmo e motivação, pois alguns demonstram falta de empenho e comprometimento com horários e funções. Também existe a necessidade de criação de meios à estimular a fixação desses profissionais na rede municipal. Foi observado que nem todos os farmacêuticos cumprem com o horário de serviço.

Essa situação corrobora com os resultados apresentados por Victoria e colaboradores (2011) na revista Lancet sobre Saúde no Brasil. Segundo Victoria, um dos grandes problemas enfrentados no SUS refere-se a baixa qualidade no cuidado a saúde que se relaciona principalmente à questões institucionais e de infraestrutura, e da rotatividade dos profissionais de saúde que se encontram sob contrato trabalhista. Além da baixa capacidade profissional, em relação a sua qualificação, o comprometimento para com o serviço e o empenho na realização das tarefas, “participando como atores-chave no processo de aumento de cobertura e oferta de cuidados integrais e de qualidade para toda a população”. (VICTORIA, 2011, p.98)

Tabela 07 – Perfil dos farmacêuticos das Farmácias Básicas Municipais

Respostas - Farmacêuticos	Número Absoluto	Porcentagem
Idade		
Entre 20 e 25 anos	2	14,29%
Entre 26 e 31 anos	05	35,71%
Entre 32 e 37 anos	04	28,57%
Mais de 38 anos	03	21,43%
Gênero		
Masculino	03	21,43%
Feminino	11	78,57%
Qual UF de nascimento		
Goiás	06	42,86%
Tocantins	05	35,71%
Pará	02	14,29%
Fortaleza	01	7,14%
Antes de Residir nesse Município, em qual Estado da Federação se encontrava		
Goiás	05	35,71%
Tocantins	05	35,71%
Pará	02	14,29%
Fortaleza	01	7,14%
Paraná	01	7,14%
Reside nesse Município a quanto tempo		
Até 01 ano	02	14,29%
De 05 a 10 anos	06	42,86%

De 11 a 15 anos	03	21,43%
De 16 a 20 anos	02	14,29%
Não mora em Palmas	01	7,14%
Vínculo Empregatício		
Concursado	04	28,57%
Contratado	10	71,43%
Tempo de Formado		
Até 01 ano	01	7,14%
De 01 ano a 03 anos	03	21,43%
De 04 anos a 05 Anos	01	7,14%
Mais de 06 anos até 10 anos	04	28,57%
Mais de 11 anos até 15 anos	04	28,57%
Mais de 16 anos	01	7,14%
Tem Pós-Graduação Latu – Sensu		
Sim (Saúde Pública/ Multiprofissional em Oncologia/ Farmácia Clínica)	05	35,71%
Em curso (Farmácia Hospitalar com ênfase em Oncologia/ Gestão da Assistência Farmacêutica – EAD – UFSC)	03	21,43%
Não	06	42,86%
Teve algum curso de capacitação/treinamento para trabalhar na Farmácia Básica		
Sim	05	35,71%
Não	08	57,14%
Estagiou na Farmácia	01	7,14%
Tempo que trabalha como		

Farmacêutico da Farmácia Básica		
Até 01 ano	06	42,86%
De 01 ano até 03 ano	02	14,29%
Entre 03 e até 05 anos	04	28,57%
Mais de 05 anos	02	14,29%
Já fez algum curso de Atenção Farmacêutica/Farmácia Clínica/Atendimento Farmacêutico		
Sim	06	42,86%
Não	08	57,14%
Exerce outra atividade remunerada		
Sim	05	35,71%
Não	09	64,29%

5.2.2 Visão do Farmacêutico sobre a Estrutura que se encontra inserido, a Farmácia Básica Municipal

Nesse tópico apresentam-se as respostas dos farmacêuticos sobre a estrutura das FAB, no que se refere à: existência de Procedimento Operacional Padrão (POP); mecanismos de comunicação com usuários; local de armazenamento dos medicamentos; ambiente climatizado; controle de temperatura; infraestrutura para os serviços farmacêuticos; uniformização, identificação e equipamentos de proteção individual.

Todos os farmacêuticos responderam que sua farmácia possuía POP de dispensação, atendimento e demais ações da rotina e dos serviços realizados no estabelecimento. (TABELA 8 - Resposta dos Farmacêuticos sobre a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias Municipais)

5.2.2.1 Canais de comunicação

A maioria dos farmacêuticos, 42,86%, responderam que o mecanismo de comunicação entre profissionais de farmácia e usuários do estabelecimento para registro de críticas, sugestões e avaliações dos serviços é realizado por telefone, pelo canal da ouvidoria municipal ou via Unidade Básica de Saúde e agentes da saúde. (TABELA 8 - Resposta dos Farmacêuticos sobre a

Estrutura e o Funcionamento das Farmácias Municipais) Esse mecanismo de comunicação com o usuário não favorece o diálogo entre esses sujeitos. Como existe um distanciamento entre o usuário e os profissionais em questão, o repasse de informações, notificações e ajustes dependem um tempo maior, do que se houvesse uma caixa de sugestões/informações ou canal mais direto de contato

Aliado a essa situação, tem-se, o fato do indivíduo ter que ligar, ou procurar um terceiro para expor suas questões sobre a farmácia. E o envolvimento de terceiros pode desestimular essa ação, favorecer ao esquecimento e inexistência de diálogos, avaliação e ajustes entre as partes. Logo, o retorno dos profissionais da farmácia sobre o serviço prestado no estabelecimento não origina meios de verificação e análise ao que refere tanto ao atendimento, diagnóstico da qualidade, da clareza, e aprimoramentos necessários, quanto ao esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos em saúde, medicamentos, uso racional e ações de proteção, educação e promoção em saúde.

5.2.2.2 Local de armazenamento, climatização e controle de temperatura local

Quando analisado o local de armazenamento dos medicamentos, todos os farmacêuticos disseram existir local e farmacêutico específico para esse fim; o Almoxarifado Central Municipal. Quando os farmacêuticos foram questionados sobre a climatização do ambiente e o controle de temperatura, todas as respostas coincidem com o observado. Existe ficha para controle de temperatura e ambiente climatizado nas farmácias. (TABELA 8 - Resposta dos Farmacêuticos sobre a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias Municipais)

5.2.2.3 Estrutura física da farmácia para a prática da atenção farmacêutica

Na pergunta realizada aos farmacêuticos para saber como consideram a estrutura física da farmácia para o serviço de Atenção Farmacêutica, 57,15% deles consideram a estrutura entre muito boa e boa. (TABELA 8 – Resposta dos Farmacêuticos sobre a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias Municipais) A discussão dessa resposta será realizada juntamente com a análise dos serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, na sessão 5.2.3.2.

5.2.2.4 Uniformização, Identificação e Equipamento de Proteção Individual (EPIs)

Em relação a identificação e uniformização dos funcionários essa recomendação é presente tanto no DEFSUS, quanto na RDC nº44 e no MBP das FAB, item 4 “Apresentação

Pessoal”, é exigido que o farmacêutico utilize crachá e jaleco. Entretanto observou-se que apenas dois farmacêuticos utilizavam jaleco nas FAB (F05 e F06) e nenhum foi visto com crachá de identificação.

A uniformização e a identificação permite que o usuário de medicamento seja capaz de identificar o profissional de saúde quando necessário, de modo facilitado. O descumprimento dessa exigência dificulta a identificação do profissional farmacêutico e o acesso do usuário ao mesmo.

Destaca-se que a DEFSUS e a RDC nº44 obriga que, quando necessário, sejam disponibilizados equipamento de proteção individual aos funcionários quando o produto ou o usuário fornecer risco ou dano a saúde. O mesmo não acontece nas FAB. Esse item deve ser considerado pois, durante a observação participante em uma das FAB, o farmacêutico entrou em contato direto com o usuário de medicamento para controle da tuberculose. Sendo essa uma doença transmissível, e devido a proximidade do contato entre funcionário e usuário e o ambiente climatizado; não ter equipamento de proteção para farmacêutico e auxiliar é um risco à contaminação dos mesmos por doenças transmissíveis pelo ar, gotículas de água, entre outras.

Tabela 08 - Resposta dos Farmacêuticos sobre a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias municipais

Respostas - Farmacêuticos	Número Absoluto	Porcentagem
Farmácia possui POP de Dispensação e Ações Rotineiras		
Sim	14	100%
Existe mecanismo para crítica, sugestões, avaliação da população sobre a farmácia		
Sim (livro de registro, caixa de sugestões)	02	14,29%
Não	04	28,57%
Ouvidoria Municipal/ Caixa de sugestões na UBS/Pesquisa pelos ACS ou USF	06	42,86%
Identifica o modo de falar do usuário	01	7,14%

Não Respondeu	01	7,14%
Onde os medicamentos são armazenados na farmácia		
Os medicamentos são armazenados no almoxarifado municipal. A farmácia recebe apenas a quantidade solicitada	14	100%
O local possui controle de Temperatura		
Sim	14	100%
Como você considera a infraestrutura dessa farmácia para a prática da Atenção Farmacêutica		
Muito Ruim OU Ruim	02	14,29%
Médio	04	28,57%
Bom	06	42,86%
Muito Bom	02	14,29%

5.2.3 Visão dos Farmacêuticos sobre as atividades que desenvolve

Nesse tópico se discutirá a visão do farmacêutico sobre as atividades que exerce nas FAB. A análise dos dados será apresentada em 03 categorias de análise: (1) Serviços Farmacêuticos Técnico-gerenciais; (2) Serviços Farmacêuticos Técnico-assistenciais; (3) Conhecimento do farmacêutico sobre a população, o serviço e a assistência farmacêutica.

As subcategorias apresentadas acima seguem os termos e definições apresentadas no DEFSUS, de modo a proporcionar uma unidade na análise. Os serviços técnicos gerenciais compreendem as atividades de: programação de medicamentos; requisição; recebimento; armazenamento; controle de estoque; inventário; e descarte dos medicamentos.

5.2.3.1 Serviços Farmacêuticos Técnico-gerenciais

A análise dos serviços farmacêuticos compreendeu a observação dos profissionais. No entanto, ressalta-se que para o desenvolvimento desses serviços é necessário área física,

equipamentos, mobiliário, pessoal capacitado e treinado para as atividades administrativas, logística e assistenciais específicas dessa área. A execução dos serviços do profissional não pode ser analisado fora do contexto e do ambiente onde está inserido. (DONABEDIAN, 1988)

Segundo a DEFSUS para a execução dos serviços técnicos gerenciais os farmacêuticos necessitam de informações epidemiológicas, administrativas e gerenciais que devem ser repassadas pelo gestor central e equipe de saúde local. Essas informações são indispensáveis para que o farmacêutico realize os serviços técnicos gerenciais.

Nessa análise excluiu-se as atividades de aquisição, armazenagem e a estocagem, pois essas não são realizadas pelos farmacêuticos da FAB. O município possui local exclusivo e farmacêutico responsável para essas atividades, conforme apresentado anteriormente.

A análise das respostas obtidas por meio de conversa informal com os farmacêuticos e a GAF, anotações no diário de campo e registro das entrevistas, permite concluir que tanto os farmacêuticos das FAB quanto a GAF desconhecem o perfil epidemiológico da região de atuação das FAB e da cidade. Bem como os dados referentes aos medicamentos de maior consumo nas FAB, conforme confirma as respostas abaixo.

A gente tem alguns problemas tipo sazonais, né? A Leishmaniose, tem a dengue, aí tem gripe, essas coisinhas básicas, mais a gente tem alguns...é...Por exemplo, ontem a gente tava com a visita de um colega aqui...é que a gente tem que avaliar é a osteoporose, essas doenças senis. Então a osteoporose, a gente tem o movimento de toxoplasmose. Não é muito. Quem poderia te dar uma melhor segurança disso seria a vigilância epidemiológica. (GAF)
Aqui atendemos de tudo...hã... hã...mais é diabético, hipertenso, muita grávida... aqui é bem misturado, sabe? (F02)

No item Programação de Medicamentos, foi observado que a requisição de medicamentos pelos farmacêuticos é realizada segundo estimativas do consumo referente ao mapa de pedido do mês anterior requisitado pela FAB, uma vez que não existe sistema informatizado e de controle de estoque nas mesmas. Tal fato é preconizado e está de acordo com o exigido pelo POP da FAB. (POP ASSFARM 004) A requisição dos medicamentos é realizada em formulário, que segue para o almoxarifado central da Assistência Farmacêutica, conforme consumo do mês anterior ao novo pedido.

Pensa-se que o desconhecimento do perfil epidemiológico e os dados referentes ao consumo real dos medicamentos, seja uma das causas que contribui para a falta de medicamentos apontado pelos usuários das farmácias. Mais da metade dos usuários entrevistados, 58,75% deles, disseram “não encontrar os medicamentos” ou disseram que “às vezes encontram e às vezes não encontram”. (TABELA 24 - usuários) Embora 71,43% dos farmacêuticos tenham dito que a quantidade de medicamentos atende a demanda da farmácia. (TABELA 09)

O fato dos farmacêuticos considerarem que a quantidade de medicamentos atende aos usuários e os usuários dizerem que falta medicamento, é uma ilustração da falta de comunicação entre profissionais/usuários, e ou a falta de conhecimento das necessidades reais dos usuários. Tal situação deve ser melhorada por meio da existência de caixa de sugestões, conhecimento do perfil epidemiológico da cidade e da área de atuação de cada uma das FAB, para que o pedido de medicamentos atenda as necessidades de cada uma dessas populações.

Dos 14 farmacêuticos entrevistados, 92,86%, disseram que o recebimento dos medicamentos é programado. (TABELA 9) No entanto se observou e foi respondido pelos farmacêuticos que a farmácia recebe medicamentos mensais e quinzenais. Os medicamentos quinzenais se confirmam como pedido extra. Os farmacêuticos responderam que fazem o pedido extra quando: (a) houve demanda de medicamento maior que a estimada por eles; (d) quando não recebem as quantidades que solicitaram no mapa mensal; (c) quando percebem que irá faltar medicação. Porém, observou-se que, mesmo realizando o pedido extra, ainda ocorre falta de medicamento na farmácia e esse fato pode ser reforçado pelo número de usuários que declaram que falta medicação. (ver TABELA 24 e 25, resposta dos usuários sobre a farmácia)

Logo, percebe-se que, o recebimento dos medicamentos não acontece de forma programada, considerando que, o pedido extra deveria ocorrer como menor frequência para suprir uma demanda excepcional e não ser realizado de forma rotineira pelas farmácias.

De acordo com o observado, durante coleta dos dados, os farmacêuticos não tem um controle do consumo de cada medicamento no período de 30 dias. O mapa mensal dos medicamentos é realizado por estimativas e valores aproximados tendo referência o valor mês anterior. Essa constatação contribui para o descontrole nas quantidades, podendo ocasionar faltas ou excessos de medicamentos, além da perda de medicação.

A falha na requisição e programação dos medicamentos influencia na perda de medicamento declarada pelos farmacêuticos. Dos 14 farmacêuticos das FAB 13 farmacêuticos (92,86%) disseram que as perdas dos medicamentos ocorrem por receberem mais medicamento do que o solicitado, ou por receberem medicamentos com o prazo de validade muito próximo, ou por avaria dos mesmos. (TABELA 09). Essas constatações sugerem falta de programação tanto da FAB quanto do almoxarifado central. Além da comunicação entre almoxarifado e FAB/GAF; e solicitação inadequada da FAB e do almoxarifado central para demanda real da necessidade da população.

Essa situação deve ser corrigida por meio de requisição e programação, a partir da demanda real de consumo, e do conhecimento do perfil epidemiológico. Além da necessidade de

sistema de informatização, controle de estoque e meios de comunicação entre esses diversos setores: GAF, farmacêuticos das FAB, e Almoxarifado Central.

5.2.3.1.1 Onde e Como os medicamentos são armazenados nas farmácias

As farmácias básicas não armazenam medicamentos, isso ocorre no almoxarifado central. Os 14 entrevistados disseram que os medicamentos quando chegam a farmácia são acondicionados em prateleiras, nos respectivos recipiente identificados pelo princípio ativo e em ordem alfabética e por vencimento. O medicamento excedente fica acondicionado em caixas de papelão até a reposição.

Os farmacêuticos disseram ter o cuidado em verificar a data de validade e o lote dos medicamentos, quando vão guardá-los nos recipientes. Sempre prioriza os medicamentos com data de validade próxima, para ficar na frente. (TABELA 9) Os recipientes onde são acondicionados os medicamentos variam de cada farmácia (caixa de papel, recipiente de plástico), uma vez que não existe recipiente padronizado e fornecido pela secretaria de saúde para esse fim. As informações relatadas pelos farmacêuticos estão em consonância com as observações realizadas.

A exposição e organização dos medicamentos estão de acordo com as normas estabelecidas na RDC nº44, de 2009 da ANVISA.

5.2.3.1.2 O local possui controle de Temperatura

Todas as farmácias possuem ar condicionado, e local para anotação da temperatura e umidade. Essa constatação foi confirmada na fala dos farmacêuticos. Entretanto durante a observação verificou-se que algumas farmácias não registram os valores de temperatura e umidade diariamente. Os farmacêuticos copiam os valores do dia anterior. E em algumas farmácias, foi observado que, no fim do mês o farmacêutico preenche a folha de registro de uma única vez, repetindo os dados da folha de registro do mês anterior.

Portanto embora exista a ficha para controle e registro de temperatura e umidade o mesmo não é realizado corretamente, logo os valores constantes, não refletem a realidade em si dos mesmos.

5.2.3.1.3 Registro de Controle de Estoque

As FAB realizam um controle de estoque mensal feitos por contagem manual de todos os medicamentos e insumos presentes na farmácia, de acordo com a tabela preconizada no POP para essa atividade. (POP ASSFARM 004)

A contagem mensal é realizada para que os farmacêuticos possam realizar o pedido dos medicamentos para o mês seguinte. Durante a observação, verificou-se que não existe registro do estoque, bem como a inexistência de sistema informatizado para o mesmo, conforme discutido na sessão Análise dos Sistemas de Informação e Controle. Observou-se, também, que embora não exista sistema informatizado para essa atividade, não é realizado o duplo controle da contagem do estoque, conforme recomendação do DEFSUS para esses casos.

Dos 14 farmacêuticos que responderam ao questionário, 12 disseram realizar o controle de estoque manual. (TABELA 9) Apenas 01 farmacêutico da FAB disse realizar contagem diária e mensal dos medicamentos e insumos da farmácia, porém o mesmo não foi confirmado durante observação. Durante a observação participante percebeu-se que a contagem dos medicamentos, para o controle de estoque mínimo e o pedido mensal, não era um serviço executado exclusivamente pelos farmacêuticos. Os auxiliares ajudam na contagem dos medicamentos, e em algumas farmácias a responsabilidade desse controle é realizada exclusivamente pelos auxiliares.

Ressaltamos a resposta de 01 farmacêutico que disse não possuir registro de controle de estoque na sua FAB, uma vez que, eles fazem a contagem manual mensal para realizar o pedido e não com vistas ao controle do estoque, confirmando o que foi observado e discutido.

Aqui nós fazemos a contagem todo final do mês. Mas não é um controle de estoque, fazemos a contagem para preencher o relatório do pedido dos medicamentos (F05)

Olha, aqui nós fazemos assim: as meninas (auxiliares) contam tudo que tem na farmácia. Cada uma delas é responsável por uma parte (das prateleira); aí depois a gente preenche o relatório. (F04)

Aqui a gente conta tudo que tem na farmácia, pra preencher os relatórios e mandar pra assistência farmacêutica. (F02)

5.2.3.1.4 Inventário

Segundo norma do DEFSUS, o inventário deve ser realizado pelas farmácias para que haja confirmação entre o estoque real da farmácia e o declarado nas fichas de controle do estoque. Além de possibilitar a avaliação dos estoques para o balanço da farmácia. É recomendado pela diretriz que os itens de maior rotatividade sejam monitorados com maior frequência, realizando assim, o inventário em curto intervalo de tempo.

Não foi observado a realização do inventário, confirmando, conforme já discutido, que as FAB não possuem fichas para controle de estoque, não realizam controle e nem possuem sistema informatizado.

Portanto, esse fato associado a falha do processo de programação e requisição dos medicamentos, corrobora para a alta frequência de respostas, dos usuários, para a pergunta “o que o senhor acha que poderia melhorar aqui na farmácia?”. Dos 80 usuários entrevistados, 47,50% declarou a necessidade de “não faltar medicamentos”. (TABELA 26 – Principais Respostas Obtidas na questão “O que o senhor acha que poderia melhorar aqui na farmácia?”)

Tabela 09 - Resposta dos Farmacêuticos sobre (Processo Logístico dos medicamentos nas FAB) a Estrutura e o Funcionamento das Farmácias municipais

Respostas – Farmacêuticos	Número Absoluto	Porcentagem
Recebimento de medicamento Programado		
SIM	13	92,86%
NÃO	1	7,14%
Essa quantidade atende a demanda		
Sim	10	71,43%
Não	2	14,29%
Depende (quantidade prescritores atendendo, número de atendimentos realizados, se recebeu a quantidade solicitada de medicamento)	2	14,29%
Como é realizado o registro de controle de estoque		
Contagem Manual – Entrada (nota do almoxarifado) e Saída (receitas recebidas)	12	85,71%
Contagem Manual – Diária e Mensal	01	7,14%
Não tem registro de Controle	01	7,14%
Quem é responsável pelo registro de		

controle de estoque		
Farmacêutico	10	71,43%
Atendente	-	-
Ambos	04	28,57%
Como os medicamentos são armazenados na farmácia		
Em Prateleiras/Armário/Geladeira identificados e por Ordem Alfabética. O Excedente fica em caixa.	14	100%
Ocorrem perdas de medicamentos		
Sim (validade, avaria, recebeu mais que solicitado)	13	92,86%)
Não	1	7,14%

5.2.3.2 Análise dos Serviços Técnico-assistenciais

Para analisar os serviços técnico-assistenciais definidos pelo DEFSUS, é necessário que o farmacêutico possua equipe capacitada para auxiliar nas informações e nos conhecimentos sobre medicamento e terapêutica. Além de habilidades de comunicação (transmissão de informação e entendimento entre equipe e usuários) e competência para se relacionar com usuários e profissionais de saúde. Os serviços técnico-assistenciais apresentados pelo DEFSUS e que também são aceitos pela ANVISA na RDC nº 44 são: Orientação; Dispensação; Seguimento farmacoterapêutico; e Suporte Técnico para a equipe de saúde.

Para realizar a análise dos serviços técnico-assistenciais será discutido, primeiramente, o quesito comunicação e capacitação dos profissionais, e posteriormente as atividades apresentadas acima. Para verificar a comunicação entre farmacêutico e sua equipe o questionário continha a seguinte pergunta: “Ocorrem reuniões entre você e sua equipe de trabalho? Com que frequência?” O percentual de 50,00% dos farmacêuticos responderam realizar reuniões entre eles e sua equipe. Entretanto durante a observação participante não foi observado nenhuma reunião entre esses profissionais.

5.2.3.2.1 Capacitação Profissional

A análise da capacitação do profissional farmacêutico, conforme já apresentado, em sessão posterior, aponta para a inexistência de cursos e treinamento desses profissionais e de sua equipe.

Em relação a exigência de Suporte Técnico do profissional farmacêutico para a equipe de saúde, observou-se que não ocorre. Um dos motivos se deve ao fato de 06 das 08 FAB não se encontrarem próximas das UBS de referência, além de não existir meios de comunicação entre os profissionais das UBS e das FAB, evidenciando tanto pelo organograma da instituição, quanto pela inexistência de sistemas de comunicação entre esses setores e entre profissionais de saúde das diversas áreas.

Ressalta-se ainda o fato apontado por alguns farmacêuticos que relatam entregar a relação dos medicamentos essenciais do município (REMUME) aos médicos e mesmo assim os prescritores não priorizam medicamentos municipais nas receitas do SUS. A não seleção e padronização leva sempre a faltas.

A falta de capacitação é apontada pelos farmacêuticos como um dos principais problemas enfrentados como profissional da FAB. A falta de recursos humanos e de treinamento/capacitação dos auxiliares corresponde a 28,57% das principais dificuldades encontradas por eles como farmacêuticos das FAB. A principal queixa dos farmacêuticos nesse quesito refere-se a falta de material referencial na farmácia (42,86%). Os farmacêuticos relatam que a inovação e o constante lançamento de novos medicamentos pelas indústrias farmacêuticas, exigem que eles busquem constantemente sua atualização e informações sobre medicamentos e que isso não ocorre pois as farmácias não tem material para referência e nem internet. Em segundo lugar, como principal dificuldade, está a falta de informação, compreensão e estudo por parte do usuário com 35,71% das queixas.

O percentual de reclamação dos farmacêuticos referente a falta de compreensão e informação dos usuários de medicamentos em relação aos medicamentos reflete a dicotomia entre as habilidades que o farmacêutico e sua equipe deveriam possuir para estabelecer uma relação com os usuários e a situação atual dos farmacêuticos em seu contexto. Esse fato alerta para a necessidade de se desenvolver, estimular, praticar e verificar essas habilidades, por meio de cursos de aprimoramento e qualificação.

5.2.3.2.2 Participação em Campanhas de Educação em Saúde e Uso Correto de Medicamentos

A alta frequência de reclamação dos farmacêuticos sobre o nível de instrução dos usuários e o pouco conhecimento sobre os medicamentos já era esperado. Pois, segundo os próprios profissionais, o município não desenvolve ações educativas, nem campanhas sobre uso correto de medicamentos, descarte, armazenagem e afins. E no que se refere a participação do farmacêuticos em campanhas de Educação em Saúde, Uso correto de Medicamentos, 09 dos 14 entrevistados responderam nunca terem participado. Enquanto que 03 farmacêuticos disseram participar raramente dessas ações e que a última vez que participaram foi há no mínimo 02 anos.

Durante a observação participante, verificou-se que apenas 01 farmacêutico participa regularmente, uma vez por semana, de um grupo da Equipe Saúde da Família, usuários do HIPERDIA. Nesse grupo são desenvolvidas ações de educação em saúde, campanhas de saúde e melhoria do estilo de vida e hábitos saudáveis. Esse grupo é coordenado por uma enfermeira, e possui ainda médico, farmacêutico, entre outros profissionais que são convidados a palestrar.

5.2.3.2.3 Canal de Comunicação Farmacêutico/Usuário

Ainda no quesito comunicação e relação farmacêutico versus usuário, todos os farmacêuticos disseram, durante entrevista, ter conhecimento sociodemográfico da população. Porém durante a observação percebeu-se que apenas 02 farmacêuticos utilizavam esses conhecimentos no momento do atendimento. (TABELA 16 Se o comportamento do profissional observado confirma seu discurso de considerar as características sociodemográficas do usuário no momento do atendimento)

Ao analisar o canal de comunicação usuários de medicamentos e farmacêutico/equipe da farmácia, constatou-se que embora 02 FAB tenham dito possuir caixa de sugestões, as mesmas não foram vistas.

A existência de um local para sugestões dentro da própria farmácia facilitaria a comunicação com os usuários e serviria como parâmetro avaliativo dos serviços prestados pelo estabelecimento e seus profissionais. Além de tornar mais dinâmico o retorno e possível solução para o(s) problema(s) levantados pela população.

A inexistência desse mecanismo de comunicação, entre usuário e o profissional/serviço prestado na farmácia, gera um distanciamento da população, e a falta de entendimento entre as partes. Além do não conhecimento das demandas locais onde se encontra a farmácia, e o retorno

para usuários e profissionais mais lento, uma vez que ocorria via ouvidoria municipal ou outrem. Prejudicando a avaliação e os ajustes nos serviços prestados.

O Fato da população ter que ligar ou procurar algum agente para fazer críticas ou sugestões é um fator de desestímulo a comunicação. Tal fato se agrava quando percebe-se que a equipe de profissionais das FAB não tem suas habilidades estimuladas no que refere-se a comunicação entre si (farmacêuticos e equipe de trabalho); e com os usuários de medicamentos.

Portanto os serviços prestados avaliados e sugeridos pelos usuários não são repassados diretamente ao estabelecimento e aos profissionais. O que torna ainda mais lenta as mudanças e os aprimoramentos. Além de envolver terceiros na solução e ou repasse de informações que a princípio poderiam ser solucionados entre estabelecimento e usuário.

A partir de agora, apresenta-se, a análise sobre os serviços farmacêuticos de: Orientação; Dispensação; e Seguimento farmacoterapêutico, ambos preconizados pela DEFSUS e RDC nº 44 da ANVISA.

5.2.3.2.4 Orientação

Segundo a resolução da ANVISA RDC nº44, de 2009, o estabelecimento deve assegurar o direito a informação e orientação quanto ao uso de medicamentos. Entretanto essa informação é pouco discutida, na resolução, não sendo apresentado modo e meios para assegurar esse direito.

Os farmacêuticos relataram que as atividades exercidas por eles se concentram nas atividades de: Responsabilidade Técnica (85,71%), Administrativa (64,29%) e Gerencial (42,86%). (TABELA 10)

Conforme Tabela 10 as respostas dos farmacêuticos, obtidas pelo questionário os dividem em 03 grupos: (1) o grupo que relata realizar Atenção Farmacêutica (21,43%); (2) os que relatam realizar Dispensação (71,43%); (3) os que relataram realizar Orientação Farmacêutica (28,57%). Todas as respostas fornecidas pelos farmacêuticos como atividades que exercem na farmácia foram consideradas para calcular esse percentual e na elaboração dessa Tabela.

Os 13 farmacêuticos que responderam que ocorre orientação ao usuário sobre os medicamentos que irá utilizar disseram que essa orientação é fornecida por todos que trabalham na farmácia. (TABELA 11 - Resposta dos farmacêuticos sobre o serviço farmacêutico)

Tabela 10 - Resposta dos Farmacêuticos sobre as atividades desenvolvidas nas Farmácias municipais

	Número Absoluto	Porcentagem
O Farmacêutico segue o POP da Farmácia		
Sim	13	21,43%
Nunca viu o POP	1	7,14%
Quais Atividades exerce na Farmácia		
Gerenciais – Controle dos Auxiliares/ Coordenação da Equipe da Farmácia/ Capacitação dos Servidores	06	42,86%
Administrativas – Relatórios/ Pedidos e Inventário/Balanços	09	64,29%
Atenção Farmacêutica	03	21,43%
Dispensação- Atendimento ao usuário	10	71,43%
Orientação Farmacêutica/ Orientação Técnica para profissionais da unidade	04	28,57%
Participação em Grupo Hiperdia	01	7,14%
Responsabilidade Técnica - Controle Psicotrópicos/Livro Controlado/ Controle de estoque, Validade e Temperatura/ Orientação de Estagiário/Medicamentos Extra-rede, Demanda Judicial/	12	85,71%

Tabela 11 - Resposta dos Farmacêuticos sobre os Serviços Farmacêuticos e Canais de Comunicação

	Número Absoluto	Porcentagem
Ocorre orientação ao usuário sobre o medicamento que ele recebe na farmácia		
Sim	13	92,86%

Sim – quando a farmácia está mais vazia, OU a pedido do usuário	1	7,14%
Não	1	7,14%
Quem Orienta o usuário sobre o uso de medicamentos		
Farmacêutico	01	7,14%
Atendente – Estagiário	-	-
Todos	13	92,86%
Como ocorre essa orientação		
Verbal	01	7,14%
Escrita	-	-
Verbal e Escrita	10	71,43%
Verbal e Escrita (quando necessário)	03	21,43%
Ocorrem reuniões entre você e sua equipe da farmácia		
Sim	07	50%
Raramente	03	21,43%
Não	04	28,57%
Ocorrem reuniões entre você e a Gerência da Assistência Farmacêutica		
Sim	14	100%
Não	-	-
O Farmacêutico participa de Ações de Educação Sanitária, Campanhas de Saúde, Orientações Gerais a população.		
Sim	01	7,14%
Não	09	64,29%
Raramente	03	21,43%

Frequentemente	01	7,14%
Qual sua última participação nessas campanhas		
Nunca	09	64,29%
Semanalmente	01	7,14%
Último mês	01	7,14%
Nos Últimos 02 anos ou mais	03	21,43%
Você tem interesse pela prática da Atenção Farmacêutica		
SIM	14	100%
NÃO	-	-
Você Realiza Atenção Farmacêutica		
Sim	08	57,14%
Sim - Incompletamente	01	7,14%
Não	05	35,71%

Durante a observação participante constatou-se que os farmacêuticos recebem a receita, separam os medicamentos, mostram ao usuário o medicamento, quando tem na farmácia, e colocam os medicamentos dentro de sacolas plásticas com logo da prefeitura, quando o usuário solicita sacola. Os farmacêuticos e auxiliares dizem o nome do medicamento e a posologia, conforme consta na receita. Nesse momento, com exceção de F01 e F14, os farmacêuticos não escrevem a posologia.

Não foi observado os farmacêuticos repassarem informações sobre posologia, indicação, utilização, interação, reações adversas, guarda de medicamentos e monitoramento, sem que o usuário do medicamento solicite. Para os usuários portadores de doenças crônicas ou em uso de medicamentos de controle especial e antibióticos, não eram realizadas perguntas sobre o processo de uso do medicamento para captar e /ou corrigir irregularidades.

Notou-se, também, que não existe local apropriado para atendimento individualizado (sala semi-privativa/privativa), nem registro do atendimento e dos procedimentos e serviços realizados dentro da farmácia. Não ocorre a dispensação documentada em sistema informatizado, pois o mesmo não existe, e nem o registro e documentação dos serviços por

outros meios. Portanto, não ocorre Orientação farmacêutica nas FAB. Já que observou-se que não é realizado o acompanhamento do usuário, seus resultados e dados sobre doença e parâmetros fisiológicos. Bem como não é realizado intervenções no intuito de melhorar o uso dos medicamentos.

De acordo com a Tabela 12, ver tabela abaixo, o número médio de atendimento realizado nas farmácias (receitas aviadas) é em torno de 220,0 receitas/dia, período da manhã e da tarde, para as farmácia de maior demanda (cerca de 4.200 a 4.400 receitas/mês) e uma média de 100,0 receitas para as farmácia de menor demanda (cerca de 1.300 a 1.600 receitas dispensadas/dia). Para realizarmos essa conta foi adotado o número máximo de receitas atendidas, respectivamente 4.400 e 1.600, e dividido por 20 dias de funcionamento das farmácias. A farmácia municipal atende de segunda a sexta-feira, das 08h às 18h.

Como as farmácia possuem, em sua maioria, 01 farmacêutico e um auxiliar por período, com exceção para as FAB Aurenny I e FAB da Policlínica da 108 Sul que possui 02 auxiliares por turno e da FAB 906 Sul que possui dois auxiliares no período da manhã, pois um está em processo de aposentadoria.

Ao analisarmos o quantitativo de recursos humanos das FAB's e as normas do Programa Farmácia Popular do Brasil, como referência para um quantitativo de recursos humanos na farmácia, vê-se que a farmácia deve possuir no mínimo 02 farmacêuticos (um farmacêutico gerente responsável pela coordenação/gerencia/dispensação; e outro farmacêutico corresponsável para dispensação), 02 auxiliares (para funções de auxiliar de gestão e assistente de gestão) e 01 auxiliar de limpeza. (BRASIL, 2005) Portanto, percebe-se, que o quantitativo de profissionais da farmácia é insuficiente perante o que sugere o Programa Farmácia Popular do Brasil, já que a maioria das FAB possui apenas 01 farmacêutico e 01 auxiliar por turno. E que o número de atendimentos realizados é superior a capacidade de recursos humanos existentes. Logo é difícil que se realize em algumas farmácias até mesmo a dispensação, portanto a orientação não é inviabilizada.

Acredita-se, também, que a não ocorrência dos serviços de orientação farmacêutica se dê por falta de treinamento do farmacêutico para essa atividade. Aliada a falta de habilidade do farmacêutico, de estímulo, de comunicação com usuários, de comprometimento pessoal do profissional, da estrutura física, organizacional, recursos humanos da instituição, e capacitação e avaliação da GAF para a realização e fomento.

O serviço de Orientação necessita ser estimulado, mesmo por que as FAB se encontram em regiões de vulnerabilidade social, atendendo populações de baixa renda e escolaridade, que

portanto necessitam de maiores esclarecimento a respeito do uso de medicamentos e de educação em saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Ressalta-se ainda que, a falta de comunicação e a fragilidade da relação farmacêutico/usuário de medicamento reflete na não adesão ao tratamento pelo usuário; no uso irracional dos medicamentos; e na falta de reconhecimento do profissional farmacêutico como responsável pela terapêutica medicamentosa do usuário. De acordo com os dados obtidos tem-se que 61,43% dos usuários de medicamentos não tem adesão ao tratamento. (TABELA 28 - Resposta do usuário sobre quantas vezes esquece de tomar o medicamento) Bem como 45,45% dos usuários quando perguntado sobre o modo de utilizar o medicamento relataram o modo errado, ou não souberam informar. (TABELA 27 – Principais Resposta Obtidas na questão “O senhor pode me dizer como vai usar o medicamento?”)

Os valores encontrados para o índice de 61,43% de usuário sem adesão ao tratamento, está em consonância com outros trabalhos de avaliação de adesão dos usuário aos tratamento medicamentoso. Segundo DOGGRELL, 2010, pacientes com idade avançada, mais de 65 anos de idade, a não-adesão é principalmente intencional (63%), não aderem ao tratamento do prescritos. Sendo que 37% corresponde a adesão não-intencional, esquecem de tomar os medicamentos ou outros fatores, como, falta de recurso para adquirir o medicamento, falta de compreensão em como utilizar, dificuldades em administrar o medicamento. (DOGGRELL, 2010 apud VON DIEMEN, 2011).

A não adesão ao tratamento pelos usuários, o uso inadequado do medicamento, a falta de conhecimento sobre o medicamento, posologia e horário, indica que o serviços farmacêuticos devem ser reavaliados e reestruturados. Os serviços atuais não propiciam aos princípios da PNAF e da PNM, ao que se refere a necessidade de formular as ações da atenção básica para promover uso racional e seguro dos medicamentos. Além de contribuir em relação a promoção, proteção e educação em saúde para os usuários.

Tabela 12 – Resposta dos Farmacêuticos sobre a Quantidade de receitas Atendidas e Medicamentos recebidos na Farmácia Municipal

Número de Receitas Atendidas na Farmácia - Mensal	Quantidade	Valor Absoluto	Percentual
Farmácias 404 Sul (manhã), 906 Sul (tarde), 603 Norte (manhã/tarde), Policlínica 108 Sul (manhã/tarde)	De 1.300 à 1600	06	42,86%

Farmácia 404 Sul (tarde), 906 Sul (manhã), Aurenny III, Taquaralto (manhã)	De 2.200 à 2.900	04	28,57%
Farmácia 405 Norte	De 3.000 à 3.500	02	14,29%
Farmácia Aurenny I, Taquaralto (tarde)	De 4.200 à 4.400	02	14,29%
Quantidade de Medicamentos recebidos na Farmácia ²	Quantidade Recebida – Unidades ³	Mês Correspondente	
Farmácia Taquaralto	25.153.624	Março	
Farmácia 603 Norte	1.572.073	Março	
Farmácia Aurenny I	238.976	Março	
Farmácia 404Sul	171.919	Março	
Farmácia 405 Norte	111.530	Março	
Farmácia 906 Sul	131.080	Abril	
Farmácia Aurenny III	147.795	Março	
Farmácia Policlínica 108 Sul	56.386	Março	

Os valores encontrados nessa tabela ressaltam a FAB Taquaralto, 603 Norte e Aurenny I, como as farmácias que mais recebem medicamentos. Durante observação notou-se que a farmácia do Taquaralto tem um fluxo de usuários realmente superior as outras FAB e isso se deve, principalmente, por atender além da região de Taquaralto (Policlínica de Taquaralto - Complexo de Atenção a Saúde/CAS Taquaralto), mais 08 outros setores (Sta. Fé, Bela Vista, Buritirana, Morada do Sol, Setor Sul, Taquaruçu, Nossa Vida e Vale do Sol).

² Os valores correspondem a unidades, pois o pedido da farmácia é realizado por unidades de medicamentos. Exemplo: cada comprimido, bisnaga, vidro ou tubo é considerado como uma unidade de medicamento. Logo uma cartela de captopril com 20 comprimidos, é igual a 20 unidades; uma bisnaga de medicamento de uso vaginal corresponde a 01 unidade de medicamento.

³ Para a obtenção da quantidade de medicamentos recebidos pela farmácia, foram somado todas as unidades de medicamentos recebidos pela farmácia que constava na nota fiscal de recebimento do almoxarifado: mapa mensal, pedido extra, saúde da mulher, saúde mental, DST/AIDS. O quantitativo de unidades, obtidos pelo somatório é referente ao mês anterior a data em que foi realizado o questionário.

As demais farmácias são referência para retirada de medicamentos para cerca de outras 04 regiões/UBS.

5.2.3.2.5 Dispensação

Para a realização da dispensação é necessário estrutura física e organizacional. Discutiu-se, anteriormente, que as FAB não possuem estrutura física, sistema para registro ou documentação da dispensação e atendimentos, os profissionais não possuem qualificação que favoreça a orientação, dispensação e seguimento farmacoterapêutico. Além da falta de local privativo/semi-privativo para trocar informações com o usuário, nem tempo para que o farmacêutico execute essa atividade devido o número de usuários atendidos em relação aos quantitativo de recursos humanos e a qualificação dos mesmo para estabelecer comunicação com usuários e ou aprimoramento dos conhecimentos.

Durante a observação participante percebeu-se que todos os funcionários da farmácia atendem e entregam o medicamento e o tempo gasto nessas ações é curto. Foi percebido a necessidade de entregar o medicamento o mais rápido possível, de forma a evitar filas na farmácia e a espera do usuário para recebimento do medicamento. Embora, 71,43%, dos farmacêuticos digam realizar dispensação, na prática, observou-se que apenas 02 (14,29%) farmacêuticos cumprem esse requisito. (TABELA 19 - Se o comportamento do profissional confirma sua fala de realizar Orientação Farmacêutica)

O ato de dispensar medicamentos e informações sobre a posologia e demais orientações sobre o medicamento é fornecido somente àqueles usuários que solicitam, em 06 das 08 FAB existentes. (TABELA 11 - Resposta dos farmacêuticos sobre os serviços farmacêuticos)

Em relação ao modo como as informações sobre o medicamento são transmitida ao usuário, observou-se uma discordância entre a prática dos farmacêuticos e as respostas dos questionários. A entrega do medicamento e a dispensação com informação sobre posologia e horário, é realizada verbalmente por 12 farmacêutico, dentre os 14 existentes. Apenas 02 farmacêuticos realizam a orientação verbal e escrita no momento da dispensação, sem a solicitação do usuário. (TABELA 11 - Resposta dos farmacêuticos sobre os serviços farmacêuticos)

Em relação aos funcionários alertarem o usuário quanto ao recebimento de medicamento com data de validade próxima, foi observado em todas as FAB. No quesito da RDC nº 44, da ANVISA, sobre dispensação remota, não será analisado, pois o mesmo não ocorre nas FAB.

5.2.3.2.6 Atenção Farmacêutica

As necessidades e estruturas mínimas exigidas para a prática da At.F segundo a DEFSUS e RDC nº44 foram confrontadas com: a observação participante da conduta prática dos profissionais farmacêuticos; a estrutura física das farmácias; os recursos humanos disponíveis; e a estrutura organizacional da secretaria de saúde. Constata-se que os farmacêuticos das FAB não exercem a filosofia da prática atenção farmacêutica. Embora 08 farmacêuticos (57,14%) dos 14 existentes, escreveram que em suas práticas profissionais realizam essa filosofia. (Tabela 11 - visão do farmacêutico sobre os serviços farmacêuticos).

Com relação as estruturas das FAB constata-se que elas não possuem estrutura física, organizacional e recursos humanos disponíveis para tal exercício, conforme já apresentado. Pois: (a) nem todas as FAB possuem internet; (b) nenhuma possui literatura especializada para referência e consulta; (c) nenhuma dispõem de local privativo/semi-privativo e com isolamento acústico, para conversa com os usuários de medicamentos; (d) não existe sistema informatizado para registro e ou registro e documentação do atendimento.

A situação observada e descrita acima não corrobora com as respostas dos farmacêuticos, pois 85,71% consideram a estrutura entre muito boa e mediana. Apenas 14,29% consideram muito ruim ou ruim para a prática farmacêutica.

Entretanto percebe-se que as respostas dos farmacêuticos sobre a estrutura física da farmácia são contraditórias com as respostas no quesito “fatores que dificultam a prática da At. F”., apresentado na Tabela 13 - Resposta dos Farmacêuticos sobre os principais problemas que dificultam sua prática de Atenção Farmacêutica). Os mesmos consideram a falta de estrutura organizacional, física e a falta de recursos humanos, como o principal dificultador para o exercício da filosofia de prática da At.F (64,29%). Seguido pela falta de capacitação, reconhecimento do profissional farmacêutico, falta de incentivo dos superiores, além da alta rotatividade e fluxo de usuários, e dos farmacêuticos.

As incongruências entre as respostas dos farmacêuticos, sobre estrutura da FAB, versus, fatores que dificultam a prática da atenção farmacêutica, sinalizam para o desconhecimento dos mesmos sobre as necessidades estruturais mínimas exigidas para essa prática e do próprio conceito de atenção farmacêutica. Discutiremos, pormenorizada essa questão, a seguir na subseção: “Conceito dos farmacêuticos sobre o que seja Atenção Farmacêutica”.

No entanto, os dados apresentados, até o momento, reforçam a discussão de que para o exercício dos serviço técnico-assistenciais é necessário condições mínimas de estrutura física, humana, e processo contínuo de capacitação. De modo a proporcionar a existência e manutenção

dos serviços profissionais assistenciais preconizados pelas legislações federais e órgão regulatório farmacêutico.

A carência e deficiência do sistema municipal no provimento dessas condições é apontado pelos próprios profissionais que elencam os seguintes fatores como as principais dificuldade encontradas como Farmacêutico da FAB: a falta de material referência como livros e internet para aprimoramento dos conhecimentos e consulta no caso de dúvidas representa 42,86% da reclamação. E a falta de compreensão e/ou estudo e informação do usuário sobre os medicamentos (35,71%). (Tabela abaixo)

O segundo fator, apresentado acima, revela uma dicotomia. Pois de um lado, temos os profissionais, cuja habilidade deveria favorecer o empoderamento e garantir que o usuário saia da farmácia tendo as informações necessárias para o uso correto e seguro de medicamentos, conforme exigências legais federais e dos órgãos reguladores da profissão. E de outro lado temos os usuários de medicamentos, cuja realidade já esperada, é a falta de conhecimento sobre seus medicamentos e utilização. Cabendo ao profissional farmacêutico o dever de fornecer informações e executar as ações de educação em saúde aos usuário do serviço, na promoção da saúde. (CFF, Código de Ética Farmacêutica, 2005)

A partir do apresentado, acima, acredita-se que a habilidade de comunicação dos profissionais, estabelecimento de relações de confiança entre farmacêuticos/usuários, e a necessidade da realização da dispensação, orientação e seguimento farmacoterapêutico, devem ser estimulados e fomentados pela gestão municipal. Esse estímulo deve ocorrer por meio de: (1) capacitação e atividades de aprimoramento e avaliação das condutas e das habilidades já alcançadas e as necessárias para que a prática profissional esteja de acordo com as necessidades dos usuários e das legislações; (2) provimento de estrutura adequada para esses serviços técnicos assistenciais.

Tabela 13 - Resposta dos Farmacêuticos sobre os principais problemas que dificultam sua prática de Atenção Farmacêutica

Resposta Farmacêuticos	Número Absoluto	Porcentagem
Quais problemas dificultam sua prática de Atenção Farmacêutica		
Falta de apoio/incentivo dos superiores; Falta de abertura para o serviço	06	42,86%

Falta de Recursos: Humano, Referencial Bibliográfico, Estrutura física da farmácia; equipe profissional para prosseguir com os processos institucionalizados	09	64,29%
Desconhecimento de como implantar, selecionar, desenvolver e manter	04	28,57%
Falta de cursos de capacitação e reconhecimento profissional	07	50%
Falta de tempo; Alto Fluxo de usuários para o 01 farmacêutico e 01 auxiliar; Grande rotatividade de usuário na farmácia	06	42,86%

Tabela 14 - Resposta dos Farmacêuticos sobre as Principais Dificuldades encontradas como Farmacêutico da Farmácia Básica

Resposta Farmacêuticos	Número Absoluto	Porcentagem
Principais Dificuldades encontradas como Farmacêutico da Farmácia Básica		
Falta de medicamento da REMUME	04	28,57%
Comunicação com Prescritores – Dificuldade de Comunicação (Médicos, Enfermeiros, Dentistas)/ Não Prescrição dos Medicamentos da REMUME	04	28,57%
Letra Ilegível dos Prescritores	02	14,29%
Falta de Material Referencial na Farmácia (Internet, Livros)	06	42,86%
Falta de Equipamentos na Farmácia (Computador, Impressoras)	02	14,29%
Falta de Recurso Humano e Treinamento e Capacitação dos funcionários para Atendimento e parte	04	28,57%

Técnica (medicamento)		
Falta de sistema informatizado – Controle de Medicamento, Estoque	03	21,43%
Falta de privacidade com o usuário	01	7,14%
Falta de Compreensão dos usuários/Falta de estudo/usuários Irritados/ Falta de Informação da População	05	35,71%

5.2.3.2.7 Conceito dos farmacêuticos sobre o que seja Atenção Farmacêutica

Pensa-se que o fato dos farmacêuticos relatarem realizar a prática de Atenção Farmacêutica, sem fazê-la, advinha dos seguintes motivos: (a) desconhecimento do que seja essa filosofia; (b) por desejarem estar de acordo com as exigências do POP da farmácia, uma vez que é obrigatório sua realização; (c) por desejarem estarem concordantes com as demais exigências legais (RDC nº 44, 2009; PNAF, 2004; PNM, 2001; RDC nº357, 2001); (d) ou por saberem que a pesquisa referia-se à Atenção Farmacêutica.

Para investigar o que os farmacêuticos compreendiam sobre At. F, foi perguntado a eles o conceito desse termo. As respostas obtidas pelo questionário evidência que apenas 03 farmacêuticos (21,43%) tinham o conhecimento do conceito. (grupo de respostas abaixo) As respostas dos farmacêuticos foram agrupados em 07 diferentes grupos, listadas abaixo.

Grupos de resposta - O que é Atenção Farmacêutica para você?

1. Categoria nº1 – O Conceito de Atenção Farmacêutica apresentada pelo farmacêutico refere-se à Visão de Orientação sem o Acompanhamento dos resultados:

Orientação ao usuário, abrangendo o que fala sobre o medicamento, como utiliza, como se sente e se faz todo o tratamento. (frequência de 14,29%)

Orientação ao paciente quanto ao uso do medicamento, envolvendo o que fala sobre o uso do medicamento - como ele toma as dosagens, se sente algum mal estar, se chega ao final do tratamento. (F05)

Orientar o paciente em relação ao medicamento, interações, posologia, efeitos adversos, contraindicação, armazenamento, uso. Ouvir o paciente quanto a suas queixas, como está sentindo, etc. Orientando-lhe a procurar assistência médica e/ou odontológica (F12)

2. Categoria nº2 – O Conceito de Atenção Farmacêutica refere-se à doação: Exercer caridade, doação do conhecimento (frequência de 7,14%)

É doar um pouco do nosso conhecimento como farmacêutica, é exercer meu amor ao próximo, pois é através do prazer em ajudar ao próximo é que conseguimos colocar os conceitos de AtF em prática. (F04)

3. Categoria nº3 – O Conceito de Atenção Farmacêutica refere-se à Visão de Orientação e Acompanhamento, sem participação do usuário: Conjunto de ações onde Farmacêutico orienta sobre o uso correto, interações e acompanha o desfecho do tratamento. (frequência de 14,29%)

AtF é um conjunto de ações onde o farmacêutico orienta ao paciente a maneira correta de usar o medicamento e acompanha o desfecho do tratamento. (F06)

Acompanhar o paciente orientando o modo de usar o medicamento, bem como reações adversas que podem ocorrer com o uso de medicamentos e bebidas durante o tratamento. E principalmente dar um tratamento humanizado ao paciente. (F01)

4. Categoria nº4 – O Conceito de Atenção Farmacêutica - Visão correta

É um serviço realizado para um grupo específico, tendo o acompanhamento burocrático do usuário. Análise de interações, orientação, ajuda e incentivo a cuidar da sua saúde, a fim de obter cura ou controle da doença. Além de monitorar acompanhar o usuário (frequência de 21,43%)

A boa AtF é realizada para um grupo específico, tendo-se o histórico de acompanhamento do paciente, orientando-o, ajudando-o e o incentivando a melhor cuidar de sua saúde para obter a cura ou o controle da determinada doença tratada. (F13)

Orientação, acompanhamento, análise de interação entre medicamentos específicos para um mesmo paciente. Fornecer condições para que o paciente receba o medicamento ou o auxílio necessário, com esclarecimento para o cuidado com sua saúde e monitorar/acompanhar o paciente. (F10)

A At.F acredita no acompanhamento do paciente, orientando-o sobre o que o medicamento pode ocasionar, posologia, o que ele está sentindo sobre reações adversas, consistindo num lado mais pessoal. (F02)

5. Categoria nº5 – O Conceito de Atenção Farmacêutica refere-se à Visão de Dispensação:

Atenção Farmacêutica é a orientação, para prevenção, promoção da saúde, e melhor qualidade de vida. Orientação quanto a medicamentos e tratamentos não medicamentoso (frequência de 21,43%)

At. F é a orientação, prevenção, e promoção, da saúde. E também visa melhorar a qualidade de vida do paciente. Orientar quanto a medicamentos e tratamento não medicamentoso. (F14)

AtF é um conjunto de ações com a finalidade de estarmos promovendo ações de bem estar para a população, ajudando consequentemente “anos de vida”. Estas ações: dispensação, uso racional de medicamentos, farmacovigilância, entre outras. (F07)

É quando da chegada do paciente do paciente à farmácia, atende-lo, observando a medicação correta, informando a posologia, os cuidados de armazenamento, preparo, os dias e se toma a medicação. (F09)

6. Categoria nº6 – O Conceito de Atenção Farmacêutica refere-se à Visão de Estudo de Caso:

Estudo clínico do caso do usuário, levantamento de dados junto ao usuário e a referências bibliográficas para auxiliar o usuário em seu tratamento, ou obtenção de resultado positivo. (frequência de 14,29%)

Estudos de casos clínicos, onde faz-se levantamento com entrevistas ao paciente e bibliográfico das patologias; dessa forma se obtêm dados que poderão auxiliar o paciente em seu tratamento. (F11)

É um conjunto de ações das quais as informações necessárias do medicamento do paciente e a análise completa do seu caso se faz necessária para obtenção do resultado positivo e eficaz. (F08)

7. Categoria nº7 – O Conceito de Atenção Farmacêutica refere-se à Visão de At. F. Inserida no processo de cuidado da saúde:

Desde de diagnóstico e prescrição até dispensação medicamentosa. Farmacêutico inserido dentro do serviço de saúde. (frequência de 7,14%)

Para realizar AtF o farmacêutico deveria estar mais diretamente ligado ao processo de saúde do paciente, desde o diagnóstico coma equipe multidisciplinar, prescrição e dispensação de medicamentos. Estar mais inserido nos serviços de saúde. (F03)

5.2.3.2.8 Interesse pela Atenção Farmacêutica

Todos os farmacêuticos responderam no questionário ter interesse na prática da Atenção Farmacêutica. (ver TABELA 11 - Visão do farmacêutico sobre serviços farmacêuticos) Entretanto, durante a observação participante, 01 farmacêutico disse não gostar da atenção farmacêutica. (diário de campo)

Não foi analisado a existência do documento “Declaração dos serviços Farmacêuticos” referente a exigência da seção III da RDC nº44. Segundo essa resolução, o documento, anterior, deve ser entregue aos usuários quando os farmacêuticos realizam: atenção farmacêutica, orientação farmacêutica, perfuração de lóbulo auricular, tais serviços inexistem nas farmácias.

Portanto em virtude das questões apresentadas até o momento referente: a falta de recursos humanos; de estrutura física das FAB; estrutura organizacional da GAF e das FAB; falta de material referência e capacitações dos profissionais. Acrescidos da falta de conhecimento dos farmacêuticos sobre os conceitos e os serviços de dispensação, orientação e seguimento farmacoterapêutico. Conclui-se portanto que tais serviços não são realizados nas farmácias municipais de Palmas e necessitam ser prioritariamente estruturados e efetivados.

5.2.3.2.9 Perdas de medicamentos

Os farmacêuticos que responderam que ocorrem perda de medicamento (13 farmacêuticos), dizem o que mesmo ocorre por: receberem o medicamento com prazo de validade muito próximo do vencimento; por receberem o medicamento já vencido; o medicamento apresenta alguma avaria; ou quando a farmácia recebe mais medicamento do que foi solicitado. Apenas 01 farmacêutico disse não ocorrer perda de medicamento na sua farmácia. Entretanto esse farmacêutico não cumpre horário, sendo o que se observou mais ausente e que menos se relaciona com a população e auxiliares.

Se observou que as perdas de medicamentos são baixas, e que isso ocorre por falta de prescrição médica para alguns medicamentos (ex. Xarope de guaco) em relação a medicamentos não pertencentes a REMUME. Além dos fatores elencados acima. Observou-se que nas FAB a falta de medicamento sobrepõem a perda em si.

5.2.4 Conhecimento do Farmacêutico sobre a população, o serviço e a Assistência Farmacêutica

Segundo preconiza a DEFSUS, os farmacêuticos devem ter conhecimento da história, da estrutura do serviço, e da Assistência Farmacêutica no município e nas unidades de saúde. Além do conhecimento dos processos de trabalho, do perfil epidemiológico e das condições de vida e saúde da população, afim de serem capazes de executar os serviços técnicos gerencias e assistenciais de maneira eficiente.

Para analisar o conhecimento dos farmacêuticos sobre os processos de trabalho e a estrutura dos serviços, constava no questionário, perguntas sobre a frequência de reuniões entre o Farmacêutico e sua equipe de trabalho e entre Farmacêutico e GAF. Enquanto que para avaliar o conhecimento dos farmacêuticos sobre a população foi realizado entrevista semiestruturada.

Apresenta-se a seguir a análise sobre o conhecimento da estrutura e processo dos serviços obtidas para as perguntas sobre frequência de encontros reuniões entre farmacêuticos, GAF e auxiliares.

5.2.4.1 Reuniões entre o Farmacêutico e Equipe de Trabalho; e entre Farmacêutico e Gerência da Assistência Farmacêutica

Todos os farmacêuticos disseram que ocorre reuniões entre eles e a Gerência da Assistência Farmacêutica, mensalmente. Quando questionados sobre reuniões com sua própria equipe da farmácia, 07 farmacêuticos disseram que ocorrem encontros com os auxiliares. Enquanto que os demais disseram que não realizam reuniões ou realizam reuniões quando necessário.

Durante a observação da prática profissional não foi visto nenhuma reunião entre farmacêuticos e equipe da farmácia. E não foi possível participar das reuniões entre farmacêuticos e Gerência da Assistência Farmacêutica. Esse fato confirma o que já foi discutido sobre a falta de comunicação entre essas hierarquias, falta de planejamento estratégico, falta de trabalho em equipe voltadas para o objetivo comum da Assistência Farmacêutica que a cuidado a saúde, promoção, acesso e qualidade nos serviços ofertados. O que leva a ações isoladas dos farmacêuticos, descontínuas, sem objetivos comuns, metas definidas e sem resultados em saúde a serem constatados.

5.2.4.2 Conhecimento da População

Para avaliar o conhecimento dos farmacêuticos em relação a população atendida pela sua FAB, bem como o perfil social, econômico, demográfico da população e o contexto territorial, onde está inserido sua farmácia e sua prática profissional. Realizou-se uma entrevista com cada um dos farmacêuticos. (Ver Apêndice B)

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente, para as análises. As respostas dos farmacêuticos para cada uma das perguntas foram tabuladas em: (a) Tabela 15 - Conhece ou acha que conhece a população/território; (b) Tabela 16 – Se considera as informações sociais no momento do atendimento ao usuário; (c) Tabela 17 - Ter o conhecimento do perfil social da população atendida pela farmácia interfere ou não na sua prática de Atenção Farmacêutica; (d) tabela 18 – Considera importante o Farmacêutico ter conhecimento do perfil sociodemográfico da população atendida.

Todos os farmacêuticos disseram ter conhecimento da realidade social (renda e escolaridade) dos usuários atendidos pela farmácia, e 85,71% responderam considerar essas características no momento do atendimento ao usuário. A maioria dos farmacêuticos, 92,86%,

disseram que ter o conhecimento do perfil social da população interfere na sua prática profissional; e 85,71% consideram importante ter esse conhecimento. Sobre a questão cultural os farmacêuticos acham importante levar em consideração, mas não foi dito nada específico.

Os Farmacêuticos disseram ser necessário levar em consideração as características sociodemográficas da população, caso contrário, os usuários saem da farmácia sem compreenderem como utilizar os medicamentos. Segundo os farmacêuticos, a farmácia atende muitos usuários que são “ignorantes/analfabetos”.

No entanto durante a observação participante foi observado que apenas 02, entre os 14 farmacêuticos, utilizavam esse conhecimento no momento do atendimento ao usuário. (TABELA 19 - Se o comportamento do profissional observado confirma seu discurso de considerar as características sociodemográficas do usuário no momento do atendimento)

Na sessão a seguir apresentaremos a análise realizada entre o discurso do farmacêutico e sua prática no que se refere a conhecer o perfil socioeconômico da população onde situa a FAB.

Tabela 15 - Conhece ou acha que conhece a população/território

Farmacêuticos	SIM	NÃO
F01	X	
F02	X	
F03	X	
F04	X	
F05	X	
F06	X	
F07	X	
F08	X	
F09	X	
F10	X	
F11	X	
F12	X	
F13	X	
F14	X	

Tabela 16 - Se considera as informações sociais no momento do atendimento ao usuário

Farmacêuticos	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
F01	X		
F02	X		
F03	X		
F04	X		
F05	X		
F06	X		
F07	X		
F08	X		
F09*			X
F10	X		
F11	X		
F12			X
F13	X		
F14	X		

Tabela 17 - Ter o conhecimento do perfil social da população atendida pela farmácia interfere ou não na sua prática de Atenção Farmacêutica

Farmacêuticos	SIM	NÃO	NÃO SEI
F01	X		
F02	X		
F03	X		
F04	X		
F05	X		
F06	X		
F07	X		
F08	X		
F09*			X
F10	X		
F11	X		
F12	X		

F13	X		
F14	X		

Tabela 18 - Considera importante o Farmacêutico ter conhecimento do perfil sociodemográfico da população atendida

Farmacêuticos	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
F01	X		
F02	X		
F03	X		
F04	X		
F05	X		
F06	X		
F07	X		
F08	X		
F09*			X
F10	X		
F11	X		
F12*			X
F13	X		
F14	X		

5.2.4 2.1 Diário de Campo – Observação da Prática Profissional

Nesse tópico serão apresentados os dados obtidos da comparação entre o discurso do farmacêutico, obtido na entrevista e no questionário, com o que foi observado na sua prática profissional. Aliado também as conversas informais e comentários dos mesmos com os usuários e pesquisadora.

5.2.4.2.2 Comparação do Discurso farmacêutico com sua prática profissional

A análise desses dados resultou na elaboração de 03 tabelas que são: Tabela 19 que trata do item – “Se o comportamento do profissional observado confirma seu discurso sobre considerar as características sociodemográficas do usuário no momento do atendimento”; em seguida a Tabela 20 – que buscou conhecer “Se o comportamento do profissional confirma sua fala de realizar Orientação Farmacêutica”; e a Tabela 21 – com foco em saber “Se o

comportamento do profissional confirma a resposta dada no questionário sobre realizar a filosofia de prática da Atenção Farmacêutica”.

Comparando as falas dos profissionais com suas práticas, percebe-se a não concordância entre discurso apresentado e a prática realizada. (tabelas 16, 17 e 18) Dos farmacêuticos observados, verifica-se que 02 farmacêuticos consideram as características sociais no momento do atendimento e que o conhecimento do perfil socioeconômico da população que atende modifica sua prática profissional. Esses farmacêuticos fornecem orientação verbal e escrita ao usuário, sem que o mesmo solicite. O modo de falar e a linguagem utilizada é apropriada para a população onde se encontra. Esses farmacêuticos escrevem a posologia e o horário na caixa dos medicamentos enquanto mostram ao usuário o medicamento, para que o mesmo não tenha dúvida sobre qual medicamento está sendo explicado, e como utilizá-lo.

No entanto, nenhum dos farmacêuticos realiza orientação farmacêutica e dos 09 farmacêuticos que disseram realizar Atenção Farmacêutica, o mesmo não foi observado em nenhum. Os demais farmacêuticos que disseram não realizar Atenção Farmacêutica estavam em concordância com o comportamento observado. Essa situação confirma o discutido na sessão específica sobre os serviços técnicos-assistenciais dos farmacêuticos nas FAB, no qual não ocorre os serviços de Orientação, Seguimento Farmacoterapêutico e em alguns casos até mesmo a dispensação é prejudicada.

Observou-se, também, que nenhum dos farmacêuticos tinha o hábito de perguntar se o usuário possuía dúvida ou se sabiam tomar o medicamento. Além de não procurarem estabelecer um diálogo com os usuários. As causas para a ocorrência desses fatos já foram apresentadas anteriores.

O atendimento farmacêutico-usuário consiste, em sua maioria, na entrega do medicamento ao usuário, a fim de “esvaziar” a farmácia o mais rápido possível. Visando atender e entregar o medicamento no menor tempo possível. Os farmacêuticos gastam curto período de tempo entre atendimento e entrega do medicamento ao usuário.

Segundo Santos e Oliveira, 2005, o tempo médio gasto com a dispensação de medicamento na cidade de Ribeirão Preto foi de 18,4 segundos. Essa pesquisa não teve por objetivo cronometrar o tempo da dispensação, entretanto observou-se que o tempo despendido pelo farmacêutico para essa atividade era pouco.

Tabela 19 - Se o comportamento do profissional observado confirma seu discurso sobre considerar as características sociodemográficas do usuário no momento do atendimento

Farmacêuticos	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
F01	X		
F02		X	
F03		X	
F04		X	
F05		X	
F06		X	
F07		X	
F08		X	
F09*		X	
F10		X	
F11		X	
F12*		X	
F13		X	
F14	X		

Tabela 20 - Se o comportamento do profissional confirma sua fala de realizar Orientação Farmacêutica

Farmacêuticos	SIM	NÃO	ÀS VEZES SIM ÀS VEZES NÃO
F01		X*	
F02		X	
F03		X	
F04		X	
F05		X	
F06		X	
F07		X	
F08		X	
F09*		X	
F10		X	
F11		X	

F12*		X	
F13		X	
F14		X*	

F01* e F14* realizam dispensação farmacêutica e não orientação farmacêutica

Tabela 21 - Se o comportamento do profissional confirma a resposta dada no questionário sobre realizar a filosofia de prática da Atenção Farmacêutica

Farmacêuticos	Sobre Atenção Farmacêutica diz que realiza?		O comportamento confirma a resposta?	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
F01	X			X
F02	X			X
F03		X	X	
F04	X			X
F05		X	X	
F06	X			X
F07		X	X	
F08	X			X
F09	X			X
F10		X	X	
F11		X	X	
F12*	X			X
F13	X			X
F14	X			X

5.3 Os Usuários das Farmácias Básicas do município

No intuito de conhecer os usuários de medicamentos que utilizam as FAB, bem como os motivos que o levam a utilizá-la e sua percepção sobre a farmácia e seu tratamento foram selecionados 10 usuários de cada FAB, total de 80 usuários, para responder ao questionário. O questionário (Apêndice C) continha 11 perguntas abertas, e seus dados resultaram na elaboração

de 03 tabelas: (1) Conhecimento sobre o usuário e suas escolhas; (2) Percepção do usuário sobre o tratamento e a farmácia; (3) O usuário e o Uso Correto dos medicamentos.

5.3.1 Conhecimento sobre o usuário e suas escolhas

5.3.1.1 Porque utiliza a FAB onde foi entrevistado

A cidade de Palmas possui 08 FAB e segundo os usuários de medicamentos, 72,50% desses, escolhem ir na Farmácia Municipal mais próximo da sua residência, ou àquela que está dentro da Unidade Básica de Saúde ou Policlínica que frequentam. (TABELA 22) Segundo eles essa escolha ocorre pela facilidade e comodidade. Essa fato chama a atenção, pois indica que o fator proximidade x distância entre farmácia e usuário deve ser considerado quando se realiza a distribuição das FAB no território da cidade.

As distância entre as farmácias municipais é considerável, por isso alguns usuários relataram preferir esperar o medicamento chegar na sua farmácia. Mas, dizem que, se o medicamento for demorar muito; ou se não tem previsão de chegada naquela farmácia; ou se precisam do medicamento e não é possível esperar, eles se dirigem a outra farmácia municipal.

Conforme apresentamos no Capítulo 2, as FAB estão situadas na cidade de Palmas, porém existem regiões que não possuem FAB, ou que o deslocamento até uma outra FAB é considerável. E embora a população possa retirar o medicamento em qualquer farmácia, a própria distribuição espacial das farmácias pelo território de Palmas deve facilitar o acesso aos serviços farmacêuticos e medicamentos principalmente das populações em vulnerabilidade social.

O setor Taquari, localizado na região SUL1, que se caracteriza com população de baixa renda, escolaridade, sem infraestrutura urbana, esgoto, saneamento, asfalto, de densidade demográfica alta para um único setor dentro da SUL 1. Entretanto não possui FAB, essa população que trabalha no centro, em atividades de domésticas, pedreiros, se desloca cerca de 25 Km até o centro da cidade. Caso necessitem de medicamento, a população logo deve se deslocar até a FAB Aurenny III ou I ou até o centro. Logo a distribuição das FAB não facilita o acesso ao medicamento e aos serviços farmacêuticos pela população desse setor de grande vulnerabilidade social.

Como apresentado no Capítulo 2, as regiões nordeste (ARNE) e sudoeste (ARSO) não possuem farmácias municipais. Entretanto, ressalta-se que são populações de melhor nível

socioeconômico. A princípio vê-se a necessidade de atender e possuir mais farmácia para os setores com determinantes sociais em saúde críticos (renda, escolaridade, densidade demográfica, urbanização), tais como setores que se encontram dentro das áreas: ARNO, SUL 1, SUL 2 e Taquaralto.

A necessidade se faz ainda mais relevante quando apresenta-se que os distritos de Palmas, não possuem farmácia, e que são compostos por populações rurais, distantes dos equipamentos de saúde, da atenção primária (unidades básicas de saúde, equipes saúde da família). Os distritos de Palmas: Buritirana e Taquaruçu, estão distantes da capital cerca de 40km, e sem acesso aos medicamentos e insumos de saúde. Logo se faz urgente repensar uma distribuição dos equipamentos e serviços de saúde, principalmente no que se refere ao acesso aos medicamentos essenciais e aos serviços farmacêuticos pelas farmácias municipais.

Tabela 22 - Principais Respostas Obtidas na questão “Porque pega seus Medicamentos nessa Farmácia Básica municipal?”

Resposta	Frequência	Percentual
Porque é Público/ Gratuito/ Não tenho como Comprar/ Não tenho dinheiro	14/80	17,5%
Próximo da minha Casa/ Quadra/ Serviço/ Parente/ Consulta nessa Policlínica/ UBS	58/80	72,5%
Não tem na Farmácia perto de casa	03/80	3,75%
Já Acostumei com essa	01/80	1,25%
Primeira Vez que vem	04/80	5%
Alguém me Indicou/ A UBS me manda vir aqui	05/80	6,25%
Só Conheço essa	01/80	1,25%
Só tem aqui/ Porque aqui sempre tem	10/80	12,5%
O Registro da minha Insulina está aqui	01/80	1,25%
Acho Bom- É uma das melhores/ Porque eu gosto da Atendente	03/80	3,75%

5.3.1.2 Renda do Usuário

Em relação a Renda mensal dos usuários de medicamentos constatou-se que 83,75% dos usuários entrevistados nas farmácias municipais são de Baixa Renda⁴, ou seja, recebem até 02 Salários mínimos mensal. (ver na Tabela abaixo) A maioria dos usuários entrevistados tinha dificuldade e/ou ficaram constrangidos de dizerem sua renda, nesses casos era pedido que dissessem valores aproximados. Somente 6,25% dos entrevistados responderam ter renda igual ou maior que 04 salários mínimos. (TABELA 23)

Tabela 23 - Principais Respostas Obtidas na questão Renda mensal do Usuário

Renda	Frequência	Percentual
Não Respondeu	01/80	1,25%
Não trabalha/ Desempregado/ Depende de alguém	16/80	20%
Aposentado/ Recebe Pensão Marido/ Filho/ Pai	08/80	10%
Bolsa Família/ Benefício do Governo	07/80	8,75%
Até 01 SM	13/80	16,25%
> 01 SM e < 02 SM	19/80	23,75%
> 02 SM e < 03SM	04/80	5%
> 03 SM e < 04SM	07/80	8,75%
> 04 SM e < 05 SM	01/80	1,25%
> 05 SM e < 06SM	01/80	1,25%
Acima de 06SM	03/80	3,75%

⁴ São consideradas famílias de Baixa renda aquelas que possuem renda mensal de até meio salário Mínimo mensal por pessoa ou renda mensal total de até três salários mínimos. (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza)

O valor do Salário Mínimo no estado do Tocantins corresponde a R\$622,00 (Brasil, 2011). E o valor do benefício recebido pelo Bolsa família⁵ pode variar entre o mínimo de R\$70,00 e o valor máximo de R\$304,00. (MDS, 2012) Não foram adicionado os valores: Caráter Extraordinário – BVCE e Superação de Extrema Pobreza na Infância, por ser calculado caso a caso, pelo sistema.

Portanto o público atendido pelas FAB é de baixa renda, logo mais susceptíveis a doenças, por questões alimentares, educacionais e recurso financeiros; o que condiciona numa saúde mais precária. Segundo Victoria et al, 2011 os fatores como renda, escolaridade, urbanização, são considerados determinantes sociais em saúde. Como o nível de instrução é baixo, percebido pelo próprio vocabulário do usuário ou pela identidade (analfabeto), associado a baixa renda, espera-se que esses usuários tenham pouca compreensão sobre a doença, prevenção e o uso correto de medicamento. O que confirma a necessidade dos farmacêuticos terem e desenvolverem habilidades relacionais, de linguagem e de comunicação com esses usuários de modo a garantir uso correto de medicamento, promoção e educação em saúde.

Como as FAB se encontram em áreas de vulnerabilidade social, é necessários que os farmacêuticos e gestão municipal estejam atentos a realidade socioeconômica-ocupacional das populações que atendem de modo a garantir não apenas a existência da farmácia mas a qualidade e eficiência nos serviços farmacêuticos ofertados.

5.3.1.3 O que faz quando falta medicamento

Quando falta o medicamento 43,75% dos entrevistados responderam que compram o medicamento (responderam que compram ou que vão para a farmácia particular). (TABELA 24) Portanto percebe-se que essas pessoas tendem a seguir o tratamento, no que refere a adquirir a medicação. Entretanto ter medicamento não corresponde a ter resultados em saúde. Pois

⁵ O Bolsa família possui 05 tipos de benefícios: Básico (valor de R\$70, concedidos apenas a famílias extremamente pobres, com renda per capita < ou igual R\$70); Variável (valor de R\$32, concedidos pela existência na família de crianças de 0 a 15 anos, gestantes e/ou nutrízes- limitado a 05 por família); Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ) (valor de R\$38, concedidos pela existência na família de adolescentes entre 16-17 anos- limitado a 02 por família; Variável de Caráter Extraordinário (BVCE) (valor calculado caso a caso, e concedidos para famílias migradas de Programas Remanescentes ao PBF); e Benefício para Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP) (valor correspondente ao necessário para que todas as famílias beneficiárias do PBF – com crianças 0-06 anos – superem os R\$70,00 de renda mensal por pessoa.

utilização de medicamento de forma errada, pode favorecer o surgimento de outros problemas de saúde ou agravar o problema de saúde atual.

Ressalta-se, também, que esse fato desperta para questões de consumo e uso irracional de medicamentos. Não foi objeto do estudo verificar a necessidade da prescrição e o uso racional de medicamentos, porém como o estímulo à hábitos de vida saudável e orientação farmacêutica, não foram percebidos na prática profissional farmacêutica, tal situação merece cuidado. O uso da medicação sem orientação do profissional farmacêutico no intuito de incentivar à busca por mudança de hábitos alimentares, de saúde e da prática de atividade física. Associado a educação em saúde e demais informações, leva a baixos resultados em saúde. Logo a doença tende a persistir, em tempo, ou se agravar, ou desencadear outras manifestações deletérias.

Durante a observação foi percebido a falta de orientação aos usuário no momento da dispensação. Alguns usuários que estavam fazendo uso de medicamentos controlados pela primeira vez, nem sabiam responder o que estava sendo dispensado a ele e nem sabiam que o medicamento era de controle especial. (Usuários do Aurenny I, III, 405 N e 108S)

A situação da falta de informação dos usuários sobre posologia, modo de administração e horário, ocorreu também, para os Hipertensivos, antibióticos, ansiolíticos e antifúngicos. (Usuários do Aurenny III, Taquaralto, 405N, 603N, 404S e 108S). Cita-se, também, o caso do usuário tomar mais medicamento ansiolítico, por conta própria, do que o prescrito na receita, sem conhecimento do farmacêutico. (Usuário do Aurenny I) Em todas essas situações o usuário recebeu os devidos esclarecimentos posteriormente.

A falta de realização das atividades técnicas – assistenciais gera gastos e despesas em saúde, devido aumento da morbidade e mortalidade associadas ao uso inadequado do medicamento, gastos públicos com internações, novas medicações, exames, entre outros. Além de resultados contrários aos pretendidos no reestabelecimento ou melhora na saúde do usuário. A melhoria na qualificação, nos recursos humanos disponíveis nas farmácias, e na estrutura física, organizacional e administrativa, seria responsável por melhoras visíveis e quantificáveis na saúde dos usuários de medicamento, e nos gastos públicos da assistência farmacêutica da cidade de Palmas.

Tabela 24 - Principais Respostas Obtidas na questão “Quando não tem o medicamento aqui, o quê o senhor faz?”

Resposta ⁶	Frequência	Percentual
Procura em outra Farmácia Municipal	05/80	6,25%
Espera Chegar/ Volta depois	08/80	10%
Espera Chegar ou Compra e/ou Vai à outra Farmácia	04/80	5%
Eles me encaminham à outra Farmácia Municipal/ Popular/ Trabalhadores	04/80	5%
Vou para Farmácia Particular/ Popular	03/80	3,75%
Dependendo da necessidade compra	11/80	13,75%
Dá um jeito de comprar/ Pedi dinheiro emprestado/ Tem que comprar	32/80	40%
Fico sem o medicamento/ espero até o medicamento chegar/ Quando tenho dinheiro eu compro	05/80	6,25%
Faltou o farmacêutico para liberar o medicamento	01/80	1,25%
Não Respondeu OU Primeira Vez que vem a Farmácia	07/80	8,75%

5.3.1.4 Falta de medicamentos

Dos 80 usuários entrevistados, 46,25%, responderam não encontrar todos os medicamentos prescritos na receita. A análise sobre esses dados permitem inferir que a

⁶ A frequência de resposta dessa tabela representa as respostas ditas pelos usuários e separadas nas categorias apresentadas.

quantidade de medicamentos na farmácia não atende a demanda da população. Tal resultado confirma as falhas apontadas no planejamento de medicamentos, requisição de medicamentos e controle dos medicamentos na farmácia, bem como na seleção e na prescrição dos medicamentos selecionados.

Somando os usuários que responderam “não encontrar o medicamento”, mais os usuários que responderam “encontrar o medicamento as vezes” temos que 58,75% dos entrevistados saem da farmácia sem os medicamentos prescritos, embora os mesmos constem na REMUME. Medicamentos não pertencentes a REMUME não foram contabilizados na resposta.⁷

5.3.1.4.1 Falta de medicamento e REMUME – A Visão do Farmacêutico

Quando questionados os farmacêuticos sobre sua visão sobre a falta de medicamentos apontada pelos usuários, teve-se o apontamento dos fatores citados a seguir.

Primeiro, teve-se a relação da falta de medicamento e credibilidade do serviço. Exemplo: o farmacêutico F07, ressaltou que não adianta ser cordial com o usuário se não tem medicamento que o usuário veio buscar. Pois o usuário perde a credibilidade no serviço da farmácia.

Segundo, tem-se a questão da padronização mal vista pelo usuário, pois não tem os medicamentos prescrito para seu uso. Entretanto os farmacêuticos apontam que o problema é da prescrição fora da REMUME e o desconhecimento dos médicos sobre os medicamentos pertencentes a rede. Todos os farmacêuticos ressaltam que os usuários não entendem porque não tem na farmácia todos os medicamentos que eles precisam. Os farmacêuticos apontam que a padronização da REMUME é negativa, na visão do usuário. Pois o médico prescreve o que não tem na rede, logo os usuários pensam que a padronização não é adequada e não tem os medicamentos que são essenciais para si. O presente trabalho não investigou como foi construída a REMUME, como ocorreu a participação do corpo clínico e como a gestão realizou a seleção dos medicamentos. Entretanto, durante entrevista com a gerente da Assistência Farmacêutica, ela informou que quando concluída a REMUME, foi realizado uma reunião com médicos da rede e foi passado à eles a relação dos medicamentos essenciais. Segundo relato dos farmacêuticos alguns médicos dizem que tem o medicamento não padronizado na rede, e nesses casos, ocorre discussão e desentendimento entre farmacêutico e usuário. Os usuários acham que

⁷ Os paciente com receita de medicamentos não pertencentes a REMUME não foram contabilizados na resposta: “Não encontrei tudo que necessitava”. De modo que responderam Sim ou Não os pacientes com prescrições referentes aos medicamentos da rede municipal.

o farmacêutico não quer repassar o medicamento. Outros farmacêuticos alegam que os médicos desconhecem ou não se atentam para a REMUME, embora digam que a lista tenha sido entregue aos médicos.

Observou-se, durante coleta de dados, que muitos medicamentos prescritos não pertenciam a REMUME ou que o profissional prescrevia medicamentos com posologias ou apresentação fora do padronizado. Exemplo: Sulfato ferroso xarope ao invés de gotas; ou o mais comum que foi “dipirona” comprimidos ao invés de gotas. Essa situação, exemplifica, a falta de conhecimento dos prescritores dos medicamentos pertencentes a REMUME, falta de ação conjunta entre gerência da Assistência Farmacêutica, Corpo médico municipal, farmacêuticos, unidades de serviço, e usuário de medicamentos.

Tabela 25 - Principais Respostas Obtidas na questão “Encontrou tudo que necessitava?”

Resposta	Frequência	Percentual
Sim	32/80	40%
Não	37/80	46,25%
Às vezes sim, às vezes não	10/80	12,5%
Medicamento fora da Rede - particular*	01/80	1,25%

5.3.2 Percepção do usuário sobre seu tratamento e a Farmácia

Dos 80 usuários, 57 (66,67%), responderam que, consideram seu tratamento bom. (TABELA 26 - Principais respostas obtidas na questão “como o senhor gostaria que fosse seu tratamento”) Entretanto ressalta-se que no momento da entrevista grande parte dos usuário ficaram surpreendidos com essa pergunta. Os entrevistados transmitiam pela inflexão da voz, e pelo tempo gasto para responder essa pergunta, que não haviam parado para pensar sobre o tratamento que faziam e se estavam de acordo ou não.

Tal observação é apresentada, porque todos que responderam “há.....Tá bom”, gastaram mais tempo para pensar e responder essa pergunta do que as demais. A fala dos entrevistados demonstrava insegurança e passava a impressão de que os entrevistados não tinham opinião

concluída, até aquele momento, da relação do tratamento medicamentoso e a sua vida cotidiana. Essa observação merece ser melhor investigada, a fim de verificar a experiência do medicamento na vida do usuário.

Tabela 26 - Principais Respostas Obtidas na questão “Como o senhor gostaria que fosse seu tratamento?”

Resposta	Frequência	Percentual
Está Bom	38/57	66,67%
Faz o tratamento por necessidade (local da aplicação do medicamento incomoda muito)	02/57	3,51%
Tem dificuldade em utilizar o medicamento (comprimido grande, gosto ruim, aplicação vaginal difícil, horário é ruim ou cada medicamento é em um horário, efeito colateral - diarreia/queda de pressão, só gosto de usar comprimido e está usando outra forma farmacêutica)	11/57	19,30%
Não tomar o medicamento - Não estar doente	04/57	7,02%
Ter um acompanhamento médico, conseguir marcar consulta, fazer a cirurgia	03/57	5,26%
O remédio não faz efeito	01/57	1,75%
Cuidador/ Outros ⁸	23	-

⁸ Foram desconsiderados os paciente que não responderam; ou que estava buscando medicamento para outra pessoa e não eram responsável por fornecer o medicamento a pessoa; ou não sabiam responder a questão; e/ou era a primeira vez que utilizariam a medicação. Paciente que estavam buscando medicamento para outra pessoa (Filho/Parente) e que eram responsáveis por fornecer o medicamento a essa pessoas e/ou sabiam responder pelos mesmos, foram considerados.

5.3.2.1 Percepção do usuário sobre a Farmácia Municipal

Dos 80 usuários entrevistados 22,50% disseram que a farmácia era boa ou que não precisava melhorar em nada. Entretanto os usuários que responderam “Tá bom”, 16,25%, diziam a resposta com certa insegurança e ar de dúvida.

Percebeu-se que essa pergunta também causava um estranhamento nas pessoas, eles pareciam não acreditar que alguém estivesse interessado em saber o que elas achavam daquele estabelecimento e/ou serviço prestado. Os entrevistados transmitiam em suas respostas uma indecisão; como quem não tinha uma opinião ou pensamento, já estabelecido, sobre os serviços da farmácia. Ou, ainda, de quem não tem parâmetro de um serviço adequado para fazer essa comparação. Apresenta-se, abaixo, a resposta de um usuário que ilustra bem as conclusões apresentadas.

“É difícil falar (o que pode melhorar aqui) porque não tem um parâmetro, eu não conheço um serviço que seja adequado. Ou por não ter conhecimento do serviço padrão. Nós só temos esse. Não tem como saber, então não tem como comparar. Eu posso te dizer do sistema de coletivo, porque eu conheço o de Goiânia e aí eu comparo com esse daqui.” (Usuário da Farmácia Municipal do Aurenópolis)

Os usuários deixavam claro, para a entrevistadora, que estavam preocupados em conseguir o medicamento e levá-lo para casa, haja visto que a maior frequência das respostas, para a pergunta: “O que o senhor acha que pode melhorar aqui nessa farmácia?”; compreende um percentual de 47,50% para que não falte medicamento e/ou tenha mais diversidade. Se o atendimento é ou não condizente com alguma norma de qualidade, se as condições físicas, estruturais e o serviço de acolhimento e humanização seriam disponibilizados, não pareceu ser a preocupação primeira dos usuários. Notou-se que para os entrevistados o importante era ter o medicamento. A questão da qualidade do serviço ou do estabelecimento, ainda, não era requerida por eles, conforme ilustra a fala do usuário apresentada acima.

O fato de 27,50% dos usuários das farmácias não saberem responder, a essa pergunta, evidencia a visão do usuário que vai a farmácia para “pegar” seus medicamentos. O usuário não vê na farmácia e no farmacêutico o local e o profissional responsável pela promoção da sua saúde. Ir a farmácia não é visto como possibilidade de encontro com o farmacêutico, ou momento de esclarecimento e aprimoramento sobre o uso dos medicamentos.

A farmácia é local de “entrega” e “recebimento” de medicação. Embora 21,25% dos usuários destacaram a necessidade de melhorar o atendimento, a estrutura das farmácias.

Acredita-se que, essa resposta tenha sido dado pelos usuários de maior poder aquisitivo e educacional, entretanto esse fato não foi investigado.

Tabela 27 - Principais Respostas Obtidas na questão “O que o senhor acha que poderia melhorar aqui na farmácia?”

Resposta	Frequência	Percentual
Está Bom	13/80	16,25%
Ter mais variedade de medicamento	05/80	6,25%
Não deixar faltar e/ou ter os medicamentos da rede	33/80	41,25%
Melhorar Atendimento, ter pessoal mais qualificado	05/80	6,25%
Melhorar a estrutura física da Farmácia (parede, chão, humidade, porta, tamanho da farmácia)/ Ter mais funcionários/ Ter Sacola para o medicamento, Ter copo para beber água	10/80	12,5%
Cumprir o horário de funcionamento da farmácia/ Ter farmacêutico para liberar o medicamento	02/80	2,5%
Não sabe dizer/ Primeira vez que vai a farmácia/ Não vai muito a farmácia	22/80	27,5%
Não precisa melhorar nada	05/80	6,25%

Todas as respostas fornecidas pelos usuários foram contabilizadas na tabela.

5.3.3 O Usuário e o Uso Correto dos medicamentos

5.3.3.1 Conhecimento do usuário sobre o uso de seus medicamentos

Buscou-se, agora, verificar o conhecimento dos usuários sobre os medicamento que retirava da farmácia. Para avaliar esses conhecimentos foi perguntado o modo de utilização do medicamento que estava levando.

A frequência dos usuários de medicamento, entrevistados, que saem da farmácia sem saber como utilizar todos os medicamentos fornecidos na farmácia corresponde a 45,45%. (TABELA 28) E essa frequência é maior do que aqueles usuários que forneceram todas as informações sobre o medicamento que retiraram da farmácia (10,91%). Esses dados confirmam o que outrora foi dito sobre a não realização correta da dispensação farmacêutica pelo farmacêutico. É no momento da dispensação que esse profissional fornece as informações referentes a indicação, posologia e a forma de uso, tempo de tratamento, resultados esperados, possíveis reações adversas, interações guarda e monitoramento. A dispensação farmacêutica nas FAB é fragilizada e deficiente para com o usuário, corroborando com as discussões apresentadas referente a ineficiência dos serviços técnicos-assistenciais.

Esses usuários representam um grupo provável de risco e irracionalidade na utilização do medicamento. O desconhecimento a cerca das informações básicas sobre sua doença, esquema posológico e modo de uso do medicamento, favorece o uso incorreto do medicamento e o não alcance dos resultados terapêuticos pretendidos. Além de evidenciar insuficiência do sistema de saúde para com os objetivos de serviços de dispensação, orientação e o atendimento correto ao usuário. Contrariando a própria constituição brasileira, no qual os indivíduos não podem ser privados do diagnóstico e nem do esclarecimento correto sobre a doença e a medicação que faz uso. (BRASIL, 2001; 2004; 2009)

Os usuários que disseram o modo de utilizar o medicamento errado, foram esclarecidos sobre a forma correta de administração, posologia e horário. Esse esclarecimento foi realizado pela pesquisadora ou pelo farmacêutico da Farmácia básica que se encontrava. Ressalta-se que alguns farmacêuticos, após perceberem que a pesquisadora fazia perguntas relativas ao modo de utilização do medicamento, modificaram suas condutas. Tais farmacêuticos passaram a orientar o usuário sobre o modo de utilização e os horários do medicamento a partir desse momento.

Tabela 28 - Principais Respostas Obtidas na questão “O senhor pode me dizer como vai usar o medicamento?”

Resposta	Frequência	Percentual
Não soube informar	19/55	34,54%
Disse corretamente como usar alguns medicamentos e outros não soube informar.	06/55	10,91%

Soube informar corretamente (nome, dose, posologia, horário e porque utilizava o medicamento)	06/55	10,96%
Soube falar a quantidade e horário de tomar e/ou para que utilizava.	24/55	43,64%
Desconsiderados ⁹	25	-

5.3.3.2 Sobre a adesão ao tratamento

Verifica-se pelos dados apresentados na tabela, a seguir, que 61,43% dos usuários entrevistados não tem adesão ao tratamento. (TABELA 29) Os motivos que dificultam a adesão ao tratamento foi explicitado pelos usuários como: efeito colateral causado pelo medicamento (diarreia, vômito, queda brusca de pressão arterial); desconforto na utilização (tamanho do comprimido); horário inadequado à sua rotina de vida (no horário de trabalho, ou muito cedo, ou a noite, ou na hora do almoço).

De acordo com os princípios da atenção farmacêutica, deve existir um acordo entre farmacêutico e usuário do medicamento, de modo que, o usuário seja responsável e tenha autonomia nas decisões sobre seus medicamentos e modo de utilização. Devendo sempre ocorrer acordos entre o esquema posológico que o usuário é capaz de cumprir e o que é recomendado pelo profissional farmacêutico. Além de que, seja respeitado as limitações e redimido todas as dúvidas quanto ao uso do medicamento e as reações adversas. (CFF, 2001; FREITAS, RAMALHO DE OLIVEIRA, PERINI, 2006; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011)

O quantitativo de usuários que esquecem de tomar seus medicamentos é considerável, 55,71%, uma vez que, os medicamentos, especialmente, os de uso contínuo (hipertensão, diabetes, colesterol) devem ser corretamente utilizados para garantir estabilidade do tratamento e da resposta terapêutica. A mesma preocupação se dá para os antibióticos, pois se administrados fora do intervalo terapêutico estabelecido; pode favorecer resistência bacteriana e até agravar na saúde e recuperação do usuário, principalmente se o mesmo for criança ou idoso.

⁹ Foram desconsiderados os usuários que não retiram nenhum medicamento da farmácia, ou aqueles que levaram medicamento para outra pessoa das quais não eram responsáveis por fornecer a medicação. As respostas dos usuários foram anotadas para cada medicamento que retirou na farmácia, e ao final, sua resposta foi alocada para a categoria que compreendia todas as respostas declaradas.

O esquecimento e a falta de comprometimento com o horário e a dosagem de utilização do medicamento pode ser minimizada com o esclarecimento do usuário sobre os benefícios do uso correto de medicamentos. Além de destacar a importância para sua recuperação e/ou manutenção e estabilidade da resposta terapêutica já alcançada. A consciência do uso correto do medicamento e seu estímulo nos usuários devem ser reforçados a partir da ação do farmacêutico, no momento da dispensação, da orientação farmacêutica e das ações continuadas de educação em saúde. (CASTRO, 2004; BRASIL, 2004; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011) Tais ações não são estimuladas e nem realizadas pelos farmacêuticos das FAB e sua gerência. Logo os resultados de não adesão é fruto e reflexo da situação atual dos serviços farmacêuticos no que se refere a qualificação, empenho e comprometimento, dos recursos humanos disponíveis, e da estrutura física, organizacional e administrativa da saúde municipal, com ênfase para a assistência farmacêutica das farmácias da cidade de Palmas.

Tabela 29 - Principais Respostas Obtidas na questão “Quantas vezes o senhor esquece de tomar esse medicamento na semana?”

Resposta	Frequência	Percentual
ADERE		
Não esquece	27/70	38,57%
NÃO ADERE		
Muito Difícil esquecer, mas esqueço às vezes	11/70	15,71%
Esquece até 01 Vez/semana	06/70	8,57%
Esquece de 01 até 02 vezes/semana	09/70	12,86%
Esquece muitas vezes	04/70	5,71%
Toma o medicamento mais vezes do que é prescrito	01/70	1,43%
Esqueço porque não tem costume de tomar remédio OU o horário é ruim OU Alcoolatra	06/70	8,57%
Não pode esquecer, mas esquece de tomar	03/70	4,29%

Passo da hora de tomar mas toma assim que lembra	03/70	4,29%
Não contabilizados*	10	-

*Os usuários não contabilizados correspondem aos usuários que não levaram nenhum medicamento, ou que iam fazer uso do medicamento pela primeira vez, ou que estavam retirando medicamentos para outra pessoa e não sabiam responder a pergunta ou não eram responsáveis por fornecer a medicação ao usuário.

5.3.3.1.1 Politerapia

Dos 72 usuários entrevistados, 51,39%, relataram fazer uso de pelo menos mais de 01 medicamento alopático ou produto natural (chás, produtos naturais adquiridos em farmácias particulares – capsula de alho, ômega 3, fitoterápico). (TABELA 30) O percentual de usuários que dizem utilizar outro medicamento além dos medicamentos prescritos na receita alerta para a politerapia e para ocorrência de possíveis interações medicamentosas.

No intuito de prevenir e reverter essa possível ocorrência é necessário atuação conjunta entre farmacêuticos e secretaria de saúde para promover ações de educação e orientação quanto ao uso seguro e correto de medicamentos. Entretanto de acordo com os dados, já discutidos, 85,72% dos farmacêuticos nunca ou raramente, há cerca de 2 anos, participaram de campanhas educativas voltadas para a orientação e educação da população.

Esse fato é contrário ao proposto pela Política Nacional do Medicamento, 2001, a Política Nacional da Assistência Farmacêutica, 2004 e demais órgãos reguladores da profissão e dos serviços farmacêuticos. Uma vez que todos esses documentos apresentam como prioridade a promoção do uso racional e a necessidade de realização de campanhas educativas e do aprimoramento e capacitação dos profissionais de saúde. Indicando assim, a urgência de melhoria nos serviços farmacêuticos e na infraestrutura das farmácias municipais.

Tabela 30 - Principais Respostas Obtidas na questão “O senhor toma mais algum medicamento ou é só essa receita?”

Resposta	Frequência	Percentual
Não toma mais nada	35/72	48,61%
Toma mais 01 medicamento (Corticoide, Hipercolesterolemia, Vitamina, Antibiótico, Hipertensivo, Labirintite, Calmante, hipoglicemiante, Ansiolítico, Anticonvulsivante–Controle Especial,	12/72	16,67%

Anticoncepcional, Dor e para os Rins)		
Toma mais 02 medicamento (Gastrite, Infecção Urinária, Anti-helmíntico, Labirintite, Hipertensivo, Corticoide, Vitamina, Repositor de Potássio e Cálcio, Repositor Hormonal, Antibiótico, Relaxante Muscular, Ansiolítico – Controle Especial, Gripe, Febre e Resfriado)	14/72	19,44%
Toma mais 03 medicamentos (Estimulante cerebral, Hipertensão, Gastrite, Hipercolesterolemia, Anti-inflamatório/ Antirreumático/Antialérgico, Ansiolítico – Controle Especial)	05/72	6,94%
Toma mais 05 medicamentos (Hipertensão, Diabetes, Hipercolesterolemia, e Anti-inflamatório)	02/72	2,78%
Toma 07 ou mais medicamentos (Gastrite, Hipertensão, Ansiolítico – Controle Especial, Diabetes, Infecção urinária)	02/72	2,78%
Toma muitos outros (alopáticos e produtos naturais), mas não sabe falar nome e nem as quantidades	02/72	2,78%
Desconsiderados*	08	-

*Foram desconsiderados os usuários que responderam que tomavam mais algum medicamento, mas não sabiam dizer qual ou que não forneceram nenhuma informação sobre qual classe ou tipo utilizado. Portanto têm-se 72 usuários, ao invés de 80.

5.4 Discussão do Perfil socioeconômico à luz das discussões e resultados anteriores.

Nesse último tópico será apresentado a discussão final dos dados apresentados até o momento. A intenção é favorecer a coesão entre: os dados apresentados e discutidos no capítulo 3 sobre o perfil populacional de cada área de ponderação (AP); os serviços farmacêuticos prestados em cada FAB, segundo a visão dos farmacêuticos, da gerência e dos usuários. A fim de contribuir para elucidação e os apontamentos da necessidade dos serviços públicos ofertados, à população, levarem em consideração essas características.

No capítulo 3 da dissertação apresentamos o perfil socioeconômico da cidade de Palmas, por AP. Na análise destes dados observou-se que existem distintas populações dentro da própria cidade, Palmas. As AP's ARNO, SUL 1 e SUL 2, embora com características semelhantes de ocupação e Unidade Federativa de origem dos migrantes, possuem diferenças na distribuição populacional, na renda e no nível de instrução. Em relação ao regime de trabalho, percebe-se que essas áreas possuem significativo percentual de trabalhadores com carteira assinada, no entanto em atividades de baixa remuneração. Logo a dependência ao sistema de saúde, no caso às FAB, é maior já que o usuário conta com o recebimento do medicamento gratuito, uma vez que a compra é somente caso “sobre” verba no final do mês. A área SUL 1 é a região com menor renda e menor nível de instrução; enquanto que a ARNO possui renda e nível de instrução pouco melhor que a SUL 2, que possui maior percentual de trabalhadores não remunerados. A região da ARSO e ARSE possuem nível de renda semelhantes, sendo a ARSO a que possui melhor nível de escolaridade em frente a todas as outras regiões; maior percentual de trabalhadores militares e afins e menor percentual de trabalhadores não remunerados. A ARNE possui melhor renda, e é a área que abriga maior percentual de funcionários públicos (apoio e administrativos), do que as demais regiões. Ressalta-se, também, que essa área foi a primeira a ter habitações e essas eram destinadas aos políticos de alto escalão e pessoas de mesmo ideal partidário. Logo estes dados são, também, reflexos desse processo.

De acordo com o apresentado, acima, e observando os serviços farmacêuticos nas FAB (discutido neste capítulo), percebe-se que o tipo de serviço prestado pelo farmacêutico é o mesmo independente das regiões em que se encontra a farmácia. Embora tenha sido apresentado que 02 farmacêuticos realizam a dispensação, lembra-se que os mesmos a fazem baseado no modelo de entrega de medicamentos, dizendo apenas a posologia, horário e escrevendo essas informações no medicamento ou receita. Portanto, pode-se dizer que os serviços farmacêuticos seguem um padrão de entrega de medicamentos, no qual o perfil das comunidades é deixado de lado.

Notou-se que temos dois extremos de profissionais farmacêuticos: (1) Extremo Negativo de atuação farmacêutica; (2) Extremo Positivo de atuação do profissional. No Extremo negativo, observou-se que a conduta profissional, conhece pouco do usuário, e o considera um indivíduo sem conhecimento sobre medicamento e utilização. E o profissional farmacêutico não tem atitude frente a essa percepção. Enquanto que no Extremo Positivo, o farmacêutico identifica a necessidade da população, e numa atitude proativa escreve e fornece as informações da posologia e horário ao usuário.

Segue abaixo as falas dos profissionais sobre: se conhecer o perfil da população que atende interfere no seu serviço. Apresenta-se as falas dos profissionais dos Extremos Negativo e Positivo, respectivamente:

“a população de classe baixa geralmente ela tem maior dificuldade em tá, ... geralmente são analfabetos, as vezes tem dificuldade em tá entendendo a receita. É... tem a questão também da nutrição, a pessoa é uma pessoa carente as vezes não se alimenta direito então assim tem vários fatores que interfere nesse perfil também da população.” (F01)

“Não, diretamente não, porque acho que quando você não tem essa ligação tão direta às vezes com o paciente. Eu digo, se for com a questão dessas de atenção farmacêutica, a gente consegue se fazer isso mais diretamente, você conseguiria observar mais. Mas como é muito rápido o atendimento, então não chega a esse ponto de falar mais[...].” (F08)

“a pessoa tem o poder aquisitivo maior consequentemente ele tem conhecimento da medicação, a mais. Só que por outro lado àquele que não tem esse conhecimento ele tem mais preocupação do que ele tá fazendo, do que ele tá tomando. Então muitas vezes ele pede pra gente escrever o horário pra ele não se confundir em casa ou pra ele passar pra alguém que tá com ele cuidando..” (F11)

Acaba que são as pessoas que você tem que explicar mais com palavreado mais popular de um jeito mais fácil deles entender. Você acaba tendo de repetir bem mais vezes do que você repetiria para outra pessoa que seja bem mais informada. Só que ao mesmo tempo por ser a maioria humilde quando você pega algumas pessoas que já não são tão bem informada e já não tem uma educação muito boa é muito diferente entendeu? É como se você morasse na mesma quadra, ser praticamente da mesma condição e o nível de educação e informação de uma pra outra é muito grande. Então é mais de olhar na pessoa, então mais que sim. É feio fazer isso. Não é o certo. Mais acaba que você tem que ter um atendimento igual pra todos e diferenciado para algumas pessoas quando você nota que são pessoas, mais,... que vão ser mais ignorante com você. Na verdade, porque aqui tem muito, entendeu? acaba que a gente tem que abrir algumas exceções pra quando chega, por exemplo, pessoa que a gente sabe que é usuário de droga, pessoa que a gente sabe que já veio aqui porque já foi por briga porque já foi preso, entendeu a gente acaba fazendo um atendimento pra ele diferenciado não porque ele merecesse entendeu mais por precaução da gente mesmo de cuidar da gente. F13

Fala dos farmacêuticos para ilustrar os profissionais do Extremo Positivo:

“Facilita. Facilita. No meu ponto de vista, você ter conhecimento do perfil do usuário, facilita a maneira como você aborda o paciente. Não impede o aviamento da receita, o atendimento ao usuário de forma correta, mas orienta o profissional em como chegar ao paciente. Exemplo: nós atendemos um dia aqui uma paciente, que ela, notou-se né, a classe econômica, sócio, estudo que a paciente tinha. Então, teve uma abordagem direta mais específica repassando escrevendo, questionando a paciente se ela estava entendendo de cada assunto ali, de cada medicamento no caso era para três crianças então é mais específico. Mudou o atendimento? Sim[...].” (F10)

Entretanto nesses dois extremos de atuação profissional, em relação ao usuário de medicamentos, é perceptível a necessidade de alteração da conduta do farmacêutico em sua prática profissional, principalmente a partir da avaliação do perfil socioeconômico apresentado na cidade de Palmas. É possível dizer, pós observação e análise das falas, que os serviços

farmacêuticos existentes no município não consideram as diferentes populações-comunidades existentes na cidade. O modelo de atendimento e dispensação das FAB, constante no POP das mesmas, não é adaptado para cada realidade da cidade e nem corresponde a um POP capaz de apreender toda a realidade da FAB. Essa constatação correlaciona-se diretamente com os resultados obtidos em saúde dessa população.

Após avaliação dos indicadores da Assistência Farmacêutica, exigidos no POP das farmácias e no relatório mensal que os farmacêuticos enviam à sua gerência, leva a perceber que esses indicadores são voltados à verificação do seguinte resultado: número de receitas dispensadas. Os indicadores estão relacionados a um produto: verificação do quantitativo de receitas emitidas e tipo de medicamento que se referem. Os indicadores não são voltados para medir ou conhecer os resultados clínicos, humanísticos ou econômicos em saúde obtidos pela população, por meio do serviço farmacêutico.

Aponta-se, também, que os indicadores atuais da Assistência Farmacêutica referem-se à uma cobertura provável. Pois consideram o número de receitas atendidas e o quantitativo relacionado aos medicamentos para hipertensão, diabéticos e os antibióticos. Esses indicadores medem, portanto, número de “atendimentos/receitas dispensadas”. Diz-se número de atendimento, portanto, ressalta-se que um único usuário pode estar de posse de várias receitas e que a Gerência e os farmacêuticos não trabalham com os dados epidemiológicos da população, não conhecem o perfil de consumo de medicamentos e não avaliam e/ou acompanham o estado de saúde dos usuários (quadro de melhora, piora ou estabilidades).

Durante a observação participante foi verificado que algumas FAB atendem aos usuários das casas de detenção/reabilitação. E nesses casos, uma única pessoa, traz todas as receitas para a farmácia. Em alguns momentos, viu-se que essa pessoa deixa as receitas na farmácia e volta mais tarde para pegar a sacola com todos os medicamentos. De modo que, tem-se um número considerável de receitas atendidas. Logo o percentual de receitas atendidas é contabilizado. Entretanto, na prática, a dispensação, atendimento ou orientação não foi realizada, nem mesmo para uma pessoa.

Portanto, conclui-se que, não há verificação dos resultados alcançados com os serviços farmacêuticos e com o estabelecimento. Não existem indicadores para medir os resultados clínicos, humanísticos e/ou econômicos em saúde da população atendida pela FAB. O que ocorre, no entanto, é a entrega e avaliação do quantitativo de receitas emitidas na farmácia. Os indicadores atuais são capazes de medir a quantidade de receitas atendidas à aqueles usuários que tiveram suas receitas retidas e os medicamentos liberados. Se a receita de medicamentos que o usuário apresentar na farmácia, não tiver nenhum medicamento dispensado. Essas receitas

são devolvidas ao usuário, para que o mesmo volte posteriormente. E, portanto, tais receitas, não são contabilizadas nos indicadores atuais.

Acredita-se, enfim, que os extremos de atuação dos profissionais farmacêuticos (extremos positivo e negativo) se agravam com a inexistência das ações de educação permanente. Para alguns farmacêuticos municipais, entretanto, é necessário a reprofissionalização farmacêutica. Pois a filosofia de prática da atenção farmacêutica, é nova tanto para o meio acadêmico e instituições de ensino quanto para os profissionais. E de acordo com o perfil apresentado dos farmacêuticos, temos o maior percentual destes profissionais na faixa entre 05 a 15 anos de formado, 64,28%, e que desconhecem o conceito de atenção farmacêutica (78,58% dos F). É provável que para muitos destes profissionais seja necessário aprender a filosofia da atenção farmacêutica e os conceitos a ela associado. Além da necessidade de exercitar essa prática filosófica e de conduta nos serviços de orientação, dispensação e seguimento farmacoterapêutico. Com vistas a ter um serviço centrado no usuário, e na busca constante de resultados em saúde para a população. De modo a ter-se indicadores capazes e sensíveis a avaliar os resultados alcançados com os serviços farmacêuticos o que, no momento, não existe.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Farmácias Básicas Municipais não possuem sistema de controle de registro e controle de estoque informatizado, e isso pode ser uma das causas nas variações de pedidos mês a mês, e da variação na quantidade de medicamentos recebidos. Além de dificultar o trabalho dos Farmacêuticos, pois todo mês realizam a contagem manual para cada um dos medicamentos e insumos da Farmácia. Com isso os farmacêuticos despendem tempo com uma atividade que poderia ser facilitada pela informatização do sistema.

A Falta de capacitação dos profissionais nos últimos anos, desde 2008, aliada a ausência de cursos, no estado, para trabalhar na área de Farmácia e Atendimento farmacêutico. Somando-se ainda, o tempo de conclusão do curso de graduação em farmácia, maioria na faixa de 05 anos a 15 anos de formado, e a incoerência das práticas profissionais com a realidade socioeconômica da cidade de Palmas. Estima-se, portanto, um despreparo e defasagem em relação a dinâmica e a evolução dos tratamentos, da abordagem terapêutica, dos medicamentos. Além da falta das habilidades necessárias para estabelecer uma relação de confiança entre farmacêuticos e usuários

de medicamentos; e da inexistência de indicadores de avaliação e verificação dos resultados em saúde para a população atendida.

O impacto dessas constatações é sentida diretamente nos usuários que não veem na farmácia um ambiente de promoção de saúde, busca e aprimoramento dos conhecimentos sobre o uso correto dos seus medicamentos. O estabelecimento farmacêutico é visto como local de entrega e recebimento de medicamento. As farmácia não possuem estrutura física, organizacional e humana adequado para propiciar o trabalho de atenção farmacêutica, orientação e dispensação farmacêutica. Os farmacêuticos não possuem recursos humanos capacitados e em número adequado, além de sistema informatizado para registro, documentação, controle e consulta para realização dos serviços preconizados pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC nº44, e a Diretrizes para Estruturação de Farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (DEFSUS).

O pouco tempo de existência da cidade, 23 anos, aliada a grande flutuação dos profissionais farmacêuticos na rede municipal, e a falta de capacitação dos profissionais para exercer as atividades. Acrescida também, da distribuição territorial das farmácia incoerentes no que se refere a promoção do acesso a população, e as práticas dos serviços farmacêuticos igualmente em desencontro com o perfil socioeconômico da população, torna preocupante o cenário da Assistência farmacêutica em Palmas, exigindo mudanças imediatas. A natureza da vulnerabilidade analisada e apresentada nesta pesquisa é primordial para informar gestores públicos e profissionais, no caso os farmacêuticos das FAB, a “compensarem” ou “contornar” suas práticas farmacêuticas de acordo com a realidade das comunidades/populações que se destinam. De modo a se fazerem entendidos e serem capazes de igualmente compreenderem essas comunidades/populações, a fim de modificarem e produzirem resultados em saúde na população que atendem.

O trabalho, portanto, permite uma visão situacional dos serviços farmacêuticos e das ações da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Gerência de Assistência farmacêutica, em relação ao perfil social e econômico da população da cidade de Palmas atendida pelas farmácias municipais. A pesquisa avaliou a repercussão da Política Nacional do Medicamentos, da Assistência Farmacêutica e a DEFSUS dentro do sistema de saúde municipal, tendo a farmácia básica como ponto de partida. Dessa maneira apresentou-se um diagnóstico dos serviços farmacêuticos, na atenção básica, avaliando as farmácias municipais, a gerência da assistência farmacêutica e a percepção dos usuários em relação ao perfil populacional. A pesquisa orienta e apresenta, ao longo da discussão dos resultados, as medidas corretivas necessárias.

7. REFERÊNCIAS

ADELAIDE, E. V.; COSTA, S. N. C. **Levantamento dos Aspectos Culturais no Município de Lagoa de Dentro – PB: Pontos de resistência as Inovações Tecnológicas**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. The Lancet. Saúde no Brasil. Maio 2011. Disponível em < www.thelancet.com >. Acesso em outubro de 2012

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. **Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo Brasileiro**. 15 (supl. 3), p. 3603-3614. Ciência & Saúde Coletiva, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 agosto 2011.

ANGONESI, D. **Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos**. 13(Sup), p.629-640. Ciência & Saúde Coletiva, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 agosto 2011.

ANGONESI, D. **Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 outubro, 2012.

ARSEGO, F. A. **Antropology in Health services: integrality, culture e communication**. Interface _Comunicação, Saúde, Educação, 2002. 6v. 10n. 63-74p.

BAUER, W. M., GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Um Manual prático**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 6. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

BARJAS NEGRI E GERALDO DI GIOVANNI (ORG) **Brasil: Radiografia Da Saúde**. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Diário Oficial da União. 1998; 10 nov. Seção 1, 18-22p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de maio de 2004a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza. Cadastro Único. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico/> . Acesso em 03 de agosto de 2012.

_____. Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, **Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo**. Decreto Presidencial Nº 7.655, de 23 de Dezembro de 2011

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999. **Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Diário Oficial da União, 26 jul, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 44, de 18 de agosto de 2009 - **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, Poder Executivo, DF, agosto de 2009a.

_____. Lei nº 5.991, de 17 de Dezembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19 dez, 1973.

_____. 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, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2009b. 44 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Nota Técnica referente a regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.** Portaria nº 2.982. Diário Oficial da União. Brasília, 26 de novembro de 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica conjunta: qualificação da assistência farmacêutica,** de 20 de janeiro de 2008, Brasília, DF, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** 2. ed. Brasília, 2008b.

_____. 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, 10 dez. 2004b.

_____. Portal da Saúde SUS. Site: portalsaude.saude.gov.br Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34504>. Acesso em: outubro de 2012.

Brodie, D. C; Parish, P. A; Poston, J. W. **Societal needs for drugs and drug-related services.** Am J Pharm Educ 1980. 44v. 276-278p.

BOCQUIER, A.; BEZZOU, K.; NAULEAU, S.; VERGER, P. **Dispensing of anxiolytics and hypnotics in southeastern France: demographic factors and determinants of geographic variations.** Fundam Clin Pharmacol. 2008 Jun; 22(3):323-33.

BOSS, E. F.; NIPARKO, J. K.; GASKIN, D. J.; LEVINSON, K. L. Socioeconomic **disparities for hearing-impaired children in the United States**. *Laryngoscope*, 2011 Apr;121(4):860-6.

CANESQUI, A. M. **Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Saúde e Doença: um olhar antropológico**. MINAYO, M. C. S.; ALVES, P. C. (org.). 4. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 13-32 p.

CASTRO, M. S. **Atenção farmacêutica: efetividade do seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos não-controlados**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. 183 p.

_____. **Ecuación de la práctica del seguimiento farmacoterapêutico de pacientes**. *Pharmaceutical Care España*, Madrid, v. 5, p. 30-31, 2003.

CHEMELLO, C.; CASTRO, M. S. **Adaptação de método de orientação de pacientes sobre medicamentos por uma análise de compreensão**. *Acta Farmacêutica Bonaerense*, Buenos Aires, v. 25, 2006, p. 613-618.

CAVALCANTE, M. E. S. R. **O movimento separatista do Norte de Goiás**. Goiânia, Deptº de História da UFG, 1990. Dissertação. (Mestrado em História)

CHERNEW, M et al, **Effects of increased patient cost sharing on socioeconomic disparities in health care**. *J Gen Intern Med*. 2008 Aug; 23(8):1131-6.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **O Exercício do Cuidado Farmacêutico**. Tradução: Denise Borges Bittar; Revisão: Arnaldo Zubioli. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006, 396p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 357 **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia**. *Pharm. Bras*, 2001. 25v. 5-12p.

_____. **O Papel do farmacêutico no sistema de assistência à saúde**. *Pharm. Bras*, 1996. 3v. 37-40p.

_____. **Farmácia clínica é tema de congresso latino-americano**. *Pharm. Bras*, 1997. 6v. 36p.

_____. Resolução nº 417 **Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica**. CFF, 2004. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/76/08-codigodeetica.pdf>> Acesso em: outubro de 2011.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRF-SP). Organização Pan-Americana da Saúde. Fascículo V- **O Percurso da Atenção Farmacêutica no Mundo e no Brasil. Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde**. CRF-SP: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Brasília, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS (CRF-TO). **Estatuto do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins**. Disponível em: <<http://ww1.crfto.org.br/pt/o-conselho/>>. Acesso em outubro de 2011.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. 1. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

DEVOLD, H. M.; FURU, K.; SKURTVEIT, S.; TVERDAL, A.; FALCH, J. A.; SOGAARD, A. **J. Influence of socioeconomic factors on the adherence of alendronate treatment in incident users in Norway**. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012 Mar; 21(3):297-304.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114, p.1115-1119.

DONABEDIAN, A. **Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means**. *Inquiry* 1988; 25, p. 173-192.

FREITA, E.L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; PERINI, E. **Atenção Farmacêutica teoria e prática: um diálogo possível?** *Acta Farm. Bonaerense*, 2006. 25v. 3n. 447-453p.

FURTADO, B. T. **O Farmacêutico na Atenção Básica: “A experiência da Equipe de Programa Saúde da Família frente à Atenção Farmacêutica”**. Orientador: Edson de Souza Perini e Djenane Ramalho de Oliveira. Belo Horizonte (MG): UFMG – Faculdade de Farmácia, 2008, 101p. Dissertação. (Mestrado em Ciências Farmacêuticas).

FISHER, E. S. et al. **Fostering accountable health care: moving forward in Medicare**. *Health Affair*, jan. 2009. 28V. w-219-w231P. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.28.2w219v1> Acesso em: novembro de 2011.

FISCHER, M. J. Et al. **Sociodemographic factors contribute to the depressive affect among African Americans with chronic kidney disease**. *Kidney Int.* 2010 Jun; 77(11):1010-9.

FRAGA, F. N. R. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal**. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

FRANÇOIS, L. **Aprender Antropologia**. Tradução Marie-Agnès Chauvel. Editora Brasiliense, 1988.

GASTAL F.L.; ROESSLER I. F. **Talsa multiplicadores: avaliação e qualidade (módulo 2)**. [documento na Internet]. 2006. Disponível em: <http://www.onaeducare.org.br> Acesso em 18 de dezembro de 2012.

GARNICA, A. V. M. **Notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia**. *Revista Interface _Comunicação, Saúde e Educação*, 1997. 1v. 1n. 109-122p.

GOMES, M. P. **Antropologia: Ciência do homem, Filosofia da Cultura**. São Paulo, Contexto, 2010

GOMES, C. A. P. **A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas**. Portal Educação, 2009. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/8811/a-assistencia-farmaceutica-no-brasil-analise-e-perspectivas> Acesso em 05 de novembro de 2011.

GREENE, S. **Indigenous People Incorporated? Culture as Politics, Culture as Propety in Pharmaceutical Bioprospecting**. *Current Antropology*, 2004. 45v. 2n.

GREEN, c. R.; NDAO-BRUMBLAY, S. K.; WEST, B.; WASHINGTON, T. **Differences in prescription opioid analgesic availability: comparing minority and white pharmacies across Michigan**. *J Pain*. 2005 Oct;6(10):689-99.

HALL, S. **Da Diáspora: Identidades e Mediações Culturais**. (Liv Sovik organizadora). Tradução: Adelaine Resende et alii. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2003.

HECKLER, A. P. M.; OLIVEIRA, F. A. **Há espaço para a Integralidade na Assistência Farmacêutica?** In: Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos (org). *Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 97-114p.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care**. *Am. J. Hosp. Pharm.*, Washington, 1990. 47v. 37n. 533-543p.

JARAMILLO, N. M. et al. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Relatório de Oficina de trabalho. Fortaleza: Organização Pan-americana de Saúde, 2001. 25p.

JUNIOR, D. R. R. **Qualidade de Vida no trabalho: Construção e Validação do Questionário QWLQ-78**. Orientador: Luis Alberto Pilatti. Ponta Grossa (PR): Universidade Técnica Federal do Paraná, 2008, 114 p. Dissertação. (Mestrado em Engenharia de Produção)

JOHSON, J. A; BOOTMAN, J. L.. **Drug-related morbidity and mortality**. *Am. J. Health. Syst. Pharm.*, 1997. 54v. 5n. 54-558p.

KIM, H et al. **Health care utilization by children with asthma**. *Prev Chronic Dis*. 2009 Jan; 6(1):A12.

KIVIMÄKI, M et al. **Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study**. *Psychol Med*. 2007 Mar; 37(3):373-82.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. **Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It**. *PLoS Medicine*, 2006. 3v. 10n. 1673-1676p. Disponível em: www.plosmedicine.org- on line, 2006. Acesso em 11 de outubro de 2011.

LARAIA, R. B. **Cultura: um Conceito Antropológico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Editora, 2001.

LIRA, E. R. **A Gênese de Palmas – Tocantins – A Geopolítica de (Re)Ocupação Territorial na Amazônia Legal**. Goiânia: Kelps, 2011. 248p.

LYRA JÚNIOR, D. P. et al. **Atenção Farmacêutica: paradigma da globalização**. Infarma, 2000. 12v. 11/12n. 76-79p.

DURHAM, E. R. (org.); FERNANDES, F. (coord.). BRONISLAW MALINOWSKI **ANTROPOLOGIA**. São Paulo: Editora Ática S. A., 1986. 196p.

MAIA, C. S., FREITAS, D. R. C., GUILHEM, D., AZEVEDO, A. F. **Percepções sobre Qualidade de Serviços que atendem à Saúde da Mulher**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(5), p. 2567-2574, 2011

MARIN N.; LUZIA V. L.; OSÓRIO-DE-CASTRO C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS S. organizadores. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2003.

MATTSSON, P et al. **Sociodemographic differences in antiepileptic drug prescriptions to adult epilepsy patients**. *Neurology*. 2010 Jan 26; 74(4):295-301.

MAYORGA, P.; FRAGA, F.; BRUM, C. K; CASTRO, E. F. **Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará?** In: Misoczky MC, Bordin R, organizadores. *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. 197-215p.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, set 1993. 9v. 3n. Disponível na internet em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 nov. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

MINAYO, M. C. S. (org.); GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 108p.

MIKAEL, R. L.; BROWN, T. R.; LAZARUS, H. L.; VINSON, M. C. **Quality of pharmaceutical care in hospitals**. *Am J Hosp Pharm* 975; 32. 567-574p.

NAUGHTNTON, C.; BENNETT, K.; FEELY, J. **Regional variation in prescribing for chronic conditions among an elderly population using a pharmacy claims database**. *Ir J Med Sci*. 2006 Jul-Sep; 175(3):32-9.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. Saúde soc., São Paulo, dez 2004. 13v. 3n. Disponível na internet em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2011.

NORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative research for health professional**. 2. ed. Califórnia. 1995.

NOVAES, H. M. D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 5, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso>. Access em 19 de dezembro de 2012.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 182p.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **El Papel del farmacêutico en el sistema atención de La salud: Declaración de Tóquio**. Ginebra: OMS, 1993. 37p.

OLIVEIRA, N. V. B. V. **Atenção Farmacêutica**. Disponível na internet em: http://www.farmaciauniversitaria.ufrj.br/disciplinas/disciplina_farmacia_hospitalar/Atencao_Farmacutica.pdf. Acesso em 12 de Nov. 2011

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta**. Organização Pan-americana da Saúde: Brasília, 2002. 24p.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados Qualitativos. Estratégias Metodológicas para Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 3. ed. 1. reimp. São Paulo: Editora do Universidade de São Paulo, 2004. 157p.

PINHEIRO, A. América Latina: Poesia, Paisagem, Cultura. In: KOMOSINSK, Lionira Giacomuzzi, KHOLRAUSCH, Regina (orgs). *A linguagem descobrindo mundos- Ensino de Línguas Portuguesa, Espanhola e Literatura*. Erechim: EDIFAPES, 2001.

PLANTA, M. B. **The role of poverty in antimicrobial resistance**. J Am Board Fam Med. 2007 Nov-Dec; 20(6):533-9.

POCINHO, M; FIGUEIREDO, J. P. SPSS: UMA FERRAMENTA PARA ANÁLISE DE DADOS. Manual do Programa: CD, 2011.

PREFEITURA PALMAS. Site <portal.palmas.to.gov> Acesso em 02 nov. 2012.

QUEIROZ, M. S. **Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços em Paulínea**. In: Saúde e Doença: um olhar antropológico. MINAYO, M. C. S.; ALVES, P. C. (org.). 4. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 153-166p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. 1. ed. São Paulo: RCN, 2011. 328p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção Farmacêutica como Construção da Realidade**. Revista Racine, 109, Março a Abril 2009. Disponível na internet em:

<<http://www.racine.com.br/portal-racine/atencao-farmaceutica/conceito/atencao-farmaceutica-como-construcao-da-realidade>>. Acesso em 29 set. 2011.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Experiência Subjetiva com a utilização do medicamento (The Medication Experience): Conceito Fundamental para o Profissional da Atenção Farmacêutica**. Revista Racine, 113, Novembro/Dezembro 2009. Disponível na internet em: <<http://www.racine.com.br/farmacias-e-drogarias/portal-racine/atencao-farmaceutica/farmacias-e-drogarias/experiencia-subjetiva-com-a-utilizacao-de-medicamento-the-medication-experience-conceito-fundamental-para-o-profissional-da-atencao-farmaceutica>>. Acesso em 29 set. 2011.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. **Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system**. J. Managed Care Pharm., 2010. 16v. 185-95p. Disponível em: <http://www.amcp.org/data/jmcp/185-195.pdf> Acesso em: novembro de 2011

REIS, J.F.B., SANTOS, F. P., CAMPOS, F. E., ACÚRCIO, F. A., LEITE, M. T. T., LEITE, M. L. C., CHERCHIGLIA, M. L., MAX, A. S. **Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas**. Caderno de Saúde Pública, RJ, v. 6, v.1, p.50-61, jan/mar,1990.

ROUGHEAD, E.E., GILBERT, A.L. PRIMOROSE, J.G. et al. **Drug related hospital admissions: a review of australian studies published 1988-1996** M.J.A., 1998. 168v. 405-408p.

ROSEMBERG, Brani. **O medicamento como mercadoria simbólica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1992. 8v. 2n. Disponível na internet em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 set. 2011.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. **Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 6, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em outubro de 2012.

SANKARANARAYANAN, J.; COLLIER, D.; FURASEK, A.; REARDON, T.; SMITH, L. M.; McCARTAN, M.; LANGNAS, A. N. **Rurality and other factors associated with adherence to immunosuppressant medications in community-dwelling solid-organ transplant recipients**. Res Social Adm Pharm. 2012 May-Jun; 8(3):228-39.

SERAPIONI, M. **Métodos Quantitativos e Qualitativos na Pesquisa Social em Saúde: algumas estratégias para a integração**. Ciência e Saúde Coletiva, 2000. 5v. 1n. 187-192p.

SILVA, L. C. **A Percepção dos Farmacêuticos sobre a Atenção Farmacêutica nas Unidades de Estratégia Saúde da Família do Município de Vitória/ ES**. Orientador: Vinícius Rangel Teixeira Rio de Janeiro (RJ): Faculdade Estácio de Sá; 2009, 116 p. Dissertação. (Mestrado em Saúde da Família)

SCHAFHEUTLE, E. I.; SESTON, E. M.; HASSELL, K. **Factors influencing pharmacist performance: A review of the peer-reviewed literature.** Health Policy, v.102, issues 2-3, Outubro, 2011. 178-192p. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101100114X>. Acesso em 18 de dezembro de 2012.

SMITH, M. et. al. **Why pharmacist belong in the medical home.** Health Affairs, 2010. 5v. 906-913p.

SINITOX – SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TOXICOFARMACOLÓGICAS; 2011. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=319 Acesso em 11 de novembro de 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais- A pesquisa qualitativa em educação; o positivismo, a fenomenologia, o marxismo.** Editora Atlas, 1987. 175p.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M. L. M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde.** Cad Saúde Pública 2002; 18(6):1561-1569.

VALADARES, C. M. **Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: Estudo em Hospitais da Região de Inconfidentes.** Orientador: José Francisco Prado. Ouro Preto (MG): Universidade Federal de Ouro Preto; 2009, 147 p. Dissertação. (Mestrado em Engenharia Ambiental)

VIEIRA, F. S. **Possibilidades de Contribuição do Farmacêutico para a Promoção de Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva (versão impressa), janeiro/março, 2007. 12v. 001n. 213-220p. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

VICTORIA, C. G et al. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer.** The Lancet. Saúde no Brasil. Maio 2011. Disponível em < www.thelancet.com>. Acesso em outubro de 2012.

VON DIEMEN, T. **“Fatores Determinantes da Não-Adesão ao Tratamento Farmacológico: a Visão do Usuário do Sistema Único de Saúde”.** Orientador: Mauro Silveira de Castro. Porto Alegre (RS): UFRGS – Faculdade de Farmácia, 2011, 101p. Dissertação. (Mestrado em Ciências Farmacêuticas).

WINTERSTEIN, A.G., SAUER, B.C., HEPLER, C.D. et al. **Preventable drug related hospital admission.** Ann Pharmacother. 2002. 36v. 1238-1248p.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drug: report of the conference of experts.** Nairobi, 25-29. Novembro, 1987. 329p. Disponível na internet em: <http://aps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf> Acesso em: novembro de 2011.

_____. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** 2003. 110p. Disponível na internet em: <http://apps.who.int/medicinesdocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf> Acesso em; novembro de 2011.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. **Uma Semiótica da Integralidade. O signo da integralidade e o papel da comunicação.** In: Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos (org). CUIDADO as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 135-158p.

ANEXOS

ANEXO A – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

ANEXO B – POP – FARMÁCIAS MUNICIPAIS

ANEXO C – PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM SERVIÇOS DE
SAÚDE

ANEXO D – FOTOS DAS FARMÁCIAS BÁSICAS MUNICIPAIS – FAB's

ANEXO A – MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS DAS FARMÁCIAS MUNICIPAIS



SUMÁRIO

Apresentação	4
Objetivos.....	5
Condições Gerais	6
Apresentação Pessoal	6
Documentação	6
Recebimento de Mercadoria	7
Atendimento ao Usuário	7
Dispensação	7
Armazenamento	8
Medicamentos Vencidos e Avariados	8
Efeitos Adversos e das Reclamações dos Usuários	8
Verificação de Temperatura	8
Medicamentos sujeitos a controle especial	9
Segurança	9
Definições	10
Referências Bibliográficas	11

1. Apresentação

Para exercer a sua atividade primordial, a fiscalização das atividades profissionais, a Assistência Farmacêutica tem o dever de buscar a constante melhoria do exercício do profissional farmacêutico, valorizando cada vez mais a Assistência Farmacêutica ao cidadão palmense.

A educação continuada garante a otimização da qualidade da Assistência Farmacêutica prestada ao usuário do medicamento, na medida em que orienta, treina, atualiza e aperfeiçoa.

O presente manual faz parte do trabalho de Educação Contínua da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, que preconiza a otimização dos serviços de dispensação de medicamentos e correlatos em todas as unidades das Farmácias Municipais, tendo como alvo, a satisfação plena dos nossos usuários e com isso construímos uma referência de Atenção Farmacêutica, onde destacamos a competência do Farmacêutico nas Boas Práticas Farmacêuticas de Dispensação de Medicamentos.

Objetivos

Este manual tem por objetivo dar noções das atividades a serem desempenhadas pelos farmacêuticos no exercício de sua função como responsável técnico por uma farmácia.

Para a reconquista do espaço e respeitabilidade da profissão farmacêutica temos que demonstrar competência, conhecimento e qualidade no atendimento ao usuário, contidas nas Boas Práticas Farmacêuticas, "um conjunto de ações que incluem aspectos técnicos e higiênico-sanitários, de atendimento à população, na relação com outros profissionais de saúde e entre outros pontos".

É fundamental para isso que a classe farmacêutica se comprometa em promover a excelência na prática diária da farmácia, em benefício daqueles que servimos, ou seja, a população.

É o objetivo principal do presente Manual o desenvolvimento e melhoria dos serviços que prestam, de modo a responderem à evolução do setor farmacêutico.

Deve-se reconhecer que a Boa Prática Farmacêutica não se consegue da noite para o dia, pois é fruto de um árduo e constante trabalho de melhoria profissional, através da prática diária e participação em eventos relacionados à atenção farmacêutica.

Muito do que está contido neste manual ainda não representa a prática diária do exercício profissional nas farmácias, mas sim o Farmacêutico e a Farmácia que queremos.

Condições Gerais

Instalações Físicas:

A Farmácia deve ser localizada e com estrutura adequada as atividades desenvolvidas;

O acesso da farmácia deverá ser independente, de forma a não permitir o acesso de outros servidores distintos da farmácia;

As instalações devem possuir superfícies (piso, paredes e teto) lisas e impermeáveis, sem rachaduras, resistentes aos agentes sanitizantes e facilmente laváveis;

As condições de climatização e iluminação devem ser compatíveis com as atividades;

As instalações elétricas e hidráulicas devem ser mantidas em boas condições de segurança e de uso;

O sanitário deve ser mantido em boas condições de higiene e funcionamento;

A farmácia deverá dispor de um local adequado para guardar os pertences dos servidores;

A farmácia deve possuir equipamentos de combate a incêndio em local próprio e identificado, e de fácil acesso, com os servidores treinados para o manuseio deste equipamento.

4. Apresentação Pessoal

A apresentação pessoal é fundamental em qualquer lugar, ela tem um componente e um significado muito especial: é o nosso cartão de apresentação, é a primeira impressão que passamos para o nosso usuário.

Como profissional da saúde e responsável técnico devemos estar sempre atentos e comprometidos com esses valores, socializando-os com a equipe que tecnicamente lideramos.

Deve-se, portanto:

Manter rigoroso cuidado com a higiene pessoal (barba, cabelos, unhas, etc.);

Trajar vestuário adequado;

Se fumante, jamais fumar no ambiente de trabalho ou quando portando algo que indique vínculo funcional com a unidade;

O uso da identidade funcional (crachá);

O uso de jaleco (limpo e em perfeitas condições de uso).

5. Documentação

É de responsabilidade do farmacêutico obter e manter atualizada, arquivada e/ou devidamente afixada em local visível ao público a documentação da farmácia conforme legislação vigente (Resolução ANVISA/MS nº 328/99):

Junto ao Conselho Regional da Farmácia: Certificado de Regularidade junto ao CRF/TO;

Junto à Secretaria Municipal de Saúde – VISA: Licença de Funcionamento;

Dados da farmácia como CNPJ, endereço, nº da licença sanitária, telefone;

Certificado de garantia de serviços: Laudo de controle de pragas e vetores expedido pelo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)

6. Recebimento de Mercadoria

A área de recebimento de mercadoria é realizada em uma mesa na sala onde são guardados os medicamentos nas prateleiras, sendo que devem ser observados os seguintes procedimentos:

No ato do recebimento, cada entrada é examinada quanto a documentação, rotulagem, tipo, data de fabricação, validade e quantidades.

Quando são recebidos produtos com mais de um lote de fabricação os procedimentos devem ser realizados de forma separada, ou seja, cada lote deverá ser separado e estocado de forma separada também.

A nota de recebimento (AR) é conferida quanto a quantidade.

7. Atendimento ao usuário

O atendimento ao usuário com cortesia, educação e disponibilidade é fundamental para obtermos uma relação de confiança e fidelidade aos serviços prestados nesta secretaria.

Nesse momento a Atenção Farmacêutica é fundamental, assim sendo, sempre que possível orientar o usuário quanto a posologia, a conservação (principalmente os medicamentos termolábeis) e a importância de adesão ao tratamento, ou seja, cumprir a posologia prescrita.

8. Dispensação

Consiste no ato farmacêutico de, ao fornecer medicamentos, orientar sobre o uso adequado desses produtos, dando ênfase ao cumprimento da dosagem e as condições de conservação dos produtos.

Essa atividade é um dos componentes essenciais da Assistência Farmacêutica, e é seu dever se comprometer em realizar essa atividade com responsabilidade e competência, bem como supervisionar o atendimento exercido pela sua equipe de trabalho.

Cuidados gerais a serem observados durante a dispensação:

Leia sempre todo o receituário;

Nunca tente “adivinhar” prescrições (sempre que possível, em caso de dúvida, entre em contato com o prescritor, ou oriente o paciente a elucidar a prescrição com o prescritor);

Observar a apresentação do medicamento prescrito.

9. Armazenamento

A área ou local de armazenamento deve ter capacidade suficiente, e condições para estocagem das diversas categorias de produtos, facilitando a limpeza e circulação dos funcionários, assim como o necessário distanciamento das paredes.

Outro critério a ser utilizado é o método PEPS (primeiro que entra, primeiro que sai). Este deve ser aplicado observando sempre a data de validade do produto com objetivo de controlar o estoque, minimizando as possíveis perdas (Resoluções ANVISA/MS nº 328/99 e CFF nº 357/2001 Capítulo VI).

Obs.: Não é permitida a guarda de alimentos em geladeiras destinadas a conservação de medicamentos termolábeis, como norma de segurança a ser rigorosamente cumprida.

10. Medicamentos Vencidos e Avariados

Medicamentos violados, suspeitos de contaminação e com prazo de validade vencido, deverão ser identificados e retirados do ambiente de estocagem. O responsável técnico deverá fazer o inventário dos produtos em formulário próprio descrevendo o problema, sendo o Centro de logística responsável pelo recolhimento e entrega junto a VISA Municipal, ficando na Farmácia o documento devidamente carimbado e assinado pelo responsável pelo recolhimento, dando baixa posteriormente no estoque.

11. Efeitos Adversos e das Reclamações dos Usuários

Quando o cliente retorna à farmácia com queixas de ineficácias do medicamento, suspeita de falsificação do produto, problemas com blíster, volumes, aparência de sólidos e líquidos, elementos estranhos à composição, identidade, atividade, pureza ou outros que comprometam a eficácia e segurança do medicamento, deverá ser recebido pelo farmacêutico (responsável técnico) para orientação e certificando-se do comprometimento pelo uso, efetuar a troca do produto imediatamente, recolhendo o medicamento suspeito de problemas, anotando o nome e endereço do cliente e entrando em contato imediato com o Centro de logística Municipal.

12. Verificação de Temperatura

Devem ser garantidas as condições de armazenamento, e mantidos os devidos registros de temperatura.

A variação de temperatura é uma condição diretamente responsável por um grande número de alteração nos medicamentos. Portanto, o acompanhamento e controle da mesma nos locais de armazenamento é uma condição fundamental para a garantia de qualidade dos produtos.

Considerando-se a importância desse fator, devem ser verificados os termômetros de temperatura ambiente (15-30°C) e do refrigerador (2-8°C) em horários fixos, ao menos duas vezes por dia, tomando nota da temperatura máxima, mínima e do momento da leitura, em planilha apropriada. A mesma deverá ser arquivada mensalmente pelo período de 1(um) ano.

13. Medicamento Sujeito à Controle Especial (Portaria SVS/MS nº 344/98)

Todos os Medicamentos Sujeitos a Controle Especial, somente serão dispensados mediante prescrição médica ou odontológica, sob controle e responsabilidade exclusiva do farmacêutico e segundo legislação vigente.

A estocagem dos medicamentos é isolada das demais, dispondo de armário e/ou sala própria, sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, para guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;

A escrituração de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial deve ser mantida atualizada, sendo esta atividade exclusiva dos farmacêuticos da unidade.

É responsabilidade do farmacêutico administrar a compatibilidade do estoque de medicamentos sob controle especial, em seus segmentos: quantidade física e do livro específico.

14. Segurança

A Farmácia seguindo as normas de segurança do Ministério do Trabalho, da vigilância sanitária e normas da ABNT referente à proteção contra incêndio, possui todos os equipamentos para o bom desenvolvimento de suas atividades.

São realizadas manutenções nos equipamentos de segurança contra incêndio nas instalações do prédio periodicamente, medidas de segurança que visam proteger a integridade física dos funcionários da mesma e das pessoas que ali passam, bem como dos medicamentos

15. Definições

Assistência Farmacêutica: Conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual e coletiva, tendo medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o seu uso racional;

Atenção farmacêutica: Modelo de prática farmacêutica, que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, na promoção e na recuperação da saúde de forma integrada a equipe de saúde, mediante interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensurados, voltados para melhoria de qualidade de vida;

Dispensação: É ao to de fornecer e orientar o usuário, quanto ao uso de medicamentos e correlatos;

Farmacêutico: É o profissional da saúde, inscrito no Conselho Regional de Farmácia que tem o medicamento como eixo central da profissão;

Medicamentos: É a substância ou mistura de substâncias, tecnicamente obtidas ou elaboradas com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico;

Receita: Prescrição escrita de forma legível de medicamentos, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por um profissional legalmente habilitado;

Sanitização: Conjunto de procedimentos que visam à manutenção das condições de higiene;

16. Referências Bibliográficas:


-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 344, de maio de 1988.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução ANVS/MS nº 328/99, 22 de junho de 1999.

- BRASIL, Decreto nº 20.377-08 de setembro – Regulamenta o exercício da profissão farmacêutica.

- BRASIL, Conselho Federal de Farmácia, Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001-Aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia

ANEXO B – POP – FARMÁCIAS MUNICIPAIS

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	


POP – FARMÁCIAS MUNICIPAIS

Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) – São procedimentos escritos de forma clara e objetiva que estabelecem instruções sequenciais para a realização de ações rotineiras e específicas. Visam a garantia da uniformidade, eficiência e coordenação efetiva das atividades realizadas. Devem estar disponíveis para consulta em locais acessíveis à quem se destinam. Tem o objetivo de se padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, para o funcionamento correto do processo.

O POP garante ao usuário que a qualquer momento que ele se dirija ao estabelecimento, as ações tomadas para garantir a qualidade sejam as mesmas, ou seja, aumenta-se a previsibilidade dos resultados, minimizando as variações causadas por imperícia a adaptações aleatórias, independente de falta, ausência parcial ou férias de um funcionário.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

ATRIBUIÇÕES DOS FARMACÊUTICOS

DOC-POP ASSFARM 001

Dispensar medicamentos da rede básica conforme prescrição médica;

Gerir o estoque e suprimento de medicamentos, controlando aspectos externos, lote e validade dos medicamentos;

Acompanhar e orientar a administração de medicamentos conforme prescrição habilitada;

Orientar o usuário quanto ao uso racional de medicamento;

Orientar o usuário a notificar quaisquer reações adversas ou ineficácia do medicamento;

Orientar o paciente quanto à Solicitação de Medicamentos Não-Padronizados (Medicamentos Extra-Rede);

Prestar à Atenção Farmacêutica;

Desenvolver ações de Educação em Saúde;

Validar Protocolos Terapêuticos;

Orientar os atendentes de farmácia quanto à organização desta (local das caixas, limpeza das prateleiras, etc);

Estar inscrito no Conselho Regional de Farmácia;


Informar aos médicos, dentistas e enfermeiros a lista de todos os medicamentos presentes na farmácia, como também atualizar esta lista com frequência;

Manter atualizada as listas de pacientes com acompanhamento especial: diabéticos e hipertensos;

Encaminhar relatório mensal à Gerência da Assistência Farmacêutica conforme modelo padronizado **PL-POP ASSFARM 001**.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

PLANILHA DE RELATÓRIO MENSAL

PL-POP ASSFARM 001

RELATÓRIO MENSAL DAS FARMÁCIAS MUNICIPAIS

UNIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

e-mail:

FUNCIONÁRIOS LOTADOS:

COMPETÊNCIA:

RELATÓRIO Nº:

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Número de receitas atendidas no mês: _____

Número de pacientes com uso contínuo de medicamento atendidos mês: _____

Número de pacientes diabéticos atendidos mês: _____

Número de pacientes hipertensos atendidos mês: _____

Percentual de medicamentos atendidos no mês: _____

Percentual geral de prescrições que contém no mínimo um antibiótico por receita atendidos: _____

Número de unidades vencida no local: _____

Percentual geral de medicamentos prescritos da relação de medicamentos do


PAFB do município: _____

Número de receitas não atendidas: _____

****PAFB:**Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

****ITEM 5:** Este item refere-se ao total de medicamentos atendidos em relação aos medicamentos prescritos.

EX: atendidas 500 receitas no mês, com total de 2500 itens(medicamento), dispensados 2200 itens (medicamentos).

 Palmas Governo de SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

Cálculo: 2500-----100

2200-----X

X= 88%

****ITEM 6:** Este item refere-se a porcentagem de prescrições que contenham no mínimo um antibiótico, do total de prescrições atendidas na unidade.

EX: atendidas 500 receitas no mês, com 350 receitas com pelo menos um antibiótico

Cálculo: 500-----100

350-----X

X= 70%

Sugestões: _____


Solicitação à gerência:

Acompanhado por: _____ **Cargo:** _____

CPF: _____

Nº . Registro no CRF: _____

Assinatura e carimbo: _____

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

ATRIBUIÇÕES DOS AUXILIARES DE FARMÁCIA

DOC-POP ASSFARM 002

Controlar estoque dos medicamentos;

Verificar validade e condição de estocagem dos medicamentos;

Dispensar medicamentos da rede básica conforme prescrição médica;

Orientar o paciente quanto à Solicitação de Medicamentos Não-Padronizados (Medicamentos Extra-Rede);


proceder atendimento telefônico;

Preencher relatórios conforme orientação do farmacêutico;

Receber e conferir medicamentos.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

ATENDIMENTO DE RECEITUÁRIOS E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA REDE BÁSICA

POP ASS FARM 001

OBJETIVO:

Garantir aos usuários de medicamentos da rede básica um atendimento de qualidade tornando o trabalho mais funcional a partir da normatização da conduta sobre a dispensação de medicamentos.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos;

Auxiliares de farmácia.

PAUTAS GERAIS

Só serão atendidas as receitas que forem prescritas por médicos e dentistas;

Os dentistas poderão prescrever antibióticos, antiinflamatórios, analgésicos, antifúngico bucal e aciclovir para herpes labial. Os dentistas relacionados a seguir poderão prescrever ansiolíticos, sendo permitido, no máximo, 5 comprimidos por paciente: Renata H. Vilarinho, Sandro Regis Rodrigues Lima e Verônica Dutra.

As receitas prescritas por enfermeiros serão atendidas se estiverem contempladas pelos manuais e/ou protocolos provenientes do Ministério da saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas;

A receita deve conter o nome do paciente, a prescrição, a data, carimbo e assinatura do médico;

Os medicamentos devem estar escritos de forma clara, preferencialmente pelo nome do princípio ativo e deve ter a forma farmacêutica a ser dispensada, a posologia, duração do tratamento e quantidade a ser dispensada;

Não é permitida a dispensação de medicamentos sem a prescrição correspondente, mesmo que para o consumo dos servidores da própria unidade de saúde;

Aceitar somente prescrições do SUS e do Município de Palmas;

Não atender receitas particulares ou de outros municípios;

Cada medicamento atendido corresponderá a uma marcação de carimbo;

O carimbo não deve dificultar a leitura da posologia do medicamento;

A cópia do receituário médico deve ficar arquivada na unidade de saúde;

Não é permitida a administração de medicamentos injetáveis aos pacientes, estes devem ser administrados nas Unidades de Saúde;

Os antibacterianos devem ser dispensados por um tempo de tratamento não superior a 10 dias caso não haja indicação do CID e tempo de tratamento;

Não aviar receitas com prescrição de antibacterianos quando a data da prescrição ultrapassar 15 dias;

Os receituários médicos têm validade de 30 dias.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Receba o paciente com cordialidade e gentileza;

Use uma linguagem acessível;

Pegue o receituário médico e analise se o medicamento está disponível no Elenco Básico do SUS;

Se constar no elenco da Rede Básica, atenda apenas a quantidade prescrita;

Carimbe as duas vias da receita com o carimbo ATENDIDO sobre os medicamentos fornecidos;

Coloque a data e assine por extenso;


Retenha a 2ª via da prescrição do paciente, entregando-lhe a 1ª via carimbada;

Oriente o paciente quanto à posologia do medicamento;

Se a receita não for completamente atendida na unidade, oriente o paciente a tirar fotocópia da receita e através de contato telefônico, informe-se onde este poderá ser encontrado.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

ATENDIMENTO DE RECEITUÁRIOS E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA REDE BÁSICA DE USO CONTÍNUO

POP ASSFARM 002

OBJETIVO:

Garantir aos usuários de medicamentos da rede básica de uso contínuo um atendimento de qualidade tornando o trabalho mais funcional a partir da normatização da conduta sobre a dispensação de medicamentos.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos;

Auxiliares de farmácia.

PAUTAS GERAIS

Para o atendimento nesta condição, o paciente deve estar cadastrado nos Programas oficiais do Ministério da Saúde nas Unidades de Saúde;

Só serão atendidas as receitas que forem prescritas por médicos;

Os dentistas poderão prescrever antibióticos, antiinflamatórios, analgésicos, antifúngico bucal e aciclovir para herpes labial. Os dentistas relacionados a seguir poderão prescrever ansiolíticos, sendo permitido, no máximo, 5 comprimidos por paciente: Renata H. Vilarinho, Sandro Regis Rodrigues Lima e Verônica Dutra.

As receitas prescritas por enfermeiros só serão atendidas se estiverem contempladas pelos manuais e/ou protocolos provenientes do Ministério da saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas;

A receita deve conter o nome do paciente, a prescrição, a data, carimbo e assinatura do médico;

Os medicamentos devem estar escritos de forma clara, preferencialmente pelo nome do princípio ativo e deve ter a forma farmacêutica a ser dispensada, a posologia, duração do tratamento e quantidade a ser dispensada;

Não é permitida a dispensação de medicamentos sem a prescrição correspondente;

Aceitar somente prescrições do SUS e do Município de Palmas;

Não atender receitas particulares ou de outros municípios;

Cada medicamento atendido corresponderá a uma marcação de carimbo;

O carimbo não deve dificultar a leitura da posologia do medicamento;

Devem ser carimbadas o original e a cópia do receituário médico;

A mesma receita poderá ser usada por um período de 3 meses;

Quando necessário, o paciente é quem deve providenciar as cópias das receitas.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Receba o paciente com cordialidade e gentileza;

Use uma linguagem acessível;

Pegue o receituário médico e verifique se o medicamento é de uso contínuo;

Dispense medicamento para 30 dias de atendimento;

No primeiro atendimento, carimbe cada item atendido;


Registre o medicamento dispensado assim como a quantidade, data e assine;

Para o segundo e terceiro atendimentos, use o verso do receituário médico e proceda como indicado no item 6;

Arquive uma cópia do receituário médico na unidade dispensadora.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

ATENDIMENTO DE RECEITUÁRIOS E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

POP ASSFARM 003

OBJETIVOS

Garantir aos usuários de medicamentos da rede básica sujeitos a controle especial um atendimento de qualidade tornando o trabalho mais funcional a partir da normatização da conduta sobre a dispensação de medicamentos.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos.

Auxiliares de Farmácia sob a supervisão do farmacêutico.

PAUTAS GERAIS

A dispensação de Medicamentos sujeitos a Controle Especial está regulamentada pela Portaria Nº. 344/98 MS;

Não receber receituários com preenchimento incompleto;

Os receituários têm validade de 30 dias, contados da data da assinatura pelo médico;

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Receba o paciente com cordialidade e gentileza;

Pegue o receituário médico e observe:

Se a receita é específica de medicamentos sujeitos a controle especial (branca em duas vias, azul ou amarela);

Se foi emitida por profissional do SUS;

Se o medicamento e a dosagem fazem parte do Elenco da Rede Básica;

A data da prescrição da receita (30 dias);

A receita deve estar datada, carimbada e assinada pelo médico, além de conter o nome do paciente.

Solicite a identidade do paciente ou do portador da receita e só libere mediante apresentação desta;

Preencha o endereço, o nome do portador da receita e do paciente, o número do RG, o estado da expedição e o telefone na primeira via (farmácia);

Assine o receituário médico no campo ASSINATURA DO FORNECEDOR para registro de quem liberou o medicamento;

Entregue a segunda via e a identidade ao paciente;

Oriente o paciente como deve ser tomado o medicamento;


Guardar a primeira via em local pré-estabelecido;

Transcreva para o Livro de registro de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial;

Guarde as receitas de forma ordenada.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.		Pág.:
	Data da Revisão:		Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008		

CONTROLE DE ESTOQUE

POP ASSFARM 004

OBJETIVOS

Registrar a entrada e saída de medicamentos com o objetivo de repor os estoques, garantindo que não faltem medicamentos, nem haja perdas e desperdícios.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos;

Auxiliares de farmácia.

PAUTAS GERAIS

Observar freqüentemente o estoque de medicamentos e insumos, inclusive o prazo de validade destes e as alterações que possam ser observadas visualmente (mudança de cor, partículas estranhas, manchas, odores, entre outros).

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

- 1- Lance os medicamentos atendidos diariamente no MAPA DE CONTROLE DIÁRIO DE MEDICAMENTOS para controle do estoque;
- 2- Utilize a **PL-POP ASSFARM 002** para controle de estoque da farmácia;
- 3- Anote no campo A o ESTOQUE ANTERIOR;
- 4- No campo B deve ser anotado as ENTRADAS DO MÊS;
- 5- No campo C são anotadas as SAIDAS DO MÊS;

6- O ESTOQUE ATUAL corresponde a: ESTOQUE ANTERIOR (A) + ENTRADAS DO MÊS (B) – SAÍDAS DO MÊS (C)

7- O número de medicamentos na prateleira deve coincidir com a quantidade determinada nos mapas de controle diário presentes nas farmácias;


8- Revise o estoque quinzenalmente;

9- Compare com a média de utilização;

10- Anote a quantidade a ser solicitada ao almoxarifado.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

PLANILHA DE CONTROLE DE ESTOQUE


PL-POP ASSFARM 002
FARMÁCIA MUNICIPAL:

DATA: / /

[illegible]

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS AO ALMOXARIFADO

POP ASSFARM 005

OBJETIVOS

Repor estoque de medicamentos na Farmácia.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos.

PAUTAS GERAIS

O preenchimento do Mapa de medicamentos é de responsabilidade do Farmacêutico;

As quantidades de medicamentos e insumos solicitados nos mapas devem ser coerentes, de acordo com a demanda da unidade;

Os mapas devem ser assinados pelos farmacêuticos (as);

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Faça um balanço da quantidade de medicamentos em estoque na farmácia;

Preencha todos os campos presentes nos mapas de medicamentos;

Baseie as quantidades solicitadas em uma média de consumo mensal;

Lance todos os medicamentos recebidos no campo RECEBIDOS DO MÊS;

Lance o quantitativo referente aos medicamentos dispensados aos pacientes através de receituário no campo CONSUMIDOS NO MÊS;


Informe o campo SALDO MENSAL (medicamentos em estoque);

Assine o mapa;

Entregue o Mapa de Medicamentos quinzenalmente ao almoxarifado.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DO ALMOXARIFADO

POP ASSFARM 006

OBJETIVOS

Inspecionar e conferir as quantidades de medicamentos recebidas com as solicitadas ao almoxarifado.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos;

Auxiliares de farmácia.

PAUTAS GERAIS

Impeça a entrada de qualquer pessoa no local da conferência a fim de evitar transtornos.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Confira as quantidades recebidas com as solicitadas;


Confira as especificações dos produtos;

Confira a validade dos produtos recebidos

Após a conferência, organize os medicamentos e insumos nas prateleiras de acordo com o **POP ASSFARM 007**.

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

POP ASSFARM 007

OBJETIVOS

Ordenar corretamente os medicamentos, observando as datas de validade e especificações dos produtos.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos;

Auxiliares de farmácia.

PAUTAS GERAIS

Não será permitido, em nenhuma hipótese, o acondicionamento de outros produtos na farmácia que não sejam medicamentos e correlatos;

A unidade deverá dispor de local apropriado para a guarda de produtos diversos (limpeza, impressos, etc);


O controle de temperatura da geladeira deve ser feito diariamente, três vezes ao dia, segundo **PL-POP ASSFARM 003**.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Guarde-os em ambientes climatizados (ar condicionado), protegidos da luz e livre de umidade, armazenando-os em prateleiras;

Respeite o número máximo de empilhamento das caixas, número encontrado nas próprias embalagens;

Ordene os medicamentos nas prateleiras de acordo com a data de validade, dispondo-os de maneira que os medicamentos com data de validades menores sejam dispensados primeiro;

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

DESCARTE DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

POP ASSFARM 008

OBJETIVOS

Desprezar medicamentos com prazo de validade vencido.

RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos;

Auxiliares de farmácia.

PAUTAS GERAIS


Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Separe os medicamentos vencidos dos demais e identifique-os com a palavra VENCIDOS;

Faça uma lista com os medicamentos vencidos, conforme planilha do **PL-POP ASSFARM 004**;

Notifique à Gerência da Vigilância Sanitária a existência de medicamentos vencidos na farmácia.

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
---	---	-------


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

PLANILHA PARA ENVIO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS

PL-POP ASSFARM 004

FARMÁCIA MUNICIPAL: _____ **DATA:** ____/____/____

[illegible]

 <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

Enviado por: _____ **Cargo:** _____


CPF: _____

Assinatura: _____

Recebido por: _____ **Cargo:** _____

CPF: _____

Assinatura: _____

 <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

ATENDIMENTO TELEFÔNICO

POP ASSFARM 009

1- OBJETIVOS

Padronizar o atendimento telefônico aos pacientes.

2- RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos

Auxiliares de Farmácia

3- PAUTAS GERAIS

Atender a ligação com cordialidade e gentileza;

Mantenha a lista de medicamentos padronizados fixada em local de fácil visualização e consulta;

Atualizar diariamente o estoque de medicamentos da Farmácia para consulta.

4- DESCRIÇÃO DO PROCESSO


1- Atenda a ligação identificando-se e identificando a farmácia;

2- Ouça a solicitação do usuário sobre os medicamentos;

3- Verifique na Lista de Medicamentos Padronizados se o medicamento solicitado faz parte do estoque da farmácia;

4- Informe ao usuário a presença ou não do medicamento nas Farmácias Municipais;

5- Encaminhe o paciente a outra Farmácia Municipal quando for o caso ou à Assistência Farmacêutica Estadual quando o medicamento constar na Lista de Medicamentos Excepcionais.

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Lei nº. 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1.976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº. 344, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.


BRASIL. Portaria nº. 1085 de 21 de novembro de 2006. Dispõe sobre a solicitação de custeio, através de recursos municipais, de medicamentos não incluídos na padronização não definida pelo Programa de Abastecimento de Medicação Básica.

BARCELOS, J. C. & BRITO, M. C. M. : **Boas Práticas de Manipulação de Medicamentos.** Rio de Janeiro, Dissertação apresentada ao I Curso de Extensão em Boas Práticas de Fabricação e Controle de Medicamentos da Universidade Federal do Rio de Janeiro. P. 83. 1996.

BRASIL. Portaria GM nº. 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
Delermano Max Cardoso	Francisco José Lopes de Andrade	Adriana Victor Ferreira Lopes
Data: 03/11/2008	Data: 15/06/2008	Data: 08/07/2008

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	NR: Portaria Nº 344, de 12 de Maio de 1998.	Pág.:
	Data da Revisão:	Nº. Revisão:
	Data da Efetivação: 14/07/2008	

SUMÁRIO

ATRIBUIÇÕES DOS FARMACÊUTICOS _____	PÁG 2
PLANILHA DE RELATÓRIO MENSAL _____	PÁG 3
ATRIBUIÇÕES DOS AUX. DE FARMÁCIA _____	PÁG 5
atendimento de receita[

Elaborado por: Delermano Max Cardoso Data: 03/11/2008	Revisado por: Francisco José Lopes de Andrade Data: 15/06/2008	Aprovado por: Adriana Victor Ferreira Lopes Data: 08/07/2008
---	--	--

E-mail: assfarm_palmas@hotmail.com

**ANEXO C – PGRSS – PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

PGRSS

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE



FARMÁCIA MUNICIPAL 404 SUL

Sílvia Fernanda Porto de Oliveira

Coord. Ass. Farm. Municipal

IDENTIFICAÇÃO DO GERADOR:**RAZÃO SOCIAL:** SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde**NOME FANTASIA:** Farmácia Municipal 404 Sul**TIPO DE ESTABELECIMENTO:****PROPRIEDADE:** Pública (☒) Filantrópica (☐) Privada (☐) Outro (☐) _____**CNPJ:** 24.851.511/0001-85**ENDEREÇO:** Avenida LO11 Lote 08**BAIRRO:** Pl Dir Sul**CIDADE:** Palmas – TO**CEP:** 77000-000**FONE:** 63-3218-5558**FAX:****SITE:** www.palmas.to.gov.br**e-mail:****ÁREA CONSTRUÍDA (m²):****RAMO DE ATIVIDADE:** Dispensação de medicamentos**DATA DO INÍCIO DE FUNCIONAMENTO:** 01.07.2008**HORARIO DE FUNCIONAMENTO:** 7 às 18 horas**NUMERO DE CLIENTES ATENDIDOS POR DIA:** 2000 clientes**NUMERO DE FUNCIONARIOS:** 05 funcionários**RESPONSÁVEL LEGAL:****Responsável Técnico:** Iran de Lima (Farmacêutica – CRF nº. 218)

André Luiz Monteiro Pontes

RESPONSABILIDADES NO PGRSS

NÍVEL	RESPONSABILIDADES	RESPONSÁVEL
Gerência e de Coordenação Assistência Farmacêutica	Assegurar que os Resíduos dos Serviços de Saúde sejam manuseados de forma a garantir a segurança do pessoal, dos clientes, da comunidade e do meio ambiente.	Lucienne Calderari Teles
Responsável Técnico (a) pelo PGRSS	Implantar, implementar e assegurar a manutenção do PGRSS e a aplicação das respectivas normas de segurança	Iran de Lima
Responsável Técnico (a)	Garantir a execução do PGRSS e das normas de manejo interno	Iran de Lima , André Luiz Monteiro Pontes

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS:**NOME:** Iran de Lima**RG :** 5908 SSP / TO**CPF:** 586.722.731-68**PROFISSÃO:** Farmacêutica**CONSELHO:** CRF – TO nº. 218**ENDEREÇO RESIDENCIAL:****BAIRRO:** Plano Diretor Sul**CEP:** 77000-000**CIDADE:** Palmas**ESTADO:** Tocantins**FONE/FAX:** 63-9994-3417**E-MAIL:** iran-delima@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Farmácia Municipal que pauta todas as suas atividades por critérios de excelência, atende pacientes da cidade de Palmas e suas atividades geram resíduos de serviços de saúde cuja disposição final deve ser feita de maneira adequada e responsável. Para gerenciar estes resíduos é necessário planejar e executar ações que visem ao correto manejo dos mesmos, conforme determinado na RDC ANVISA nº. 306/2004 e na Resolução CONAMA nº. 358/2005. A etapa de planejamento consiste na elaboração de um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde – PGRSS, com base nas características dos resíduos gerados.

Estes resíduos necessitam de mecanismos seguros para sua disposição final, já que eles requerem um procedimento de descarte muito distinto daquele dado ao lixo doméstico. Não existe nenhum mecanismo “honesto” que possa ser utilizado para zerar a geração destes resíduos, entretanto muito pode ser feito no sentido de racionalizá-la e mesmo diminuí-la. De qualquer maneira, toda e qualquer ação neste sentido tem um grande impacto positivo, diretamente sobre os custos do programa de gerenciamento.

3.1 OBJETIVO GERAL:

O Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde constitui-se de um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos funcionários, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Buscar alternativas para minimizar a geração dos resíduos adequando práticas e procedimentos quando possível;

Realizar a segregação adequada e encaminhar os resíduos para a correta reutilização, reaproveitamento, reciclagem ou eliminação;

Propiciar a participação e envolvimento dos funcionários do estabelecimento;

Melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho.

MANEJO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

<i>CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS</i>	
REFERÊNCIAIS	A classificação adotada é baseada na Resolução da Diretoria do Colegiado - RDC 306 DE 7 de dezembro de 2004.
GRUPOS	<i>CARACTERÍSTICAS</i>
Grupo A (A₁, A₄)	Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.
Grupo B	Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade;
Grupo D	Resíduos que não apresentam riscos biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser comparado aos resíduos domiciliares.
Grupo E	Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas.

4.1 QUANTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS POR GRUPO:

IDENTIFICAÇÃO	QUANTIDADE (LITROS/SEMANA OU QUILOS/SEMANA)
Grupo A1	Não gerado
Grupo A2	Não gerado
Grupo A3	Não gerado
Grupo A4	Não gerado
Grupo A5	Não gerado
Grupo B	2 quilos
Grupo C	Não gerado
Grupo D	6 quilos
Grupo E	Não gerado

4.2 SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS:

Os resíduos deste estabelecimento são acondicionados e armazenados de acordo com as Resoluções RDC ANVISA nº306/2004, CONAMA nº358/2005 e normas pertinentes da ABNT.

GRUPO B: resíduos químicos (medicamentos vencidos)

Os medicamentos vencidos são acondicionados em caixas de papelão devidamente identificadas como tal.

GRUPO D: resíduos comuns

Os resíduos como papel, papelão, plástico e vidro são separados e acondicionados em lixeiras com sacos plásticos coloridos e resistentes, embora não sejam destinados à reciclagem.

FORMA DE ACONDICIONAMENTO

Grupos	Forma de acondicionamento	Identificação do recipiente
B resíduos químicos	Os frascos são acondicionados em estantes	Resíduo Químico
D resíduos comuns	Acondicionados em sacos plásticos dentro de lixeiras	Resíduo Comum
D resíduos comuns - reciclável	Acondicionados em sacos plásticos dentro de lixeiras	Resíduo Reciclável

4.3 TRANSPORTE INTERNO DOS RESÍDUOS:

Equipamento utilizado para coleta interna: coleta manual

Frequência da coleta interna: semanal

4.4 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO:

Os resíduos do grupo B (medicamentos vencidos) são temporariamente armazenados em estante de aço, localizada dentro do próprio estabelecimento e devidamente identificados.

Os resíduos do grupo D, apesar de ocorrer a segregação, estes não são enviados para reciclagem; sendo, então destinados ao lixo comum.

4.5 TRATAMENTO

TRATAMENTO INTERNO			
GRUPO	DESCRIÇÃO DOS RESÍDUOS	GERENCIAMENTO / TRATAMENTO	LOCAL
B	Medicamentos	Segregação	Local de Geração
D	Papel comum, plástico e vidro	Segregação	Local de
	Papel Higiênico e Papel Toalha	Segregação	Local de Geração

4.6 ARMAZENAMENTO EXTERNO:

Não há armazenamento externo de resíduos.

4.7 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS:

Os frascos contendo os medicamentos vencidos são armazenados em caixas e são enviados, mensalmente à Vigilância Sanitária.

4.8 DISPOSIÇÃO FINAL:

DISPOSIÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS NO ATERRO				
GRUPO	RESÍDUO	DISPOSIÇÃO FINAL	MÉDIA MENSAL KG/MÊS	CUSTO R\$ / TONELADA
D	Papel higiênico e papel toalha	Aterro sanitário		80,00
NOTA	É importante citar que esses dados são referentes à cidade de Palmas			

4.8.1 DADOS DO ATERRO:

NOME DA EMPRESA ADMINISTRADORA DO ATERRO/CNPJ: Prefeitura Municipal de Palmas (CNPJ: 24.851/0001-85)

ENDEREÇO: São João – Zona Rural

LICENÇA DE OPERAÇÃO: 119/2001

RESPONSÁVEL TÉCNICO: Antônio Sávio Filho – Engenheiro Civil – CREA-TO: 6892-4

5. SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL:

As pessoas envolvidas diretamente com o manuseio de resíduos devem ser imunizadas em conformidade com o Programa Nacional de Imunização-PNI, devendo obedecer ao calendário previsto neste programa.

A Saúde Ocupacional segue, de modo que os programas e ações desenvolvidas possam garantir as condições de segurança no trabalho e a preservação da saúde do trabalhador.

Para o manuseio dos resíduos, o funcionário deve usar os seguintes EPIs: luva de PVC ou de borracha de cor clara, antiderrapante e de cano longo, jaleco impermeável de médio comprimento.

As mãos devem ser lavadas antes de calçar as luvas, após a coleta ainda com as luvas e depois de retirá-las. Estas devem ser imediatamente descartadas em caso de rompimento e os EPIs devem ser lavados e desinfetados diariamente.

O programa de Educação Permanente desenvolvido independe do vínculo empregatício.

CURSOS PLANEJADOS Próximos 12 meses	DATA	MINISTRANTE	NÚMERO DE PARTICIPANTES	DURAÇÃO
Oficina de implantação PGRSS	A definir	A definir	Funcionários	A definir
Biossegurança	A definir	A definir	Funcionários	A definir
Noções básicas sobre os programas: Programa 5S e Programa 3R	A definir	A definir	A definir	A definir

Prevenção dos impactos ambientais provocados por resíduos	A definir	A definir	A definir	A definir
Obs: Este planejamento está sujeito a reformulações, caso necessário, para atender as necessidades da instituição.				

6. DETERMINAÇÃO DE INDICADORES:

6.1 INDICADOR 1: Quantificação dos resíduos

6.1.1 Meta: Reduzir continuamente a quantidade (massa ou volume) do resíduo gerado.

6.1.2 Ação: Monitoramento contínuo da produção de resíduos.

6.1.3 Estratégias:

Pesagem diária dos resíduos separadamente por ponto de geração;

Orientar continuamente os funcionários com o propósito de promover a redução do volume de resíduos produzidos

TIPO DE RESÍDUO	CÁLCULO
Resíduos Sólidos do Grupo B	$\frac{\text{Massa de resíduos sólidos do grupo B no período}}{\text{Massa de resíduos sólidos do grupo B no mesmo período anterior}} \times 100$
Resíduos Líquidos do Grupo B	$\frac{\text{Volume de resíduos líquidos do grupo B no período}}{\text{Volume de resíduos líquidos do grupo B no mesmo período anterior}} \times 100$
Resíduos Sólidos do Grupo D	$\frac{\text{Massa de resíduos sólidos do grupo D no período}}{\text{Massa de resíduos sólidos do grupo D no mesmo período anterior}} \times 100$

Resíduos Líquidos do Grupo D		Volume de resíduos líquidos do grupo D no período	X 100
	do	Volume de resíduos líquidos do grupo D no mesmo período anterior	

6.2 INDICADOR 2: Capacitação em PGRSS e Biossegurança

6.2.1 Meta: Capacitar em PGRSS e BIOSSEGURANÇA todos os funcionários

6.2.2 Ação: Promover curso de capacitação em PGRSS E BIOSSEGURANÇA aos funcionários

6.2.3 Cálculo:

Número de funcionários capacitados em PGRSS E BIOSSEGURANÇA X 100

Número de funcionários da Farmácia

6.3 INDICADOR 3: Ocorrência de Acidentes de Trabalho

6.3.1 Meta: Reduzir a ocorrência de acidentes de trabalho por Resíduos de Serviço de Saúde

6.3.2 Ação: Promover curso de capacitação em PGRSS E BIOSSEGURANÇA aos funcionários

6.2.3 Cálculo:

Número de acidentes por resíduos de serviço de saúde no período X 100

Número de acidentes por resíduos de serviço de saúde no mesmo período anterior

Obs: Informamos que até a presente data não houve registros de acidente de trabalho com instrumentos perfuro cortantes.

7. PLANEJAMENTO DOS RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS:

Para implantação do Programa de Geração de Resíduos em Serviços de Saúde não há necessidade de investimentos.

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

A Farmácia Municipal se compromete a seguir as disposições e implantar as medidas contidas neste plano.

Local: _____ Data: ____/____/____

Gerência de Assistência Farmacêutica

Responsável Técnico

Responsável Técnico pelo PGRSS

9. CONCLUSÃO

O sucesso do programa dependerá de revisões e melhorias constantes e a disponibilidade de recursos, de treinamento de funcionários, educação ambiental e aplicação de medidas de conscientização e fiscalização constantes.

10. BIBLIOGRAFIA

Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde – Ministério da Saúde;

RDC nº.306 de 07/12/2004;

Resolução do CONAMA nº. 358/2005

LEI FEDERAL nº9605/98 Dispõe sobre crimes ambientais.

RESOLUÇÃO CONAMA nº01/86 Estabelece definições, responsabilidade, critérios básicos, e diretrizes da avaliação do impacto ambiental, determina que aterros sanitários, processamento e destino final de resíduos tóxicos ou perigosos são passíveis de avaliação.

RESOLUÇÃO CONAMA nº05/88 Especifica licenciamento de obras de unidade de transferência, tratamento e disposição final de resíduos sólidos de origem doméstica, públicas, industriais e de origem hospitalar.

RESOLUÇÃO CONAMA nº05/93 Dispõe sobre destinação dos resíduos sólidos de serviço de saúde, portos, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários. Onde define a responsabilidade do gerador quanto o gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final.

RESOLUÇÃO CONAMA nº358/2005 Dispõe sobre o tratamento técnico para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.

RESOLUÇÃO ANVISA RDC Nº306/2004 Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.

NBR 10.004/87 Classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde.

NBR 7.500/87 Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de resíduos sólidos.

NBR 12.235/92 Armazenamento de resíduos sólidos perigosos definidos na NBR 10.004 procedimentos.

NBR 12.807/93 Resíduos de serviços de saúde terminologia.

NBR 12.809/93 Manuseio de resíduos de serviços de saúde procedimentos.

NBR 12.810/93 Coleta de resíduos de serviços de saúde procedimentos.

NBR 12.980/93 Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos terminologia.

NBR 11.175/90 Fixa as condições exigíveis de desempenho do equipamento para incineração de resíduos sólidos perigosos.

NBR 13.853/97 Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes requisitos e métodos de ensaio.

CNEN NE 6.05/98 Gerência dos rejeitos radioativos.

ANEXO D – FOTOS DAS FARMÁCIAS BÁSICAS MUNICIPAIS – FAB's.

FAB 603 Norte – Frente e Parte Interna



FAB 603 Norte –Parte Interna



FAB 405Norte – Frente



Parte Interna da FAB



FAB 404 SUL – Frente

Parte Interna da FAB



FAB Aurenly III – Frente



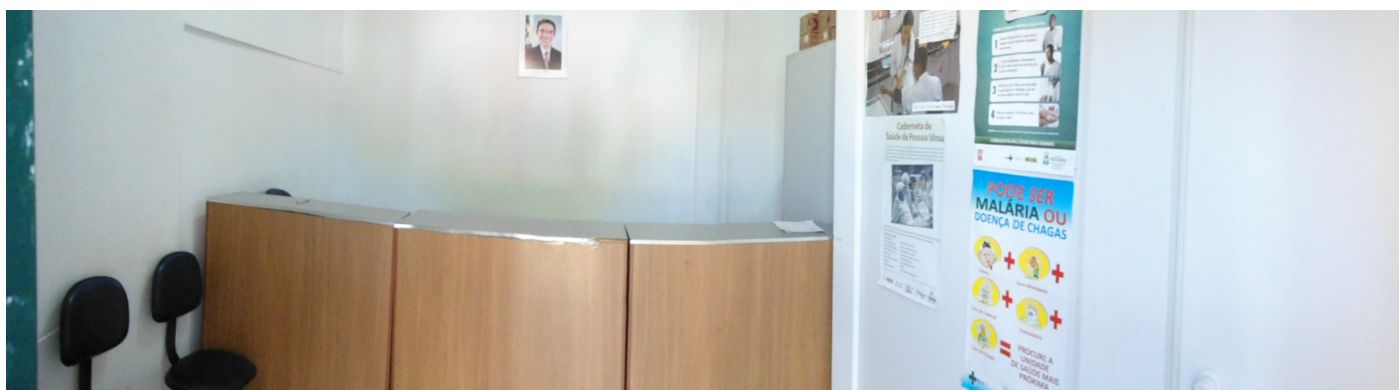
Parte Interna da FAB



FAB Aurenly III – Parte Interna da FAB



FAB Aurenly III – Recepção _Parte Interna da FAB



APÊNDICES

APÊNDICE A – "OS CAMINHOS DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO MUNDO E NO BRASIL"

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO COM A GERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO COM OS FARMACÊUTICOS

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADA COM OS FARMACÊUTICOS

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS ATENDIDOS NA FARMÁCIA

APÊNDICE A – OS CAMINHOS DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL: APONTAMENTOS

MIRANDA, C.G.L.¹; FERNANDES, A.C.A.²; CASTRO, M.S.³; OLIVEIRA, F.H.C.⁴

Resumo

O trabalho tem o propósito de descrever o surgimento do conceito da Atenção Farmacêutica no Brasil, iniciando primeiramente com a evolução desse conceito desde 1975, por Mikael et al., até o surgimento dos modelos americano e espanhol. Após essa apresentação, realizamos a análise do caso brasileiro, no intuito de comparar o Brasil frente os países Norte Americanos e Espanhol. Percebemos que o Brasil possui um conceito definido, mas que a realidade dessa prática ainda não é observada como realidade dentro das farmácias e drogarias, públicas ou privadas, embora a legislação tenda a incentivar sua existência. Apontamos algumas perguntas para tentar compreender o porquê desse fato; e também estimular a caminhada daqueles que vêm nessa prática um caminho necessário e insubestimável à saúde da população.

Abstract

The work aims to describe the emergence of the concept of Pharmaceutical Care in the world, in order to provide the evolution of this concept since 1975, by Mikael et al., until the rise of Spanish and American models. After this presentation, we analyze the Brazilian case, in order to compare Brazil with other countries. We realize that Brazil has a defined concept, but the reality of this practice is not yet seen as a reality within pharmacies, public or private, although the legislation tends to encourage its existence. Those are some questions to try to understand why this fact, and also stimulate the walk of those who see this practice necessary path to health.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica. Mundo. Brasil. Histórico.

1- Carolina, G.L.M, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica – PPGIT, da UFPE. carolinagalgane@yahoo.com.br. (81) 98389864

2- Ana Cristina Fernandes, professora Titular do Departamento de Geografia, Vice-coordenadora do PPGIT/UFPE

3- Mauro de Castro, professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com ênfase em Atenção Farmacêutica

4- Fábio Cavalcanti, mestrando do PPGIT/UFPE.

Introdução:

O trabalho tem como objetivo apresentar o histórico de surgimento da Atenção Farmacêutica – At. F – no mundo, priorizando suas definições, conceitos, filosofia e modelos existentes; para posterior discussão do caso específico do Brasil.

A necessidade de estudos na área de At. F se justifica principalmente pela crescente prevalência de morbidade e mortalidade associada a medicamentos em diversos países e no Brasil^[1]. Em 1998, Roughead et al., publicaram os resultados de seu estudo realizado na Austrália, sobre os número de internações hospitalares e observou que as internações hospitalares causadas por medicamentos correspondiam à 2 a 4 % do total de internações, 6 a 7 % das admissões em emergências, 12 % das admissões em unidades de clínica médica e 15 – 22 % das admissões de emergências em geriatria^[2]. Em 2002, Winterstein et al. publicaram os resultados encontrados, após a metanálise de artigos, sobre internações hospitalares relacionadas a medicamentos, segundo eles, as taxas de prevalência podem variar de 3 a 9% das internações; além de que, mais de 50% das internações relacionadas a medicamentos poderiam ser prevenidas^[3].

Os dados brasileiros mais recentes para as intoxicações proveniente de medicamento são do ano de 2009 e corresponde a 26.540 mil casos, que significa 26,44% de todos os casos de intoxicações humanas por agentes tóxicos no Brasil^[4].

Os problemas associados ao uso incorreto do medicamento estão descritos na literatura científica e as consequências desse ato refletem diretamente em custos para o sistema de saúde, sendo perceptíveis em termos de internações, consultas médicas, exames laboratoriais, reabilitações, além do custo humano^[5]. Na tentativa de intervenções capazes de responder a morbidade e mortalidade, relacionada ao uso de medicamentos, assim como a necessidade social de um profissional que assuma a responsabilidade pela prevenção e resolução dos problemas relacionados à utilização de medicamentos, faz com que surja como perspectiva de resposta, a Atenção Farmacêutica.

A inefetividade, a fragmentação, a falta de comunicação entre os diferentes atores e os elevados custos dos sistemas de saúde em todo o mundo, também apontam para a necessidade de intervenções capazes de melhorar os resultados em saúde^[6]. A realidade mundial do uso racional do medicamento continua sendo considerado uma exceção na sociedade e não uma regra. Isso partindo da definição de que uso racional seja a utilização de medicamentos apropriados a demanda clínica do usuário; isto em doses adequadas ao indivíduo, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a sua comunidade^[7].

Agora, em observância ao cenário farmacêutico atual, em que a expectativa do lucro, enquanto mais valia capitalista, o risco em “tendenciar” a compreensão de que: “*demanda*”, “*doses adequadas*”, “*duração necessária*” e “*menor custo*” também sejam compreendidos como estratégia capitalista, é grande; acabam se contrapondo ao que se espera de uso racional dos mais variados medicamentos. Já que este é um, dos mais louváveis, princípios da Assistência Farmacêutica (PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica – Resolução 338 do CNS/MS), onde se adéqua às necessidades do homem, os medicamentos em sua demanda real.

Para melhor compreender estas questões relativas à Atenção Farmacêutica, necessário se faz retroceder e buscar compreender, primeiramente, o surgimento deste termo no Mundo, suas definições e seu real propósito. O termo Atenção Farmacêutica (At. F) surge pela primeira vez em 1975, por Mikeal et al. quando conceitua At. F como o cuidado que um dado usuário necessita e recebe e que garante o uso seguro e racional de medicamentos^[5].

Em 1980, Brodie et al, define a At. F como as *“necessidades farmacoterápicas do indivíduo e o fornecimento não apenas dos medicamentos necessários, mas também os serviços para garantir uma terapia segura e efetiva. Incluindo mecanismos de controle que facilitem a continuidade da assistência”*^[8]. O conceito apresentado, pelo mesmo autor, representa um marco para a farmacoterapia e abre caminho para a otimização desta e sua conscientização por profissionais e usuários. A preocupação de Bordie, em garantir o acesso do medicamento à população, era necessária, no entanto, havia ainda a necessidade de garantir a utilização adequada e os meios que conduzissem aos melhores resultados possíveis para usuário e sociedade. Era preciso extrapolar as questões de “logística” e voltar o olhar diretamente à população, pois seu conceito não estava centrado no usuário.^[5,9,10,11]

No intuito de apreender esse princípio, Charles Hepler (1988) apresenta um novo conceito no qual a farmácia deveria ter uma filosofia e estabelecer um compromisso com o usuário/sociedade. Segundo esse autor *“deveria haver um pacto entre farmacêuticos e pacientes, e por extensão, entre farmacêuticos e sociedade”*. O mesmo autor, em 1988, defende que a profissão deveria acompanhar a evolução tecnológica e social do mundo e advoga na necessidade de reprofissionalização da farmácia^[5].

Para Hepler esta reprofissionalização deveria ocorrer baseada em 04 pilares no qual teríamos (a) a farmácia e seu papel social e clínico; (b) definição de uma filosofia que considerasse a necessidade e a demanda social; (c) estruturação organizacional da nova profissão e (d) seu marketing. Reparemos que, nesta definição, está em evidência a preocupação com as questões das relações sociais, a busca em estabelecer um olhar crítico para si, a necessidade de se estabelecer uma nova imagem à Farmácia, além de vislumbrar uma mudança estrutural que atendessem ao novo profissional.

Ainda no ano de 1988, concomitante a definição de Hepler, Strand et al desenvolvem o processo racional de sistematização e coleta de dados para a tomada de decisão, o Pharmacist's Workup of Drugs Therapy – PWDt. Como consequências desse processo, em 1990, Linda Strand e Charles Hepler publicam um artigo intitulado “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, que discute sobre a possibilidade dos serviços farmacêuticos em prevenir os altos custos e a alta incidência da morbimortalidade derivada do uso de medicamentos^[5]. Nesse processo, os autores definem o conceito de Atenção Farmacêutica (At. F) como: *“A provisão responsável do tratamento farmacológico como o propósito de obter resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente”*^[8]. Esse conceito reúne de um lado a filosofia profissional, apresentada por Strand et al., e a responsabilização do farmacêutico no cuidado do usuário, defendida por Hepler.

O presente conceito de At. F possibilita o surgimento da discussão e o repensar do modelo de atendimento e de visão sobre o usuário, frente ao sistema de saúde, de modo mais amplo e com um sentido mais humano. Assim, o modelo biomédico tecnicista é colocado a debater com um modelo de atuação e prática profissional mais humano e holístico.

Temos, a partir desse momento, a defesa de um modelo médico, baseado no cuidado e na compreensão da importância de se assumir a responsabilidade pela farmacoterapia do usuário e por seus resultados em saúde. Sob esse contexto, em 1993, a Organização Mundial de Saúde – OMS promove um encontro no qual reconhece a importância do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, de modo a assegurar a saúde dos usuários e a promover o uso racional do medicamento. O documento produzido nesse encontro é conhecido como Declaração de Tóquio. Segundo a OMS, a *“Atenção Farmacêutica é um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico (...) sendo o compêndio das atitudes, valores éticos, funções, conhecimento, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, como o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida da população”* ^[13].

A Busca de uma Definição

A partir desse momento, acontecem o Fórum Europeu e o Congresso Internacional da Federação dos Farmacêuticos, sendo, o primeiro, no intuito de divulgar a At. F na Europa, e, o segundo, pretendendo divulgá-la nos países em desenvolvimento, o segundo. Essas ações internacionais são corroboradas com as recomendações da OMS (1996/97/98), com o objetivo de definir a filosofia da prática farmacêutica e a missão dessa prática.

Em 1997, Strand apresenta um novo conceito de Atenção Farmacêutica, na qual essa passa a ser uma prática que possui uma filosofia, um processo de cuidado e não mais focada no resultado, como apresentado por Linda Strand e Charles Hepler, no conceito de 1990. O novo conceito leva a uma divisão de pensamento entre Hepler e Strand, pois Hepler preconiza a prática da Atenção Farmacêutica para as doenças crônicas e Strand preconiza a Atenção Farmacêutica para toda doença ou situação.

Surgem, assim, dois modelos de prática americana de At. F, uma pertencente ao grupo de Hepler e outra pertencente à equipe de Strand, a diferença entre essas práticas consiste no público alvo, no qual se direciona a At.F. O primeiro grupo, de Hepler, dedica-se a usuários crônicos, conhecido como Therapeutic Outcome Monitoring – TOM; e o de Strand adota uma prática que, segundo eles, podem ser utilizadas a todos os tipos de usuários, sendo eles crônicos ou não, o método Minnesota Pharmaceutical Care. Assim, o conceito de At. F é novamente redefinido por Cipolle, Strand e Morley, em 1998, no qual a At. F é *“uma prática em que o farmacêutico assume responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e responde por esse compromisso”* ^[5].

Ainda nesse mesmo ano, ocorre o 1º Consenso de Granada, cuja finalidade era sistematizar determinados conceitos que estavam emergindo com esse novo modelo de prática e que necessitavam de uma definição consensual para os diversos estudiosos e profissionais envolvidos. Dentre os termos discutidos estavam a definição de: Problemas Relacionados a

Medicamento – PRM e as categorias de análise e interpretação dos PRM. Dessa forma, foi definido que PRM compreende *“um problema de saúde, vinculado com a farmacoterapia, que interfere ou pode interferir com os resultados esperados de saúde nesse paciente”*^[8].

Somente em 2002, no 2º Consenso de Granada, tem-se, portanto, a definição e a categorização dos PRM. No ano de 1999, o grupo de investigação em At. F. de Granada propõe o método Dáder de Implantação do Seguimento Farmacoterapêutico, que se difere do Método PWDT, por considerar, em seu conceito, a realidade e contexto local espanhol, tanto no que se refere à população, quanto aos profissionais farmacêuticos. Posteriormente, em outro tópico, discutiremos as diferenças e semelhanças entre o método Dáder e o Método PWDT.

Conjuntamente, nesse processo, tem-se em 2003, o reconhecimento do Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization pelo governo americano, no qual se estabelece uma parceria entre a faculdade de Minnesota e o plano de saúde: Fairview Health Services, até o momento ainda em vigor^[5].

Quatro anos mais tarde, em 2007, ocorre o terceiro Consenso De Granada, fruto do fórum realizado em 2006, no qual se percebeu as dificuldades de reprodutibilidade dos estudos, uma vez que, existiam várias nomenclaturas disponíveis na literatura para designar problemas relacionados ao medicamento. Dessa maneira, em 2007, definiu-se o que seja PRM e Resultados Negativos com o Medicamento – RNM, onde os PRM seriam as causas dos RNM^[1].

A Prática da Atenção Farmacêutica

Apresentamos, assim, o percurso da At. F no mundo, e podemos perceber que desde sua citação inicial por Mikael e Bordie, em meados da década de 80, até o terceiro Consenso de Granada em 2007, são crescentes as discussões e as definições de termos apropriados para avaliar, descrever e pesquisar nessa área, considerada nova para o mundo, atualmente com 31 anos de existência.

Entretanto, ressaltamos que, nesse período, têm-se muitas práticas consolidadas, e a importância da At. F tem sido cada vez mais respaldada por estudo que comprovam sua efetividade, a redução de custos para o sistema de saúde, após sua implantação, a melhora na terapêutica do usuário, a redução dos casos de problemas relacionados ao medicamento e dos gastos para tratamento de doenças relacionadas ao uso incorreto de medicamentos.

Percebe-se que os benefícios advindos com a prática da Atenção Farmacêutica foram investigados primeiramente nos Estados Unidos, onde se utilizou os dados do Projeto Minnesota, coordenado por Strand e colaboradores, no qual se verificou o aumento no número de usuários que alcançaram resultados terapêuticos positivos e redução de complexidade da demanda da farmacoterapia. Em síntese, observou-se uma relação custo-benefício favorável.

Já mais recentemente, em 2010, Ramalho de Oliveira apresenta, à comunidade científica, os dados de uma pesquisa referente aos 10 anos de atuação do Programa de At. F. Americana, período compreendido de 1998 a 2008. Segundo a autora, o plano de saúde Fairview Health Services, que contava nessa época com apenas 10 farmacêuticos teve uma economia de 3 milhões de dólares, a partir da implantação do PWDT e a melhora na terapêutica de 9.000 pacientes^[5].

Poderíamos dizer que, os dados apresentados por Oliveira proporcionam refletir sobre o fato de que a At. F., na busca por um melhor atendimento com uma visão social e de uso racional, revelou dados estatísticos que demonstram o lucro das empresas farmacêuticas com medicamentos, não necessários a saúde, e que muitas vezes são causas de agravos à saúde ou propiciam surgimento outras doenças; mesmo que esta não tenha sido a intenção prioritária da autora.

As Diferenças dos Modelos de Atenção Farmacêutica

Como já apresentado, anteriormente, existem atualmente dois modelos de Atenção Farmacêutica que se destacam no mundo: o Método PWDT - Americano; e o Método Dáder – Espanhol. Tentaremos abordar, de modo sucinto, as diferenças entre esses modelos, segundo nos é apresentado por Angnonesi (2007) ao discutir as diferenças existentes entre os modelos de dispensação Americana, Espanhola, Canadense, Inglesa e os compara com o Brasil. Não é objetivo desse trabalho, detalhar por completo as diferenças, nem tão pouco apresentar minuciosamente cada um desses métodos. Desejamos, sim, que o leitor tenha uma visão geral dos métodos atuais, sua localização no espaço, no que se refere ao país de origem; para posteriormente analisarmos o caso Brasileiro e assim fazermos algumas inferências sobre as influências desses modelos em nosso País e nos situarmos frente ao já existente.

Angnonesi (2007), em seu artigo “Dispensação Farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos” realiza uma revisão dos diferentes modelos através de documentos regulatórios, recomendações internacionais como OMS e alguns autores. Desse modo a autora aponta as diferenças relevantes entre Espanha, América do norte, Canadá, Inglaterra, e Brasil, que serão listadas a seguir. Para Angnonesi, as diferenças mais significativas entre os modelos existentes são: (a) No caso da Espanha, a At. F é um modelo de prática profissional que envolve: Dispensação, Seguimento farmacoterapêutico, Educação Sanitária, Farmacovigilância, Indicação de medicamentos permitidos, e demais atividades para prover o uso racional de medicamentos; (b) Para a América do Norte, a At. F. é o componente chave da prática farmacêutica, sendo dividida em 04 grupos: 1- garantia da terapia e resultados apropriados; 2- dispensação medicamento e equipamentos médicos; 3- promoção saúde e prevenção doenças; 4- gerência de sistema saúde; (c) No caso adotado na província de Ontário, Canadá, a dispensação considera os aspectos cognitivos e os aspectos técnicos; (d) Na Inglaterra, o país adota o modelo técnico que consiste no medicamento certo para o usuário certo; (e) No caso do Brasil, a autora apresenta os principais autores brasileiros como sendo: Dupim, Perini, Santos e faz suas considerações a cerca de uma possível proposta para o País ^[12]. Para essa autora o modelo de dispensação brasileiro deve ser revisto e criado procedimentos, a fim favorecer sua execução no contexto das farmácias comunitárias (privadas).

No ano de 2010, tendo-se como referência os modelos de dispensação Americana e Espanhola apresentados, Angnonesi discute as diferenças principais entre esses modelos de At. F. O modelo espanhol reconhece as demais atividades do farmacêutico, como a dispensação, por exemplo, parte desse novo modelo de prática profissional; enquanto que os Americanos reconhecem a At. F como uma prática única e diferente das demais atividades realizadas pelos farmacêuticos^[12].

Dando continuidade ao processo da construção do caminho da At. F no mundo e no Brasil, apresentaremos agora o caso Brasileiro, com seus respectivos caminhos de construção do conceito de At. F, suas políticas e as regulamentações existentes até o momento presente, a fim de contribuir para a realidade e o fortalecimento dessa prática no país.

O Processo no Brasil

No Brasil, as atividades do farmacêutico estão inseridas na Assistência Farmacêutica (As. F), que teve seu conceito iniciado em 1980 ^[15]. A As. F, no Brasil, se confundiu por algum tempo com a Central de Medicamentos – CEME, criada em 1971, e as atividades desenvolvidas por elas, com um modelo centralizado de gestão, compra e logística e distribuição. Ao longo de 26 anos, a CEME foi responsável pelas ações relacionadas ao medicamento e a As. F no país, porém, em 1997, foi realizado um diagnóstico institucional, no qual a CEME, reconhece a pouca utilização da Relação dos Medicamentos Essenciais – Rename pelos prescritores; os desperdícios consideráveis de medicamentos; o pouco conhecimento das doenças prevalentes no país; as compras equivocadas; os processos burocráticos de controle; a logística e distribuição com inúmeras falhas; além de recursos financeiros insuficientes ^[16]. Assim, o quadro de ineficiência do Programa de Assistência Farmacêutica desse período, associado aos problemas de corrupção, corroborou para a desativação da CEME por meio do decreto n°. 2283 de 24 de julho de 1997.

Durante o período de inexistência da CEME, coube a Secretaria Executiva – SE a responsabilidade da manutenção das atividades de aquisição e distribuição dos medicamentos dos Programas Estratégicos para as Secretarias Estaduais de Saúde. Nesse contexto, ocorre a institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS por meio da Lei n°. 8080/90, no qual se fazia necessário formular a política de medicamentos em acordo com a nova estrutura do sistema de saúde do País, que preconiza a descentralização da gestão e a responsabilização dos municípios pela atenção à saúde.

Nesse período, surge a Portaria GM n°. 3916 de 1998 que institui a Política Nacional de Medicamento – PNM ^[14]. Essa política teve como base os princípios e diretrizes do SUS, consolidando esforços para a consolidação do novo sistema, contribuindo para o desenvolvimento social e reorientando a Assistência Farmacêutica brasileira. Segundo a PNM, a As. F é definida como *“um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento em todas e em cada uma das etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança, e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”* ^[17]. Verificamos assim, que a PNM não incorpora o conceito de At. F., já em discussão no resto do mundo, no âmbito da As. F.

A Política Nacional de Medicamento possui 08 diretrizes que objetivam nortear as três esferas do governo de modo a promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível ^[16]. Destacamos aqui que uma das diretrizes fundamentais dessa política é a reorientação da As. F, que se fundamenta na promoção do acesso e uso racional

de medicamentos, entre outros requisitos. É com base no uso acional de medicamentos que acreditamos que a contribuição do farmacêutico se faz essencial e insubstituível, entretanto, podemos observar que as atividades preconizadas na PNM continuavam centradas no medicamento, o que podia ser notado, pela não adoção do novo modelo de prática profissional farmacêutica recomendado pela OMS, em 1993, Declaração de Tóquio.

Mesmo com o a definição de conceitos relacionados à prática farmacêutica na PNM, a Atenção Farmacêutica no Brasil tem seu marco com a publicação da resolução nº. 357 de “Boas Práticas de Farmácia” do Conselho Federal de Farmácia – CFF, cuja finalidade maior foi regulamentar a atividade do farmacêutico em farmácias e drogarias. O artigo 6.22 da resolução apresenta o conceito da At. F como *“um conceito de prática profissional no qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção é o compêndio das atitudes, dos comportamentos, do compromisso, das inquietudes, dos valores éticos, das funções, dos conhecimentos, das responsabilidades e das habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com objetivos de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do pacientes”*^[18]. Ainda nessa regulação no artigo 32, fica definido que é recomendável ao farmacêutico, que ele busque meios de acompanhamento da adesão e do efeito do tratamento prescrito, entretanto não são definidos os meios e os modos para o cumprimento desse artigo. Verificamos, portanto, a tentativa do CFF em favorecer a implantação e a ocorrência dessa nova prática profissional no âmbito dos serviços “já cotidianos” dos farmacêuticos em farmácias e drogarias. O conceito de At. F adotado pelo CFF, segue o conceito discutido e preconizado pela Declaração de Tóquio – OMS, 1993.

Embora adotado nesse artigo o marco a partir da resolução de 2001, alguns autores como Lyra et al. apresentam que o tema foi introduzido no Brasil em 1995, durante o XVIII Encontro Nacional dos Estudantes de Farmácias – ENEF, em Natal, no qual os estudantes e professores discutiram sobre a necessidade de mudança no atendimento ao usuário, esse debate inicial teve continuação em 1997, durante o XX ENEF realizado na cidade do Recife – Pernambuco^[19].

Podemos perceber, até então, que o processo da At. F. no Brasil como descrito anteriormente inicia-se tardiamente e com grande confusão conceitual e de operacionalização. Tais confusões no entendimento, operacionalização e interpretação do que seja a At. F, se deve a alguns fatores, entre eles, o fato do próprio CFF, nas publicações de 1996/1997, apresentar o conceito de At. F como o de As. F ^[20,21,22], a inter-relação existente entre At. F. e As. F; o diferente objeto de atuação do farmacêutico; a não definição de suas práticas, de sua filosofia e do seu papel social no país.

Então, em 2001, acontece a I Oficina de Atenção Farmacêutica, em Fortaleza, que contou com a participação da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, CFF, Ministério da Saúde – MS entre outros. O objetivo dessa primeira oficina foi iniciar o processo de um consenso em relação ao conceito de At. F e a prática do profissional farmacêutico nesse novo modelo. A importância da realização dessa oficina deve-se ao fato das inúmeras definições, vertentes e conceitos em relação ao que se entendia sobre At. F e a prática do profissional nesse novo contexto, lembrando é claro, da realidade e das características do sistema de saúde brasileiro. Como resultado dessa primeira oficina, realizou-se ainda mais dois encontros sobre o mesmo tema, ambas em Brasília,

no período de maio e junho de 2002, que resultou na elaboração de um relatório “*Promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando caminhos*”^[23].

No mesmo ano é então definido pelo Consenso Brasileiro, e perpetua até então, o conceito de At. F como sendo “*um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreendendo valores, comportamento, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitada as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.*”^[24]

A importante contribuição do conceito brasileiro foi à inclusão da At. F no conceito amplo de Assistência Farmacêutica, adotado pelo Sistema único de Saúde – SUS do país. Nesse conceito, podemos perceber que o Brasil adota a visão da At. F como o modelo apresentado pelos espanhóis. Segundo Freitas, Ramalho de Oliveira e Perini (2006), tal proposta representa os esforços da categoria farmacêutica em promover maior coesão profissional e impulsionar a Farmácia em direção a uma atividade com propósitos clínicos e de maior prestígio social.^[25] O conceito de At. F elaborado pelo Consenso Brasileiro, foi apresentado publicamente em Florianópolis, durante a 11ª Farmapólis, em 2002^[26].

Em 2003, na cidade do Rio de Janeiro, acontece o I Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica, que promove o debate e a troca de experiências que culminam na definição da filosofia da At. F, princípios, habilidades e competências fundamentais a essa prática profissional^[25]. No ano seguinte, durante o 12ª Farmapólis (2004), ocorreu o II Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica cujo objetivo principal foi definir a agenda para que a At. F fosse incorporada a atenção a saúde, uma vez que existiam relatos nacionais e internacionais das experiências bem sucedidas na atenção à saúde^[8,26].

Ainda em 06 de maio de 2004, é aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com o Artigo 1º inciso IV dessa Resolução nº338, fica instituído que “*as ações da Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de Prática farmacêutica*”^[24]. A criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica é então o resultado de um percurso nacional crescente de discussões e conhecimentos sobre a definição de Atenção Farmacêutica que teve início em 1995, durante o XVIII Encontro Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENEF) realizado em Natal (RN), no qual “*estudante e professores (...) despertaram para a necessidade de mudança de atitude no atendimento ao paciente*”^[15]. Até o ano de 2003, quando foi realizado o I Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica na cidade do Rio de Janeiro.

Entretanto, podemos analisar que, no que se refere a At. F, o Brasil encontra-se ainda flutuante sobre o entendimento das atividades e das responsabilidades específicas do farmacêutico na realização desse serviço. O atual conceito brasileiro de At. F encontra-se amplo e abrangem

outros conceitos, tais como “*a interação farmacêutico-paciente deve envolver as concepções dos sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais*”, que necessitam serem melhores esclarecidos, assim como melhor definido o papel e as atividades do farmacêutico brasileiro frente a esse contexto.

Quando se compara o conceito brasileiro de At. F, com o conceito apresentado anteriormente por Cipolle et al., em 1998, nota-se que o conceito americano é mais objetivo e descreve quais são as atividades do farmacêutico para atuar nesse serviço, o que facilita o entendimento e a atuação por parte da classe farmacêutica.

Percebemos que o conceito brasileiro de At. F está em consonância com a ideologia do SUS e os princípios de universalidade, equidade e integralidade, entretanto para que uma prática profissional seja estabelecida, se faz necessário, que ela seja compreendida pelos atores dessa prática. E como o conceito apresenta-se ainda amplo e geral, principalmente quando observamos que todos os profissionais de saúde devem estar alinhados para juntos promoverem “*ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada a equipe de saúde*”, a sua ocorrência enquanto prática cotidiana é reduzida.

Somando-se aos problemas citados anteriormente, temos também o fato do conceito de At. F, apresentado no Consenso Brasileiro de At. F, em 2002, não ter definido claramente o significado de cada um dos macro-componentes da At. F, mas principalmente o que seja atendimento farmacêutico e orientação farmacêutica. Esses termos não são usuais aos farmacêuticos; o que favorece o surgimento das interpretações pessoais e, portanto de resultados que variam de acordo com a interpretação do profissional.

Ao compararmos o Consenso Espanhol de At. F aos macro-componentes brasileiros da At. F, apresentado como proposta do Consenso Brasileiro percebe-se que ambos reúnem as atividades do farmacêutico relacionadas ao cuidado do usuário como componente da prática profissional da At. F ^[20]. Segundo Angnonesi (2010), o fato de o conceito brasileiro ser amplo, caracteriza-o como um documento a redirecionar a prática farmacêutica no Brasil, pois ao relacionar-se com os princípios do SUS e incluir outras atividades relacionadas ao usuário, tais como “*valores, comportamentos, crenças, hábitos*”, acreditamos que esse documento esteja considerando a realidade da profissão farmacêutica brasileira e dos usuários do SUS^[14].

Em continuidade ao processo de sistematização, divulgação e incentivo a implantação para que a At. F seja realidade no país, ocorreu, em 2006, o I Seminário Internacional de At. F no SUS, que teve uma importância estratégica nas iniciativas de promoção do uso racional de medicamentos no país.

Recentemente, em 2009, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução RDC nº44 que regulamenta a Atenção Farmacêutica em Drogarias e Farmácias, no Brasil.

Considerações Finais

Como descrevemos anteriormente, pode-se perceber que o Brasil possui um consenso sobre conceito de At. F, entretanto o conceito se apresenta abrangente e possui em sua descrição alguns

elementos que precisam ser mais bem definidos e esclarecidos adequadamente para que essa nova profissional seja uma realidade efetiva no país.

Acreditamos que talvez o fato do conceito ser amplo e não especificar claramente quais as atividades do farmacêutico e como operacionalizar esse serviço, seja uma das possíveis causas responsáveis pelo não entendimento, compreensão e realização desse serviço pelos profissionais farmacêuticos. Como também podemos inferir que se a classe profissional encontra, por vezes, com dificuldade na compreensão e na efetivação dessa prática. Além de que, no que cabe a parte da população, provavelmente a mesma não tenha conhecimento da oportunidade de exigir e de usufruir desse serviço— At. F., uma vez que, o desconhece!

Pensamos que a divulgação desse serviço, bem como sua importância e os impactos que pode gerar tanto para indivíduos, quanto para o sistema de saúde do país; deva começar nas universidades e faculdades, passando posteriormente para o esclarecimento e a sensibilização dos profissionais, não apenas os farmacêuticos, e dos gestores em saúde.

É conveniente lembrarmos que estaremos atuando, e que para isso devemos agir eficazmente, contra a cultura capitalista das empresas farmacêuticas e de produtos e serviços de saúde. A forte influência dessas empresas, seus lobs, marketing, associados à falta da informação correta, e demais fatores, faz dos prescritores e da sociedade, reféns e frágeis desse sistema medicamentoso inelástico!

Sabemos que hoje existem os medicamentos da vida saudável (vitaminas, suplementos), do doente, da doença, da saúde, da prevenção, da dependência alienada; gerando e atendendo as mais diversas demandas criadas e ou estimuladas, como se o medicamento fosse, assim como as roupas, tendências de estação e de moda. Não é tarefa fácil, agir nessa “contra-cultura”, mas acreditamos que At. F. – pelos resultados que se evidencia em países (apresentados) com os conceitos sedimentados – é uma possibilidade real e efetiva, tanto de valorização, de resgate e de conhecimento do farmacêutico como profissional e como responsável pela saúde de seus usuários, quanto de sua importância para atender a demanda social da população e a realidade do nosso Sistema Único de Saúde.

Os gastos com medicamentos não significam, necessariamente, proporção direta entre medicamento consumido e saúde da população ou do indivíduo que o utiliza. Pois o medicamento não é a única e exclusiva solução para todos os problemas das mais variadas ordens. O Brasil possui, embora ainda abstrato, seu conceito de At. F, falta-nos transformá-lo em modelos e aplicações práticas, incluí-los na realidade da vida cotidiana, tanto por futuros farmacêuticos, quanto para os já atuantes.

Trabalhos realizados no Brasil e em outros países ressaltam a economia não apenas financeira, mas de vidas (uma vez que somos profissionais da saúde e, portanto cuidar e zelar pela vida das pessoas é um foco comum) após a implantação do serviço de At. F. Portanto, existem as comprovações da efetividade dessa prática no Brasil, mas infelizmente, ainda continua longe de ser realidade em nosso sistema de saúde.

Agora, como dito anteriormente, desde 1995, o assunto At. F. já é efetivamente discutido no Brasil, ou seja, 16 anos de discussões e propostas, resoluções e pactuações; é inegável que o caminho já foi traçado e que há avanços indiscutíveis. Mas, espera-se por maiores resultados práticos.

A RDC 44, de 2009, talvez seja a legislação mais recente e dirigida ao acesso do medicamento à população (farmácias), certamente com sua sedimentação vislumbrar-se-á melhores resultados à At. F. e suas expectativas ao melhor entendimento deste serviço. Seja entre profissionais (farmacêuticos e gestores da saúde), como dos entes públicos, pela percepção dos menores gastos e melhores mecanismos de prevenção e educação em saúde, em fim, uma gestão pública da saúde equânime e eficaz.

Conclusões finais O trabalho buscou proporcionar uma reflexão sobre o conceito de Atenção Farmacêutica brasileiro, a partir da análise do histórico e do desenvolvimento desse conceito em outros países, bem como a imaturidade na relação da prática da At. F no Brasil. Urge, ao nosso olhar, o fortalecimento da prática de Atenção Farmacêutica no contexto nacional, para que novas ações e políticas na área da saúde ou melhoramento das existentes; façam-se presente na política de promoção de saúde no Brasil.

Agradecimentos: CAPES, INCT_if, FACEPE

Bibliografia

- [1]JOHSON, J. A. *et al.* Am. J. Health. 54 (1997)
- [2]ROUGHEAD, E.E. *et al.* **M.J.A.** 168 (1998)
- [3]WINTERSTEIN, A.G. *et al.* **Ann Pharmacother.** 36 (2002)
- [4]SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TOXICOFARMACOLÓGICAS. (2011)
- [5]RAMALHO DE OLIVEIRA, D. Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. 1. Ed. São Paulo: RCN, 328 pp (2011)
- [6]FISHER, E. S. *et al.* Health Affair, 28 (2009)
- [7]WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drug: report of the conference of experts.** (1987)
- [8]CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Organização Pan-Americana da Saúde. **Fascículo V- O Percurso da Atenção Farmacêutica no Mundo e no Brasil.** Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde. (2010)
- [9]RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *et al.* J. Managed Care Pharm. 16 (2010)
- [10]WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. (2003)

- [11]SMITH, M. *et al.* Health Affairs, 5 (2010)
- [12]ANGONESI, D. Ciência & Saúde Coletiva. 13supl (2008)
- [13]ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El Papel del farmacêutico en el sistema atención de La salud: Declaración de Tóquio.** Genebra: OMS. (1993)
- [14] ANGONESI, D. *et al.* Ciência & Saúde Coletiva. 15 (2010)
- [15]BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília. (2004)
- [16]GOMES, C. A. P. Portal Educação. (2009)
- [17]BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. (1998)
- [18]CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 357 **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.** Pharm. Bras. 25 (2001)
- [19]LYRA JÚNIOR, D. P. *et al.* Infarma, 12 (2000)
- [20]CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 357 **Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.** Pharm. Bras 25 (2010)
- [21]_____. Pharm. Bras. 3 (1996)
- [22]_____. Pharm. Bras. 6 (1997)
- [23]JARAMILLO, N. M. *et al.* **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos.** Relatório de Oficina de trabalho. Organização Pan-americana de Saúde. (2001)
- [24]Organização Pan-americana da Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília. (2002)
- [25]FREITA, E.L. *et al.* Acta Farm. Bonaerense. 25 (2006)
- [26]OLIVEIRA, N. V. B. V. UFRJ. Farmácia Hospitalar/Atenção Farmacêutica.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: “ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM FARMÁCIAS BÁSICAS: CONSIDERAÇÕES PARA A POLÍTICA NACIONAL A PARTIR DE PALMAS/TO”. Projeto encaminhado para o Comitê de Ética para a realização e obtenção do título de Mestre em Inovação Terapêutica/UFPE da aluna Carolina Galgane Lage Miranda.

Pesquisadores: Dra. Ana Cristina de Almeida Fernandes (Tel. (81) 87274749); Dr. Mauro Silveira de Castro e Carolina Galgane Lage Miranda (Tel. (63) 84585004).

Você está sendo convidado para participar da pesquisa supracitada e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a instituição.

Eu, -----(nome do voluntário) abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar do projeto de pesquisa, sob responsabilidade dos pesquisadores citados. Assinando este termo estou ciente de que:

O objetivo da pesquisa é avaliar a Interferência de Fatores Culturais e de Privação Sociomaterial sobre a prática da Atenção Farmacêutica, utilizando um instrumento genérico, questionário semi-estruturado e entrevistas, para os farmacêuticos das farmácias básicas da rede municipal da cidade de Palmas. Será realizada uma entrevista com a Gerência da Assistência Farmacêutica, para obtenção dos dados municipais;

Minha Participação na referida pesquisa consiste em responder o questionário e a entrevista, em meu próprio local de trabalho;

Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, sem nenhuma forma de prejuízo;

Os autores da pesquisa se comprometem a preservar a minha privacidade e me asseguraram a confidencialidade dos dados e informações coletadas, garantindo que os resultados obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada. Os dados obtidos serão divulgados de forma a impossibilitar minha identificação;

Os benefícios da pesquisa consistem em colaborar com o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da melhoria da prática da Atenção Farmacêutica nas Farmácias Básicas Municipais e dos serviços farmacêuticos no sistema. A pesquisa não acarreta nenhum risco para minha pessoa;

Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

Poderei contatar o Comitê de Ética da Faculdade Maurício de Nassau/PE para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, o qual encaminhará o procedimento necessário.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar.

Palmas, _____ de _____ de _____

Voluntário/RG

Testemunha 01

Testemunha 02

Pesquisador Responsável

Orientador

Co-orientador

Carolina Galgane L. Miranda

Endereço: 1204 Sul, Alameda 16, Lote 06, casa 04, HM 02, CEP 77019-506. Plano Diretor Sul

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO COM O RESPONSÁVEL PELA GERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

Qual sua formação? Em qual ano se formou?

Qual o organograma dessa instituição?

Qual a população atendida pela Secretaria Municipal de Saúde?

Existe um sistema de informação nas farmácias básicas: conexão entre as farmácias e a Gerência, controle de estoque, sistema de internet ? SIM | NÃO. Especificar o que tem:

Quais os principais problemas de saúde do município?

Qual é a composição dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde?

Quais os serviços que compõem a rede de cuidados de saúde do município?

Quantas Farmácias Básicas existem atualmente?

Quem trabalha nas farmácias Básicas?

Qual a carga horária de quem trabalha nas Farmácias Básicas?

Como se define a área de abrangência de cada Farmácia Básica?

Como se determinou a localização territorial de cada Farmácia Básica?

Qual a população total atendida pelas Farmácias Básicas?

Qual a média da população coberta por cada uma das Farmácia Básica?

Qual a população coberta por todas as farmácias básicas?

Qual(is) a(s) função(ões) do Farmacêutico municipal da Farmácia Básica?

O município exerce(eu) alguma ação ou campanha de educação em saúde ou voltadas para orientação da população quanto ao uso correto de medicamentos? SIM / NÃO

Especificar Qual e Quando: _____

Se SIM responder questão abaixo.

Quem são os responsáveis pela orientação da população durante essas campanhas?

Qual(is) o(s) principal(is) problema enfrentados por essa Gerência em relação a Farmácia? Opções: falta de medicamento, ausências injustificadas dos profissionais, falta de capacitação dos profissionais, falta de recurso humano especializado para o serviço, perda de medicamento, falta de recurso financeiro para compra/distribuição/armazenamento, falta de profissionais, falta de assessoria farmacêutica, problemas relacionados à entrega de medicamentos, falta de estrutura física para armazenamento/estoque. Citar qualquer problema que julgue existir

Especificar:

Existe interesse da Gerência em implantar o serviço de Atenção Farmacêutica?

Existe algum financiamento/recurso para implantar Atenção Farmacêutica?

As Farmácias Básicas do município possuem estrutura adequada para o serviço de Atenção Farmacêutica?

Qual o total de farmacêuticos sob a responsabilidade dessa Gerência?

Em qual função esses farmacêuticos estão distribuídos?

Quantos farmacêuticos trabalham nas Farmácias Básicas Municipais?

Como ocorre a comunicação entre a gerência municipal e as Farmácias Básicas?

Com que frequência a gerência municipal se reúne com os farmacêuticos das Farmácias Básicas?

O Município desenvolve e/ou incentiva ações de Atenção Farmacêutica? SIM/ NÃO Como?

Qual o gasto Municipal com medicamento?

Qual o gasto Municipal com medicamento, correlatos e equipamentos de saúde?

Qual o gasto municipal com pagamento de funcionários?

Qual o gasto municipal com pagamento de farmacêuticos nas Farmácias Básicas?

Existem perdas de medicamentos? SIM/NÃO. Especificar Por qual motivo:_____

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO COM OS FARMACÊUTICOS DAS FARMÁCIAS BÁSICAS

Idade Especificar: _____

Sexo: Feminino / Masculino

Qual sua Unidade Federativa - UF de nascimento?

Especificar: _____

Antes de residir em Palmas/TO, em qual estado da federação você se encontrava?

Especificar: _____

Reside neste município? SIM / NÃO Há quanto tempo?

Especificar: _____

Há quanto tempo é formado? Especificar: _____

Fez pós-graduação? SIM / NÃO

Especificar: _____

Há quanto tempo trabalha como farmacêutico da Farmácia Básica?

Especificar: _____

Teve alguma capacitação específica para trabalhar na Farmácia Básica? SIM / NÃO Se sim, especificar: _____

Modalidade de contratação (Federal, municipal, estadual, comissionado, contratado, não sabe)

Teve oportunidade de participar de algum curso de Atendimento Farmacêutico/Farmácia Clínica/Atenção Farmacêutica? SIM / NÃO

Especificar: _____

A Farmácia que você trabalha possui um POP de Dispensação e Atenção ao usuário?

Se em sua farmácia tiver o POP de dispensação, você segue o que está no POP?

Em seu trabalho na farmácia você realiza Atenção Farmacêutica? SIM / NÃO / NÃO SEI O QUE SIGNIFICA Atenção Farmacêutica. Caso não saiba o que significa, após a leitura do conceito pela pesquisadora, qual sua resposta: SIM / NÃO

Qual o organograma dessa Unidade? Especificar: _____

Qual o seu regime de trabalho. Marcar Opções:

Exclusivo Sim – Não

Integral Sim – Não

Parcial _____ horas semanais

Exerce outra atividade/função remunerada além dessa? SIM / NÃO

Se SIM, qual outra atividade exerce: (Farmacêutico técnico, docente, função gerencial, autônomo, outras) Especificar: _____

Qual (is) atividade(s) exerce nessa Farmácia Básica?

Especificar: _____

Existe algum mecanismo que favoreça a comunicação com a população para saber sugestões, críticas ou elogios sobre os serviços dessa Farmácia Básica?

Especificar: _____

Quais as principais dificuldades que enfrenta como farmacêutico nesse local de trabalho?

Especificar: _____

Número total de usuários atendidos e/ou receitas aviadas nessa unidade por mês?

Especificar: _____

O recebimento de medicamento é programado? Marcar: SIM / NÃO

Com que frequência essa unidade recebe medicamentos? Opções: semanal, quinzenal, mensal ou aleatória Especificar: _____

Qual a quantidade de medicamentos recebida por cada remessa?

Especificar: _____

Essa quantidade atende a demanda da Farmácia Básica? Marcar: SIM / NÃO

Existe orientação ao usuário sobre o medicamento que ele recebe? Marcar Opções: Sim, Não, Só orienta quando o usuário pede

Especificar: _____

Quem orienta o usuário sobre o medicamento? Marcar Opções: atendente, farmacêutico, outros.

Especificar: _____

Como ocorre essa orientação? Opções: verbal, escrita, verbal e escrita

Especificar: _____

Como é realizado o Registro de controle de estoque? Opções: entradas e saídas; por dispensação, por vencimento, desvios, não se realiza no momento, está em construção esse registro de controle

Especificar: _____

Se ocorrer o registro de controle de estoque, quem é responsável por esse serviço?

Especificar: _____

Onde os medicamentos são armazenados nessa farmácia?

Especificar: _____

Como os medicamentos são armazenados nessa unidade?

Especificar: _____

O local de armazenamento dos medicamentos possui controle de temperatura, umidade e luminosidade? SIM / NÃO

Ocorrem perdas de medicamentos? SIM / NÃO

Especificar motivo da perda: _____

Ocorrem reuniões entre você e sua equipe de trabalho? SIM / NÃO. Com que frequência?

Especificar: _____

Ocorrem reuniões entre você e o responsável pela gerência de Assistência Farmacêutica? SIM / NÃO Com que frequência? Especificar: _____

O farmacêutico participa de ações de Educação Sanitária; Orientações gerais a população sobre uso de medicamentos; Campanhas Educativas de saúde, com que frequência? Opções: nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre

Especificar: _____

Quando foi a sua última participação em uma dessas ações?

Especificar: _____

Diga com suas palavras o que é Atenção Farmacêutica para você?

Você tem interesse pela prática da Atenção Farmacêutica?

Marcar: Sim / Não

Como você considera a infraestrutura dessa unidade para a realização do serviço de Atenção Farmacêutica?

Marcar Opções: muito ruim, ruim, médio, bom, muito bom

Especificar: _____

Você realiza Atenção Farmacêutica?

Marcar: SIM/ NÃO. Se respondeu que SIM, favor responder a próxima questão.

Quais os problemas que mais dificultam a sua prática da Atenção Farmacêutica? Opções: falta de estrutura, falta de recurso, falta de capacitação para o serviço, falta de incentivo, desconhecimento de como implantar, desconhecimento de como manter, desconhecimento dos superiores, falta de tempo. Especificar:

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADA COM OS FARMACÊUTICOS

Diga-me, com suas palavras, você tem conhecimento das características sociais e culturais da população atendida por essa farmácia básica?

Quando você atende algum usuário você leva em consideração o seu perfil social e cultural como meio a facilitar seu serviço de Atenção Farmacêutica?

Em sua opinião você acha que ter conhecimento sobre esse perfil populacional favorece/facilita ou não interfere na sua prática profissional de Atenção Farmacêutica?

Em sua opinião, você acha que o farmacêutico ter o conhecimento social, econômico da população é importante?

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS ATENDIDOS NA FARMÁCIA

Apresentação e convite para responder ao questionário;

A(O) Sr^a. (Sr.) pode me informar onde mora?

Por que a (o) Sr^a. (Sr.) Pega seus medicamentos nessa farmácia?

Encontrou tudo que necessitava?

E quando não tem aqui o que o Sr. Faz?

Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua receita e os medicamentos que o sr. pegou aqui na farmácia. Pode ser?

Esse aqui, a (o) Sr^a. (Sr.) pode me dizer como vai usar ele?

E esse aqui?

.....

Normalmente as pessoas se esquecem de tomar seu medicamento, pois as vezes a rotina da gente atrapalha e a gente esquece. A (O) Sr^a. (Sr.) poderia me dizer quantas vezes esquece de tomar esse medicamento na semana? E esse aqui? PERGUNTAR PARA CADA MEDICAMENTO

O senhor toma mais algum medicamento ou é só essa receita?

Como o senhor gostaria que fosse seu tratamento?

O que o senhor acha que poderia melhorar aqui na farmácia?

O senhor poderia me dizer quanto ganha aproximadamente por mês?
