

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DISCIPLINA DE TCC I

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS DO
RIO GRANDE DO SUL

Fernanda Zamboni

Porto Alegre, junho 2014.

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado em forma de artigo de acordo com as normas da revista “Saúde e Sociedade”, apresentadas no Anexo 1.

O questionário utilizado para avaliar a Assistência Farmacêutica está apresentado no Anexo 2.

Caracterização da Assistência Farmacêutica em Municípios do Rio Grande do Sul

Characterization of Pharmaceutical Services in Municipalities from Rio Grande do Sul

Fernanda Zamboni: Formanda do curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tv. Serafim Terra 245/201, Jardim Botânico, Porto Alegre/RS/Brasil. e-mail: fernanda.zamboni@gmail.com

Edyane Cardoso Lopes: Doutora e farmacêutica da Coordenação da Política e Assistência Farmacêutica (CPAF) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Av.Ipiranga 6311, Porto Alegre/RS/Brasil. e-mail: edyane-lobes@saude.rs.gov.br

Tânia Alves Amador: Doutora e professora do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga n° 2752 Sala: 602^a, Faculdade de Farmácia/UFRGS, Porto Alegre/RS/Brasil. e-mail: tania.alvesa@gmail.com

Resumo: O objetivo deste artigo é caracterizar as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos da Assistência Farmacêutica (AF) em municípios do estado do RS. Foi realizado um estudo transversal no período de 2011 a 2013. Em reuniões organizadas pela SES/RS, os responsáveis pela AF de 213 municípios do RS responderam a um questionário estruturado. Das características gerais dos municípios, 92% têm Unidades Básicas de Saúde, 82,6% têm Estratégia de Saúde da Família e 79% têm farmacêutico. Em relação à seleção de medicamentos, 83,6% dos responsáveis pela AF dos municípios conhecem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e 67% conhecem o Formulário Terapêutico Nacional. Na etapa de programação, 71,8% dos municípios declararam que as quantidades de medicamentos adquiridas suprem as necessidades da população e que 43,2% dos municípios têm taxa de desabastecimento das farmácias municipais inferior a 10%. Sobre aquisição dos medicamentos, 63,3% dos municípios adquirem por licitação e 55,1% dos municípios têm como fornecedor as distribuidoras. Sobre o armazenamento de medicamentos, 94,4% dos municípios têm área de estocagem específica e o controle de vencimento é realizado por 75% dos municípios e 78% têm sistema informatizado de controle de estoque. Sobre o processo de dispensação, 55,6% dos municípios dispensam medicamentos para qualquer residente do município que possua prescrição médica independente de ser do setor público ou privado. Os municípios gaúchos ainda enfrentam problemas na gestão da AF, especialmente relacionados com a carência de recursos humanos, com a aquisição de medicamentos e seus fornecedores.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Medicamentos, Atenção primária à saúde.

Abstract: The objective of this work is to characterize the steps of selection, programming, acquisition, storage and dispensation of medicines of the Pharmaceutical Services (PS) in municipalities from Rio Grande do Sul (RS). A cross sectional study was conducted between the year of 2011 and 2013. In the meetings organized by the State Secretariat of Health (SES-RS), people responsible for the PS of 213 municipalities of RS answered a structured questionnaire. Of the general aspects of the municipalities, 92% have Basic Health Unities, 82,6% have Family Health Strategies and 79% have pharmacists. In relation to the selection of medicines, 83,6% of the municipalities know the National List of Essential Medicines and 67% know the National Therapeutic Formulary. In the programming step, 71,8% of the municipalities reported that the purchase of medicines supply the population needs and that 43,2% of the municipalities have shortage rates lower than 10%. About the acquisition process, 63,3% of municipalities acquire the medicines by bidding and 55,1% of the municipalities purchase medicines from a distributor. About the storage of medicines, 94,4% of the municipalities have specific storage area and the winning control is carried out by 75% of the municipalities and 78% have a computerized inventory control. About the dispensing process, 55,6% of the municipalities dispense medicines to any resident of the county that possess a prescription, both from the UHS and private. Thus, the municipalities from RS still face problems in PS, specially related to the lack of human resources and to the acquisition of medicines and its suppliers.

Key-words: Pharmaceutical Services, Medicines, Primary health care

Introdução

Desde que o sistema público de saúde brasileiro foi reformulado e culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e com a Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990), a descentralização dos serviços de saúde foi a característica organizacional mais relevante do SUS. Com isso, os municípios brasileiros obtiveram maior independência gerencial e maior participação na provisão de serviços de saúde, na seleção e aquisição de medicamentos. Esta seleção deve ser baseada nos critérios epidemiológicos, farmacoeconômicos, de segurança e de eficácia dos medicamentos, para melhor atender as necessidades regionais de cada população.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) tem como propósito garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (Brasil, 1998). Em conjunto com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Brasil, 2004), as duas políticas consolidam a Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil.

A AF em consonância com as diretrizes do SUS tem como princípio o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, que considera o medicamento o seu insumo essencial. As diretrizes públicas atuais consideram que a AF contempla a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, além de sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos que possam suprir as necessidades essenciais da população brasileira (Brasil, 2004). Dessa forma, a AF visa garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, de comprovada segurança e eficácia, promovendo o uso racional dos medicamentos.

Atualmente, a AF tem duas realidades distintas, aquela constante na legislação, que esta bem definida, consolidada e estruturada pelas respectivas normas legais e a AF real, que possui vários problemas organizacionais, gerenciais e estruturais que comprometem o acesso da população aos medicamentos essenciais (Oliveira e col, 2010). Como a AF ainda é incipiente nos municípios brasileiros e ainda apresenta falhas de implantação, é imprescindível que sejam realizadas por parte dos estados a caracterização, avaliação e monitoramento da AF municipal, a fim de estabelecer medidas corretivas e de aperfeiçoamento. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho foi caracterizar a Assistência Farmacêutica em municípios do estado do Rio Grande do Sul (RS).

Métodos

Foi realizado um estudo transversal com os responsáveis pela AF dos municípios do estado do RS. Em encontros promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) do RS, no período de 2011 a 2013, os participantes foram convidados a preencher um questionário estruturado com perguntas fechadas sobre o gerenciamento da AF (etapas de seleção, aquisição, armazenamento e dispensação) nos seus municípios, contudo, não foram feitas visitas *in loco* para averiguar se as informações prestadas eram verídicas.

A pesquisa foi realizada nas sedes das Coordenadorias Regionais de Saúde. A assistência à saúde no RS está organizada em trinta Regiões de Saúde (Rio Grande do Sul, 2012) que são coordenadas por dezenove Regiões Administrativas, ou seja, Coordenadorias Regionais de Saúde (Rio Grande do Sul, 2001). As CRS são agrupadas em sete macrorregiões de Saúde, que finalizam a estrutura organizacional da saúde no território gaúcho e cumprem funções de articulação e promoção da integração dos diversos atores do SUS em cada região (SES-RS, 2014).

A pesquisa foi viabilizada nos municípios compreendidos pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) com população entre 850.000 habitantes e 150.000 habitantes.

Das dezenove CRS do estado, onze foram analisadas neste trabalho, sendo elas as coordenadorias da região de Pelotas (3ª CRS), de Santa Maria (4ª CRS), de Cachoeira do Sul (8ª CRS), de Cruz Alta (9ª CRS), de Erechim (11ª CRS), de Santo Ângelo (12ª CRS), de Santa Cruz do Sul (13ª CRS), de Santa Rosa (14ª CRS), de Lajeado (16ª CRS), de Ijuí (17ª CRS) e de Osório (18ª CRS). Dessa forma, as macrorregiões de saúde contempladas foram a Sul (parcial), Centro-Oeste (parcial), Vales (completa), Missioneira (completa), Norte (parcial) e Metropolitana (parcial) (Figura 1).

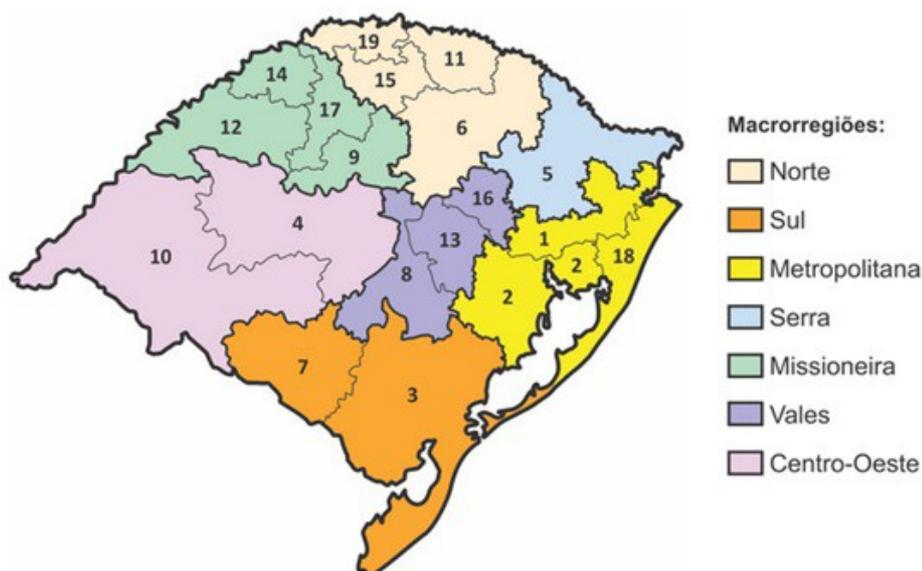


Figura 1: Mapa do Rio Grande do Sul com as Macrorregiões de Saúde e suas respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde. Fonte: SES/RS (SES-RS, 2014).

Dados complementares a respeito do perfil demográfico dos municípios foram obtidos do Censo Demográfico de 2010, pelo sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Os dados coletados foram codificados e armazenados no banco de dados utilizando o software Epidata versão 3.0 (Epidata Ass., Odense, Dinamarca). A validação da digitação do banco de dados foi feita por meio de dupla digitação, sendo o segundo digitador um indivíduo treinado a usar o programa e sem contato prévio com os dados.

Para a apresentação dos dados, os municípios foram agrupados de acordo com as respectivas macrorregiões de saúde. A análise estatística foi realizada pelo software SPSS 13.0 (IBM, Nova Iorque, Estados Unidos). Os resultados foram expressos como frequência absoluta e relativa e complementarmente foram realizados cruzamentos, ou seja, comparações entre variáveis, por meio da ferramenta *Crosstabs* disponibilizada pelo programa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do estado do RS.

Resultado e Discussão

A amostra do estudo foi formada por 213 municípios (população estimada em 30,1% do total do estado), que representam 42,8% dos municípios, já que, pelos dados do Censo 2010 o RS é constituído por 497 municípios com uma população de 10.693.929 habitantes.

Na Figura 2, observa-se o número de municípios por macrorregiões que foram pesquisados. A Metropolitana foi representada somente em 5,7% da população (referente a 18ª CRS; 264.048 habitantes). A macrorregião dos Vales representou 97,5% (858.783 habitantes), a Centro-Oeste somente 25,6% da população (4ª CRS; 257.496 habitantes), Norte 17,7% (11ª CRS; 211.644 habitantes), Missioneira 96,3% (852.237 habitantes) e a macrorregião Sul 75,5% da população (3ª CRS; 776.368 habitantes).

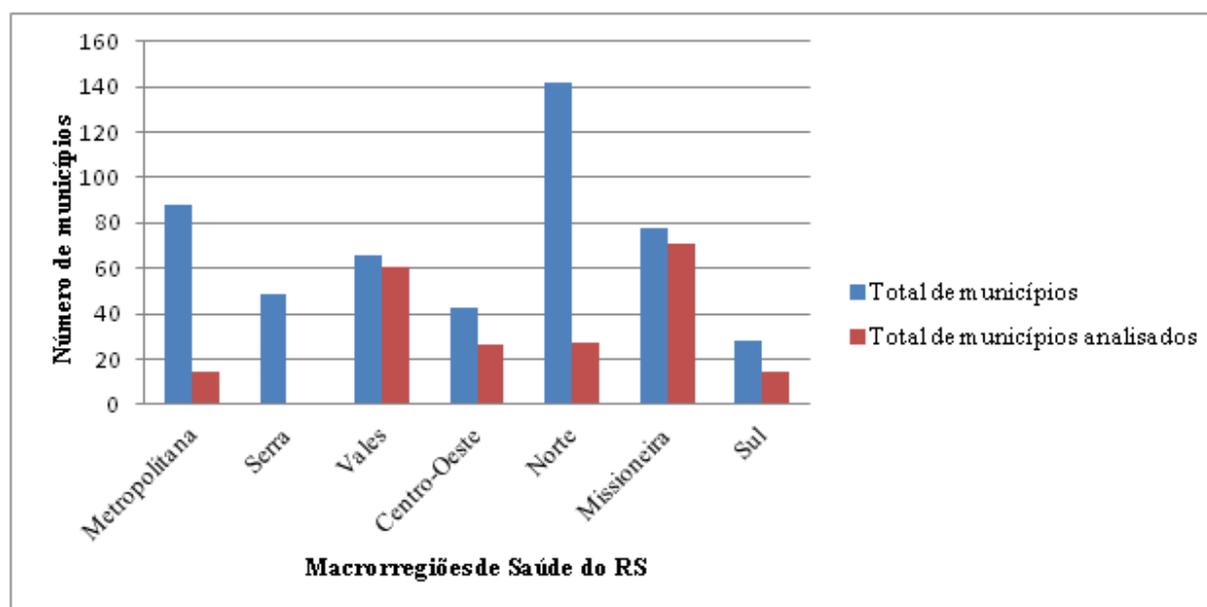


Figura 2: Número de municípios por macrorregião de Saúde do estado do RS.

Dentre os municípios analisados é importante caracterizar o porte populacional em que eles se enquadram: 111 municípios tem porte até 10.000 habitantes (47,6%), 77 municípios tem porte entre 10.000 e 50.000 habitantes (33%) e 45 municípios tem porte acima de 50.000 habitantes (19,4%).

Na Tabela 1, são apresentadas as características gerais sobre os serviços de saúde disponíveis nos municípios das macrorregiões. Na Metropolitana, Vales, Centro-Oeste, Norte e Missioneira, nem todos os municípios analisados possuem UBS, sendo a macrorregião Sul, a única em que todos possuem UBS.

Tabela 1: Caracterização dos municípios do estado do Rio Grande do Sul por macrorregião de Saúde.

Variáveis estudadas	Metropo l n/%	Vales n/%	CO n/%	Norte n/%	Missio n n/%	Sul n/%	Total n/%
Nº mun. com UBS/macrorregião	12/85,7	56/91,8	25/96,1	26/96,3	63/88,7	14/100	196/92
Nº mun. com ESF/macrorregião	10/71,4	54/88,5	19/73,1	22/81,5	60/84,5	11/78,6	176/82,6
Nº mun. com grupos apoio à pacientes com doenças crônicas/macrorregião	9/64,3	49/80,3	22/84,6	21/77,8	55/77,4	10/71,4	166/78
Nº mun. c/farmacêutico/macrorregião	12/85,7	38/62,3	26/100	19/70,4	59/83,1	14/100	168/79

Metropol=Metropolitana; CO=Centro-Oeste; Mission=Missioneira; UBS=Unidade Básica de Saúde; ESF=Estratégia de Saúde da Família

Para verificar a existência de ESF nos municípios sem UBS foram cruzados os dados dos municípios com as variáveis UBS e ESF. Verificou-se que 15 dos municípios que não possuem UBS têm unidades de ESF e os responsáveis pela AF de dois municípios não responderam a esta questão.

De acordo com a Portaria nº 2.027/2011, a implantação das equipes de ESF deve abranger uma carga populacional máxima de 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes por ESF (Brasil, 2011). Isto se mostra ainda mais relevante, quando 47,6% dos municípios analisados são de pequeno porte (<10.000 hab.). Pela Portaria nº 2.226/2009, que institui o plano de implantação de UBS para ESF, a implantação de UBS de porte I (menor porte) é destinada a abrigar equipes de ESF, sendo que o município deve contar com população de até 50.000 habitantes, muito maior que a população dos municípios de pequeno porte (Brasil, 2009).

No RS, o número total de UBS por macrorregião, dos municípios analisados, está assim distribuído: 27 na Metropolitana, 178 na dos Vales, 47 na Centro-Oeste, 51 na Norte, 145 na Missioneira e 103 na Sul, totalizando 502 UBS. O número total de UBS pelo número total de habitantes, dos municípios analisados, resulta em que uma UBS atente 6.415 habitantes, sendo este resultado superior ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (uma UBS por cada 20.000 habitantes), mas é inferior à média nacional encontrada por Merhy & Franco (2000) de uma UBS para cada 5.424 habitantes.

O dado mais relevante para a caracterização da assistência farmacêutica no RS é a existência de farmacêuticos nos serviços de atenção básica dos municípios do estado. Observamos que somente as macrorregiões Centro-Oeste e Sul, que compreendem a 4ª e 3ª CRS, respectivamente, possuem pelo menos um farmacêutico por município. A macrorregião dos Vales (8ª, 13ª e 16ª CRS) tem o menor número de municípios com farmacêutico (62,3%). O levantamento do número total de farmacêuticos por macrorregião revela 22 farmacêuticos na CRS da macrorregião Metropolitana pesquisada, 50 na dos Vales, 31 na Centro-Oeste, 20 na Norte, 89 na Missioneira e 21 na Sul, totalizando 233 farmacêuticos. Também, foi estimado o número de locais de dispensação pelo número de farmacêuticos, verificou-se que um único farmacêutico atende pelo menos 2,7 locais de dispensação de medicamentos.

Em 2006, Bernardi e colaboradores já discutiam o baixo número de municípios com farmacêutico na 17ª CRS do estado do RS identificado por meio de pesquisa naquela região. Dos vinte municípios, apenas cinco apresentavam farmacêuticos na atenção básica e atualmente, dos 16 municípios entrevistados em nossa pesquisa, de um total de 20, todos possuem farmacêuticos. Veber e colaboradores (2011), em estudo realizado em Santa Catarina, verificou uma relação direta entre municípios de pequeno porte e a ausência de farmacêuticos. A maioria dos municípios pesquisados apresentava no máximo 10.000 habitantes e 43,3% não tinham farmacêuticos envolvidos em atividades de AF. Além disso, 52,2% dos municípios não tinham farmacêuticos que dispensassem os medicamentos. Esta realidade parece se repetir nos municípios de pequeno porte do RS, mesmo que algumas políticas públicas tenham modificado o financiamento da assistência farmacêutica, ela ainda não tem sido considerada no conjunto de ações do sistema público de saúde. Mesmo quando o município contrata o profissional, o número é reduzido e como visto, é responsável pela organização do serviço em no mínimo dois locais de dispensação, sem mencionar que o profissional é responsável por outras atividades de gestão.

A OMS (1988) reconhece o farmacêutico como um bom profissional para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. O Brasil tem qualificado a AF por meio de ferramentas como a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e o Formulário Terapêutico Nacional (FTN), que servem de guia para estados e municípios selecionarem o elenco de medicamentos passíveis de financiamento pela pactuação tripartite (Brasil, 2013). Neste estudo foi averiguado o conhecimento da existência destas ferramentas pelos entrevistados. Entre os que responderam 83,6% conhecem a RENAME e 67,% conhecem o FTN. O FTN é uma ferramenta importante para auxiliar a

orientação de pacientes na dispensação de medicamentos. Pode-se inferir que o índice mais baixo de conhecimento do FTN deva-se ao fato de nem todos os presentes nas reuniões serem farmacêuticos e a orientação a cerca do uso dos medicamentos é função destes. Cabe salientar que a divulgação destas ferramentas tem papel relevante no sucesso da implementação da padronização e no o uso racional de medicamentos (Marin e col., 2003) e conseqüentemente na qualidade e eficiência do serviço.

Na etapa de programação o gestor responsável pela AF planeja a quantidade necessária que suprirá a demanda de uma população por um determinado período de tempo, organizando a aquisição dos medicamentos e evitando o desabastecimento. Para avaliar esta etapa da AF foi questionado, aos representantes dos municípios, se as compras suprem as necessidades da população atendida e a porcentagem de desabastecimento de medicamentos dos últimos seis meses nos municípios. Em 71,8% (153) dos municípios foi alegado que as compras suprem as necessidades. Consideramos que uma programação efetiva não resulte num desabastecimento superior a 10%. Nos resultados 43,2% dos municípios indicaram desabastecimento menor que 10% e 33,2% indicaram entre 10% e 20%, portanto um indicador de problemas na programação. A maioria dos municípios que apresentaram entre 10-20% de desabastecimento estavam mais concentrados na 16ª CRS, que também apresenta o maior número de municípios e nenhum com mais de 100.000 habitantes (Tabela 2). O desabastecimento de medicamentos é um problema que pode se estender a questões judiciais, pois possibilita ao cidadão o direito de solicitar judicialmente o medicamento em falta. Isso gera problemas aos gestores já que, com a intervenção judicial o custo do produto torna-se maior em compra emergencial (Sant'Anna e col., 2011).

A respeito do tipo de aquisição realizada pelos municípios, verificou-se que a maioria dos municípios analisados (63,3%) adquirem os medicamentos por licitação, mas não especificaram a modalidade de licitação. Interessante verificar que 5,3% dos municípios analisados fazem uso da dispensa de licitação, modalidade associada a maiores custos. Dos municípios estudados 55,1% compram os medicamentos de distribuidora e 14,5% compram medicamentos de farmácias magistrais e de drogarias, o que também resulta em um custo mais elevado. Entretanto, sobre a forma de aquisição por dispensa e a compra em estabelecimentos locais, não é possível avaliar se o fazem corriqueiramente ou em situações específicas, como no caso de mandados judiciais, pois o questionário não previa esse tipo de informação, sendo essa uma das limitações do estudo.

O consórcio intermunicipal foi incluído como um tipo de fornecedor, por impossibilidade de classificá-lo em outra categoria, mas entende-se que seja uma estratégia de enfrentamento para as dificuldades encontradas, especialmente por municípios de pequeno porte, em relação à gestão de serviços de saúde, inclusive aquisição de medicamentos. (Vieira & Zucchi, 2013) Neste estudo, os municípios que mais utilizaram a estratégia foram os da 12ª CRS, que é composta de 23 municípios. O consórcio intermunicipal foi analisado em um estudo em Santa Catarina e revelou ser uma forma de diminuir a burocracia na compra e por consequência, diminuiu o desabastecimento e os custos da aquisição (Amaral & Blatt, 2011). Apesar de não se ter dados mais amplos no RS, acredita-se que essa estratégia poderia ser ampliada, pois facilitaria a gestão da AF no estado, já que a maioria dos municípios é de pequeno porte.

O maior intervalo de tempo na frequência de compras nos municípios é bimestral e trimestral (30,3%) e a menor é anual (4,1%). A regularidade de compras dos municípios também é um fator importante para a regularidade do abastecimento. As boas práticas de gestão preconizam que as compras sejam feitas pela adoção de compras consolidadas, por períodos mais longos de tempo e com volume elevado. As compras realizadas anualmente podem ter entregas parceladas, o que facilita para os municípios que não possuem condições de armazenamentos para grandes volumes. A periodicidade trimestral pode resultar nas seguintes vantagens ao município: manutenção da regularidade no abastecimento, ajuste da demanda crescente/decrescente em função da sazonalidade, redução dos estoques, redução de perdas por expiração de prazos de validade, garantia pelo maior volume de compra de menores preços (Marin e col.,2003).

Tabela 2: Descrição de critérios de programação e aquisição presentes nos municípios do RS.

Programação			
% desabastecimento nos últimos 6M	n/%*	Min.*	Max.*
Abaixo de 10%	86/43,2	3	15
10-20%	66/33,2	3	20
20-30%	25/12,6	1	6
Acima de 30%	17/8,5	1	4
NR	5/2,5	1	2
<i>Total</i>	<i>199</i>		
Aquisição			
<i>Forma de Aquisição</i>			
Licitação	131/63,3	4	28
Registro Preço	65/31,4	2	10
Dispensa Licitação	11/5,3	1	3
<i>Total</i>	<i>207</i>		
<i>Tipo de fornecedor</i>			
Distribuidora	152/55,1	4	32
Consórcio Intermunicipal	53/19,2	1	17
Drogaria	30/10,9	1	6
Laboratório Privado	24/8,7	1	4
Farmácia Magistral	10/3,6	1	3
Laboratório Oficial	7/2,5	1	2
<i>Total</i>	<i>276**</i>		
<i>Frequência de compras</i>			
Diária/Mensal	11/5,0	1	5
Bimensal/Trimestral	67/30,3	1	16
4-6meses	34/15,4	1	11
Anual	9/4,1	1	4
Outros	32/15,2	1	14
<i>Total</i>	<i>221**</i>		

NR=não respondentes; *nº de municípios; **mais de uma resposta.

Em relação ao armazenamento, 201 municípios (94,4%) têm área de estocagem específica para os medicamentos, sendo que em 130 municípios (56%) esta área está situada nas farmácias, em 60 municípios (26%) existem almoxarifados centrais e em 42 municípios (18%) a área de armazenagem está nas UBS.

Sobre a estrutura das áreas de armazenamento, 120 municípios (61%) possuem ar condicionado e 122 municípios (61%) possuem sistema de ventilação nessas áreas. O tipo de piso, que 122 municípios (62%) relataram possuir nas áreas de estoque, é na maioria de cerâmica, seguidos de piso liso (59 municípios ou 30%) e piso de madeira (16 municípios ou 8%). A condição do piso é boa e adequada em 184 municípios (93%) e de fácil limpeza em 180 municípios (90%).

Os respondentes informaram que as áreas de armazenamento de 170 municípios (85%) possuem sala com chave, 128 municípios (64%) armário com chave e 31 municípios (16%) depósito com chave. Sobre o controle de estoque 159 municípios (75%) fazem controle de vencimento de medicamentos (25% por sistema manual e 50% por sistema informatizado) e 106 municípios (53%) fazem o controle mensal dos vencidos. Dos 213 municípios pesquisados, 165 municípios (78%) têm sistema informatizado de controle de estoque localizados nas farmácias centrais, distritais, nos almoxarifados e nas UBS.

Atualmente, o financiamento da AF prevê que as secretarias municipais de saúde utilizem, anualmente, até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros para atividades relacionadas à adequação do espaço físico das farmácias do SUS, para aquisição de equipamentos e mobiliários destinados ao suporte das ações de AF e qualificação de recursos humanos para a atenção básica (Brasil, 2013). A administração de materiais requer conhecimentos e habilidades, pois um controle de estoque bem gerenciado fornece informação confiável sobre as quantidades presentes no estoque e subsidia as demais etapas da AF. A adesão ao Sistema Nacional de Gestão da AF (HÓRUS) relatada no período de realização desta pesquisa é de 4%, ou seja, oito municípios. O HÓRUS foi uma inovação tecnológica introduzida no SUS em 2009 com o objetivo de qualificar a gestão e os serviços da AF nos três níveis de governo. As principais mudanças que o Sistema HÓRUS induz na gestão da AF são o controle de estoque em tempo real, o conhecimento do fluxo de medicamentos na rede de saúde, a redução do desabastecimento de medicamentos, programação baseada no consumo real do município e identificação do perfil de consumo de medicamentos local, controle do prazo de validade dos medicamentos e diminuição das perdas (Costa & Nascimento, 2012). O Ministério da Saúde tem intensificado a política de implantação nos município e acredita-se que em prazo curto mais município tendam a aderir ao sistema HÓRUS.

Na Tabela 3 são apresentados dados sobre a dispensação de medicamentos nos municípios estudados.

Tabela 3: Características de dispensação de medicamentos em municípios do RS.

Variáveis	n/%*	Mín.*	Máx.*
Locais de Dispensação			
Farmácia	146/57	7	20
UBS	79/30,9	2	15
Consultório	0/0	0	0
ESF	28/10,9	1	6
Setor ADM	3/1,2	1	1
<i>Total</i>	256**		
Usuários da farmácia			
Do município com prescrição do SUS	39/19	1	10
De qualquer município, mas com prescrição do SUS	14/6,8	1	4
Qualquer residente do município com prescrição	114/55,6	1	28
Qualquer usuário residente ou não no município com receita	21/10,2	1	5
Sem prescrição para pacientes	17/8,3	1	4
<i>Total</i>	205		

*n° de municípios; **mais de uma resposta.

A maioria (57%) dos municípios realiza a dispensação em farmácias próprias, mas também por uma limitação do estudo, não é possível definir se essas farmácias não estão localizadas nas UBS. Em relação aos usuários que são atendidos para adquirir os medicamentos, verifica-se que a maioria (55,6%) dos municípios não restringe o atendimento aos usuários que foram atendidos no setor público e que 6,8% dos municípios atendem indivíduos de qualquer município desde que tenham uma prescrição do setor público. Novamente o instrumento de coleta de dados não permite identificar se estes indivíduos utilizaram o serviço de saúde do município que fornece o medicamento. A questão do atendimento de pacientes que usam o serviço médico de municípios maiores e recebem medicamentos no mesmo município pode gerar conflitos entre os gestores e dificultar o acesso aos pacientes, pois com a gestão municipalizada os gestores recebem as verbas para atender sua população e por outro lado pode dificultar a gestão da AF por conta de uma população flutuante interferindo na programação.

Conclusão

Os principais pontos, em relação à AF, identificados como possivelmente deficientes, nesta pesquisa, foram a capacitação de RH, a programação, gestão dos recursos financeiros evidenciados pela forma de aquisição, fornecedores e frequência de compras. A má gestão da AF pode levar ao desabastecimento de medicamentos dos locais de dispensação dos municípios, que apesar de ter sido citada como baixa, existe e leva a outras consequências. E as consequências se revelam na qualidade da atenção à saúde, como a dispensação incompleta dos medicamentos aos pacientes, a insatisfação do usuário, a necessidade de o paciente retornar a farmácia mais de uma vez ao mês e a diminuição da adesão ao tratamento. Obviamente que a gestão destas etapas poderia ter maior eficiência se os municípios também dispusessem de profissionais qualificados para realizar a gestão da AF. O número de farmacêuticos é baixo e geralmente estão envolvidos em várias atividades e possivelmente as atividades clínicas, de atenção farmacêutica também estejam aquém das expectativas.

Os desafios para a estruturação e a implantação de uma AF efetiva nos municípios, consolidada e estruturada por leis e portarias, começa pela conscientização, por parte dos gestores, da importância da estruturação da AF municipal, através de investimentos em infraestrutura, na organização dos processos e na capacitação permanente dos profissionais envolvidos com as atividades que fazem parte da AF. Somente, a partir daí, o acesso da população aos medicamentos pode se tornar viável, racional e mais eficiente.

Agradecimentos

Ao farmacêutico Marcelo Azambuja da Rocha da Divisão de Apoio aos Municípios da Coordenação Estadual da Assistência Farmacêutica por seu apoio e colaboração na fase de digitação do banco de dados e à aluna de graduação do curso de Farmácia, Pâmela Gabriele Silva Santos, por ter realizado a segunda digitação do banco de dados.

Referências

- AMARAL, S. M. S.; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, supl. 4, p. 799-801, 2011.
- BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n.i., p. 73-83, jan.-abr., 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055-18059.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 set. 2009. Seção I, p. 654-655.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que 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 (PAB Variável). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 ago. 2011. Seção I, p. 90.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 jul. 2013. Seção I, p. 71-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção I, p. 18.

BRASIL. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção I, p. 52-53.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO. J. M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.46 (supl), p. 91-99, 2012.

IBGE cidades. *Mapa e municípios do Rio Grande do Sul*. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=rs. Acesso em: 14 fev. 2014.

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

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: *Congresso Paulista de Saúde Pública*, São Paulo, Anais, p. 145-154, 2000.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. *Relatório do Grupo Consultivo da OMS*. OMS, Nova Délhi, 1988.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 40.991, de 17 de agosto de 2001. Estabelece a Divisão Territorial da Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Porto Alegre, 17 de agosto de 2001. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id343.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Resolução nº 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as

Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, 19 de setembro de 2012. Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

SANT’ANA, J. M. B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 29, supl. 2, p. 138-144, 2011.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/RS). Plano Estadual de Saúde: 2012-2015. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, ed. 1, p. 1-250, 2013.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (SES/RS). Coordenadorias Regionais. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 13 jun. 2014.

VEBER, A. P. et al. Pharmaceutical assistance in local health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 75-81, jan.-mar., 2011.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.22, n. I., p. 73-84, 2013.

Anexos

Anexo 1

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;
- g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;
- h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e
- i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados ad-hoc, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Da seleção de artigos e revisão por pareceristas

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde foi realizada a pesquisa.

Saúde e Sociedade submete todos os originais à apreciação da Comissão Editorial apoiada por consultores *ad hoc*, que recomendam sua aceitação ou rejeição, podendo apresentar aos autores sugestões de alterações. Cada trabalho será apreciado por, no mínimo, dois relatores, cujos nomes serão mantidos em sigilo, omitindo-se também o(s) nome(s) do(s) autor(es) perante os relatores.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo e afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua

do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de e “col.”. Exemplo: Martins e colaboradores (2014) ou (Martins e col., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

◆ Livro

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

◆ Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

◆ Artigo de Periódico

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

◆ Tese

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

◆ Documento on-line

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. *World malaria report: 2010*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariaireport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

* Legislação (Lei, Portaria etc.)

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

☪ **Artigo ou matéria de jornal**

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

☪ **Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Anexo 2

Questionário sobre o gerenciamento da assistência farmacêutica.

Avaliação da Assistência Farmacêutica nos Municípios do RS

1. Município:

2. Número de unidades básicas de saúde: _____ Estratégia de saúde da família: _____

3. Especialidades disponibilizadas cardiologia pediatria

ginecologia nutrição outros _____

4. Existem grupos de apoio aos portadores de doenças crônicas? não sim, grupo de _____

5. Responsável pelo grupo: enfermeiro médico farmacêutico outro, qual? _____

6. Existe profissional responsável pelo gerenciamento da Assistência Farmacêutica?

não sim

7. Qual formação: fundamental médio técnico Qual? _____ superior Qual? _____

8. Possui farmacêutico? não sim ^z quantos? _____

contratado _____

concursado _____

9. Onde atuam os farmacêuticos e quantos atuam em cada setor?

_____ Unidades Básicas de Saúde

_____ Centros de Saúde

Não preencher

Cod. IBGE:

CRS:

Macrorregião:

População:

Censo IBGE:

___ Estratégia de Saúde da Família

___ Núcleo de Apoio a Saúde da Família

___ Farmácia Básica Municipal

___ Centro de Atenção Psicossocial

___ Outros quais? _____

10. Existem profissionais não farmacêuticos exclusivos para atuar na farmácia?

não sim

11. No caso de resposta afirmativa preencha as colunas com os números abaixo da tabela

Iniciais do nome do profissional	Número da Profissão	Número da Função	Número da Escolaridade	Forma de contratação
E.C.L.	2	1	3	2

Profissão: (1) enfermeiro; (2) técnico de enfermagem; (3) auxiliar de enfermagem; (4) técnico de farmácia; (5) outros.

Função: (1) balconista; (2) almoxarife; (3) auxiliar administrativo; (4) outra.

Escolaridade: (1) ensino fundamental; (2) médio; (3) técnico; (4) superior.

Forma de contratação: (1) CC; (2) concurso; (3) contrato.

12. Qual a forma de aquisição dos medicamentos da Assistência Farmacêutica Básica empregada pelo município?

licitação municipal

dispensa de licitação

registro de preços

consórcio intermunicipal

Outro: _____

13. De que fornecedores as compras são realizadas:

laboratório privado

laboratório oficial

distribuidora

drogarias

farmácias (manipulados)

14. As compras são realizadas com que frequência?

mensalmente

trimestralmente

semestralmente

anualmente

outra _____

sem frequência estabelecida

15. O processo de aquisição supre regularmente a demanda do município? não sim

16. Nos últimos 6 meses as faltas de medicamentos representaram em torno de:

menos de 10%

entre 10 a 20%

entre 20 e 30%

entre 30 e 40%

mais de 40 %, em torno de _____ %

17. Como é o sistema de dispensação de medicamentos?

centralizado na farmácia municipal

nas farmácias das unidades de saúde

nos consultórios médicos e odontológicos

pela estratégia de saúde da família

pelo setor administrativo das unidades

outro: _____

18. Existe no município área específica para o armazenamento dos medicamentos?

não sim

19. Se sim, onde os medicamentos são armazenados?

na farmácia no almoxarifado central na unidade de saúde outro _____

20. Possui ar condicionado? sim não

21. Existe sistema de ventilação? sim não

22. Como é o piso? liso cerâmica madeira outro, qual? _____

23. Como estão as condições do piso? boa adequada ruim muito ruim

24. O piso é de fácil limpeza? sim não

25. Os medicamentos são armazenados em:

prateleiras de metal madeira outro _____

estrados de metal madeira plástico outro _____

armários de metal madeira plástico outro _____

outro _____ de metal madeira plástico outro _____

26. Como é o sistema de segurança do armazenamento dos medicamentos?

sala com chave sim não responsável pela chave _____

armário com chave sim não responsável pela chave _____

depósito com grade com chave sim não responsável pela chave _____

27. Como é feito o controle de vencimento dos medicamentos?

Através de planilha manual

Através do sistema informatizado

28. Quando é realizado o controle de vencimento dos medicamentos?

Mensalmente os medicamentos vencidos são retirados do estoque

não é realizado controle de vencimento

Outro, qual? _____

29. O sistema informatizado para o controle de estoque está implantado?

no almoxarifado central

na farmácia central

nas farmácias distritais

nas farmácias das unidades de saúde

outro _____

30. Existe sistema informatizado para gerenciamento da Assistência Farmacêutica Básica?

não sim, qual? _____

31. Utiliza o sistema Hórus ? sim desconheço já ouvi falar já fiz capacitações

estamos em fase de implantação

32. Qual o número total de locais de dispensação de medicamentos básicos no município?

33. A dispensação de medicamentos é feita:

somente para usuários SUS com prescrição (receita) SUS do município

somente para usuários SUS com prescrição (receita) SUS de qualquer município

para qualquer usuário (morador do município) com receita (prescrição)

para qualquer usuário (morador ou não do município) com receita

sem prescrição (receita) para pacientes crônicos cadastrados outro: _____

34. Você conhece a RENAME? não não, mas já ouvi falar sim, RENAME significa:

35. Em caso de dúvidas com medicamentos, qual fonte consulta?

internet, qual sitio? _____

bula do medicamento

DEF (dicionário de especialidades farmacêuticas)

outro, qual? _____

36. Você conhece o Formulário Terapêutico Nacional (FTN)? não sim