

**Realidade da Assistência e Atenção Farmacêutica nos municípios que
compreendem a região da Associação dos Municípios do Extremo Oeste de Santa
Catarina (AMEOSC)**

JAHNKE, Fernanda*; CUNICO, Cássia**

Resumo

As farmácias são unidades de prestação da assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, sob a responsabilidade técnica do profissional farmacêutico, conforme previsto na Lei nº 13.021 de 8 de agosto de 2014. Nas Unidades Básicas de Saúde, o farmacêutico atua na equipe multiprofissional com a função de garantir a segurança e qualidade necessária dos medicamentos, promover o uso racional e garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Nessa perspectiva, a assistência e a atenção farmacêutica são fundamentais para garantir a qualidade da farmacoterapia. Esse trabalho tem como objetivo principal analisar a presença do profissional farmacêutico relacionando a carga horária semanal, o número de ESF e a prestação da atenção e assistência farmacêutica nos municípios pertencentes à AMEOSC. Dos 19 municípios pesquisados, 15 responderam ao questionário. Dos 15 municípios estudados, todos apresentam pelo menos uma equipe de ESF e um profissional farmacêutico atuante. Em todos os municípios o farmacêutico está atuante no ciclo de assistência farmacêutica e em 03 municípios é prestado o serviço de atenção farmacêutica, porém, a metodologia utilizada não foi citada. As principais dificuldades relacionadas ao desenvolvimento da atenção farmacêutica referem-se à sobrecarga de trabalho dos profissionais, limitações na estrutura física e pequena participação dos pacientes. O aumento do número de profissionais, a capacitação profissional e a reestruturação física das farmácias são estratégias importantes para implantar as atividades da atenção farmacêutica e promover uso racional de medicamentos.

*Graduada em Biomedicina pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – Campus de São Miguel do Oeste. Rua Oiapoc, 211, Bairro Agostini - São Miguel do Oeste - SC. fernanda_jahnke@hotmail.com

** Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de São Miguel do Oeste – SC. Rua XV de Novembro 1640, Centro – São Miguel do Oeste. cassiacunico@yahoo.com.br

Palavras chave: Profissional Farmacêutico. Assistência e Atenção Farmacêutica. SUS.

Reality Assistance and pharmaceutical care in the municipalities comprising the region of the Association of Municipalities of the Far West of Santa Catarina (AMEOSC)

Abstract

Pharmacies are units of provision of pharmaceutical services, health care, and individual and collective health guidance, under by the technical responsibility of the pharmacist, as provided by Law No. 13,021 of August 8, 2014. In the Basic Health Units, the pharmacist acts the multidisciplinary team with the task of ensuring the safety and required quality of medicines, promoting the rational use and assuring people's access to medicines considered essential. From this perspective, care and pharmaceutical care are fundamental to ensuring the quality of pharmacotherapy. This work, has that aims to analyze the presence of the pharmacist relating to weekly working hours, the number of ESF and the provision of care and pharmaceutical assistance in the municipalities belonging to AMEOSC. Of the 19 municipalities surveyed, 15 responded to the questionnaire. Of the 15 cities studied, all has at least one team of ESF and an active pharmacist. In all municipalities the pharmacist is active in pharmaceutical care cycle and in 03 municipalities is provided the pharmaceutical care service, however, the methodology used was not mentioned. The main difficulties related to the development of pharmaceutical care refers to the workload of professionals, limitations in physical structure and small participation of patients. The increasing number of professionals, professional training and physical restructuring of pharmacies are important strategies to implement the activities of pharmaceutical care and promoting rational use of medicines.

Keywords: Pharmaceutical Professional. Care and pharmaceutical care. SUS.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. De acordo com esta normativa o Estado deve oferecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde (1990), os princípios que norteiam o SUS são da Equidade, Universalidade e Integralidade, e as diretrizes que regem sua organização são a Regionalização, a Hierarquização, a Descentralização, a Resolutividade e Participação Popular.

Na atenção básica, a atividade de assistência farmacêutica é um dos grandes desafios encontrado pelos gestores, sendo que a exigência do profissional farmacêutico como responsável técnico pelas farmácias está prevista na Lei nº 5.991, de 19 de dezembro de 1973 (BRASIL, 1973) e foi reiterada pela Lei nº 13.021 de 11 de agosto de 2014 (BRASIL, 2014).

O disposto nestas leis regem os serviços e ações da assistência farmacêutica, visando a obtenção de melhores resultados no acesso, na racionalização dos recursos e no uso dos medicamentos.

Este trabalho tem como objetivo principal conhecer a realidade dos municípios da abrangência da AMEOSC quanto ao desenvolvimento das atividades relacionadas à Assistência e Atenção Farmacêutica.

1.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

No Brasil, diferentes políticas vêm sendo adotadas, a partir da década de 1970, com o intuito de ampliar o acesso da população à assistência farmacêutica. Medidas como a adoção de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); a criação da CEME (Central de Medicamentos); a Política Nacional de Medicamentos

(PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, têm sido importantes passos na construção de um modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2007).

A assistência farmacêutica como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los. Caracterizava-se por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos. A CEME perdurou no Brasil até o ano de 1997, quando foi desativada (BRASIL, 2007).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é considerada como um instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica e serve como base para a elaboração das listas estaduais e municipais segundo sua situação epidemiológica. A seleção dos medicamentos baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, eficácia terapêutica e qualidade dos produtos (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS 3916, de 30 de outubro de 1998 estabelece diretrizes e prioridades baseadas na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso aos medicamentos essenciais (BRASIL, 1998).

As diretrizes que constituem a PNM são: adoção da relação de medicamentos essenciais (RENAME); regulamentação sanitária dos medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2010).

A aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, pela Resolução 338, de 06 de maio de 2004, foram estabelecidos os principais eixos estratégicos desta política, bem como os seus princípios, sendo um dos pontos básicos, o descrito em seu artigo 1º, inciso II:

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

Levando-se em consideração que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, torna-se imperativo que a assistência farmacêutica não esteja reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É necessário que ela esteja integrada ao sistema de saúde. Para isso ela deve ser desenvolvida por trabalhadores qualificados, os quais devem selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos; programar adequadamente as aquisições; armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento; promover ações que disciplinem a prescrição; dispensar (ou seja, entregar o medicamento ao usuário com orientação do uso) e monitorar o surgimento de reações adversas (BRASIL, 2006, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011).

No SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde estão alocados na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle. No campo da assistência farmacêutica, as ações se dividem em três Componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde. São aqueles que se encaixam em programas específicos na rede de atenção e cuidados em saúde. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica realiza o financiamento para o custeio de ações e programas: controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/Aids, Sangue

e Hemoderivados e Imunobiológicos. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica refere-se aqueles medicamentos de elevado valor unitário, ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornariam excessivamente caros para serem suportados pela população.

Apesar de a rede pública ter dificuldades em atender à crescente demanda da população por medicamentos, torna-se indiscutível garantir aos usuários do SUS, eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos, além da promoção do seu uso racional e a garantia de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. (FERRAES, 2002).

Ainda que a principal atividade das farmácias das redes básicas de saúde seja a dispensação de medicamentos sob condições ótimas de conservação e em acordo com a legislação vigente, essa atividade não constitui hoje a sua única responsabilidade. A efetividade e a segurança da farmacoterapia devem ser avaliadas durante o processo de uso, a fim de detectar desvios, falhas ou erros que possam ser solucionados, garantindo a obtenção de desfechos positivos (CORRER & OTUKI, 2013).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2009), são graves os problemas relacionados ao uso e à gestão inadequada dos medicamentos. Pelo fato de que os medicamentos podem ser “entregues” por qualquer pessoa, onde se valoriza mais a quantidade dos medicamentos “entregues” e não a qualidade e a resolutividade da assistência farmacêutica.

De modo geral, os gestores apresentam grande preocupação com o abastecimento de medicamentos na rede de saúde. Porém, para produzir efetiva melhoria na saúde e na qualidade de vida da população assistida, o acesso ao medicamento, por si só, não basta. A não adesão ao tratamento farmacológico prescrito, por exemplo, é identificada como causa importante para o insucesso do tratamento, e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde. A automedicação inadequada também afeta de forma importante os usuários do SUS. Estudos mostram que 60,2% das pessoas não tomavam atitude terapêutica alguma quando vivenciam problemas de saúde, 31,6% automedicam-se e apenas 8,2% procuram por serviços de saúde (BRASIL, 2014b).

O impacto econômico exato de todos esses problemas da farmacoterapia é desconhecido no Brasil. Considerando os estudos internacionais e os dados disponíveis no DATASUS, observa-se que, apenas no ano de 2013, podem ter ocorrido entre 1,2

milhão e 3,2 milhões de internações de urgência ligadas a problemas relacionados aos medicamentos (BRASIL, 2014b).

Portanto, o farmacêutico por ser um profissional que contém os conhecimentos teóricos sobre a farmacoterapia é o profissional adequado para prestar esse serviço ao paciente, visando reduzir os problemas relacionados com a inadequação do consumo de fármacos, bem como otimizando os recursos financeiros com a gestão adequada da assistência farmacêutica.

Os serviços farmacêuticos na atenção básica incluem as diretrizes citadas na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) e devem estar integrados à rede de atenção à saúde. As ações pertinentes à assistência farmacêutica nos SUS podem ser divididas em atividades técnico-gerenciais, técnico-assistenciais e técnico-pedagógicas. As atividades gerenciais relacionam-se à logística de medicamentos. As atividades assistenciais relacionam-se ao processo de atenção ao usuário, cujos serviços podem ser ofertados de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014b).

1.2 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A grande demanda de medicamentos passou a ver o farmacêutico como um simples distribuidor de medicamentos. Na década de 1960, estudos entre professores e estudantes da Universidade de São Francisco (EUA), desenvolveram a chamada “*Pharmaceuticalcare*” (Farmácia Clínica), buscando a aproximação entre o farmacêutico e o paciente. Essa prática enfatizou apenas a farmácia hospitalar (MENEZES, 2000).

Em 1990, Hepler e Strand, definiram que a atenção farmacêutica seria a provisão responsável do tratamento com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (FREITAS, 2008). Consiste em um conjunto de práticas realizadas pelo farmacêutico, visando à orientação do paciente quanto ao uso correto de medicamentos, prática considerada pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) como um serviço indispensável na relação paciente-medicação (DOBLINSKI et al., 2006).

O termo Atenção Farmacêutica é definido pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), como um modelo de prática farmacêutica que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde, onde há interação direta do farmacêutico com o usuário, visando o uso racional dos medicamentos e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções de acordo com suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

A atenção farmacêutica deve envolver três questões: identificar problemas relacionados aos medicamentos (PRM); resolver problemas relacionados aos medicamentos; prevenir problemas relacionados com os medicamentos (CORRER & OTUKI, 2013).

LYRA JUNIOR, et al., 2014 descreveu estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, em que alunos do curso de medicina em parceria com o curso de farmácia buscaram interagir seus conhecimentos. Após a consulta do médico, o paciente era encaminhado para outra sala (farmacêutico), onde passaria por uma revisão da sua farmacoterapia para otimizar o tratamento, diminuir os problemas relacionados aos medicamentos e reduzir os gastos dos sistemas de saúde.

Dados desse estudo mostraram que cerca de 300 pacientes geraram aproximadamente 400 procedimentos de revisão da farmacoterapia e mais de 1.800 intervenções direcionadas aos pacientes. Foi possível notar que o trabalho multiprofissional de atenção farmacêutica pode trazer benefícios significativos de cuidado, racionalização da farmacoterapia, melhora a adesão aos tratamentos e inúmeros benefícios para os pacientes (LYRA JUNIOR, et al., 2014)

Para Correr e Otuki (2013), na atenção farmacêutica, o profissional assume a responsabilidade pela otimização da farmacoterapia, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente, objetivando tornar a farmacoterapia mais efetiva e segura.

De acordo com o consenso de Granada (2004, apud FREITAS, 2008), são seis os problemas relacionados com os medicamentos que interferem ou podem interferir no tratamento farmacológico são:

- * De indicação: o paciente não usa os medicamentos que necessita ou o paciente usa medicamentos que não necessita;
- * De efetividade: o paciente usa medicamento mal prescrito ou dose inferior/tratamento ocorre por tempo insuficiente;
- * De segurança: idiossincrasia ou o paciente apresenta uma reação adversa.

Os modelos de Atenção Farmacêutica mais utilizados são o espanhol (Método Dáder) e o americano (Modelo de Minnesota). Entretanto, existem pequenas diferenças entre eles, principalmente na classificação dos problemas farmacoterapêuticos. A diferença principal na classificação dos problemas farmacoterapêuticos baseia-se na adesão ao tratamento, pois para o Método Dáder a não aderência ao tratamento é uma causa dos PRM (problemas relacionados aos medicamentos), enquanto para o modelo de Minnesota, a não aderência torna-se um problema farmacoterapêutico (FREITAS, 2008).

Em experiência realizada na cidade Diamantina- MG, com pacientes hipertensos acima de 50 anos e polimedicados, objetivou de identificar, prevenir, resolver PRM. A análise mostrou que 74% dos pacientes apresentavam reações adversas a medicamentos, 64% dos pacientes apresentavam problemas de adesão à terapia, 52% tinham interação potencial entre medicamentos e alimentos, 35% utilizavam medicamentos desnecessários, 35% utilizavam os medicamentos de maneira incorreta, 22% tinham potencial interação entre medicamentos e 17% dos pacientes necessitavam de terapia adicional, o que mostra a necessidade de se ampliar o serviço de atenção farmacêutica (ANDRADE & DUPIN, 2013).

As principais atividade relacionadas ao cuidado farmacêutico referem-se a orientação ao acesso dos medicamentos; educação do paciente sobre seu problema de saúde e seus medicamentos, a fim de promover uma compreensão; promover orientação; revisar a polimedicação para otimizar a farmacoterapia; avaliar a efetividade e segurança dos tratamentos; identificar possíveis interações, reações adversas, intoxicações; e educação sobre guarda e destino adequado dos medicamentos e resíduos (BRASIL, 2014b).

2 MATERIAL E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi apresentado aos secretários municipais de saúde da Comissão de Intergestores Regionais Extremo Oeste - Macrorregião de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina no dia treze de fevereiro de 2015. A execução da pesquisa foi aprovada conforme descrito na Ata 001 de 2015 desta Comissão.

Os dados foram coletados nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde que prestam serviços aos SUS nos municípios de Anchieta, Belmonte, São Miguel do Oeste, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Itapiranga, Paraíso, Princesa, Bandeirante, Dionísio Cerqueira, Palma Sola, Mondaí, Guaraciaba, Barra Bonita e Santa Helena, todos pertencentes à AMEOSC, no estado de Santa Catarina.

Foi elaborado um questionário, em que os responsáveis técnicos pelas farmácias dos municípios preencheram conforme a prestação da assistência e atenção farmacêutica realizada aos munícipes. Foi abordado no questionário perguntas como: número de habitantes que o município apresenta, número de profissionais farmacêuticos contratados pelo município e quantas horas de trabalho realiza semanalmente, em qual programa o responsável é contratado, número de UBS e de equipes ESF, realização de assistência farmacêutica e o tempo utilizado prestando o trabalho de atenção farmacêutica, resultados positivos conquistados, se o profissional realiza visitas domiciliares juntamente com a(s) equipe(s) de ESF e se participa de reuniões com grupos específicos.

O contato com os profissionais foi realizado via telefônica e por meio eletrônico no período de fevereiro e março de 2015.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 19 municípios pesquisados que compõem a AMEOSC, 15 municípios responderam o questionário proposto. Dos 15 municípios que responderam ao questionário, todos citaram a presença de pelo menos um profissional farmacêutico atuante, na grande maioria, contratados por 8 horas de trabalho diárias, conforme descrito na Tabela 1.

TABELA 1: Relação entre o número de habitantes, número de farmacêuticos e equipes ESF e carga horária trabalhada semanal.

Município	Nº de habitantes	Nº de farmacêuticos contratados	Carga horária semanal	Nº de equipes ESF	Participação em reuniões de grupos específicos
Anchieta	6.217	01	40 horas	03	Sim
Bandeirante	3.177	02	02 de 20 horas cada	01	Não
Barra Bonita	1.815	01	40 horas – 20h farmácia básica/20h Nasf	01	Não
Belmonte	2.500	01	40 horas – 20h farmácia básica/20h Nasf	01	Sim
Dionísio Cerqueira	14.878	04	02 de 40 horas – farmácia básica 01 de 20 horas – Nasf 01 de 40 horas outros setores*	06	Não
Guaraciaba	10.433	01	40 horas	04	Não
Guarujá do Sul	4.908	01	01 de 20 horas	02	Não
Iporã do Oeste	9.000	02	02 de 20 horas cada	04	Não
Itapiranga	17.300	01	40 horas	05	Não
Mondaí	10.857	02	01 de 40 horas – 20h farmácia básica/20h Nasf	04	Não
Palma Sola	7.942	02	01 de 40 horas – 20h farmácia básica/20h Nasf	03	Sim
Paraíso	4.080	01	40 horas – 20h farmácia básica/20h Nasf	02	Não
Princesa	2.900	01	01 de 20 horas	01	Não
Santa Helena	2.300	01	40 horas - 20h farmácia básica/20h Nasf	01	Sim
São Miguel do Oeste	36.305	04	02 de 30 horas cada – farmácia básica 02 de 40 horas em outros setores**	09	Sim, quando necessário.

Fonte: Dados Primários.

*Hospital Municipal

**Almoxarifado e Ambulatório DST/AIDS

De acordo com a Conselho Federal de Farmácia (2009), em sua proposta de organização e estruturação da assistência farmacêutica no SUS, organizou os municípios por faixa populacional, tendo sido estabelecido quatro níveis de organização: NÍVEL 1 – Municípios de até 50.000 habitantes; NÍVEL 2 – Municípios de 50.001 a 100.000 habitantes e NÍVEL 3 – Municípios acima de 100.000 habitantes. Segundo essa publicação, para municípios NÍVEL 1 com até 15.000 habitantes, deve-se dispor de pelo menos um farmacêutico para a execução e organização da assistência farmacêutica devendo atuar com carga horária de no mínimo quatro horas diárias, além de pessoal capacitado para auxiliar na atividade (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009).

Já para municípios de 15.001 até 50.000 habitantes deve-se dispor de no mínimo, dois farmacêuticos, além de pessoal capacitado para auxiliar na atividade. Para cidades acima de 20 mil habitantes, é recomendado utilizar a proporção de um farmacêutico para cada 10 mil habitantes (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009).

Todos os municípios que participaram da pesquisa possuem população inferior a 50.000 habitantes e 2 municípios possuem população superior a 15.000 habitantes. Os dados demonstram que a relação entre o número de farmacêuticos e número de habitantes está de acordo com o previsto na proposta do Conselho Federal de Farmácia, exceto para o município de Itapiranga, cuja população prevê a atuação de dois profissionais. Em todos eles os farmacêuticos estão inseridos nas atividades técnico-gerenciais e dispensação de medicamentos por pelo menos 20 horas semanais.

Também foi verificado que em 07 municípios da região estudada (Tabela 1), há profissionais farmacêuticos vinculados ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Na maioria dos casos foi verificado que é o mesmo profissional que executa as duas atividades. O NASF tem por objetivo melhorar a qualidade na prestação de serviços, ampliando saberes, com discussão de casos clínicos, visitas domiciliares, construção de projetos terapêuticos (BRASIL, 2014c). Teve início em 2008 e desde então tem ampliado o número de componentes vinculados às Equipes de Saúde da Família (ESFs), reunindo diversos profissionais da área de saúde, dentre eles o farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009). Dentro do NASF o cuidado farmacêutico envolve as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial, que são as ações clínicas diretas aos usuários de forma individual ou coletiva; e a dimensão técnico pedagógica, que envolvem as necessidades das equipes, por meio de educação permanente e outras ações compartilhadas, a fim de potencializar as ações referentes ao uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2014b).

No município de Curitiba, PR, foi realizada uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba para a realização de um projeto piloto de referência, em que os farmacêuticos dos NASF passaram a realizar o cuidado farmacêutico no SUS (BRASIL, 2014a). Este município possui população de 1.751.907 habitantes. No SUS há 127 farmacêuticos contratados, atuantes em diferentes atividades, sendo 31 inseridos no NASF, que prestam atendimento as 240 EFS (BRASIL, 2014a). As dificuldades encontradas no projeto de Curitiba estavam na

conciliação das atividades de logística com o serviço de clínica, inexperiência, falta de informações no prontuário, carga horária dos profissionais insuficiente, escassez de computadores e dificuldade de acesso à internet para estudo de casos, dificuldades na disponibilização de consultórios e desafio da captação de pacientes para o serviço. Porém, os usuários que foram atendidos se mostraram acessíveis e satisfeitos com o serviço prestado (BRASIL, 2014a).

Nos municípios estudados, em 05 deles o farmacêutico participa em reuniões de grupos específicos. A participação em reuniões em grupos específicos também é um ponto muito importante do serviço do farmacêutico, pois, permite colaborar com a equipe para o alcance dos resultados fármaco-terapêuticos esperados. A participação do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é tida como uma necessidade para o modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários. Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade dos problemas relacionados ao uso de medicamentos (BRASIL 2014b). Pela grande demanda de trabalho, algumas atividades relacionadas ao cuidado com o paciente não são exercidas nos municípios pesquisados. Foi verificado que em alguns municípios as atividades relativas à assistência farmacêutica restringem-se ao profissional farmacêutico não havendo recursos humanos capacitados para executar atividades auxiliares nesta área. Esta é uma questão que pode ser reavaliada para readequação de acordo com o previsto na literatura (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009).

O desenvolvimento de atividades relativas à atenção farmacêutica também foi avaliada nesta pesquisa. A ênfase não foi dada à metodologia utilizada, mas sim a prestação ou não deste serviço à população. Dos municípios pesquisados, apenas 3 farmacêuticos realizam a atenção farmacêutica e citam que as principais dificuldades estão relacionadas ao excesso de trabalho, a falta de estrutura física, impaciência por parte dos pacientes e baixa adesão aos grupos.

Para implementar e ampliar as atividades da atenção farmacêutica é necessário que o cuidado do farmacêutico não esteja limitado à entrega de medicamentos, é necessário comprometimento e entendimento da equipe para o desenvolvimento da atividade, capacitação dos profissionais, padronização e qualificação das consultas, continuidade do serviço e planejamento futuro, além de ações para fortalecimento e consolidação do serviço implantado (BRASIL, 2014a).

4 CONCLUSÃO

A atenção farmacêutica é uma prática ainda pouco difundida no Brasil. Estratégias como fortalecimento do vínculo entre o profissional e o paciente, entendimento e difusão de atenção farmacêutica e aumento do número de profissionais são importantes para promover o uso racional de medicamentos. Contudo, um longo caminho ainda precisa ser percorrido para implantação da prática no serviço público de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Renata Aline de; DUPIN, Marconi Ricardo. Implementação do serviço de atenção farmacêutica para pacientes hipertensos no âmbito da Estratégia de saúde da Família do município de Diamantina – MG. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS/. Ano I – Número 1 – Julho, 2013. pag. 75.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília \: CONASS, 2007. 186 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Senado. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mai. 2004. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em 8 abr, 2015.

BRASIL. Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 1973. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em 21 abr, 2015.

BRASIL. Lei n.13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 ago, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm>, acesso em 30 de abril, 2015.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set.1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 abr, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica a Saúde: a experiência de Curitiba** / Ministério da saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da saúde, 2014a. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 116 p.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. 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 respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em 31 mar, 2015.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.027, de 25 de agosto de 2011. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 ago 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>, 2011. Acesso 20 abr, 2015.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispões sobre a Política de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 31 mar, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A Assistência Farmacêutica no SUS**. 3 ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2011. 60 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A assistência farmacêutica no SUS** / Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2009. 66 p.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA: PROPOSTA / Adriana MitsueIvama ...[et al.]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

CORRER, Cassiano J.; OTUKI, Michel F. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre, 2013.

DOBLINSKI, P. M. F. et al. **Assistência e Atenção Farmacêutica: estudo comparativo entre dois bairros de Classes sociais diferentes em Toledo-PR**. *Infarma*, v.18, nº 9/10, 2006.

FERRAES, Alide Marina Biehl. **Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná** /Alide Marina BiehlFerraes. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, 2002.

FREITAS, Osvaldo de; PEREIRA, Leonardo Régis Leira Pereira. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. BrazilianJournalofPharmaceuticalSciences*, vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

LYRA JUNIOR, D. P. de. et al. Serviço de cuidados farmacêuticos da UFS: Revisão da farmacoterapia para a qualidade e segurança na prescrição de medicamentosa usuários do SUS. *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS Ano II - Número 02 - Junho/2014*, pag.27.

MENEZES, E.B.B. **Atenção farmacêutica em xeque.** *Rev. Pharm. Bras.*, v.22, n. p.28, 2000.

OLIVEIRA, Bethania Blum de. **Investigações de acesso a medicamentos em nível domiciliar: um estudo comparativo de iniciativas realizadas no Brasil entre 2002 e 2004/** BethaniaBlum de Oliveira. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n., 2007.