

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

DANIELA ZÓTICO PEDRO

**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA DE
QUATRO CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS E A
PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS
PROBLEMAS DE DISCREPÂNCIA E DUPLICIDADE DE
MEDICAMENTOS.**

Florianópolis
2015

Daniela Zótico Pedro

**CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA DE
QUATRO CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS E A
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS
PROBLEMAS DE DISCREPÂNCIA E DUPLICIDADE DE
MEDICAMENTOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde
da Família da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito parcial
para obtenção de grau de Especialista
em Saúde da Família.

Orientadora: Dr. Patrícia Pozzatti
Wanzeller

Coorientadora: Prof. Dr. Mareni
Rocha Farias

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pedro, Daniela Zótico
CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA DE QUATRO
CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS E A PERCEPÇÃO DE
PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE OS PROBLEMAS DE DISCREPÂNCIA E DUPLICIDADE DE
MEDICAMENTOS. / Daniela Zótico Pedro ; orientadora, Patrícia
Pozzatti Wanzeller ; coorientador, Mareni Rocha Farias. -
Florianópolis, SC, 2015.
43 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1. Saúde da família . 3. Assistência farmacêutica. 4.
Serviço de farmácia. 5. Discrepância de medicamentos. 6.
Duplicidade de medicamentos. I. Pozzatti Wanzeller,
Patrícia . II. Rocha Farias, Mareni. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em
Saúde da Família. IV. Título.

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA DE QUATRO CENTROS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS E A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS PROBLEMAS DE DISCREPÂNCIA E DUPLICIDADE DE MEDICAMENTOS.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de residente em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA



Patricia Pozzatti Wanzeller- Presidente

Prefeitura Municipal de Florianópolis- Farmacêutica do Núcleo de Apoio de Saúde da Família



Aloísio Schmidt Cardoso - Membro

Prefeitura Municipal de Florianópolis – Farmacêutico da Gerência de Assistência Farmacêutica do Município de Florianópolis



Lucilene Gama Paes - Membro

Prefeitura Municipal de Florianópolis – Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família



Norberto Rech

Universidade Federal de Santa Catarina – Professor do Departamento de Ciências Farmacêuticas

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como um de seus princípios a integralidade das ações e serviços de saúde e compreende a assistência farmacêutica (AF) como parte da assistência terapêutica integral. A AF tem como objetivo a gestão dos medicamentos e a promoção do uso racional dos mesmos e compreende serviços técnicos gerenciais, relacionados à provisão de medicamentos; e técnicos assistenciais relacionados à clínica farmacêutica, visando o uso adequado dos mesmos. **Objetivos:** 1) Caracterizar o serviço de farmácia de quatro Centros de Saúde (CSs) de um Distrito Sanitário do Município de Florianópolis; 2) Identificar a percepção dos profissionais de saúde de nível superior e técnico sobre os problemas de discrepância e duplicidade de medicamentos, que frequentemente aparecem nesses serviços; 3) Sugerir um fluxo para o atendimento dessa situação. **Metodologia:** A caracterização dos serviços de farmácia foi realizada por meio de uma pesquisa quantitativa, cujos dados foram coletados por meio de relatórios do sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde, relativos ao número de medicamentos dispensados no ano; número de medicamentos dispensados no ano por usuário; medicamentos mais dispensados no período; e custo médio com medicamentos por usuário. A percepção dos profissionais de nível superior e técnico da equipe de saúde sobre os problemas de discrepância e duplicidade de medicamentos foi analisada por meio de estudo de abordagem qualitativa, a qual teve como instrumento um questionário que apresentava um caso clínico baseado em situações que frequentemente aparecem nos serviços de farmácia para que fossem respondidas as seguintes questões: “Em sua opinião, como o serviço de farmácia da sua unidade deveria atender este caso?”; “Qual profissional poderia/deveria realizar este atendimento?”; e “Qual profissional poderia resolver esta situação?”. **Resultados e discussão:** Os resultados quantitativos demonstraram que as farmácias dos CSs A, B e D apresentaram perfil semelhante em relação à maioria dos parâmetros analisados, enquanto que o CS C, por ser uma farmácia de referência, apresentou movimento superior às demais farmácias. Os resultados obtidos no estudo qualitativo indicaram que os problemas de discrepância e duplicidade foram identificados, contudo os encaminhamentos propostos foram variados. Em geral, as condutas sugeridas envolveram a avaliação do médico de família, sendo que o mesmo foi indicado como o profissional que poderia resolver a situação. O farmacêutico, apesar de não ser indicado o único profissional capaz de

realizar o atendimento, foi mencionado como mais adequado devido aos seus conhecimentos técnicos sobre medicamentos. **Conclusão:** A farmácia do CS C destacou-se das demais farmácias por possuir valores maiores em todos os parâmetros analisados devido à sua maior demanda. Na análise qualitativa, a maior parte das respostas identificou o problema, sugerindo encaminhamentos para a resolução do mesmo. O farmacêutico não foi citado como único profissional apto a realizar o atendimento e resolver o problema, embora algumas respostas indicaram que ele é o profissional mais capacitado para tal. Além disso, destaca-se a importância das atividades técnico-pedagógicas do farmacêutico a fim de capacitar os demais profissionais da equipe de estratégia de saúde da família para que estejam atentos aos problemas que aparecem no serviço de farmácia e saibam qual conduta seguir de modo a garantir a resolução dos mesmos.

Palavras-chaves: assistência farmacêutica; serviço de farmácia; discrepância de medicamentos; duplicidade de medicamentos.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	Justificativa do estudo	13
1.1.1	Objetivo geral.....	13
1.1.2	Objetivos específicos.....	13
2	METODOLOGIA	14
2.1	Pesquisa quantitativa	14
2.2	Pesquisa qualitativa	14
2.3	Questões de ordem ética.....	15
2.4	Caracterização dos locais de estudo	16
2.4.1	Estrutura das Farmácias	16
2.4.2	População adscrita.....	17
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
3.1	Caracterização das farmácias dos Centros de Saúde.....	18
3.2	A percepção dos profissionais de saúde de nível superior e técnico sobre os problemas de discrepância e duplicidade de medicamentos.	25
3.3	Proposta de fluxo para o atendimento da situação-problema do caso apresentado.....	31
4	CONCLUSÃO	33
	APÊNDICE A – Questionário	40
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	42

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, apresenta como um de seus princípios a integralidade das ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), que regulamenta o SUS, traz em seu artigo 6º os campos de atuação desse sistema de saúde, incluindo a assistência farmacêutica (AF) como parte da assistência terapêutica integral. Fortalecendo esse modelo de cuidado, o Conselho Nacional de Saúde, em 2004, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, definida como um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando o medicamento como insumo principal (BRASIL, 2004).

A assistência farmacêutica tem como objetivo apoiar às ações de saúde seja por meio da gestão de medicamentos, garantindo acesso a medicamentos considerados essenciais e/ou do seu uso racional (ARAÚJO et al, 2008; BRASIL, 2006b). Medicamentos essenciais são aqueles selecionados para situações prioritárias de saúde, sendo esta seleção baseada na eficácia, segurança e custo-efetividade (OMS, 2002). Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508 que regulamenta a lei 8.080/90 e define a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças e agravos no SUS. Em conjunto com a RENAME tem-se o Formulário Terapêutico Nacional cujo objetivo é subsidiar a prescrição e dispensação no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Os recursos federais destinados para as ações de saúde são constituídos, organizados e transferidos na forma de blocos de recursos, sendo o bloco da AF um deles (BRASIL, 2006a). O seu financiamento é constituído por três componentes: componente básico da assistência farmacêutica, componente estratégico da assistência farmacêutica e componente de medicamentos de dispensação excepcional (BRASIL, 2007).

A AF compreende serviços técnico-gerenciais e técnico-assistenciais (BRASIL, 2009a). As atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico são regulamentadas pela Resolução nº 578 de 2013, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), e se relacionam com a gestão do medicamento (CFF, 2013), envolvendo atividades como a seleção, programação, aquisição, armazenamento com controle de estoque e distribuição; visando à manutenção do abastecimento de modo a garantir o acesso da população a medicamentos seguros e eficazes (BRASIL, 2001; KORNIS et al, 2008). Além disto, inclui-se nestas atribuições a

capacitação de profissionais que trabalham com a AF, ações de promoção do uso racional de medicamentos e a participação no gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (CFF, 2013).

Os serviços técnico-assistenciais são as atividades farmacêuticas que envolvem a dispensação, orientação farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, educação em saúde e suporte técnico para a equipe de saúde, cujo foco é o usuário (BRASIL, 2009a). Esses serviços têm por finalidade: garantir a efetividade e a segurança da terapêutica; obter e difundir as informações sobre os medicamentos e promover educação em saúde (UNA-SUS, 2011).

A dispensação é uma atividade que exige conhecimentos técnicos sobre medicamentos e clínicos, e se caracteriza pelo ato de fornecer ao usuário um ou mais medicamentos em resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional prescritor autorizado (UNA-SUS, 2011; BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Medicamentos traz que a dispensação é um ato farmacêutico (BRASIL, 2001). A Resolução nº 357 do CFF estabelece que a atuação e a presença do farmacêutico são requisitos essenciais para a dispensação de medicamentos, cuja atribuição é indelegável, não podendo ser exercida por mandato nem representação (CFF, 2001).

Durante a dispensação, o farmacêutico tem a oportunidade de estabelecer contato com o usuário devendo informar e orientar sobre o uso adequado do medicamento (UNA-SUS, 2011). O ato da dispensação deve servir como: fonte de informação para o usuário visando o uso correto, seguro e eficaz do medicamento de acordo com o tratamento prescrito; detecção de problemas relacionados com medicamentos (PRMs); contraindicações, interações e possíveis efeitos adversos. É durante a dispensação que o farmacêutico verifica se o usuário está ciente sobre sua terapia, se não possui dúvidas sobre a forma de usar (como, quando e quanto), a duração do tratamento e precauções especiais, com o objetivo de evitar PRMs, contribuir para adesão ao tratamento e o uso racional, a fim de obter sucesso na sua terapia (ANGONESI, 2008). Todavia, para que a dispensação seja executada com qualidade é necessário que todas as etapas do ciclo da AF sejam planejadas adequadamente (CFF, 2010).

Soares (2013) propôs um modelo para a dispensação de medicamentos no SUS, integrado ao processo de cuidado. Neste modelo, a dispensação deve considerar o acesso como um atributo; o acolhimento, vínculo e responsabilização, a gestão e os aspectos clínico-farmacêuticos como seus componentes; e o uso racional dos

medicamentos como propósito. A maneira como as pessoas utilizam os medicamentos envolve questões culturais, educacionais e comportamentais, tornando a orientação neste campo um fenômeno complexo. Assim, serviços de dispensação, construídos a partir de pressupostos que considerem essa complexidade, têm potencial para contribuir com o desenvolvimento de cuidados em saúde, com integralidade e equidade no acesso.

Dupim (1999) divide a dispensação em quatro etapas: abordagem ao usuário, análise da prescrição, exame físico dos medicamentos e orientação ao paciente. Na abordagem ao usuário, o farmacêutico deve dar prioridade ao mesmo, ouvi-lo, respeitá-lo e compreendê-lo, a fim de estabelecer uma relação de confiança. Nesta abordagem também são coletadas informações sobre o uso de medicamentos e a respeito da situação de saúde e hábitos de vida do usuário. Durante análise da prescrição devem ser observadas as informações presentes, também deve ser avaliado se a prescrição está livre de erros e se estão sendo respeitados os padrões de indicação, posologia e contraindicação. É importante saber para qual problema o medicamento foi prescrito e se o usuário utiliza outros medicamentos (ANGONESI, 2008). O exame físico do medicamento deve ser realizado antes da dispensação ao usuário. Por fim, a orientação farmacêutica propriamente dita ocorre na última etapa, com o objetivo de favorecer a adesão ao tratamento prescrito e o uso correto dos medicamentos (ANGONESI, 2008).

A adesão ao tratamento pode ser entendida como um processo colaborativo, de compreensão e cooperação, que facilita a aceitação por parte do paciente de um determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas (BRASIL, 2008a). Dentre as circunstâncias que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso, podemos destacar: 1) complexidade do regime terapêutico (número de doses e de comprimidos que precisam ser ingeridos diariamente); 2) precariedade ou ausência de suporte social e familiar; 3) baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as exigências do tratamento; 4) efeitos colaterais da medicação; 5) falta de informações e/ou informações inadequadas sobre sua enfermidade e seu tratamento; 6) dificuldade de organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias (BRASIL, 2008a).

Durante a orientação o farmacêutico deve observar as necessidades do paciente, sendo que para alguns a orientação prestada durante a dispensação de medicamentos pode ser suficiente, enquanto que para outros é necessário que se adote outros métodos como o seguimento farmacoterapêutico e ações de educação em saúde

(STORPIRTIS, 2008).

O Terceiro Consenso de Granada (COMITÊ DE CONSENSO, 2007) define que os PRMs são situações que, quando na utilização de medicamentos, provocam um resultado negativo associado ao uso deste. Este consenso propõe a classificação dos PRMs em função dos requisitos que todo medicamento deve ter para ser utilizado: necessidade, efetividade e segurança. Entre as causas mais comuns de PRMs, encontram-se: o cumprimento inadequado do tratamento, automedicação, interações medicamentosas, reações adversas, intoxicações, falhas terapêuticas, erros de medicação, duplicidade, entre outros (COMITÊ DE CONSENSO, 2007; OTUKI; CORRER, 2011).

Após a identificação dos PRMs, é necessário que se faça uma intervenção farmacêutica buscando resolver ou prevenir problemas relacionados com medicamentos. A intervenção farmacêutica é um ato que deve ser planejado e realizado junto ao usuário (OPAS, 2002).

Destacando os PRMs de duplicidade terapêutica, problema que pode ser definido como a prescrição sem benefícios de dois ou mais medicamentos pertencentes à mesma classe farmacológica ou química; e de discrepância de medicação, definido como a diferença entre os medicamentos que foram prescritos pelo médico daqueles que o usuário realmente utiliza ou pela diferença entre regimes medicamentosos (QUINALHA; CORRER, 2010); tem-se como proposta de intervenção farmacêutica a reconciliação ou conciliação medicamentosa. Essa intervenção é definida como um processo no qual se obtém uma lista precisa dos medicamentos que o paciente utiliza e compara-se com as prescrições médicas, tanto ambulatoriais quanto hospitalares e tem como objetivo aperfeiçoar a utilização dos medicamentos nos pontos de transição do paciente dentro do sistema de saúde, a fim de diminuir a ocorrência de erros de transcrição, omissão de medicamentos, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas quando o paciente sofre transferência de nível de atenção, resultando em maior segurança para o mesmo (FRIZON et al, 2014). Esses problemas são bastante estudados no âmbito hospitalar e as pesquisas demonstram que as principais discrepâncias detectadas são: omissão de medicamentos que já eram utilizados pelo paciente e diferenças de posologia. Quando não justificadas, essas diferenças podem ser consideradas eventos adversos reais ou potenciais (MARQUES, 2013).

A educação em saúde deve ser outra prática presente nos serviços prestados pelo farmacêutico, tendo como foco central as ações preventivas de saúde e a mobilização da sociedade para desenvolver e participar do planejamento de políticas e ações de promoção em saúde.

Além destas ações, os serviços farmacêuticos de educação em saúde também estão relacionados com a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2009a).

A Política Nacional de Medicamentos refere que o uso racional ocorre quando o usuário recebe os medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, nas doses apropriadas aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível (BRASIL, 2001). Tem-se como ferramentas de apoio para este fim, a RENAME, o Formulário Terapêutico Nacional e os Protocolos e Diretrizes Terapêuticas, cujo objetivo é orientar a prescrição medicamentosa para diversos tratamentos (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo, mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos de maneira inapropriada, e mais de 50% dos pacientes os utilizam incorretamente (OMS, 2010). Estudos nacionais indicam prevalência próxima a da OMS (2010), configurando um importante problema de saúde nacional (GIROTTO et al 2013; SANTOS, 2013).

Dentre os fatores que contribuem para esse uso irracional destacam-se: diagnóstico incompleto da doença, que pode resultar em uma farmacoterapia inadequada; polifarmácia; uso indiscriminado de antibióticos; automedicação; prescrição sem orientação de diretrizes; propagandas de medicamentos vinculadas pela indústria farmacêutica, tanto para o prescritor quanto para o usuário; e a cultura de “medicamentalização” da sociedade que tem a crença de que os problemas de saúde são resolvidos somente com medicamentos (OMS, 2010).

O uso irracional de medicamentos pode resultar em: resistência antimicrobiana devido ao uso excessivo ou doses inadequadas para determinado tratamento; reações adversas originadas, muitas vezes, por erros de medicação; e desperdício de recursos financeiros por gastos excessivos com medicamentos, entre outros (OMS, 2010).

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, a fim de apoiar as práticas em saúde e atuar em conjunto com as equipes de estratégia de saúde da família (ESF) trouxe novas competências para o farmacêutico no SUS (BRASIL, 2009b). A ESF considera a integralidade da família, analisando seu espaço social, sua condição socioeconômica e cultural, entendendo que esses espaços estão diretamente relacionados com a saúde das pessoas (BRASIL, 1997). Dentre as atividades propostas para esses profissionais estão: reuniões com as equipes de ESF, grupos de educação em saúde, visitas domiciliares, atendimento conjunto com outros profissionais de saúde,

atendimento familiar ou domiciliar, educação permanente. Para que essas atividades sejam efetivas é necessário que o farmacêutico saiba atuar de forma interdisciplinar tanto com a equipe de ESF quanto com a própria equipe NASF (BRASIL, 2009b).

1.1 Justificativa do estudo

Considerando as diferentes situações observadas pelos farmacêuticos residentes em saúde da família na rotina dos serviços de farmácia de Centros de Saúde (CSs) de Florianópolis considera-se importante conhecer qual a percepção dos profissionais de saúde da equipe ESF sobre essas situações, a fim de qualificar o atendimento ofertado no serviço de farmácia, seja ele realizado pelo farmacêutico ou por outro profissional. Torna-se importante, também, analisar o perfil de serviços dessas farmácias a fim de avaliar a demanda atendida e entender o cotidiano de cada uma delas.

1.1.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos profissionais quanto a situações cotidianas dos serviços de farmácia de quatro CSs de um Distrito Sanitário de Saúde (DS) do Município de Florianópolis, sob a ótica dos profissionais de saúde de nível superior e técnico.

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o serviço de farmácia: usuários atendidos, tempo de atendimento, consumo e custo com medicamentos de quatro CSs de um DS do Município de Florianópolis;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde de nível superior e técnico sobre os problemas de discrepância e duplicidade de medicamentos que aparecem no serviço de farmácia;
- Propor fluxos para o atendimento dessa situação-problema.

2 METODOLOGIA

Este estudo é de natureza quantitativa e qualitativa e foi realizado em quatro CSs de um DS do município de Florianópolis, SC.

2.1 Pesquisa quantitativa

A pesquisa quantitativa objetivou caracterizar os serviços de farmácia dos CSs analisados quanto ao perfil de atendimento, consumo e custo de medicamentos e ocorreu por meio de dados obtidos de relatórios eletrônicos do sistema InfoSaúde, sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, do período de 01 de março de 2013 a 28 de fevereiro de 2014. Foram utilizados relatórios que demonstraram dados relativos ao número de atendimentos realizados; número de medicamentos dispensados; número de medicamentos dispensados por usuário; medicamentos mais dispensados; e custo médio com medicamentos por usuário. Utilizando os dados de número de atendimentos foi calculado o tempo médio de dispensação por usuário, considerando o tempo de funcionamento do serviço de 8 horas diárias e 20 dias mensais.

Os dados foram analisados por média e desvio padrão, utilizando as funções MÉDIA e DESVPAD do programa Excel®.

2.2 Pesquisa qualitativa

O estudo qualitativo ocorreu por meio da aplicação de um questionário que apresentava um caso clínico baseado em uma situação que frequentemente ocorre nos serviços de farmácia (Apêndice A).

O caso apresentado abordou um problema de discrepância e duplicidade de medicamentos, no qual a usuária chegava ao serviço de farmácia com duas prescrições indicadas por médicos diferentes contendo medicamentos que variavam em relação à dose e posologia, mas pertenciam à mesma classe terapêutica; e medicamentos que estavam omitidos em uma ou outra prescrição. O objetivo do caso envolvia a identificação do problema e de uma conduta resolutiva.

O questionário foi entregue a profissionais de nível técnico e superior das equipes de ESF dos quatro CSs, durante o mês de dezembro de 2014, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa a fim de que eles analisassem e respondessem às seguintes questões: “Em sua opinião, como o serviço de farmácia da sua unidade

deveria atender este caso?"; "Qual (is) profissional poderia/deveria realizar este atendimento?"; e "Qual (is) profissional poderia resolver esta situação?".

Os profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e técnicos de enfermagem foram convidados a participar do estudo, totalizando 41 participantes. A escolha dessas categorias profissionais justificou-se pelo fato de estarem diretamente relacionados ao serviço de farmácia, seja no atendimento, seja na prescrição de medicamentos e encaminhamento dos usuários.

A análise e interpretação dos dados da pesquisa qualitativa foram efetuadas segundo a metodologia proposta por Minayo, que se baseia em estabelecer uma compreensão das informações obtidas. Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não é quantificável, trabalhando com um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos, respondendo, desta forma, a questões muito particulares.

As respostas obtidas nos questionários foram categorizadas de acordo com suas semelhanças.

Por fim, foi proposto um fluxo como sugestão para o atendimento da situação-problema apresentada de forma a qualificar a gestão do cuidado.

2.3 Questões de ordem ética

Todos os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para este estudo e não foram revelados os CSs ao qual estão relacionados, nem o nome dos usuários aos quais foram dispensados os medicamentos, bem como a identidade dos profissionais que responderam ao questionário está mantida em sigilo.

Os CSs foram designados, aleatoriamente, por letras (A, B, C e D) e somente os pesquisadores sabem a qual centro os dados se referem. Para o estudo qualitativo, os profissionais foram convidados a participar de forma voluntária. Foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), em duas vias, a cada um deles e todas as dúvidas que surgiram foram respondidas pelos pesquisadores.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução do CNS nº466 de 2012 e foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, em 16 de setembro de 2014; bem como pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 20 de novembro de 2014, com parecer nº 879.519.

2.4 Caracterização dos locais de estudo

2.4.1 Estrutura das Farmácias

As farmácias dos CSs A, B e D ocupam espaços relativamente pequenos, sendo que no mesmo constam local de dispensação e armazenamento de medicamentos. O atendimento aos usuários é externo e a localização das farmácias é em ambiente de maior circulação de pessoas no CS. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que as farmácias dos CSs devem, preferencialmente, ter um acesso independente, não permitindo a circulação desnecessária de pessoas, devendo possuir uma área para estocagem e uma para a dispensação (BRASIL, 2008).

O MS, em seu manual de Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS, orienta que o local para atendimento dos usuários deve ser livre de qualquer barreira física para a comunicação com o profissional e levar em conta a humanização das relações, devendo ser a troca de informações de forma privativa ou semiprivativa (BRASIL, 2009a). Entretanto, observou-se que, na conformação estrutural das farmácias dos CSs A, B e D, os medicamentos são dispensados através de uma janela e os usuários são atendidos de pé, sendo um fator agravante para idosos, gestantes e deficientes físicos. Da mesma forma, a atividade de orientação aos usuários fica comprometida pela falta de privacidade, visto que esta é uma atividade que envolve uma relação de confiança entre o usuário e o profissional. As orientações fornecidas aos usuários são fundamentais para o sucesso e adesão ao tratamento (BRASIL, 2008b).

O CS C possui um espaço maior quando comparado com as demais farmácias sendo que parte dos medicamentos é estocada juntamente ao local de dispensação e parte, em outro ambiente da farmácia. Essa farmácia possui, também, um consultório de atendimento farmacêutico, propiciando maior conforto e privacidade ao usuário que necessitar. A mesma conta ainda com dois guichês de atendimento, e a dispensação de medicamentos ocorre através de uma janela com balcão, na frente da qual o usuário permanece sentado durante o atendimento. Por essas razões, ela apresenta maior conformidade com as recomendações do MS.

2.4.2 População adscrita

O Município de Florianópolis, segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta uma população estimada para 2014 de 461.524 habitantes (IBGE, 2014). Segundo informações disponíveis no site da Prefeitura Municipal, atualizado em julho de 2013, a cidade possui 50 CSs divididos entre 5 DSs (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2013). A tabela 1 demonstra a população adscrita dos CSs analisados, conforme faixa etária.

Observando-se a faixa etária populacional nos CSs analisados, evidenciou-se uma grande diferença entre eles. Enquanto que o CS A abrange uma área com população de 6.839 habitantes, o CS C responsabiliza-se por 22.160 habitantes, o que fornece uma relação superior a 300%, entretanto, ressalta-se que a farmácia do CS C possui maior espaço físico e conta com um número maior de profissionais, o que possibilita o atendimento de um maior número de usuários.

A faixa etária populacional predominante em todos os CSs situa-se entre 20 a 59 anos, sendo que no CS A esta faixa etária corresponde a 57%; no CS B a 59%; no CS C, 69%; e no CS D corresponde a 62% da população total adscrita.

Tabela 1 - População adscrita, conforme faixa etária, por Centro de Saúde.

	Residentes por faixa etária			Total
	0 a 19 anos	20 a 59 anos	60 anos ou mais	
CS A	2.222	3.868	739	6.839
CS B	2.457	5.527	1.384	9.368
CS C	4.583	15.380	2.197	22.160
CS D	4.294	10.703	2.275	17.272

Fonte: Adaptado de

http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2013_index.php.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização das farmácias dos Centros de Saúde

Na tabela 2 são mostrados os resultados obtidos a partir dos relatórios do programa InfoSaúde, no período de 01 de março de 2013 a 28 de fevereiro de 2014, referentes ao número de medicamentos dispensados no período em cada CS; número de atendimentos realizados no período; número de usuários diferentes atendidos; média de medicamentos dispensados por usuário; assim como o custo o médio desses medicamentos por usuário.

No CS A foram realizados, em média, 1.442 atendimentos na farmácia por mês, sendo atendidos 1.220 usuários diferentes e resultando em uma média de 94.788 unidades de medicamentos dispensadas, com valor médio mensal de R\$13.035,95 (Tabela 2). A média mensal de medicamentos dispensados por usuário foi de 78 unidades, equivalente a um custo médio de R\$ 10,75 por usuário (Tabela 2).

A farmácia do CS B realizou, em média, 1.401 atendimentos no mês, sendo atendidos 1.192 usuários diferentes e dispensadas 95.728 unidades de medicamentos, cujo valor foi de R\$10.901,69 (Tabela 2). Em média foram dispensadas 80 unidades de medicamentos por usuário, representando um custo médio de R\$ 9,12 por usuário atendido (Tabela 2).

O CS C realizou 3.524 atendimentos, em média, na farmácia, sendo atendidos 3.031 usuários diferentes e equivalendo a um total de 313.416 unidades de medicamentos dispensados, com valor de R\$51.762,02 (Tabela 2). Cada usuário levou, em média, 103 unidades de medicamentos, sendo o custo médio por usuário de R\$ 17,05 (Tabela 2).

No CS D, foram realizados, em média, 2.468 atendimentos na farmácia, sendo atendidos 2.074 usuários diferentes e dispensadas 162.912 unidades de medicamentos, correspondendo a um valor médio mensal de R\$22.107,70 (Tabela 2). O número de medicamentos dispensados por usuário foi, em média, 79 unidades, resultando em um custo médio de R\$ 10,64 por usuário (Tabela 2).

A diferença entre o número de atendimentos realizados nas farmácias e o número de usuários diferentes atendidos justifica-se pelo fato de que o InfoSaúde não contabiliza mais de um atendimento realizado ao mesmo usuário no mês. Ou seja, se o usuário for atendido mais de uma vez no mês na farmácia, o mesmo contabilizará apenas um atendimento no sistema. O que gera um viés no número real de

atendimentos realizados pela farmácia.

De acordo com a população adscrita para cada CS (Tabela 1) e com o número de usuários diferentes atendidos (Tabela 2), aproximadamente, 18% da população adscrita do CS A foi atendida mensalmente no serviço de farmácia, 13% do CS B, 14% do CS C e 12% do CS D. Esses valores representam, na sua maioria, usuários que utilizam o serviço frequentemente devido ao uso contínuo de medicamentos.

Por meio do InfoSaúde, obteve-se o número de usuários diferentes atendidos no período de um ano e percebeu-se um aumento nos percentuais da população adscrita que utiliza o serviço de farmácia, resultando em 70% do CS A, 46% do CS B, 55% do CS C e 46% do CS D. Esse aumento justifica-se pois corresponde não só aos usuários que utilizam o serviço de forma regular devido à retirada de medicamentos de uso contínuo, mas também aos que procuram o serviço pelo menos uma vez no ano.

Os valores obtidos para as farmácias do CS A e B foram similares para todos os parâmetros analisados. Ao analisar a média mensal de medicamentos dispensados por usuários e o custo médio mensal por usuário, as farmácias dos CSs A, B e D apresentaram valores próximos entre si. Isto ocorre porque a farmácia do CS D tem uma quantidade maior de medicamentos dispensados, mas também tem um número de atendimento superior, resultando, desta forma, em valores próximos dos CSs A e B.

Das quatro farmácias analisadas, a farmácia do CS C apresentou um perfil diferente em todos os parâmetros analisados se comparado com os demais CSs. Isto acontece devido à dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial pela Portaria 344/98 (BRASIL, 1998), uma vez que ela atende também a população do CS D, e em menor parcela, a dos CSs A e B além de usuários pertencentes à outros Distritos Sanitários de Saúde.

Em relação ao valor gasto com medicamentos, os CSs A, B e D apresentaram um perfil semelhante, visto que este valor é proporcional ao número de medicamentos dispensados. O CS C apresentou um gasto com medicamentos mais elevado quando comparado aos outros CSs, pois, efetua a dispensação dos medicamentos sujeitos a controle especial, e estes, apresentam um custo maior.

O custo médio mensal com medicamentos das quatro farmácias analisadas totalizou R\$ 97.807,36, sendo que, para o período analisado de um ano, este valor pode ser estimado em R\$ 1.173.688,32. É importante ressaltar que alguns medicamentos do componente básico da

AF, tais como insulinas NPH e Regular e os anticoncepcionais levonorgestrel+etinilestradiol, noretisterona, medroxiprogesterona injetável, enantato de noretisterona+valerato de estradiol, entre outros, são financiados, exclusivamente, pelo MS, não representando custo ao município, não sendo contabilizados. Segundo Mendes (2011), os gastos públicos com medicamentos são crescentes e constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde. O aumento dos gastos com medicamentos pode ser um reflexo de vários fatores, entre eles, o maior acesso, surgimento de novos fármacos, envelhecimento da população e o uso inadequado dos medicamentos (MOTA et al, 2008).

Tabela 2 - Dados obtidos dos relatórios do InfoSaúde referentes aos quatros centros de saúde analisados no período de 01 de março de 2013 a 28 de fevereiro de 2014.

	CS A	CS B	CS C	CS D
Média mensal de unidades* de medicamentos dispensados	94.788±13.842	95.728±9.637	313.416±25.688	162.912±23.023
Média mensal de atendimentos no serviço de farmácia	1.442±164	1.401±149	3.524±315	2.468±325
Média mensal de usuários diferentes atendidos no serviço de farmácia	1.220±117	1.192±102	3.031±223	2.074±222
Média mensal de unidades* de medicamentos dispensados por usuário	78±8	80±6	103±5	79±6
Média mensal do valor em reais (R\$) de medicamentos dispensados	13.035,95±1.900,85	10.901,69±1.411,12	51.762,02±6.158,12	22.107,70±3.200,27
Custo médio mensal por usuário (R\$)	10,75±1,63	9,12±0,64	17,05±1,25	10,64±0,80

Fonte: Adaptado do programa InfoSaúde. Valores expressos em média ± desvio padrão.

* Unidades = correspondem a um comprimido, uma cápsula, uma drágea, uma cartela, uma caixa, uma unidade, uma lata, uma ampola, uma bisnaga, um adesivo ou a um frasco.

De acordo com o levantamento realizado, foi possível calcular o tempo médio de cada dispensação (Tabela 3) e identificar os medicamentos mais dispensados em cada CS (Tabela 4).

Os quatro centros de saúde analisados atendem das 8 às 12h e das 13 às 17h, correspondendo, então, a uma carga horária diária de 8h. Em vista disso, foi calculado o tempo médio de atendimento em cada um dos CSs, considerando-se 20 dias de atendimento (Tabela 3).

No CS A, o tempo médio de cada dispensação foi de 6,74 minutos; no CS B, 6,93; CS C, 5,49 minutos; e no CS D a dispensação demorou, em média, 3,95 minutos (Tabela 3). O tempo médio obtido no CS D foi multiplicado por 2, pois o mesmo apresenta dois guichês de atendimento, enquanto os outros contêm apenas um guichê.

Tabela 3 - Tempo médio de dispensação, em minutos, calculado com base em um período de 20 dias de atendimento.

	CS A	CS B	CS C	CS D
Tempo médio dispensação (minutos)	6,74±0,80	6,93±0,75	5,49±0,51	3,95±0,50

Fonte: Produção dos autores.

Valores expressos em média ± desvio padrão.

Na literatura foram encontrados apenas estudos que cronometram o tempo médio de dispensação por usuário. Estes valores são, em sua maioria, inferiores a 60 segundos de dispensação (CUNHA; ZORZATTO; CASTRO, 2002). Por utilizarem método diferente, não se pode comparar os valores obtidos no presente estudo com os apresentados na literatura.

É importante ressaltar que os valores calculados consideram o atendimento como sendo realizado de forma constante. Entretanto, no cotidiano das farmácias observa-se que durante o período de funcionamento, o serviço apresenta alguns horários de maior demanda, nos quais há formação de filas e a dispensação ocorre de forma mais rápida. Destaca-se, também, que os atendimentos onde ocorre apenas orientação, sem a entrega de medicamento, não são contabilizados. Além disso, nesse mesmo período, também são realizadas as atividades de gerenciamento das farmácias, tais como reposição de estoque, solicitação e recebimento de medicamentos, controle do prazo de validade, entre outros.

A OMS recomenda que deva haver um farmacêutico e pelo

menos um auxiliar para atender até 150 receitas/dias para um período de trabalho de 8 horas (OPAS/OMS, 1997 apud CUNHA; ZORZATTO; CASTRO, 2002). Durante a coleta de dados não foi contabilizado o número de receitas atendidas. No entanto, se for considerado que um usuário apresenta uma receita durante o atendimento na farmácia, seria necessário um farmacêutico e pelo menos um auxiliar para as farmácias dos CSs A, B e D, e dois farmacêuticos e dois auxiliares para o CS C.

Diferente das farmácias dos CSs A, B e D, a farmácia do CS C conta com três farmacêuticos em tempo integral, que se revezam, nos dois guichês de atendimento, durante o período de funcionamento, e um auxiliar exclusivo para a farmácia. As farmácias dos CSs A, B e D contam com um profissional farmacêutico, em alguns períodos, que exerce as atividades de apoio preconizadas pelo NASF. Nestes CSs, os técnicos de enfermagem fazem o atendimento na forma de rodízio com os demais setores, pois não há um auxiliar exclusivo para o serviço de farmácia.

Na tabela 4 estão apresentados os medicamentos mais dispensados nas farmácias de cada centro de saúde.

No CS A, os medicamentos mais dispensados foram omeprazol 20mg, losartana 50mg, metformina 850mg, ácido acetilsalicílico 100mg e hidroclorotiazida 25mg. No CS B, omeprazol 20mg, metformina 850mg, losartana 50mg, hidroclorotiazida 25mg, e ácido acetilsalicílico 100mg foram os medicamentos mais fornecidos. No CS C, fluoxetina 20mg, omeprazol 20mg, amitriptilina 25mg, carbamazepina 200mg, e sertralina 50mg. Enquanto que no CS D, os medicamentos mais dispensados foram omeprazol 20mg, metformina 850mg, hidroclorotiazida 25mg, losartana 50mg, e sinvastatina 20mg (Tabela 4).

No geral, os medicamentos mais dispensados nos centros de saúde A, B e D foram aqueles que têm indicação para doenças cardiovasculares (losartana, ácido acetilsalicílico e hidroclorotiazida) e *diabetes mellitus* (metformina). Destaca-se no CS D o grande número de unidades de sinvastatina como um dos medicamentos mais dispensados. Ressalta-se ainda, que o omeprazol, um inibidor de bomba de prótons que tem indicação para doenças gastrintestinais, aparece dentre os medicamentos mais fornecidos nos quatro CSs analisados.

Percebe-se que a maioria desses medicamentos são indicados para doenças classificadas como crônico-degenerativas (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010), sendo em geral, prescritos para uso contínuo, exigindo, assim, um acompanhamento tanto da equipe de ESF quanto do profissional que está no serviço de farmácia dispensando-os, de modo a garantir a efetividade do tratamento. Estudos comprovam que

esse grupo de doenças tende a acometer grande parte da população idosa, que chegam a constituir metade dos usuários de medicamentos (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010). A população idosa, por conta de fatores fisiológicos, pode ser acometida mais facilmente por efeitos adversos. Além disso, a grande maioria utiliza diversos medicamentos simultaneamente (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010). Por essa razão, destaca-se, novamente, a importância do acompanhamento farmacoterapêutico.

Como esperado, o perfil de medicamentos dispensados no CS C foi diferente dos demais CSs analisados, exceto para o omeprazol. Neste sentido, observou-se que os medicamentos mais fornecidos no CS C foram os antidepressivos como fluoxetina, sertralina, amitriptilina, e o anticonvulsivante carbamazepina (Tabela 4). Este resultado justifica-se, pois esta farmácia centraliza a dispensação de psicotrópicos e outros medicamentos da Portaria 344/98, atendendo usuários de diversos bairros. Esta centralização aumenta significativamente a demanda.

Tabela 4 - Medicamentos mais dispensados no período nos quatro CSs.

CS A	CS B	CS C	CS D
Omeprazol 20 mg	Omeprazol 20 mg	Fluoxetina 20 mg	Omeprazol 20 mg
Losartana 50 mg	Metformina 850 mg	Omeprazol 20 mg	Metformina 850 mg
Metformina 850 mg	Losartana 50 mg	Amitriptilina 25 mg	Hidroclorotiazida 25 mg
Ácido acetilsalicílico 100 mg	Hidroclorotiazida 25 mg	Carbamazepina 200 mg	Losartana 50 mg
Hidroclorotiazida 25 mg	Ácido Acetilsalicílico 100 mg	Sertralina 50 mg	Sinvastatina 20mg

Fonte: Adaptado do programa InfoSaúde.

3.2 A percepção dos profissionais de saúde de nível superior e técnico sobre os problemas de discrepância e duplicidade de medicamentos.

Após a aplicação do questionário, foram obtidas 35 respostas para este caso, cuja análise resultou na classificação das mesmas em quatro categorias de acordo com as condutas sugeridas:

- a) Orientação quanto à discrepância e duplicidade de tratamento;
- b) Discussão do caso com médico de família;
- c) Retorno ao médico de família;
- d) Fornecimento de medicamentos.

a) Orientação quanto à discrepância e duplicidade de tratamento

Nas respostas em que houve identificação da situação de discrepância e duplicidade de tratamento medicamentos, as sugestões de conduta do serviço de farmácia foram no sentido de orientar a usuária quanto à terapia. Como respostas que exemplificam essa categoria destacam-se:

“Orientar paciente sobre doses de medicações em uso. Apesar de nomes diferentes nas receitas, algumas medicações são as mesmas, mas de dose diferenciada.”

“Explicar para paciente o que mudou com relação às receitas 1 e 2 (quais medicamentos mantiveram, quais mudaram dosagem, qual foi suprimido, medicamento novo que entrou, etc (...))”

Dentre as respostas que não identificaram os problemas apresentados destaca-se:

“(...) esclarecer ao paciente que a receita não é do SUS e que precisa consultar para trazer receita válida para essa farmácia.”

“Deve ser fornecido a prescrição 1. A prescrição 2 deve ser descartada”.

b) Discussão do caso com o médico de família

Algumas respostas indicaram que o caso deveria ser discutido com o médico de família, promovendo uma resolução mais rápida do problema se esta discussão pudesse ser realizada no momento em que a usuária estivesse sendo atendida na farmácia.

“Entrar em contato com o médico de família prescriptor e apresentar as duas receitas para avaliação do caso (...).”

“Solicitar contrarreferência do cardiologista sobre situação de saúde da paciente e informá-lo como a mesma está fazendo o tratamento.”

c) Retorno ao médico de família

A sugestão de que a usuária retornasse ao médico de família para que a situação fosse avaliada e decidida qual conduta mais adequada para resolução do caso foi recorrente. Algumas respostas indicaram que deveria ser feito um consenso entre as prescrições.

“(...) agendamento de uma consulta médica com médico de família, para nova prescrição (única), que considerasse as orientações do cardiologista e do médico de família, onde se optaria pelas medicações mais adequadas ao caso.”

“(...) retornar com seu médico de família que coordena o cuidado e mostrar a prescrição do cardiologista para que ela possa ser orientada quanto às medicações.”

Nas respostas analisadas foram identificadas três diferentes formas de encaminhamento/retorno médico:

- i) Orientação diretamente do serviço de farmácia

“Deve orientar a paciente a retornar ao com seu médico de família (...).”

- ii) Orientação do serviço de acolhimento

“O serviço de farmácia encaminharia o paciente até o acolhimento, onde a situação seria repassada, o que indicaria o

registro dos fatos no prontuário e agendamento de uma consulta médica com médico de família (...)”.

- iii) Conduta da equipe de saúde da família após discussão do caso

“Conversar com a equipe de saúde da família para agendar consulta, explicar o caso e rever prescrições, para evitar uso de dois medicamentos iguais e melhorar acompanhamento”.

d) Fornecimento de medicamentos

Poucas respostas mencionaram como deveria ser realizada a dispensação dos medicamentos. Dentre elas, algumas indicaram que deveriam ser fornecidos os medicamentos da prescrição 1, que já estava sendo utilizada pela paciente, destacando-se a seguinte resposta:

“(...) Fornecer medicamentos da receita 1 até a data da consulta.”

Apenas uma resposta indicou que não deveriam ser fornecidos medicamentos até que o médico atenda a usuária.

“Farmácia não deve fornecer as medicações até os médicos verificarem.”

Destaca-se, também, a seguinte resposta:

“Verificar quais medicamentos são os mesmos já prescritos que ele vinha tomando. Orientar a paciente e fornecer os medicamentos diferentes.”

Na questão sobre qual profissional poderia realizar o atendimento conforme as condutas propostas, a maioria das respostas indicou que médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e farmacêutico estariam aptos para isso. Mesmo que nenhuma resposta tenha indicado o farmacêutico como único profissional apto para esse atendimento, em algumas respostas ele foi mencionado como sendo o mais adequado.

“O farmacêutico é o profissional gabaritado para atender esta idosa”.

“É importante que o profissional que atenda o paciente tenha pleno conhecimento sobre nomes comerciais, princípio ativo do fármaco, doses e etc. Deve ser realizado pelo profissional qualificado da unidade, o farmacêutico”.

“Como algumas medicações estão prescritas com nome comercial e princípio ativo, o farmacêutico é a pessoa mais indicada para resolver a situação”.

Quanto ao profissional que poderia resolver o problema, o médico foi indicado pela maioria das respostas, por ser o prescritor.

Não houve padrão de resposta quando comparados os CSs, assim como quando comparadas as diferentes categorias profissionais participantes.

Devido às graves consequências que PRMs podem trazer para o usuário, é importante que os profissionais da equipe e, principalmente, do serviço de farmácia sejam capazes de identificá-los e de orientar o paciente sobre como solucionar o problema (OTUKI; CORRER, 2011). No presente estudo, apesar da maioria das respostas terem identificado os PRMs, uma parte não os percebeu, desta forma, é importante destacar a necessidade de capacitação desses profissionais e o papel do farmacêutico em atividades técnico-pedagógicas, nas quais o conhecimento técnico sobre medicamentos e seu uso racional são compartilhados com a equipe a fim de habilitá-los para que estejam atentos aos problemas que se apresentam no serviço de farmácia e saibam dar o devido encaminhamento, melhorando a qualidade do cuidado e a saúde do usuário (BRASIL, 2014).

É importante destacar que, caso a usuária não seja orientada quanto aos problemas de duplicidade e discrepância identificados, corre-se o risco de a mesma utilizar todos os medicamentos prescritos, pois, apesar de alguns não serem padronizados em Florianópolis, os mesmos podem ser comprados e outros retirados gratuitamente pelo Programa Aqui tem Farmácia Popular nas farmácias privadas.

Moreira (2013) afirma que quando as intervenções envolvem mudança nos medicamentos prescritos, é necessário entrar em contato com o médico. No presente estudo, a maioria das respostas obtidas indicou a necessidade de encaminhamento/retorno médico, uma vez que este é o profissional prescritor, o qual deve rever a prescrição e alterar o

que for necessário (MOREIRA, 2013).

Destacam-se ainda as respostas que indicaram o contato ou retorno ao médico de família, visto que o acesso a este profissional é mais facilitado. Entretanto, uma única resposta sugeriu contato com o médico especialista para contrarreferência. As ações de referência e contrarreferência importantes na atenção integral ao paciente, porém ainda são poucas as experiências dessa prática (FRATINI et al, 2008). Em relação ao contato médico, Otuki e Correr (2011) apontam como formas: o contato pessoal ou telefônico, ou orientação ao usuário para que ele mesmo converse com o médico, além de carta enviada por meio do usuário. No presente estudo, alguns participantes sugeriram que o profissional do serviço de farmácia realizasse contato ou orientasse o usuário para que ele mesmo conversasse com o médico.

O contato direto com o médico é a forma mais efetiva de resolver o problema (OTUKI; CORRER, 2011). É importante que haja um diálogo entre o farmacêutico e o médico de forma a facilitar a discussão das alterações necessárias para o tratamento do usuário (MOREIRA, 2013). Para isso, torna-se necessário que o farmacêutico esteja inserido na equipe de saúde, quebrando a resistência médica contra a AF (MOREIRA, 2013). Entretanto, muitas vezes a demanda dos CSs não permite que seja realizada essa discussão no momento do atendimento e por isso, a solução encontrada seria o agendamento de consulta médica. Neste sentido, as respostas indicaram três formas de encaminhamento ao médico: orientação do serviço de farmácia, agendamento pelo serviço de acolhimento ou agendamento em reunião de equipe.

A orientação direta do serviço de farmácia para que a usuária retorne ao médico é a solução mais simples, porém sua efetividade é menor quando depende apenas do usuário agendar a consulta, pois o agendamento pode demorar a ocorrer ou o usuário pode não realizá-lo. O encaminhamento ao acolhimento é uma opção que poderá criar uma demanda nova a outro serviço do CS, além disso, o usuário que muitas vezes demorou a ser atendido na farmácia, terá que esperar, novamente, para ser atendido em outro serviço. Outra sugestão seria discutir o caso em reunião de equipe, entretanto, esperar pela reunião de equipe, para que a consulta seja agendada, pode gerar uma demora na resolução da questão. Por essas razões, sugere-se que a equipe do CS defina uma estratégia de agendamento que traga uma solução rápida e efetiva para o problema, tais como: o profissional do serviço de farmácia acompanhar o paciente até a recepção e pedir a marcação da consulta; ou pactuar que essas situações poderiam ser agendadas diretamente pela farmácia. Além disso, sugere-se a elaboração de uma carta para que o paciente entregue

ao médico como forma de garantir que a informação chegue sem distorções ao prescritor (OTUKI; CORRER, 2011). Destaca-se a importância de documentar o atendimento realizado no prontuário do usuário, conforme sugerido por algumas respostas (OTUKI; CORRER, 2011). Outra forma de acompanhamento do paciente é discutir o caso em reunião de equipe para que seja feito um plano de atenção específico para o usuário.

Por fim, poucas respostas indicaram qual conduta deveria ser seguida em relação ao fornecimento dos medicamentos. É importante destacar que a descontinuidade no acesso aos medicamentos gera a interrupção do tratamento e o fornecimento de medicamentos de mesma classe farmacológica podem gerar efeitos adversos, agravando a situação de saúde do paciente, por isso é importante considerar apenas uma das prescrições (SIMOES; MARQUES, 2005). No presente estudo, considera-se que as respostas que sugeriram seguir a prescrição 1, que já estava sendo utilizada pela usuária, parecem ser as mais adequadas até que o médico possa definir a melhor terapia.

A análise da prescrição é uma das etapas do processo de dispensação, na qual é observado se a receita está de acordo com as legislações correspondentes e se estão sendo respeitados os padrões de indicação, posologia e contraindicação dos medicamentos prescritos (DUPIM, 1999). No presente estudo, de acordo com as respostas obtidas no questionário observou-se que a maioria dos participantes realizou o processo de análise da receita e conseguiram identificar os problemas. Este fato torna-se importante, uma vez que, durante a avaliação das prescrições, os profissionais da equipe de ESF, e principalmente do serviço de farmácia devem estar atentos e possuir conhecimento técnico para conseguir identificar possíveis PRMs, como a discrepância e duplicidade de tratamento medicamentoso apresentados no caso clínico em questão. É comum o paciente, principalmente idoso, apresentar diversas prescrições médicas onde, muitas vezes, estão indicados medicamentos para a mesma finalidade e, até, de igual princípio ativo, gerando a duplicidade terapêutica, devido a consultas com médicos diferentes (MOREIRA, 2013).

Não foram encontrados estudos na literatura sobre problemas de discrepâncias e duplicidade terapêutica na atenção primária a saúde. Uma revisão sistemática de Bayoumi e colaboradores, (2009) com estudos de intervenções farmacêuticas destinadas a implementar a conciliação medicamentosa na atenção primária, apresenta que foram encontrados poucos estudos sobre o tema e que estes não traziam evidências da efetividade dessas intervenções na saúde dos pacientes,

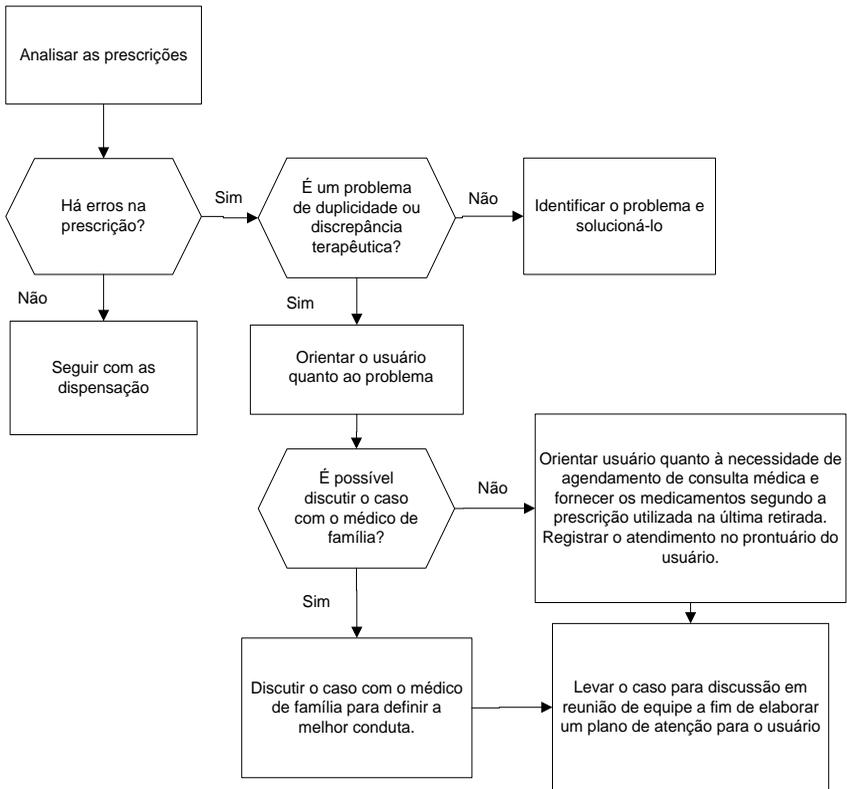
principalmente a longo prazo.

Em relação ao profissional que poderia atender o caso apresentado, observou-se que poucas respostas indicaram o farmacêutico como o mais adequado. Nos CSs analisados, apenas um deles contava com a presença do farmacêutico em tempo integral de atendimento, sendo que nos demais os medicamentos eram fornecidos no serviço de farmácia por técnicos de enfermagem e/ou enfermeiros, contando com o apoio do farmacêutico NASF em alguns períodos na semana. Essa realidade pode ter contribuído para que grande parte das respostas tragam outros profissionais como aptos a realizarem esse atendimento.

3.3 Proposta de fluxo para o atendimento da situação-problema do caso apresentado.

O fluxograma abaixo (Figura 1) é uma sugestão de atendimento para as situações nas quais se identificam os problemas apresentados neste estudo, tendo como objetivo padronizar esses atendimentos, de modo a qualificá-los, a fim de obter maior resolutividade.

Figura 1 - Proposta de fluxo para atendimento do caso apresentado.



Fonte: Produção do autor.

4 CONCLUSÃO

Dos quatro CSs analisados, apenas em um deles (CS C) a farmácia estava estruturada de forma a atender grande parte das recomendações do MS, enquanto as demais necessitam se adequar as normas preconizadas.

Os CSs A e B apresentaram um perfil semelhante quanto ao serviço de farmácia, enquanto o CS D diferencia-se pelo número de atendimentos realizados e quantidade de medicamentos dispensados. O CS C destaca-se por apresentar os maiores valores entre todos os parâmetros, o que pode ser justificado por ser uma farmácia de referência e atender usuários de outros CSs.

Os CSs A, B e D deveriam contar com, pelo menos, um farmacêutico e um auxiliar; enquanto o CS C, com dois farmacêuticos e dois auxiliares. Entretanto, observou-se que os CSs A, B e D contam apenas com o apoio do farmacêutico NASF, em alguns períodos da semana, supervisionando o atendimento que é realizado por técnicos de enfermagem. Por sua vez, o CS C conta com três farmacêuticos que se revezam durante o período de funcionamento e um auxiliar exclusivo para o serviço.

Os CSs A, B e D apresentam um perfil semelhante quanto aos medicamentos mais dispensados, sendo eles medicamentos indicados para doenças crônico-degenerativas. O CS D difere dos demais por apresentar como medicamentos mais dispensados aqueles sujeitos a controle especial. É importante ressaltar que os quatro CSs apresentaram o omeprazol como medicamento com grande número de dispensações.

A partir da análise do caso apresentado, conclui-se que na análise das prescrições, foram identificados os problemas relacionados aos medicamentos: duplicidade e discrepância de medicamentos; e que este tipo de problema não pode ser resolvido diretamente no serviço de farmácia necessitando de um encaminhamento a outro profissional, gerando novas demandas. Entretanto, foram observadas respostas que não identificaram os PRMs em questão, ou não conseguiram determinar uma conduta resolutive.

Dessa forma, destaca-se a importância do farmacêutico em ações técnico-pedagógicas, a fim de capacitar os demais profissionais da equipe para que estejam atentos aos problemas que aparecem no serviço de farmácia, de modo a qualificar o atendimento prestado.

Além disso, considera-se importante que a prática da conciliação medicamentosa seja mais explorada no âmbito da atenção básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGONESI, D. Dispensação Farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, supl., p. 629-640, 2008.

ARAÚJO, A.L.A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, supl., p. 611-617, 2008.

BAYOUMI, I. et al. Interventions to Improve Medication Reconciliation in Primary Care. **The Annals of Pharmacotherapy**. [S.l.], v.43. n.10, p.1667-1675, 2009.

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

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28/06/2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 08/07/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Caderno de Atenção Básica n.27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde,

2008a. 130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamenta o Financiamento e a Transferência dos Recursos Federais para as Ações e os Serviços de Saúde, na Forma de Blocos de Financiamento, com o Respetivo Monitoramento e Controle. Portaria n 204, de 29 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31/01/2007. Seção 1. p. 45. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=45&data=31/01/2007>>. Acesso em: 15/01/2015.

BRASIL. Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do Sus e Aprova As Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Portaria n 399, de 22 de fevereiro de 2006a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23/02/2006. Seção 1. p. 43. Disponível em:<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=23/02/2006>>. Acesso em: 02/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.100 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20/05/2004. Seção 1. p. 52. Disponível em:<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=52&data=20/05/2004>>. Acesso em: 11/07/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a

controle especial. Portaria n. 344, 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19/05/1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/VisualizaDocumento.asp?ID=939&Versao=2>>. Acessado em 10/02/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

COMITÊ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharm**. Granada, v. 48, n.1, p. 5-17, 2007.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Resolução n. 578 de 26 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19/08/2013. Seção 1, p. 151. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=151&data=19/08/2013>>. Acesso em: 12/07/2014.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Conselho Regional de Farmácia do Paraná. de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010. 60 p.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Resolução n. 357 de 20 de Abril de 2001. Conselho Federal de Farmácia, 20 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27/04/2001. Seção 1. p. 24. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=216&data=27/04/2001>>. Acesso em: 12/07/2014.

CUNHA, M. C. N.; ZORZATTO, J.R.; CASTRO, L.L.C . Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Rev. Bras. Ciên. Farm.** São Paulo, v. 38, n. 2, p. 215-227, 2002.

DUPIM, J.A.A. **Assistência Farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999. 79 p.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciênc. Cuid. Saúde**. [S.l.], v.7, n.1, p. 065-072, 2008.

FRIZON, F. et al. Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.454-60, 2014.

GALATO, D.; SILVA, E.S.; TIBURCIO, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2899-2905, 2010.

GIROTTO E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-72, 2013.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2014. Disponível em: <
ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativas_2014_TCU.pdf> . Acessado em 27/01/2015.

KORNIS, G.E.M.; BRAGA, M.H; ZAIRE, C.E.F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista APS**. [S.L.], v. 11, n.1, p. 85-99, 2008.

MARQUES, L.F.G. **Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio**. 2013. 198f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.

ed. Petrópolis:Vozes, 2002. 80 p.

MOREIRA, L.S. **As intervenções efetivas para racionalizar a polimedicação entre idosos na América Latina.** 2013. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Faculdade Ceilândia, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013.

MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 589-601, 2008.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Medicamentos: uso racional de medicamentos.** OMS, Nota descritiva nº338, mai. 2010. Disponível em: <
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html>>.
Acesso em: 20/06/2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS: Selección de Medicamentos Esenciales.** Genebra, 2002. Disponível em: <
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf>.Acesado em: 08/07/2014.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.24 p.

OTUKI, M.; CORRER, C.J. **Método clínico de atenção farmacêutica.** Março, 2011. Disponível em <
<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmacutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf>>
Acessado em 13/01/2015

PMF. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Mapoteca Digital. **Territorialização.** Julho, 2013. Disponível em <
<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializac&menu=7>> Acessado em 27/01/2015.

QUINALHA, J.V.; CORRER, C.J. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 487-499, 2010.

SANTOS M.V.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev. Bras. Clín. Med.** São Paulo, v. 11, n. 1 p. 55-61, 2013.

SIMOES, M.J.S.; MARQUES, A.C. Consumo de medicamentos por idosos segundo prescrição médica em Jaú-SP. **Rev. Bras. Ciên. Farm. Básica e Aplicada.** São Paulo, v. 26, n. 2, p.139-144, 2005.

SOARES, L.O **acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos:** modelo teórico e elementos empíricos. 2013. 249f. Tese (Doutorado em Farmácia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

STORPIRTIS, S. et al. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica.** Guanabara: Koogan, 2008. 528 p.

UNA-SUS. Gestão da Assistência Farmacêutica. Especialização a distância. **Dispensação de Medicamentos.** Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. CD-ROM.

APÊNDICE A – Questionário

CÓDIGO: _____

SUA PROFISSÃO: _____

CASO

M.S., mulher, 70 anos é hipertensa e diabética e faz uso contínuo de diversos medicamentos. Chega à farmácia deste CS com prescrição médica para retirar sua medicação. O profissional que a atende verifica no histórico de dispensação que a paciente esteve há poucos dias na farmácia e levou alguns medicamentos, entretanto os medicamentos entregues não estavam de acordo com a prescrição mostrada e os médicos prescritores não eram os mesmos. Questionada, a usuária refere ser acompanhada por dois médicos: pelo cardiologista na rede privada e pelo médico de família na rede pública e mostra as duas prescrições:

<u>Prescrição 1</u>	<u>Prescrição 2</u>
<p><i>Glibenclamida 5mg -1 cp 3x ao dia</i> <i>Metformina 850 mg -1cp 2 x ao dia</i> <i>Losartana 50mg ---- 1cp 1x ao dia</i> <i>Hidroclorotiazida 25 mg - 1cp 1x dia</i> <i>Omeprazol 20 mg-----1cp 1x ao dia</i> <i>Isossorbida 20mg ---- 1cp 3x ao dia</i></p> <p style="text-align: center;"><u>J.L.</u> Médico de família e Comunidade 01/06/14</p>	<p><i>Glifage 500mg XR- 1 cp 1x ao dia</i> <i>Renitec 20mg ----- 1 cp 2x ao dia</i> <i>Clorana 25mg ---- 1 cp 1x ao dia</i> <i>Monocordil 40mg - 1 cp 2x ao dia</i> <i>Peprazol20mg ---- 1 cp 1x ao dia</i></p> <p style="text-align: center;"><u>D.M</u> Cardiologista 30/05/14</p>

No histórico de dispensação percebe-se que, nos últimos meses, a usuária vem retirando medicação condizente com a prescrição 1. Sua última retirada foi em 30/06, tendo levado todos os medicamentos dessa primeira prescrição. Usuária afirma que os médicos não sabem sobre a prescrição um do outro.

Em sua opinião, como o serviço de farmácia da sua unidade deveria atender este caso?	Qual(is) profissional poderia/deveria realizar este atendimento?	Qual(is) profissional poderia resolver esta situação mais rapidamente?
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Técnico administrativo <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Técnico administrativo <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Técnico administrativo <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Técnico administrativo <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Técnico administrativo <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Técnico administrativo <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE BÁSICA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ abaixo assinado, forneço meu consentimento livre e esclarecido para participar como entrevistado(a) voluntário(a) da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso, sob a responsabilidade de Dâmaris Regina Zamprogna, Daniela Zótico Pedro e William Hideyuki Martini Miasato, residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, e da Farmacêutica Doutora Patrícia Pozzati Wanzeller, orientadora da pesquisa e da Profa. Dra. Mareni Rocha Farias, co-orientadora.

A pesquisa segue as recomendações da Resolução do CNS n. 466 de 2012. Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

1. O objetivo principal da pesquisa é saber, mediante a aplicação de questionário com três situações que frequentemente aparecem nas farmácias dos Centros de Saúde do município de Florianópolis, quais os encaminhamentos que os profissionais médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e técnicos de enfermagem consideram que o serviço de farmácia deveria dar ao usuário.
2. Tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer fase, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.
3. Os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo a publicação na literatura científica especializada.
4. Não terei benefícios diretos participando deste trabalho, mas estarei contribuindo para a qualificação da Assistência Farmacêutica no município de Florianópolis e a produção de conhecimento científico que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade.
5. Você poderá sentir desconforto ao responder os questionários por ter que compartilhar seus conhecimentos sobre os casos que deverão ser analisados. Entretanto, fica a seu critério querer ou não respondê-las.
6. Os registros escritos e gravados permanecerão em poder dos pesquisadores e não serão divulgados na íntegra.

7. Poderei entrar em contato com os pesquisadores sempre que julgar necessário. Com a residente Dâmaris Regina Zamprogna pelo telefone (48) 9915-3646, ou a residente Daniela Zótico Pedro, pelo telefone (48) 9936-6844, ou com o residente William Hideyuki Martini Miasato, pelo telefone (48) 9643-2206, bem como com o CEPESH (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos), pelo e-mail “cepses@saude.sc.gov.br” ou pelo telefone (48) 3212-1644 ou (48) 3212-1660.
8. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.
9. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, de maneira que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Cidade: _____

Data: _____ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador