

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

**MARIANA PORTAL DA COSTA**

**PADRÃO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA  
FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO GRANDE  
DO SUL**

Porto Alegre,  
2017

MARIANA PORTAL DA COSTA

**PADRÃO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA  
FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO GRANDE  
DO SUL**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
par obtenção do título de Mestre do Programa  
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde -  
Mestrado Profissional da Universidade Federal  
do Rio Grande do Sul.

Orientador: **Professor Dr. Clécio Homrich da Silva**

Porto Alegre,

2017

## CIP - Catalogação na Publicação

Costa, Mariana Portal da  
Padrão de dispensação de medicamentos em uma  
Farmácia Pública municipal do Estado do Rio Grande  
do Sul / Mariana Portal da Costa. -- 2017.  
94 f.

Orientador: Clécio Homrich da Silva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-  
RS, 2017.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Uso de  
medicamentos. 3. Farmacoepidemiologia. 4. Ensino na  
saúde. I. Silva, Clécio Homrich da, orient. II.  
Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Mariana Portal da Costa, com ingresso em 24/04/2015  
Título: **Padrão de dispensação de medicamentos em uma Farmácia Pública Municipal do Estado do Rio Grande do Sul**  
Orientador: Prof. Dr. Clecio Homrich da Silva

Data: 01/04/2017  
Horário: 10:30  
Local: Auditório Mário Rigatto / FAMED

Banca Examinadora	Origem
Márcia Dos Angeles Luna Leite	HCPA
Denise Bueno	UFRGS
Roger Dos Santos Rosa	UFRGS

Porto Alegre, 01 de abril de 2017.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Márcia Dos Angeles Luna Leite		A	_____
Denise Bueno		A	_____
Roger Dos Santos Rosa		A	_____

Conceito Geral da Banca: (A) Correções solicitadas: (✓) Sim ( ) Não  
Indicação de Voto de Louvor: ( ) Sim (✓) Não

**Observação:** Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599  
Porto Alegre / RS -

Dedico este trabalho ao meu marido, Alfredo,  
companheiro nesta caminhada, pela  
compreensão, paciência e incentivo na  
realização de mais este objetivo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas belas oportunidades que tem colocado no meu caminho.

Ao Professor Dr. Clécio Homrich da Silva, meu orientador nesta jornada, pela generosidade, competência, dedicação e por ter incentivado a escolha desta temática, proporcionando assim um novo olhar da minha trajetória como farmacêutica em saúde pública, pois analisar os dados deste estudo é de certa forma refletir sobre minha atuação como profissional de saúde no município em questão.

Aos meus pais, familiares e amigos, que sempre estiveram presentes nos momentos importantes, pela compreensão dos momentos de ausência dos últimos meses, pelo carinho, incentivo e apoio em mais esta etapa.

Ao programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde, por oportunizar que nós, profissionais de saúde, possamos conciliar o trabalho e a pós-graduação, levando assim os conceitos da academia para a nossa prática profissional e as nossas vivências, angústias, concepções e realizações do trabalho em saúde para contribuir com a pesquisa acadêmica.

Aos meus colegas e aos professores do programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, pelos ensinamentos, trocas de saberes, relatos de experiência e amizades que esses dois anos proporcionaram em nossas vidas. Apesar das nossas diversidades de núcleos profissionais, de locais de atuação e de níveis de atenção à saúde, tínhamos em comum a busca por novas práticas de educação em saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Glorinha, em especial as colegas da Farmácia Municipal, pelo incentivo e apoio, colaborando no dia-a-dia do trabalho na Farmácia, permitindo assim que eu possa buscar novos conhecimentos.

Aos gestores do Município de Glorinha, pelo apoio institucional na liberação para participar deste Mestrado e por permitirem o acesso aos dados da Farmácia Municipal para realização dessa pesquisa.

“De certo por isso é que os remédios agora são mudos: os pacientes não sabem mais o que tomam: mas são coisas lindas, de todas as cores e feitios, muitos ornamentais, como se estivéssemos passado do reino literário para o das artes plásticas e ingeríssemos pequenos quadros modernos, com os quais vamos assegurando essa coisa misteriosa que é a vida.”

Cecília Meireles (1967, p.180)

## RESUMO

**Introdução:** Nos últimos anos, o consumo de medicamentos tem aumentado em todo o mundo e também no Brasil. Investigar este consumo numa determinada população é relevante para a gestão da política de medicamentos e o gerenciamento dos recursos em saúde, pois serve como ferramenta no planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde.

**Objetivo:** Descrever a prevalência e a tendência de consumo de medicamentos por intermédio da dispensação numa Farmácia Pública Municipal no período de oito anos.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, baseado em dados secundários obtidos por meio dos relatórios de dispensação de medicamentos do sistema informatizado da Farmácia Pública Municipal de Glorinha (RS) no período de 2008 a 2015. A população do estudo constitui-se de todos os usuários que tiveram pelo menos um medicamento da Relação Municipal de Medicamentos. As variáveis demográficas foram sexo e idade. Para fins de análise, os medicamentos foram categorizados no primeiro (Grupo Anatômico – GA), segundo (Grupo Terapêutico Principal – GTP) e quinto nível (Substância Química – SQ) da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e seu consumo analisado pela Dose Diária Definida (DDD) por 1.000 habitantes por dia.

**Resultados:** A população do estudo foi 9.967 pessoas, sendo o maior percentual do sexo feminino (52,8%) e a faixa etária mais prevalente de 0 a 9 anos (16,2%). O consumo pelas mulheres é maior que os homens em todas as faixas etárias. Em relação ao consumo de medicamentos dispensados por usuário por ano: os GA mais prevalentes foram sistema nervoso (22,1%) e sistema cardiovascular (19,5%); os GTP mais prevalentes foram anti-inflamatórios e antirreumáticos (11,3%) e analgésicos (10,5%) e as SQ mais consumidas foram ibuprofeno (11,3%) e paracetamol (9,9%). Quanto à quantidade de unidades farmacêuticas dispensadas por ano: os GA mais prevalentes foram sistema (43,1%) e sistema nervoso (26,7%); os GTP mais prevalentes foram os agentes com ação no sistema renina-angiotensina (18,0%) e psicoanalépticos (10,8%) e as SQ mais consumidas foram captopril (8,9%) e enalapril (7,9%). Sobre o total da DDD (DDD/1.000 habitantes/dia): os GA de maior consumo foram os medicamentos do sistema cardiovascular (47,6%) e do sistema nervoso (15,3%); os GTP mais utilizados foram os medicamentos com ação no sistema renina-angiotensina (22,7%) e os diuréticos (10,3%) e as SQ mais utilizadas foram enalapril (14,7%) e omeprazol (9,6%). Dentre os medicamentos disponibilizados foi observado um maior decréscimo de dispensação nos seguintes grupos terapêuticos principais: ação no sistema renina-angiotensina (93,0%), na diabetes (82,4%) e os diuréticos (79,0%).

**Conclusões:** Apesar da ampliação do acesso da população aos medicamentos pelas políticas públicas vigentes de Assistência Farmacêutica, a expressiva e crescente prevalência de consumo e a sua utilização de forma não racional causa preocupação. Dentro deste contexto, o profissional farmacêutico desempenha um papel relevante na compreensão e enfrentamento do problema e, desta forma, pode também contribuir na elaboração de estratégias para educação em saúde e para o uso racional de medicamentos na população por intermédio de estudos na área de Farmacoepidemiologia.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica. Uso de medicamentos. Farmacoepidemiologia. Ensino na saúde.



## ABSTRACT

**Introduction:** In recent years, the consumption of medicinal products has increased worldwide and also in Brazil. Investigating this consumption in a given population is relevant for the management of health resources, as it serves as a tool in the planning of health preventive and promotion actions. **Objectives:** Describing the prevalence and trend of the consumption of medicinal products through the dispensing procedure at a Municipal Public Pharmacy over a period of eight years. **Methodology:** This is a descriptive, retrospective study, based on secondary data obtained through the reports of dispensing procedures of medicines from the computerized system of the Municipal Public Pharmacy in Glorinha (RS), from 2008 to 2015. The studied population consisted of all users who got at least one medication from the Municipal Medication List. Demographic variables were sex and age. For the purposes of analysis, the medicinal products were categorized in the first (Anatomical Group – AG), second (Therapeutic Subgroup – TS) and fifth level (Chemical Substance – CS) of the Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification, and its consumption analyzed by the Defined Daily Dose DDD (1,000 inhabitants per day). **Results:** The studied population was 9,967 people, the highest percentage being female (52.8%) and the most prevalent age group that of 0 to 9 years old (16.2%). Consumption by women is greater than men in all age groups. Respecting the consumption of medicines dispensed to users per year: the most prevalent AG were nervous system (22.1%) and cardiovascular system (19.5%); the most prevalent TS were antiinflammatory and antirheumatic (11.3%) and analgesics (10.5%), and the most commonly consumed CS were ibuprofen (11.3%), and acetaminophen (9.9%). Regarding the quantity of pharmaceutical units dispensed per year: the most prevalent AG were cardiovascular system (43.1%) and nervous system (26.7%); the most prevalent TS were agents action on the renin angiotensin system (18.0%) and psychoanalytics (10.8%), and the most commonly used CS were captopril (8.9%) and enalapril (7.9%). About the total DDD (DDD/1,000 inhabitants/day): the most consumed AG were the cardiovascular system medications (47.6%) and the nervous system (15.3%); the most used TS were the medicines with action in the renin angiotensin system (22.7%) and the diuretics (10.3%) and the most used CS were enalapril (14.7%) and omeprazole (9.6%). Among the medicinal products available, a greater decrease in the following main therapeutic groups was observed: action in the renin angiotensin system (93.0%), diabetes (82.4%) and diuretics (79.0%). **Conclusions:** Despite the increasing access of the population to medication by the current public policies of Pharmaceutical Assistance, the expressive and growing prevalence of consumption and its use of form non-rational causes concern. Within this context, the pharmacy professional plays a relevant role in understanding and coping with the problem and, in this way, can also contribute in the elaboration of strategies for health education and for the rational use of medicines in the population through studies in the area of Pharmacoepidemiology.

**Key-words:** Pharmaceutical Services. Drug Utilization. Pharmacoepidemiology. Teaching in Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
AF	Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DDD	Dose Diária Definida
EUM	Estudo de Utilização de Medicamentos
GA	Grupo Anatômico
GTP	Grupo Terapêutico Principal
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
QUALIFAR-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde
REME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SQ	Substância Química
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	16
2.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	16
<b>2.2.1 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.3 Medicamentos Especiais.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.4 Componente Básico da Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.5 Programa Farmácia Popular do Brasil .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.6 Base Nacional de Dados da Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>26</b>
2.3 O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	27
2.4 FARMACOEPIDEMIOLOGIA.....	29
<b>2.4.1 Estudos de Utilização de Medicamentos .....</b>	<b>31</b>
2.4.1.1 Classificação <i>Anatomical Therapeutic Chemical</i> (ATC) .....	33
2.4.1.2 Dose Diária Definida (DDD).....	34
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>36</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	36
<b>4. ARTIGO.....</b>	<b>37</b>
<b>5. CONCLUSÕES .....</b>	<b>61</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
6.1 GERAIS .....	64
6.2 PESSOAIS .....	64
6.3 PARA O MUNICÍPIO .....	70
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>72</b>

<b>APÊNDICE A – Termo de Compromisso de Utilização de Dados Secundários .....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE B – Medicamentos segundo a Classificação ATC .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO A – Termo de Autorização do Gestor Municipal .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO B – Sistema Saúde Pública utilizado na Farmácia Municipal .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO C – Modelo de Relatório do Sistema Saúde Pública .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética .....</b>	<b>89</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os medicamentos são considerados uma ferramenta de suma importância na terapêutica, seja com a finalidade de tratar, controlar ou prevenir doenças (BERMUDEZ; BARROS, 2016), seja proporcionando uma melhoria da qualidade e na expectativa de vida das pessoas (CORRER, 2014).

Diante disto, o acesso aos medicamentos deve ser garantido à população, em especial aqueles considerados essenciais (BRASIL, 2016a). Eles devem estar disponíveis à população e ser eficazes, seguros e de qualidade assegurada, sendo prescritos e usados racionalmente (WANNMACHER, 2010).

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), inquérito domiciliar que coletou dados de 41.433 indivíduos em mais de 20.000 domicílios brasileiros, avaliou o acesso a medicamentos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis e observou que apenas 2,6% dos indivíduos não haviam tomado os medicamentos que precisariam nos últimos 30 dias (BERMUDEZ; BARROS, 2016).

No Brasil, verifica-se uma acelerada transição demográfica e epidemiológica. Em relação à transição demográfica, observa-se a queda nas taxas de mortalidade e de fecundidade e, por outro lado, um aumento na expectativa média de vida. Com isso, há alteração da estrutura etária da população, resultando no aumento do envelhecimento da população (BRITO, 2008). Já, a transição epidemiológica é caracterizada por uma tripla carga de doenças, com predomínio de doenças crônicas e degenerativas, e uma diminuição das doenças agudas, ainda que se observe uma parcela significativa de doenças infecto-parasitárias, desnutrição e as causas externas (MENDES, 2012).

Nesta perspectiva, com o processo de transição demográfica e epidemiológica, acentuado nas últimas décadas, observa-se um crescimento acelerado da população idosa e o aumento das doenças crônicas, seguindo a tendência mundial. Com o incremento da idade e das morbidades, verifica-se também uma demanda crescente por serviços de saúde e um maior consumo de medicamentos por parte desta população (BALDONI; PEREIRA, 2011; LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

O aumento no consumo é verificado a partir das informações sobre gastos com medicamentos pelo Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos. Ele tem aumentado acentuadamente, visto que em 2003 ele foi de um pouco menos de dois bilhões de reais, o que

correspondia a 5,8% do orçamento do MS, passando para aproximadamente R\$15 bilhões em 2015 (GADELHA *et al.*, 2016).

A utilização de medicamentos pela população, muitas vezes, ocorre de maneira inadequada, insuficiente ou em excesso, considerando o seu uso de forma irracional (ARRAES *et al.*, 2005; BRASIL, 2012a; OMS, 2002). Desta forma, o aumento no consumo de medicamentos e o seu uso inadequado proporcionam elevados gastos, consumindo uma grande parte do orçamento da saúde, tornando este tema de grande importância para a saúde pública (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como uso racional de medicamentos quando o indivíduo recebe o medicamento adequado para sua necessidade clínica, na dose adequada às suas necessidades individuais, por um período de tempo apropriado e ao menor custo possível para ele e para a comunidade (OMS, 1985).

No Brasil, entre as responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS), está a de garantir o acesso qualificado, igualitário e universal aos medicamentos e, também, a promoção do seu uso racional. Para isto, a Assistência Farmacêutica (AF) é organizada a partir de três componentes: Básico, Estratégico e Especializado, cada um com um grupo de medicamentos e características específicas, concomitantemente com o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), que busca ampliar o acesso a determinados medicamentos (NASCIMENTO JR *et al.*, 2016).

Cabe a esfera pública municipal a responsabilidade pela disponibilidade dos medicamentos do componente Básico da Assistência Farmacêutica, adquiridos com o financiamento da esfera municipal, estadual e federal (BRASIL, 2011a).

O aumento no consumo de medicamentos e do seu uso muitas vezes irracional demandam, dos gestores, informações e racionalidade na elaboração e planejamento de políticas farmacêuticas no país. Para isso, necessita-se de dados mais precisos e representativos do acesso ao medicamento e de seu uso racional por parte da população (GADELHA *et al.*, 2016).

Apesar disto, ainda há poucos bancos de dados eletrônicos nacionais que consigam analisar esse consumo (BALDONI; PEREIRA, 2011). Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) que analisam este consumo, publicados em alguns países e no Brasil, na sua maioria, avaliam somente uma classe terapêutica, como psicofármacos, antimicrobianos, anti-hipertensivos ou estratos específicos da população estudada, como idosos, gestantes, crianças ou adolescentes (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004; GOOSSENS *et al.*, 2007; LEITE; VIERA; VEBER, 2008; POLIĆ-VIŽINTIN *et al.*,

2014; SILVA; GIUGLIANI, 2004; SILVA *et al.*, 2012; STIMAC; VUKUSIĆ; CULIG, 2005; STIMAC; CULIG, 2009).

Muitos destes estudos de utilização de medicamentos, realizados a partir de entrevistas, de prescrições ou de banco de dados, objetivam apenas apresentar resultados que retratam a prática encontrada, sem refletir e indicar ações de educação em saúde a fim de contribuir para modificar ou melhorar esta prática (LEITE; VIERA; VEBER, 2008).

No Brasil não há um sistema de controle centralizado para o fornecimento de medicamentos, ao contrário do que já ocorre em muitos países desenvolvidos (BARROS, 2016). Além disso, até o momento também não há uma base de dados nacional que contemple as informações sobre dispensação de medicamentos de todos os municípios brasileiros. Assim, tanto os medicamentos utilizados na Atenção Básica, como suas tendências de consumo não são conhecidos. Desta forma, não é possível a realização de comparações entre regiões e, também, a identificação de perfis epidemiológicos com base nestes dados (ROZENFELD; VALENTE, 2004).

Neste sentido, o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do Ministério da Saúde considera as informações, obtidas nos estudos de farmacoepidemiologia e, também, de farmacovigilância, como uma ação estratégica para a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica no SUS, possibilitando conhecer o padrão de utilização de medicamentos no país (NASCIMENTO JR *et al.*, 2016).

Os dados de consumo de medicamentos, muitas vezes, na prática cotidiana pelo profissional farmacêutico, são analisados apenas para o controle de estoque, ou seja, visualizados somente na ótica da logística do medicamento. Analisar estas informações de outra perspectiva contribui para a inserção do farmacêutico na equipe, demonstrando que informações obtidas na farmácia podem ser utilizadas para avaliar as práticas de saúde, auxiliar na elaboração do perfil epidemiológico de uma população e propor ações de educação em saúde.

O município de Glorinha, local de realização desta pesquisa, localiza-se no estado do Rio Grande do Sul (RS), a 44 Km da capital Porto Alegre, na região metropolitana de Porto Alegre. Pertencia ao município de Gravataí até 1988, ano em que foi emancipado (GLORINHA, 2017). Com área territorial de 323,641 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 21,29 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,714. A população de acordo com o CENSO de 2010 é de 6891 habitantes, destes 2067 (30,0%) vivem na zona urbana e 4824 (70,0%) na zona rural. As atividades econômicas são indústria (38,1% homens; 20,1% mulheres), agricultura (31,4% homens; 13,5% mulheres) e serviços (30,4% homens; 66,3% mulheres)

(IBGE, 2017). No Município estão instaladas algumas indústrias metal-mecânicas e uma fabricante de placas de MDF. A proximidade com o município de Gravataí e a emancipação de certa forma recente, proporcionam um vínculo à Gravataí, com muitos munícipes de Glorinha trabalhando, estudando e consumindo bens e serviços do município vizinho.

Algumas características do município, entre as quais a sua proximidade da capital Porto Alegre, a presença de empresas de médio porte, o custo de vida baixo quando comparado aos vizinhos e por ser de pequeno porte com grande área rural, ocasionam processos migratórios na busca de melhores condições de vida e emprego. Observa-se que muitas pessoas, quando as expectativas iniciais não são concretizadas, ficam somente um período no município, ocasionando uma constante mudança nos seus indicadores populacionais.

Em Glorinha (RS), não há dados epidemiológicos elaborados pela equipe de saúde sobre as doenças mais prevalentes e, tampouco, a elaboração e utilização de indicadores que possam avaliar as ações de saúde realizadas pela equipe. O presente estudo pretende colaborar na identificação dos medicamentos prevalentes, da diminuição ou do aumento no consumo de cada grupo farmacológico, podendo, desta forma, correlacionar este consumo conforme indicação terapêutica principal, determinando assim as doenças mais prevalentes na população que busca a dispensação na Farmácia Municipal.

Portanto, faz-se necessário conhecer o padrão de dispensação de medicamentos em Farmácias Públicas Municipais, possibilitando verificar o padrão e as tendências de utilização destes medicamentos, tanto por grupo anatômico e terapêutico, quanto por sexo e faixa etária, comparando com outros estudos e analisando a variação de consumo ao longo do tempo. Nesta perspectiva é possível identificar o perfil de morbidade dos pacientes e colaborar na elaboração de estratégias adequadas e eficazes de educação em saúde voltadas para promoção e prevenção.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O termo assistência farmacêutica no Brasil até a década de 80 apresentava o mesmo sentido de “assistência médica”, remetendo-se às atividades clínicas e visando o cuidado do paciente. A partir da década de 80, houve uma alteração no sentido deste termo, passando a privilegiar as ações administrativo-gerenciais, visando o abastecimento e a entrega de medicamentos de qualidade. Com isso, passou a ter o mesmo sentido dos conceitos *pharmaceutical services*, utilizado nos Estados Unidos, e *servicios farmacéuticos*, denominação em uso na Espanha e países latino-americanos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Com base nessa concepção, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução n. 338/2004, define a Assistência Farmacêutica como:

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. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a, p.1).

Outra definição de assistência farmacêutica é a descrita por Marin *et al.* (2003, p.54), compreendendo-a como “um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o paciente”.

Este conjunto de atividades relacionadas ao medicamento pode ser organizada na forma de ciclo, de processos ou de componentes (GUERRA JÚNIOR; ACÚRCIO, 2013; MARIN *et al.*, 2003; MENDES, 2011). A mais conhecida é a forma de ciclo, conhecido como ciclo da assistência farmacêutica, organizado em seis etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização (prescrição, dispensação e uso) (MARIN *et al.*, 2003).

### 2.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O modelo de assistência farmacêutica do sistema público brasileiro até final dos anos noventa era de responsabilidade da Central de Medicamentos (CEME) do Ministério da Saúde (MS) (GUERRA JÚNIOR; ACÚRCIO, 2013). Este órgão, vinculado inicialmente a Presidência da República, foi instituído em 1971 pelo Decreto n. 68.806/1971, e era de sua responsabilidade o fornecimento dos medicamentos aos estados e municípios, com aquisição e distribuição de maneira centralizada (BRASIL, 1971; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007). Esta forma de aquisição centralizada na esfera federal resultava em falhas no abastecimento de medicamentos, pois não atendia as reais necessidades dos estados e municípios (BRASIL, 2011a).

Com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, entre os deveres do Estado para garantir o direito à saúde dos cidadãos, está o acesso a medicamentos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007). Acesso este que é reiterado pela Lei n. 8080/1990, a Lei Orgânica da Saúde, a qual garante assistência terapêutica integral à população, incluindo a assistência farmacêutica (BRASIL, 1990; MARIN *et al*, 2003).

A CEME foi desativada em 1997, passando suas atribuições para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Com a extinção da CEME, foi implantado no final de 1997, o Programa Farmácia Básica, o qual consistia em um grupo de 40 medicamentos essenciais constituindo um módulo-padrão com quantidades calculadas para a cobertura das necessidades de cerca de 3.000 pessoas, no período médio de três meses, adquiridos pela esfera federal. Era direcionada aos municípios com população inferior a 21.000 habitantes. Neste modelo, os municípios ficavam responsáveis por armazenar, distribuir e colaborar no processo de conscientização da população sobre o uso correto dos medicamentos (BRASIL, 1997). Cabe ressaltar que a aquisição ainda era realizada pelo governo federal, de forma centralizada, e distribuída aos municípios na forma de kits (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Como política pública, a Assistência Farmacêutica passou a ser incluída no Brasil no ano de 1998, oito anos após a aprovação da Lei n. 8080/1990, a partir da publicação da Portaria n. 3916/1998, que institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 2014; GUERRA JÚNIOR; ACÚRCIO, 2013). Esta política apresenta entre suas finalidades principais: a garantia de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, a promoção do seu uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais. Suas diretrizes, como a adoção da relação de medicamentos essenciais, regulação sanitária dos medicamentos e a promoção do uso racional, apresentam como principal foco o medicamento (BRASIL, 1998).

O foco desta política no medicamento é percebido na definição da assistência farmacêutica, definindo-a como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001a, p.34).

A descentralização e o financiamento compartilhado da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica tiveram início com a publicação da Portaria n. 176/1999, que estabeleceu o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), com seu financiamento realizado pelas três esferas de governo, e definiram a forma de transferência dos recursos, as responsabilidades de cada ente público e os valores repassados. Desta forma, a transferência dos recursos federais da Assistência Farmacêutica passou a ser fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e/ou municipais em parcelas mensais, o que se mantém até os dias de hoje (BRASIL, 1999). Os valores do IAFB foram correspondentes a R\$ 2,00 por habitante/ano, destes R\$ 1,00 per capita/ano de responsabilidade do gestor federal e contrapartida de, no mínimo, R\$ 1,00 per capita/ano a ser pactuada entre os gestores estaduais e municipais, com o valor mínimo de R\$0,50 por habitante/ano para cada uma das duas esferas (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2011a).

Um elenco mínimo e obrigatório de medicamentos que deveriam contemplar a lista da Assistência Farmacêutica Básica foi definido no ano de 2001. Esses medicamentos deveriam ser distribuídos nos municípios e adquiridos com os recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. O elenco era composto de 19 fármacos em diferentes formas farmacêuticas e tinham como base a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) vigente na época (BRASIL, 2001b).

Já, no ano de 2004, tem-se a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004a). A partir desta política, a Assistência Farmacêutica busca modificar seu foco principal, anteriormente o medicamento, para passar a enfatizar também o cuidado com as pessoas (BRASIL, 2014). Neste sentido, esta política possui entre seus princípios que as ações da Assistência Farmacêutica devem incluir a Atenção Farmacêutica, prática privativa do profissional farmacêutico, considerada como:

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004a, p. 1).

No ano de 2005, com Portaria n. 2.084/2005, foi definido o elenco de medicamentos para Atenção Básica, constituído na forma de dois componentes, componente Estratégico e componente Descentralizado. Entre os medicamentos estratégicos estavam os utilizados no tratamento da hipertensão, diabetes, asma, saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo, e a responsabilidade pelo financiamento e aquisição era do Ministério da Saúde. Já, o componente Descentralizado apresentava entre seu elenco medicamentos analgésicos, antibióticos, antitêrmicos e antiparasitários, e seu financiamento de responsabilidade das três esferas de gestão por meio do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a aquisição de responsabilidade dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. O IAFB nessa Portaria foi fixado nos valores de R\$ 1,65 por habitante ao ano, referente ao repasse do Ministério da Saúde, R\$ 1,00 (um real) por habitante ao ano, no mínimo, como contrapartida estadual e do Distrito Federal e R\$ 1,00 por habitante ao ano, no mínimo, como contrapartida municipal (BRASIL, 2005b).

Com o Pacto de Gestão, no ano de 2006, a responsabilidade pelo financiamento do SUS, incluindo a Assistência Farmacêutica, passa a ser das três esferas de gestão. A AF passa a ser um dos blocos de financiamento para transferência dos recursos do Ministério da Saúde, para os estados e municípios, sendo os valores de recursos aplicados pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Esta normativa organizava a Assistência Farmacêutica em quatro componentes: Básico, Estratégico, Excepcional e Organização da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006b). O componente da Organização da AF foi extinto em 2007 com a publicação da Portaria n. 204/2007, ficando a Assistência Farmacêutica constituída de três componentes: Básico, Estratégico e Excepcional (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011a). Em março de 2010, este último componente foi revisado e passou a denominar componente Especializado (BRASIL, 2010a; MANZINI *et al.*, 2015). No Rio Grande do Sul, o estado incluiu outro grupo de medicamentos aos três componentes já existentes, denominado Medicamentos Especiais (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

No ano de 2006, através da Portaria n. 971, foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, buscando garantir a integralidade na atenção à saúde, ofertando na rede de saúde: serviços e produtos homeopáticos, plantas medicinais e fitoterápicos, medicina tradicional chinesa/acupuntura, entre outros (BRASIL, 2006c). E, também em 2006, por meio Decreto Presidencial n. 5.813, foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos com o objetivo de estabelecer diretrizes nesta área, com ações para melhorar a qualidade de vida da população e à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2016b).

Em 2008 foi aprovado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a criação do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio da Portaria Interministerial n. 2.960, com a missão de monitorar e avaliar a implantação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e garantir o acesso a plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS (BRASIL, 2008a).

O programa Farmácia Viva no Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em 2010 pela Portaria n. 886. Por intermédio dele, estas farmácias se responsabilizam por realizar todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2010b).

Para qualificar a Assistência Farmacêutica no SUS foi criado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no ano de 2012, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), como uma das estratégias para promover o uso racional de medicamentos, uma estrutura física adequada e uma oferta de serviços qualificados (BRASIL, 2016a). Dividido em quatro eixos: estrutura, educação, informação e cuidado (COSTA *et al.*, 2014), este programa contribui para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica de atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, segura, responsável e humanizada à população brasileira (BRASIL, 2014).

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos também tem incentivado as pesquisas na área da Assistência Farmacêutica, como a realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), instituída no ano de 2012. Esta pesquisa foi realizada em todo o país com objetivo de avaliar aspectos relacionados ao acesso, à utilização e à promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (BRASIL, 2016a).

### **2.2.1 Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**

O componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é responsável por disponibilizar os medicamentos para o atendimento de programas de saúde que são coordenados nacionalmente pelo Ministério da Saúde, considerados de caráter transmissível e/ou alto impacto na saúde da população. São integrantes deste componente os seguintes grupos de medicamentos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010a):

- a) antirretrovirais do Programa DST/Aids;
- b) para o controle de endemias, como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, influenza, meningite e outras endemias de abrangência nacional ou regional;
- c) imunobiológicos;
- d) sangue e hemoderivados.

Além dos medicamentos descritos acima, os medicamentos e insumos destinados ao Programa de Combate ao Tabagismo também são fornecidos por este componente. O financiamento e a aquisição destes medicamentos são centralizados pelo Ministério da Saúde, com distribuição aos estados ou municípios (BRASIL, 2011a).

### **2.2.2 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**

O componente Especializado da Assistência Farmacêutica disponibiliza os medicamentos estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, garantindo desta forma, no âmbito do SUS, a integralidade do tratamento medicamentoso, em todas as fases da doença, a partir de linhas de cuidado (BRASIL, 2011a). A denominação anterior desse componente, Excepcional, ocorria em função do custo individual dos medicamentos, chamados também de medicamentos de alto custo, e do seu caráter de excepcionalidade (BRASIL, 2010a).

Os medicamentos do elenco deste componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O grupo 1, financiado pelo Ministério da Saúde, é subdividido em 1A, com aquisição de responsabilidade do MS, e 1B, com aquisição de responsabilidade dos estados. Os medicamentos do grupo 2 são financiados e adquiridos pelos estados. Já, o grupo 3, os medicamentos são financiados com recursos tripartite e a aquisição e distribuição é de responsabilidade dos municípios. Para ter

acesso a estes medicamentos, devem ser observados os critérios descritos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde para cada patologia (BRASIL, 2011a).

### **2.2.3 Medicamentos Especiais**

Os Medicamentos Especiais, definidos em 2010 pela Portaria 670/2010 (RIO GRANDE DO SUL, 2010), compreendem um grupo de medicamentos e fórmulas nutricionais para o tratamento de doenças de prevalência no estado e que não são contempladas nos componentes da Assistência Farmacêutica. O financiamento e aquisição são de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES). São solicitados por meio de processo administrativo, semelhante ao fluxo de solicitação no estado dos medicamentos do componente Especializado, com envio de relatório médico ou laudo de fórmulas nutricionais, prescrição médica e exames complementares (RIO GRANDE DO SUL, 2017). Este elenco de medicamentos é o mesmo desde sua elaboração em 2010. Desta forma, alguns dos medicamentos que na época não eram contemplados em programas de saúde do SUS, hoje já estão elencados em algum dos componentes da Assistência Farmacêutica.

### **2.2.4 Componente Básico da Assistência Farmacêutica**

O componente Básico da Assistência Farmacêutica “destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em Saúde e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção” (BRASIL, 2011a, p.21).

Inicialmente, este componente era dividido em duas fontes de financiamento, uma fixa e uma variável. Em 2007, com a publicação da Portaria n. 3237/2007, unificaram essas duas fontes de financiamento e incluíram no elenco deste componente os insumos destinados a atender os pacientes diabéticos insulino-dependentes e os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos (BRASIL, 2011a).

No ano de 2009, com a publicação da Portaria n. 2982/2009, 15% dos recursos investidos pelo estado e município na Assistência Farmacêutica podem ser destinados às atividades e à adequação de espaço físico das farmácias do SUS, relacionadas à Atenção Básica; bem como à aquisição de equipamentos e mobiliários destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica; e, também, à realização de atividades vinculadas à educação

continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010).

Seu financiamento é realizado pelas três esferas de governo, sendo os valores mínimos aplicados por cada ente regulamentado por portaria específica. A última atualização foi realizada em 2013, pela Portaria n. 1555/2013, a qual estabeleceu os seguintes valores por habitante/ano: R\$ 5,10 união; R\$ 2,36 estado; e R\$ 2,36 município (BRASIL, 2013). Parte do valor que deve ser investido pelo estado e município, deve ser utilizado para aquisição dos insumos para diabetes. No Rio Grande do Sul, este valor é de no mínimo R\$ 0,30 por habitante/ano por cada uma dessas duas esferas (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Os medicamentos deste componente são estabelecidos considerando um elenco de referência de elaborado pelo Ministério da Saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), observando a oferta de medicamentos para o tratamento dos principais problemas de saúde da população, em relação a sua demanda epidemiológica, garantindo assim o acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2012a).

A primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais foi publicada no Brasil em 1978 e até o ano de 2012 constavam somente os medicamentos do componente Básico, considerando o conceito de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2015). Com a publicação da oitava edição da RENAME, em 2012, essa listagem passou a elencar a seleção e a padronização de todos os medicamentos e insumos disponibilizados no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, mudando assim o sentido da essencialidade. Com isso, essa relação passou a ser organizada em cinco componentes (Básico, Estratégico, Especializado, Relação Nacional de Insumos e Medicamentos de Uso Hospitalar) de acordo com o sistema de classificação internacional *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) pelo grupo anatômico principal (GUERRA JÚNIOR; ACÚRCIO, 2013; MANZINI *et al.*, 2015).

A lista de medicamentos essenciais, no Brasil atualmente na sua nona edição, representada pela RENAME 2014, deve orientar e racionalizar a disponibilidade de medicamentos no setor público, a produção de medicamentos para atender as necessidades do SUS e as ações desenvolvidas no âmbito da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2015), sendo uma das estratégias para promover o uso racional de medicamentos (YAMAUTI *et al.*, 2017).

Os estados também devem elaborar a sua Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REME) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010). No estado do Rio Grande do Sul, inicialmente eram publicadas REME, como a Relação Estadual de



Medicamentos da Atenção Básica publicada em 2005 (RIO GRANDE DO SUL, 2005). Atualmente, a Secretaria Estadual de Saúde estabelece como elenco de referência para os municípios os medicamentos e insumos complementares dispostos nos anexos I e IV da RENAME, ficando os municípios responsáveis pela seleção de medicamentos considerando o perfil epidemiológico loco/regional para atender as necessidades de saúde da população (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Com base na RENAME e nas relações estaduais, cada município elabora sua Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), a qual deve observar os critérios de seleção de medicamentos, entre eles o perfil epidemiológico da população (ASSUNÇÃO; SANTOS; BLATT, 2013).

A responsabilidade pelo fornecimento dos medicamentos deste componente é do município, mas a forma de aquisição é pactuada em cada estado, podendo ser adquiridas pelas secretarias estaduais, de maneira centralizada, e distribuída aos municípios; ou com repasse estadual dos recursos aos municípios, que passam a ser responsáveis pela aquisição; ou pela aquisição por meio de consórcios de saúde municipais, objetivando assim economicidade (MACHADO-DOS-SANTOS; NASCIMENTO, 2015).

A aquisição e a distribuição de insulinas NPH e Regular e dos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, que pertencem ao componente Básico da Assistência Farmacêutica, ainda estão centralizados no Ministério da Saúde, com recursos distintos da portaria que normatiza este componente (BRASIL, 2011a).

### **2.2.5 Programa Farmácia Popular do Brasil**

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) foi instituído em 2004 através do Decreto n. 5.090/2004, como estratégia do Ministério da Saúde de ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados básicos e essenciais (BRASIL, 2004b).

Inicialmente, o programa foi lançado na modalidade “Rede Própria do Programa Farmácia Popular” e destinado para órgãos, entidades e instituições públicas e, também privadas, sem fins lucrativos, mantenedoras de estabelecimentos de assistência à saúde ou de ensino superior de farmácia por meio de convênio com a Fundação Oswaldo Cruz. O pagamento dos medicamentos disponibilizados por esta modalidade é realizado pelo governo federal a partir de ressarcimento dos custos, sem visar o lucro para as unidades cadastradas ao programa (BRASIL, 2005a).

Em 2006, com a publicação da Portaria n. 491, houve a expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, com a inclusão da modalidade conhecida como “Aqui tem Farmácia Popular”. Nesta modalidade, o fornecimento de medicamentos a população é realizado por meio de convênios do Ministério da Saúde com a rede privada de farmácias e drogarias, adotando o sistema de co-pagamento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil e divulgado através da campanha “Saúde não tem preço”, passou a disponibilizar gratuitamente aos usuários os medicamentos para hipertensão arterial e diabetes mellitus, nas duas modalidades do programa (BRASIL, 2011b; SILVA; CAETANO, 2015). Em 2012, medicamentos para o tratamento da asma também passaram a ser disponibilizados gratuitamente (BRASIL, 2012b).

O Programa Farmácia Popular do Brasil disponibiliza 119 medicamentos, correspondendo a 87 princípios ativos. Destes 119 medicamentos, 92 são fornecidos na forma de co-pagamento. Do total do elenco, 72,4% dos medicamentos pertencem a cinco grupos anatômicos (primeiro nível) da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC): trato alimentar e metabolismo, sistema cardiovascular, anti-infecciosos de uso sistêmico, sistema nervoso e sistema respiratório. Dos 119 medicamentos deste programa, 22 medicamentos subvencionados e 80 financiados por co-pagamento estão no elenco do componente Básico da Assistência Farmacêutica (YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES, 2015).

Este programa atende usuários tanto da rede privada como da rede pública de saúde (SANTOS-PINTO; COSTA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2011). Para ter acesso aos medicamentos deste programa é necessária apresentação de receita médica ou odontológica, seja ela oriunda do sistema de saúde público ou privado, buscando assim atender principalmente aqueles usuários dos serviços privados, mas que têm dificuldades financeiras em adquirir seus medicamentos num estabelecimento privado (BRASIL, 2005a). Desta forma, ampliam o acesso de alguns medicamentos do componente Básico, que até então somente eram disponibilizados gratuitamente à população em Farmácias Públicas Municipais e, na sua maioria, mediante apresentação de receituário dos serviços públicos de saúde.

Segundo Garcia, Guerra Jr e Acúrcio (2017), a privatização dos serviços de assistência farmacêutica, voltados para Atenção Básica no sistema público de saúde, iniciou-se com a adesão das farmácias privadas ao programa Farmácia Popular do Brasil pelo Ministério da Saúde a partir de 2004. Desde então, há um crescente número de farmácias privadas credenciadas e um expressivo investimento do governo federal destinado a este programa.

### 2.2.6 Base Nacional de Dados da Assistência Farmacêutica

No Brasil, a inexistência de um sistema gerencial de abrangência nacional na área de assistência farmacêutica na Atenção Básica dificultava o acompanhamento das ações desenvolvidas e o planejamento de novas ações (BRASIL, 2011a).

Com a publicação da Portaria n. 271/2013, instituiu-se a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica, com o objetivo de compilar todos os dados referentes aos três componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica e ao Programa Farmácia Popular do Brasil. Para isso, todos os gestores mensalmente devem enviar ao Ministério da Saúde, por meio eletrônico, informações pré-determinadas referente ao fornecimento de medicamentos (MANZINI *et al.*, 2015). Estas informações serão transmitidas à base nacional oriundas de três bancos de dados: do Hórus; dos sistemas não Hórus; e da Farmácia Popular (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012).

O Ministério da Saúde lançou o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica em 2009, denominado Hórus, com objetivos de qualificar os serviços farmacêuticos e a gestão da assistência farmacêutica, possibilitando assim que os municípios tenham acesso a um sistema informatizado de gestão (BRASIL, 2012a). Este sistema pode ser utilizado no gerenciamento dos três componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Especializado e Estratégico), mediante um cadastro de adesão (MANZINI *et al.*, 2015).

Com o efetivo funcionamento desta base nacional de dados, será possível coletar, analisar e disseminar informações relativas à gestão integrada da assistência farmacêutica no contexto da saúde no Brasil. Deste modo, possibilitará a definição e a pactuação de indicadores nacionais da assistência farmacêutica, buscando propiciar melhores condições de saúde aos usuários e produzir evidências sobre a situação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e suas tendências (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012).

Houve a prorrogação do prazo para iniciar o envio obrigatório destas informações para a base de dados nacional. Para que seja possível o cumprimento desta normativa, caberá aos municípios a utilização de um programa informatizado de gerenciamento da assistência farmacêutica.

Os municípios e estados podem optar por utilizar o sistema Hórus ou outro sistema informatizado próprio, desde que este seja capaz de transmitir um conjunto de dados pré-definidos sobre os componentes da Assistência Farmacêutica. Muitos municípios e estados já utilizam seus próprios sistemas informatizados de gestão da AF, que, muitas vezes, incluem toda a rede de atenção à saúde (LEITE; MANZINI, 2015). Para estes, há a iniciativa *Web*

*Service*, possibilitando compatibilizar o Hórus com estes sistemas desenvolvidos em outras plataformas, através da transferência de informação (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012).

Uma das vantagens da implantação do sistema Hórus para gestão da assistência farmacêutica municipal é a sua gratuidade, permitindo que municípios que não possuem sistema informatizado próprio, possam ter acesso a um sistema de gestão sem custo. Por outro lado, contribui para uma fragmentação das informações da rede de atenção à saúde, visto que este sistema só pode ser utilizado na farmácia e em locais que sejam distribuídos medicamentos. Neste sentido, Leite e Manzini (2015) relatam que o uso de um sistema próprio integrado em toda a rede de atenção a saúde municipal ou estadual, proporciona que o profissional farmacêutico possa acessar e registrar suas intervenções no prontuário do usuário, mesmo atuando na farmácia, e os registros do uso de medicamentos pelos usuários sejam visualizados pelos profissionais.

### 2.3 O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NO CONTEXTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

No Brasil, ainda há um descompasso entre as ações de logística do medicamento e as ações de cuidado em saúde, evidenciando-se ainda um foco maior para as ações logísticas de garantia do acesso aos medicamentos (VIEIRA, 2008). Segundo Mendes (2011), esta lógica deveria ser alterada, visto que no país o manejo clínico da maioria das doenças, como a hipertensão e diabetes, ocorre principalmente pela utilização de medicamentos, a assistência farmacêutica ainda possui um olhar mais para a logística do medicamento do que para o cuidado farmacêutico.

Pensar a assistência farmacêutica apenas da perspectiva da logística do medicamento muito se deve ao fato dos gestores e das próprias políticas públicas relacionadas ao medicamento se destinarem apenas a garantir o acesso aos medicamentos (BRASIL, 2014). Muitos profissionais farmacêuticos que atuam no SUS, também possuem essa visão de privilegiar o medicamento, trabalhando para garantir o abastecimento dos medicamentos à população por meio de atividades de gerenciamento e entrega do medicamento. Dessa forma, sem muita inserção na equipe e distantes da prática clínica e de ações de educação em saúde, com poucas ações voltadas ao cuidado efetivo do usuário (ARAÚJO; FREITAS, 2006; BRASIL, 2014).

Esta percepção ainda focada no medicamento e na garantia do seu acesso é em grande parte resultado da formação destes profissionais. Por mais que os cursos da área da saúde

tenham passado por uma grande modificação, através da aprovação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde, alterando o perfil dos egressos, objetivando assim sua inserção e capacidade de atuar no SUS, “com qualidade, eficiência e resolutividade” (BRASIL, 2001c, p.4). O que se observa nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, na descrição do perfil do formando, é que o mesmo seja “capacitado ao exercício de atividades referentes aos fármacos e aos medicamentos” (BRASIL, 2002, p.1). Nesse sentido, deixa claro a foco de atuação do profissional farmacêutico, ou seja, os medicamentos.

Pode-se constatar esse cenário em estudo realizado em um município de São Paulo que analisou as concepções dos farmacêuticos que atuam na assistência farmacêutica de farmácias de Unidades de Saúde. Constataram que o trabalho farmacêutico era voltado para a gestão burocrática do medicamento. Apesar desse panorama, alguns dos relatos no estudo demonstraram algumas expectativas para alteração dessa realidade, como a iniciativa de alguns farmacêuticos de se integrar a equipe de saúde e a visão do paciente como objeto do trabalho e não mais o medicamento (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

Em 2008, com a aprovação da Portaria 154/2008, a qual criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), possibilitou assim a inserção dos profissionais farmacêuticos e da atividade farmacêutica no SUS numa outra perspectiva, deixando de atuar somente na gestão, passando então a apoiar as Equipes de Saúde da Família. Desse modo, trabalhando mais integrado à equipe multiprofissional, estimulando e apoiando ações de educação permanente destes profissionais, e possibilitando a realização de ações de cuidado à saúde da população. Com isso, passa a contribuir de fato na promoção do uso racional de medicamentos e, também, colaborar com as ações de promoção, de prevenção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, Mendes (2011, p. 126) relata que o farmacêutico “desloca seu objeto do medicamento, colocando, como seu sujeito, as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde”.

O profissional farmacêutico passa a atuar mais efetivamente em ações de educação em saúde, voltadas para a equipe de saúde e para população, passando os usuários e a equipe a valorizar sua prática (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009).

O cuidado farmacêutico “constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos” (BRASIL, 2014, p. 61).

Estudo recente realizado sobre o trabalho no NASF relatou que a deficiência na formação dos profissionais que trabalham neste programa é um grande desafio para todos os núcleos profissionais, visto que não há ainda uma formação específica para trabalhar nessa nova lógica. Entre os problemas relatados, destacou-se a falta de experiência e até de desinteresse dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família e do próprio NASF em trabalhar de forma interdisciplinar (NAKAMURA; LEITE, 2016). A atuação do farmacêutico no NASF é muitas vezes prejudicada devido a:

“insegurança e o medo do farmacêutico para atuar fora da farmácia, a falta de habilidades e capacitação para novas atividades, além do não reconhecimento do seu papel fora da farmácia por ele próprio, pelas equipes de SF e pelos usuários podem levar os farmacêuticos a se prenderem à farmácia como espaço e como atividade, limitando o fazer, a criação e os resultados em saúde esperados pela proposição dos NASF (NAKAMURA; LEITE, 2016, p.1569)”.

Para que este profissional possa de fato contribuir com o cuidado das pessoas há uma necessidade de reorientação da prática farmacêutica, com uma alteração da visão do farmacêutico sobre sua atuação no SUS e, também, uma modificação da sua relação com os outros integrantes da equipe de saúde, com os usuários e a comunidade (NICOLINE; VIEIRA, 2011).

Para isso, o processo de formação em saúde, incluindo os cursos de Farmácia, enfrenta o desafio da transformação, preparando o profissional para o atendimento das necessidades do Sistema Único de Saúde (MONTEGUTI; DIEHL, 2016).

Entre as demandas do SUS que o profissional farmacêutico pode atuar está a promoção do uso racional de medicamentos por meio do trabalho articulado a uma equipe de saúde (CORRER, 2014) e de atividades técnico-pedagógicas ações de caráter clínico e educacional, realizando ações direcionadas à equipe, buscando desenvolver conhecimentos e habilidades para a promoção do uso racional (SOEIRO; PAGANELLI; CORRER, 2014). Junto a população, conscientizando a comunidade, família e usuário de que os medicamentos quando utilizados inadequadamente podem se constituir um fator de risco (SOEIRO; PAGANELLI; CORRER, 2014).

## 2.4 FARMACOEPIDEMIOLOGIA

Conceitua-se farmacoepidemiologia como o “estudo da utilização e dos efeitos dos medicamentos em uma determinada população” (YANG; WEST-STRUM, 2011, p.13). Os

primeiros estudos sobre este campo da ciência, tanto no Brasil quanto nos outros países, iniciaram-se na década de 60 (CECCATO *et al.*, 2013).

A farmacoepidemiologia pode ser dividida em duas áreas, os estudos de utilização de medicamentos (EUM) e a farmacovigilância (ALVAREZ LUNA, 2004). Os EUM analisam padrões e tendências de uso dos medicamentos, ou seja, avaliam o modo como os medicamentos estão sendo utilizados (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007). Já, a farmacovigilância, busca identificar e avaliar os efeitos do uso de medicamentos e, principalmente, a ocorrência de reações adversas, seja por meio de estudos clínicos, como coorte ou caso controle, ou por sistema de notificação (CASTRO, 2000; ROZENFELD, 1989).

Em relação ao método, podem ser classificados em descritivos, caracterizando o padrão de uso de medicamentos em uma população, representado pelo estudo de utilização de medicamentos, e analíticos, avaliando a associação potencial entre uma exposição a um medicamento e um desfecho. Os estudos analíticos são subdivididos em estudos de intervenção, também chamados de experimentais, representados pelo ensaio clínico randomizado, e em estudos observacionais, os quais estão os estudos de coorte, caso-controle e seccional (PÁDUA, 2013).

No Brasil, ainda há poucos estudos de farmacoepidemiologia, tanto na rede pública quanto privada (BALDONI; PEREIRA, 2011; MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

Uma revisão de estudos farmacoepidemiológicos desenvolvidos no Brasil e publicados até abril de 2012, encontrou 1.213 publicações, sendo o primeiro publicado no ano de 1967. Constatou-se que 91,2% utilizam uma abordagem metodológica quantitativa, sendo o tipo de análise descritiva a mais utilizada nesses estudos quantitativos (51,4%). Além disso, 63% dos estudos utilizam o delineamento transversal e 74,3% utilizam fonte de informação primária. Dos 1.213 estudos, somente 273 (23,1%) eram estudos de utilização de medicamentos, destes 204 (74,7%) utilizaram como abordagem a quantitativa descritiva, 225 (82,7%) o delineamento foi transversal e 86 (31,5%) eram estudos quantitativos de consumo e tinham como objetivo principal analisar o perfil/padrão de prescrição e utilização de medicamentos. As principais fontes de informação foram os dados primários, como entrevistas, questionários, prontuários, prescrições e notificações. Nesse aspecto, o autor relata que essa utilização de dados primários se deve principalmente ao fato de pouca informação de dados de consumo de medicamentos em base de dados, seja local, regional ou nacional (CECCATO *et al.*, 2013).

A realização de estudos farmacoepidemiológicos de utilização de medicamentos qualifica a assistência farmacêutica, pois proporciona uma intervenção mais precisa do

profissional farmacêutico e, também, de toda equipe multiprofissional (OMS, 1993). A partir destes estudos, o profissional pode direcionar suas intervenções na execução de ações educacionais, avaliar as intervenções já realizadas e propor políticas públicas (YANG; WEST-STRUM, 2011).

#### **2.4.1 Estudos de Utilização de Medicamentos**

Os estudos de utilização de medicamentos são uma ferramenta que permitem avaliar a utilização de medicamentos por uma população e possibilitam, a partir dos resultados encontrados, propor estratégias de intervenção (ALVAREZ LUNA, 2004).

Estes podem ser sobre a comercialização, distribuição, prescrição, dispensação, consumo, avaliação econômica e uso de medicamentos por uma população específica, seja de uma instituição, como um estabelecimento de saúde, de uma localidade, como um município, de uma região ou de um país (GAMA, 2008; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; ROZENFELD, 1989).

Desta forma, estes estudos podem ser utilizados para inúmeras finalidades, entre as quais (CROZARA, 2001; GAMA, 2008; ROZENFELD; VALENTE, 2004):

- a) descrever os padrões de utilização de medicamentos por classes terapêuticas mais empregadas;
- b) monitorar os efeitos de medidas educativas, informativas e atividades reguladoras;
- c) verificar variações nos perfis terapêuticos em determinado tempo;
- d) estimar prevalência bruta de doenças considerando os medicamentos dispensados;
- e) estimar os gastos com medicamentos;
- f) determinar as necessidades de medicamentos de uma população.

Os resultados obtidos na realização dos estudos de utilização de medicamentos, sejam eles transversais ou seccionais, são úteis para o planejamento da assistência farmacêutica e para promoção do uso racional dos medicamentos. Desta forma, os estudos transversais ou seccionais de base populacional propiciam a elaboração de ações de planejamento para promover o uso racional das classes terapêuticas para toda a população (ROZENFELD; VALENTE, 2004).

As variáveis que podem ser analisadas nestes estudos são idade, sexo, classe social, morbidade, entre outras características (GAMA, 2008). Para isso, necessita-se de sistemas informatizados e registros adequados dessas informações.



A fonte de informação para realização destes estudos são, na maioria das vezes, registros, sejam eles dados primários ou secundários, escritos ou informatizados, como dados de dispensação e/ou prescrição, registros de estoque, registro de vendas de medicamentos, base de dados locais, regionais ou nacionais, ou questionários (GAMA, 2008).

Estes estudos, na maioria das vezes, utilizam o método descritivo, podendo ser quantitativo, qualitativo ou ambos. Os estudos de utilização de medicamentos quantitativos são realizados com o intuito de estimar o consumo de medicamentos. Além disso, estes estudos, dependendo do delineamento, podem identificar tendências desta utilização. Já, os EUM qualitativos buscam avaliar a qualidade do padrão de uso do medicamento, por meio de indicadores, como de prescrição, assistência ao paciente e do serviço (PÁDUA, 2013).

Tanto os estudos realizados no Brasil, quanto na Europa, há uma predominância de estudos de utilização de medicamentos quantitativos, os quais apenas objetivam descrever ou comparar os padrões e tendências de uso de classes específicas de medicamentos com outras regiões ou diferentes períodos de tempo (GAMA, 2008). Neste sentido, vários desses estudos estão voltados apenas a apresentar resultados que retratam a prática encontrada, sem refletir e indicar ações de educação em saúde, possibilitando assim modificar ou melhorar esta realidade encontrada (LEITE; VIERA; VEBER, 2008).

Conhecer o padrão de consumo dos medicamentos contribui para priorizar as ações de educação em saúde, elencando as doenças prevalentes e os temas a serem abordados em palestras e campanhas. Neste sentido, a realização de estudos de utilização de medicamentos contribui no sentido de aumentar o conhecimento sobre este uso e auxiliar no aprimoramento da Assistência Farmacêutica (SILVA *et al.*, 2012).

Com base nos resultados dos estudos de utilização de medicamentos, proposições de ações podem ser discutidas e implantadas tanto a nível macro, quanto micro. As ações macro envolvem o desenvolvimento ou revisão de políticas públicas, tanto na área da saúde como de outros setores. Já, as ações microrregionais, podem ser executadas através de intervenções educativas, como elaboração de protocolos, sessões informativas e formulários (FIGUERAS; VALLANO; NARVÁEZ, 2003; MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

No Brasil, vários dos estudos de utilização de medicamentos utilizam inquéritos de base populacional (ARRAIS *et al.*, 2005; BERTOLDI *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2011; LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006), variando o período recordatório utilizado, a região do país e o período de realização, e seus resultados podem servir de ferramenta para elencar demandas prioritárias na área da saúde (PELICIONI, 2004).

Para que os resultados encontrados nos estudos de utilização de medicamentos possam ser comparados com o de outros estudos, sejam nacionais ou internacionais, utilizam-se classificações universais, como a ATC/DDD.

#### 2.4.1.1 Classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC)

O sistema *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e a Dose Diária Definida (DDD) foram elaborados na Noruega no início dos anos 70 pelo *Norwegian Medicinal Depot*, sendo adotados pelo *Drug Utilization Research Group* e mantidos pela Organização Mundial de Saúde desde o início da década de 80 (PÁDUA, 2013). Em 1981, a OMS recomendou o sistema ATC/DDD como método padrão para os estudos de utilização de medicamentos (WHO, 2016).

O sistema ATC classifica o medicamento em cinco diferentes níveis, observando o órgão ou sistema de ação e suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas. Cada especialidade farmacêutica recebe um código, alfanumérico, dado em função da principal indicação terapêutica do fármaco principal (CASTRO, 2000; PÁDUA, 2013, WHO, 2016).

O primeiro nível, que representa o grupo anatômico principal, corresponde a 14 grupos com base no sistema anatômico aos quais os medicamentos exercem sua ação terapêutica principal, recebendo uma letra do alfabeto para cada grupo (ALVAREZ LUNA, 2004; CASTRO, 2000). Abaixo estão descritos os 14 grupos anatômicos principais da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) (WHO, 2016):

- A – Trato alimentar e metabolismo
- B - Sangue e órgãos formadores de sangue
- C - Sistema cardiovascular
- D - Dermatológicos
- G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais
- H - Preparações hormonais sistêmicas (excluindo hormônios sexuais e insulina)
- J – Anti-infecciosos de uso sistêmico
- L - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
- M - Sistema musculoesquelético
- N - Sistema nervoso
- P – Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
- S - Órgãos dos sentidos
- V – Vários

O segundo nível designa o grupo terapêutico principal e é representado por um número de dois dígitos. O terceiro nível corresponde ao subgrupo terapêutico/farmacológico e é formado por uma letra do alfabeto. Já, o quarto nível representa o grupo químico-terapêutico e é representado por uma letra do alfabeto. O quinto nível desta classificação, que se refere ao subgrupo da substância química, é constituído por um número de dois dígitos (ALVAREZ LUNA, 2004; CASTRO, 2000).

A classificação de um medicamento neste sistema ATC/DDD não supõe uma recomendação para o uso deste medicamento, nem orienta sobre a eficácia dos medicamentos e dos grupos de medicamentos. Neste sistema, uma substância química pode ser classificada em diferentes grupos, por apresentarem diferentes usos terapêuticos, como em função da dose, via de administração ou de diferentes formas farmacêuticas, como para uso tópico ou uso sistêmico (WHO, 2016).

#### 2.4.1.2 Dose Diária Definida (DDD)

A Dose Diária Definida (DDD) é uma unidade de medida definida como a dose média de manutenção diária para um fármaco utilizado na sua principal indicação em adultos, com peso de referência de 70 kg (WHO, 2016).

Nos estudos de utilização de medicamentos, os números do consumo dos mesmos devem ser preferencialmente expressos como números de Dose Diária Definida por 1.000 habitantes por dia. Para medicamentos de uso hospitalar, devem ser expressos em DDD por 100 leitos por dia. Representados desta forma, os dados da dispensação, da venda ou prescrição podem fornecer uma estimativa, mesmo que aproximada, da proporção da população dentro de uma área definida que utilizada diariamente uma Dose Diária Definida de determinado medicamento. Se considerarmos um resultado de 10 DDD/1.000 habitantes/dia, isto significa que 1% da população em média recebe um determinado tratamento diariamente, somente quando a dose prescrita corresponde a Dose Diária Definida (WHO, 2016). Ou seja, significa que 10 doses de um medicamento foram consumidas por um grupo de mil habitantes por dia ou, ainda, que 10 pessoas fizeram uso de uma dose, que corresponde a uma Dose Diária Definida do medicamento, por dia (CASTRO, 2010).

A Dose Diária Definida de medicamentos com mais de uma substância química na sua formulação dependerá do componente de maior importância na composição ou daquele que determina a ação terapêutica, em função disso, muitas associações não apresentam uma Dose

Diária Definida listadas. Além disso, algumas substâncias químicas não possuem DDD estabelecida, entre elas os medicamentos de uso tópico, vacinas e agentes anti-neoplásicos (WHO, 2016).

Ressalta-se que essa medida não pode ser confundida com a dose diária recomendada ou prescrita para um determinado medicamento (ALVAREZ LUNA, 2004). A Dose Diária Definida é uma medida elaborada com a finalidade de comparar resultados de estudos de utilização de medicamentos. Por isso, é considerada “uma unidade técnica da medida de consumo de medicamentos” (PÁDUA, 2013, p.105).

Por meio do uso desta metodologia, permite-se avaliar as tendências do consumo ao longo do tempo em um determinado local, em diferentes períodos de tempo e, também, a comparação do uso de medicamentos entre regiões e até países (GOOSSENS *et al.*, 2007; SKETRIS *et al.*, 2004).

No Brasil, dos estudos existentes, poucos utilizam na metodologia a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) dos medicamentos e a unidade de Dose Diária Definida (DDD), impossibilitando assim a comparação dos resultados encontrados com os relatados em outros estudos (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o padrão de dispensação de medicamentos na Farmácia Pública Municipal de Glorinha (RS).

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência de consumo dos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos dispensados na Farmácia Pública Municipal no 1º, 2º e 5º nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC);

- Analisar a tendência de consumo de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos dispensados na Farmácia Pública Municipal no 1º, 2º e 5º nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) no período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2015;

- Descrever o padrão de dispensação relativo ao sexo e a estrutura etária da população;

- Verificar a associação da prevalência de consumo dos medicamentos com o sexo e a estrutura etária da população.

- Propor ações de educação em saúde para serem realizadas junto a equipe de saúde e a comunidade visando a promoção do uso racional de medicamentos a partir dos resultados encontrados.

#### 4. ARTIGO

### **Farmacoepidemiologia: necessidade e importância para elaboração de políticas públicas em saúde.**

Pharmacoepidemiology: necessity and importance for the elaboration of public health policies

**Mariana Portal da Costa<sup>1</sup>, Clécio Homrich da Silva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

A ser enviado à revista Cadernos de Saúde Pública.

#### **RESUMO**

A avaliação do consumo de medicamentos numa população é importante para política de assistência farmacêutica e gerenciamento dos recursos em saúde, pois serve de ferramenta para planejamento da gestão de ações de prevenção e promoção de saúde. O objetivo deste estudo é descrever o padrão de dispensação de medicamentos de uma Farmácia Pública Municipal. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo sobre utilização de medicamentos, com base nos relatórios de dispensação de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos da Farmácia Pública Municipal de Glorinha (RS) de 2008 a 2015. Para fins de análise, utilizou-se a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e a Dose Diária Definida (DDD). 9.967 pessoas tiveram pelo menos um medicamento dispensado, sendo a maioria do sexo feminino (52,8%) e na faixa etária de 0 a 9 anos (16,2%). O consumo pelas mulheres foi superior em todas as faixas etárias. Os grupos anatômicos mais dispensados por usuário por ano foram sistema nervoso (22,1%) e sistema cardiovascular (19,5%). Quanto a DDD/1.000 habitantes/dia, os grupos terapêuticos principais foram os medicamentos com ação no sistema renina-angiotensina (22,7%) e os diuréticos (10,3%). Apesar da ampliação do acesso da população aos medicamentos pelas políticas públicas vigentes de Assistência Farmacêutica, a expressiva e crescente prevalência de consumo e seu uso de forma não

racionais causam preocupação. Dentro deste contexto, o profissional farmacêutico pode, a partir de estudos de utilização de medicamentos e da sua prática, contribuir na elaboração de estratégias para educação em saúde e para o uso racional de medicamentos pela população.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Uso de Medicamentos; Farmacoepidemiologia.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que pelo menos um terço da população mundial não possui acesso regular a medicamentos, e que, nos países de baixa e média renda, esse número atinja pelo menos metade da população <sup>1</sup>.

No Brasil, o acesso a medicamentos com garantida eficácia, segurança e qualidade é de grande relevância e é orientada pela Política Nacional de Medicamentos e pelo Programa Farmácia Popular <sup>2</sup>.

Uma tendência mundial, verifica-se um crescimento acelerado da população idosa e o aumento das doenças crônicas, como resultado da transição demográfica evidenciada pela redução das taxas de mortalidade e fecundidade e aumento da expectativa média de vida <sup>3</sup>. Igualmente, também se observa no país uma transição epidemiológica, caracterizada pelo predomínio de doenças crônicas e degenerativas e a persistência das doenças agudas e de causas externas <sup>4</sup>.

O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas acarretam em uma demanda crescente por serviços de saúde e um maior consumo de medicamentos <sup>5,6</sup>. Este aumento no consumo de medicamentos e, também, o seu uso inadequado, insuficiente ou em excesso <sup>7</sup>, proporcionam elevados gastos em saúde, consumindo grande parte do orçamento da saúde, tornando este tema de grande importância para a saúde pública <sup>8</sup>.

A Assistência Farmacêutica no sistema público de saúde brasileiro é organizada em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado, cada um com um grupo de medicamentos e características específicas, aliado ao Programa Farmácia Popular do Brasil <sup>9</sup>. Cabe a esfera pública municipal a responsabilidade pela disponibilidade dos medicamentos do componente Básico da Assistência Farmacêutica, adquiridos com financiamento tripartite <sup>10</sup>.

Desta forma, conhecer o padrão de utilização destes medicamentos, através de estudos de farmacoepidemiologia, possibilita a qualificação das ações de Assistência Farmacêutica <sup>9</sup>,

proporcionando a elaboração de políticas públicas <sup>11</sup> e disponibilizando indicadores para avaliar políticas e programas já implementados <sup>12</sup>.

As Farmácias Públicas Municipais podem contribuir na elaboração de estudos de utilização de medicamentos através dos seus registros de dispensação de medicamentos à população. Os dados de consumo de medicamentos disponíveis nestas farmácias, muitas vezes, na prática dos profissionais envolvidos, são analisados apenas para o controle de estoque, ou seja, visualizados somente na ótica da logística do medicamento. Analisar estas informações de outra perspectiva colabora para a inserção do farmacêutico na equipe de saúde e na gestão, demonstrando que as informações obtidas na farmácia podem ser úteis também para avaliar as práticas de saúde, elaborar o perfil fármaco-epidemiológico de uma população e, assim, propor estratégias adequadas e eficazes de educação em saúde voltadas para promoção e prevenção.

Este estudo teve como objetivo descrever o padrão de dispensação de medicamentos em uma Farmácia Pública Municipal no município de Glorinha, interior do estado do Rio Grande do Sul, investigando a prevalência e a tendência de consumo destes medicamentos relacionado com o sexo e a faixa etária da população usuária.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de utilização de medicamentos (EUM), transversal, descritivo, retrospectivo, realizado em uma Farmácia Pública Municipal, do município de Glorinha, no interior do Rio Grande do Sul (RS).

O município localiza-se na região metropolitana de Porto Alegre a 44 Km da capital. Pertencia ao município de Gravataí até 1988, ano da emancipação <sup>13</sup>. Com área territorial de 323,641 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 21,29 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,714. A população segundo o Censo de 2010 é de 6.891 habitantes, destes 3355 (48,7%) são mulheres e 3.536 (51,3%) são homens. Quanto ao local de residência, 2067 (30,0%) vivem na zona urbana e 4824 (70,0%) na zona rural. Já, a população do município estimada para o ano 2016 é de 7.588 habitantes. As atividades econômicas são: indústria (38,1% homens; 20,1% mulheres), agricultura (31,4% homens; 13,5% mulheres) e serviços (30,4% homens; 66,3% mulheres). Quanto à renda, 82,15% da população recebem até dois salários mínimos <sup>14</sup>.

Com relação aos serviços públicos de saúde municipais, possui um centro municipal de saúde, um centro de especialidades, uma clínica de reabilitação, uma farmácia municipal,



duas unidades básicas de saúde localizadas na zona rural do município e quatro consultórios odontológicos nas escolas <sup>13</sup>.

A população do estudo foi todo o usuário, independente de sexo ou faixa etária, cadastrado no sistema informatizado da farmácia e que retirou pelo menos um medicamento constante na Relação Municipal de Medicamento (REMUME) no período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2015.

A REMUME de Glorinha é composta por medicamentos do componente Básico da Assistência Farmacêutica elencado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) <sup>15</sup> e de outros que não constam no elenco do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando as necessidades de saúde da população local.

Neste estudo, foram incluídos os dados de dispensação referente aos medicamentos da REMUME e de dois medicamentos do componente Estratégico, bupropiona e oseltamivir, disponibilizados utilizando o mesmo sistema informatizado. Com relação aos critérios de exclusão, não foram utilizados no estudo informações referentes aos medicamentos constantes na REMUME, mas de uso ambulatorial, visto que a distribuição é realizada para o estabelecimento de saúde.

A coleta de dados foi realizada a partir dos relatórios de dispensação dos medicamentos constantes na REMUME. O acesso ao banco de dados da empresa terceirizada responsável pelo sistema foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Glorinha. O período de análise foi determinado a partir da implantação deste sistema na farmácia, no segundo semestre de 2007.

Foram emitidos relatórios referentes aos anos do estudo, gerados na plataforma do sistema e importado para Microsoft Office Excel<sup>®</sup>. Os relatórios anuais foram gerados, totalizando oito relatórios (medicamentos entregues por medicamento). Cada relatório forneceu a nomenclatura e código farmácia de cada medicamento, seguido de todos os pacientes que retiraram aquele medicamento e a quantidade recebida no ano por paciente.

Como variáveis demográficas foram utilizadas sexo (feminino e masculino) e idade. A idade foi estratificada por grupo etário, agrupadas nas seguintes faixas: 0 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 anos ou mais. Os dados referentes a estas variáveis foram obtidos através de relatório de cadastro de usuários na farmácia.

Neste estudo, para comparar o consumo de medicamento ao longo do período e, também, possibilitar a comparação com outros estudos foi utilizado o sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e a Dose Diária Definida (DDD), ambos propostos

pela Organização Mundial de Saúde, que permitem comparações com outros estudos e a evolução temporal das tendências de consumo ao longo dos anos <sup>16,17</sup>.

Os medicamentos foram categorizados seguindo a classificação ATC. Os medicamentos foram identificados com o código ATC no quinto nível, que é a substância química, correspondente a sua principal indicação terapêutica e, posteriormente, distribuídos no primeiro nível, que representa o grupo anatômico, e segundo nível, o qual corresponde ao grupo terapêutico principal <sup>18</sup>.

Determinou-se o padrão de consumo dos medicamentos através do cálculo da prevalência dos medicamentos dispensados por usuário por ano (medicamento/paciente/ano).

Para quantificar os medicamentos dispensados, realizou-se o cálculo de prevalência dos medicamentos dispensados por unidades farmacêuticas, considerando o número de unidade farmacêutica equivalente a um comprimido, frasco, bisnaga, entre outras apresentações farmacêuticas.

Para quantificar os medicamentos dispensados e determinar a tendência de consumo ao longo do período, foi utilizada a Dose Diária Definida, expressa em DDD/1.000 habitantes/dia. A DDD é uma unidade técnica de medida, correspondendo à dose média diária de manutenção do medicamento em adultos para sua principal indicação <sup>17</sup>. Calcula-se a DDD para cada medicamento através da fórmula abaixo:

$$\text{DDD}/1.000 \text{ habitantes}/\text{dia} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de unidades farmacêuticas} \times \text{quantidade de princípio ativo} \times 1000}{\text{DDD} \times \text{n}^\circ \text{ de habitantes} \times \text{tempo}}$$

Nela, foram incluídas as seguintes variáveis:

- Número de unidades farmacêuticas dispensadas por ano de cada medicamento;
- Quantidade de princípio ativo por forma farmacêutica (mesma unidade de medida da DDD);
- Dose Diária Definida do medicamento referente ao ano de 2016 <sup>19</sup>;
- Número de habitantes do Município de Glorinha segundo o IBGE em cada ano do estudo (estimativas e censo 2010) <sup>14</sup>;
- Tempo (365 dias).

Nesta análise de tendência através da DDD, foram excluídos alguns medicamentos por não apresentar um valor de Dose Diária Definida (DDD) estabelecida pela OMS, impossibilitando assim o cálculo da DDD/1.000 habitantes/dia, entre estes os medicamentos de uso tópico, de uso oftalmológico e algumas associações de medicamentos <sup>17</sup>.

Analisou-se a prevalência de consumo dos medicamentos por sexo e por faixa etária de cada grupo de medicamento no primeiro nível da classificação ATC.

Foi realizada análise descritiva dos resultados encontrados para as variáveis contínuas com medidas de tendência central. A tendência anual de consumo geral por grupo anatômico e por grupo terapêutico principal foi analisada por regressão linear simples. O processamento dos dados e as análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o parecer 1.662.675. Para acessar as informações foi utilizado um Termo de Compromisso para Utilização de Dados Secundários seguindo a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

A tabela 1 descreve o perfil da população estudada conforme as variáveis demográficas. A população do estudo corresponde a 9.967 pessoas que retiraram pelo menos um medicamento na Farmácia Municipal no período em estudo. A faixa etária prevalente foi de 0 a 9 anos compreendendo 16,2% da população total do estudo.

Em relação à variável sexo, quando se verifica ano a ano a proporção dos usuários que retiraram pelo menos um medicamento na Farmácia Municipal, observa-se que há uma diferença maior do que o encontrado durante todo o período do estudo. Realizando uma média das porcentagens encontradas desta variável, verificam-se 41,5% dos homens (média=1715  $\pm$ 0,49) e 58,5% das mulheres (média=2414  $\pm$ 0,49) obtiveram algum medicamento em cada ano do estudo (tabela 1).

**Tabela 1 - Descrição das variáveis demográficas da população estudada (n=9.967). Farmácia Municipal, Glorinha, Rio Grande do Sul (2008 – 2015).**

Faixa etária (anos)	População 2008 a 2015*			Média População/ano**		
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
<b>0-9</b>	839(17,8)	771(14,7)	1.610(16,2)	318(18,5)	290(12,0)	608(14,8)
<b>10-19</b>	773(16,4)	807(15,4)	1.580(15,8)	237(13,8)	303(12,6)	540(13,1)
<b>20-29</b>	641(13,6)	810(15,4)	1.451(14,6)	173(10,1)	311(12,9)	484(11,7)
<b>30-39</b>	510(10,9)	659(12,5)	1.169(11,7)	161(9,4)	303(12,6)	464(11,2)
<b>40-49</b>	519(11,0)	661(12,6)	1.180(11,8)	193(11,2)	348(14,4)	541(13,1)
<b>50-59</b>	585(12,4)	648(12,3)	1.233(12,4)	242(14,1)	370(15,3)	612(14,8)
<b>60-69</b>	507(10,8)	485(9,2)	992(10,0)	234(13,0)	278(11,5)	511(12,4)
<b>70 ou +</b>	335(7,1)	417(7,9)	752(7,5)	158(9,2)	211(8,7)	369(8,9)
<b>Total n(%)</b>	4.709(47,2)	5.258(52,8)	9.967(100)	1.715(41,5)	2.414(58,5)	4.129(100)

\*Corresponde a população que retirou pelo menos 1 medicamento no período de 8 anos.

\*\*Média da população que retirou pelo menos 1 medicamento por ano.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos medicamentos de acordo com o grupo anatômico e grupo terapêutico principal da classificação ATC dispensados por usuário por ano no período do estudo na Farmácia Municipal. Os três grupos que apresentaram um maior consumo por grupo anatômico foram: sistema nervoso (22,1%), sistema cardiovascular (19,5%) e trato alimentar e metabolismo (12,3%). Quanto ao grupo terapêutico principal, os mais utilizados foram: anti-inflamatórios e antirreumáticos (11,3%), analgésicos (10,5%) e antibacterianos de uso sistêmico (8,8%).

**Tabela 2 – Distribuição dos medicamentos dispensados por usuário por ano nos oito anos do estudo, segundo a classificação ATC (1º e 2º níveis). Farmácia Municipal. Glorinha, Rio Grande do Sul, Brasil (2008 – 2015).**

CLASSE ATC	Código ATC	N	%
<b>Sistema nervoso</b>	<b>N</b>	<b>28.067</b>	<b>22,1</b>
Analgésicos	N02	13.407	10,5
Psicoanalépticos	N06	6.226	4,9
Psicolépticos	N05	4.663	3,7
Outros	N03-N04	5.227	4,1
<b>Sistema cardiovascular</b>	<b>C</b>	<b>24.755</b>	<b>19,5</b>
Agentes com ação no sistema renina-angiotensina	C09	7.673	6,0
Diuréticos	C03	6.963	5,5
Antilipêmicos	C10	3.888	3,1
Outros	C01-C02-C07-C08	6.231	4,9
<b>Trato alimentar e metabolismo</b>	<b>A</b>	<b>15.602</b>	<b>12,3</b>
Medicamentos para controle da acidez gástrica	A02	6.794	5,3
Medicamentos usados no diabetes	A10	3.253	2,6
Medicamentos que afetam a função gastrointestinal	A03	2.659	2,1
Outros	A01-A07-A11-A12	2.896	2,3
<b>Sistema musculoesquelético</b>	<b>M</b>	<b>14.576</b>	<b>11,5</b>
Anti-inflamatórios e antirreumáticos	M01	14.402	11,3
Medicamentos para tratamento de doenças ósseas	M05	174	0,1
<b>Anti-infecciosos de uso sistêmico</b>	<b>J</b>	<b>12.702</b>	<b>10,0</b>
Antibacterianos de uso sistêmico	J01	11.252	8,8
Outros	J02-J05	1.450	1,1
<b>Sistema respiratório</b>	<b>R</b>	<b>10.449</b>	<b>8,2</b>
Anti-histamínicos para uso sistêmico	R06	5.231	4,1
Outros	R01-R03-R05	5.218	4,1
<b>Sangue e órgãos formadores de sangue</b>	<b>B</b>	<b>5.413</b>	<b>4,3</b>
Medicamentos antitrombóticos	B01	3.685	2,9
Preparados antianêmicos	B03	1.728	1,4
<b>Preparações hormonais sistêmicas, excl. hormônios sexuais e insulina</b>	<b>H</b>	<b>4.487</b>	<b>3,5</b>
Corticoides para uso sistêmico	H02	2.999	2,4
Tratamentos da tireóide	H03	1.488	1,2
<b>Sistema geniturinário e hormônios sexuais</b>	<b>G</b>	<b>4.379</b>	<b>3,4</b>
Anti-infecciosos e antissépticos ginecológicos	G01	2.279	1,8
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	G03	2.100	1,7
<b>Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes</b>	<b>P</b>	<b>3.764</b>	<b>3,0</b>
Anti-helmínticos	P02	2.019	1,6
Outros	P01-P03	289	0,2
<b>Dermatológicos</b>	<b>D</b>	<b>2.802</b>	<b>2,2</b>
Preparações dermatológicas de corticoides	D07	1.382	1,1
Outros	D01-D02-D06-D08	1.420	1,1
<b>Órgãos sensoriais</b>	<b>S</b>	<b>256</b>	<b>0,2</b>
Oftalmológicos	S01	256	0,2
<b>Total</b>		<b>127.252</b>	<b>100</b>

Quando se analisa anualmente os medicamentos dispensados por usuário, constataram-se modificações ao longo do período estudado com alternância entre os grupos anatômicos de maior prevalência. No ano de 2013, observou-se uma redução que persiste nos dois anos seguintes nos medicamentos do sistema cardiovascular. A tabela 3 retrata o consumo por ano de cada grupo anatômico.

**Tabela 3 – Distribuição dos medicamentos dispensados por usuário por ano do estudo, segundo a classificação ATC (1º nível). Farmácia Municipal. Glorinha, Rio Grande do Sul, Brasil (2008 – 2015).**

ATC*	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	Total (%)
<b>A</b>	11,3	11,2	11,3	11,8	12,3	12,9	13,5	13,6	12,3
<b>B</b>	5,6	5,1	4,6	3,9	3,7	3,8	4,0	4,0	4,3
<b>C</b>	18,9	18,8	19,4	21,0	23,2	23,4	17,1	11,3	19,5
<b>D</b>	2,0	2,0	1,9	2,4	2,0	2,0	2,6	2,8	2,2
<b>G</b>	3,5	3,5	3,4	3,5	3,5	3,0	3,8	3,3	3,4
<b>H</b>	2,4	2,5	3,5	3,5	2,7	3,8	4,6	4,9	3,5
<b>J</b>	10,7	11,2	9,5	8,8	8,6	8,9	10,5	12,8	10,0
<b>M</b>	12,3	12,0	13,2	11,7	10,3	10,3	10,6	11,9	11,5
<b>N</b>	24,0	22,0	22,0	22,2	21,6	20,8	21,0	23,9	22,1
<b>P</b>	4,5	3,4	3,1	3,0	2,3	2,4	2,9	2,8	3,0
<b>R</b>	4,7	8,2	7,9	8,0	9,5	8,5	9,1	8,4	8,2
<b>S</b>	0,0	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
<b>Total</b>	10.961	14.381	16.501	18.096	19.079	17.945	15.914	14.375	127.252
<b>n(%)</b>	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

\* A: Trato alimentar e metabolismo; B: Sangue e órgãos formadores de sangue; C: Sistema cardiovascular; D: Dermatológicos; G: Sistema geniturinário e hormônios sexuais; H: Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulina; J: Anti-infecciosos de uso sistêmico; M: Sistema musculoesquelético; N: Sistema nervoso; P: Antiparasitários, inseticidas e repelentes; R: Sistema respiratório; S: Órgãos dos sentidos.

Quando observados os medicamentos especificamente por princípio ativo, a prevalência de consumo foi: ibuprofeno (11,3%), paracetamol (9,9%), omeprazol (4,9%), amoxicilina (4,8%) e hidroclorotiazida (4,5%) – dados não apresentados em tabela.

Na determinação do total de unidades farmacêuticas dispensadas por ano por grupo anatômico, os grupos prevalentes foram: sistema cardiovascular (43,1%), sistema nervoso (26,7%) e do trato alimentar e metabolismo (15,7%). Estes três grupos de medicamentos corresponderam a 85,5% das unidades farmacêuticas dispensadas. Quanto ao grupo terapêutico principal, os mais dispensados foram os agentes com ação no sistema renina-angiotensina (18,0%), psicoanalépticos (10,8%) e diuréticos (7,3%). Já, os medicamentos foram: captopril (8,9%), enalapril (7,9%), omeprazol (6,8%), hidroclorotiazida (5,8%) e Sinvastatina (5,4%) – dados não apresentados em tabela.

A tabela 4 apresenta a distribuição do consumo de medicamentos por DDD/1.000 habitantes/dia. Os grupos anatômicos prevalentes foram: sistema cardiovascular (47,6%), trato alimentar e metabolismo (16,2%) e sistema nervoso (15,3%). Quanto aos grupos terapêuticos principais, foram: agentes com ação no sistema renina angiotensina (22,7%), diuréticos (10,3%) e medicamentos para controle da acidez gástrica (9,6%).

A tendência de consumo anual por cada grupo anatômico, por intermédio da regressão linear simples, mostrou uma elevação de consumo estatisticamente significativa para os grupos G, H, N, P e R. Diferentemente, houve um decréscimo importante do consumo de 93,0% para o grupo C09 de 82,4% para o grupo A10 e 79,0% para o grupo C03 entre os anos de 2012 para 2015, porém de forma estatisticamente não significativa (tabela 4).

Destaca-se ainda que neste tipo de consumo, os medicamentos com maior prevalência foram: enalapril com 14,7% (73,40 DDD), omeprazol 9,6% (48,09), hidroclorotiazida 8,2% (40,79), ácido acetilsalicílico 7,5% (37,21), e captopril 6,3% (31,64) – dados não apresentados em tabela.

**Tabela 4: Consumo de medicamentos, expresso em DDD/1.000 habitantes/dia, conforme a classificação ATC (1º e 2º níveis). Farmácia Municipal. Glorinha, Rio Grande do Sul, Brasil (2008-2015).**

Classe ATC	ATC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	p*	Média n=498,74(±154,59)	%**
<b>Sistema cardiovascular</b>	<b>C</b>	<b>139,55</b>	<b>177,23</b>	<b>246,80</b>	<b>361,23</b>	<b>369,01</b>	<b>344,80</b>	<b>170,87</b>	<b>86,94</b>	<b>0,9511</b>	<b>237,05(±109,89)</b>	<b>47,6</b>
Agentes com ação no sistema renina-angiotensina	C09	77,35	86,00	108,97	179,08	193,91	176,58	69,93	13,56	0,7395	113,17(±64,05)	22,7
Diuréticos	C03	32,52	49,17	66,86	79,47	75,79	65,40	26,09	15,95	0,4874	51,40(±24,13)	10,3
Antilipêmicos	C10	15,85	18,09	23,70	34,43	36,64	34,88	24,63	15,80	0,5894	25,50(±8,77)	5,1
Bloqueadores de canais de cálcio	C08	4,81	9,30	19,20	30,87	26,10	29,58	27,41	23,62	0,0305	21,36(±9,61)	4,3
Betabloqueadores	C07	6,60	10,25	22,12	29,03	27,32	30,47	15,76	11,55	0,5213	19,14(±9,31)	3,8
<b>Trato alimentar e metabolismo</b>	<b>A</b>	<b>39,84</b>	<b>54,76</b>	<b>81,70</b>	<b>100,22</b>	<b>101,01</b>	<b>112,85</b>	<b>85,09</b>	<b>72,51</b>	<b>0,1478</b>	<b>81,00(±24,66)</b>	<b>16,2</b>
Medicamentos para controle da acidez gástrica	A02	14,59	27,11	44,41	56,18	53,61	62,81	65,12	60,89	0,0021	48,09(±18,29)	9,6
Medicamentos usados no diabetes	A10	24,31	26,46	35,75	41,94	44,77	45,55	14,66	7,88	0,4831	30,17(±14,17)	6,1
<b>Sistema nervoso</b>	<b>N</b>	<b>36,55</b>	<b>46,79</b>	<b>61,31</b>	<b>97,75</b>	<b>91,18</b>	<b>92,42</b>	<b>93,85</b>	<b>89,53</b>	<b>0,0099</b>	<b>76,17(±24,20)</b>	<b>15,3</b>
Psicoanalépticos	N06	9,44	12,54	21,71	55,51	51,27	54,74	56,12	53,55	0,0051	39,36(±20,87)	7,9
Psicolépticos	N05	15,11	19,11	20,46	23,59	22,50	21,01	22,13	21,76	0,0594	20,71(±2,64)	4,2
Antiepiléticos	N03	7,14	8,90	10,82	12,38	11,50	11,67	11,41	9,97	0,1372	10,47(±1,73)	2,1
<b>Sangue e órgãos formadores de sangue</b>	<b>B</b>	<b>47,68</b>	<b>66,22</b>	<b>81,32</b>	<b>60,57</b>	<b>58,90</b>	<b>59,62</b>	<b>50,67</b>	<b>54,76</b>	<b>0,5251</b>	<b>59,97(±10,43)</b>	<b>12,0</b>
Medicamentos antitrombóticos	B01	30,52	38,88	45,18	44,48	41,25	36,39	34,46	31,25	0,5641	37,80(±5,62)	7,6
Preparados antianêmicos	B03	17,15	27,35	36,14	16,08	17,66	23,23	16,21	23,51	0,6323	22,17(±7,00)	4,4
<b>Sistema musculoesquelético</b>	<b>M</b>	<b>6,55</b>	<b>10,45</b>	<b>14,90</b>	<b>14,30</b>	<b>11,97</b>	<b>13,12</b>	<b>11,96</b>	<b>12,32</b>	<b>0,2602</b>	<b>11,95(±2,59)</b>	<b>2,4</b>
Anti-inflamatórios e antirreumáticos	M01	6,55	10,45	14,78	13,42	9,73	10,42	9,23	9,21	0,9083	10,48(±2,57)	2,1
<b>Sistema respiratório</b>	<b>R</b>	<b>2,61</b>	<b>9,53</b>	<b>9,94</b>	<b>12,06</b>	<b>13,87</b>	<b>14,15</b>	<b>13,52</b>	<b>12,97</b>	<b>0,0143</b>	<b>11,08(±3,84)</b>	<b>2,2</b>
Anti-histamínicos para uso sistêmico	R06	2,46	5,28	6,06	6,33	7,30	6,42	7,98	9,92	0,0014	6,47(±2,16)	1,3
<b>Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulina</b>	<b>H</b>	<b>3,50</b>	<b>4,98</b>	<b>9,63</b>	<b>9,66</b>	<b>8,71</b>	<b>10,80</b>	<b>11,47</b>	<b>10,60</b>	<b>0,0067</b>	<b>8,67(±2,89)</b>	<b>1,7</b>
<b>Anti-infecciosos de uso sistêmico</b>	<b>J</b>	<b>5,03</b>	<b>6,63</b>	<b>6,93</b>	<b>6,78</b>	<b>6,13</b>	<b>6,58</b>	<b>6,92</b>	<b>7,46</b>	<b>0,0655</b>	<b>6,56(±0,72)</b>	<b>1,3</b>
Antibacterianos de uso sistêmico	J01	4,69	5,89	6,33	6,46	5,90	6,14	6,50	7,01	0,0231	6,12(±0,68)	1,2
<b>Sistema geniturinário e hormônios sexuais</b>	<b>G</b>	<b>2,02</b>	<b>3,96</b>	<b>5,43</b>	<b>4,22</b>	<b>6,31</b>	<b>8,78</b>	<b>7,17</b>	<b>7,71</b>	<b>0,0032</b>	<b>5,70(±2,23)</b>	<b>1,2</b>
<b>Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes</b>	<b>P</b>	<b>0,66</b>	<b>0,62</b>	<b>0,77</b>	<b>0,70</b>	<b>0,47</b>	<b>0,56</b>	<b>0,55</b>	<b>0,44</b>	<b>0,0489</b>	<b>0,60(±0,11)</b>	<b>0,1</b>
Outros	***	14,90	26,47	36,24	38,23	42,32	48,38	44,43	39,81	0,0012	36,35(±10,82)	7,3

\* p < 0,05 para tendência de consumo anual por regressão linear simples.

\*\* Porcentagem referente à média de cada nível e o "n" se refere ao somatório da média da DDD/1.000 hab. de cada medicamento.

\*\*\* A01, A03, A07, A12, C01, C02, G03, H02, H03, J02, J05, M05, N02, N04, P01, P02, R01, R03, R05.



A tabela 5 apresenta a distribuição dos medicamentos dispensados por faixa etária e por sexo por grupo anatômico, com maior consumo para mulheres em todos os grupos. Quanto aos medicamentos de maior consumo em cada faixa etária, os prevalentes foram os seguintes grupos anatômicos: 0-9 anos: sistema respiratório; 10-19, 20-29, 30-39 e 40-49: sistema nervoso; 50-59, 60-69 e 70 anos ou mais: sistema cardiovascular. Em relação ao consumo em cada grupo anatômico, as faixas etárias foram: A, B e C: 60-69 anos; D, H, J, P e R: 0-9 anos; G: 20-29 anos; M e N: 50-59 anos; e S: 10 a 19 anos.

**Tabela 5: Descrição dos medicamentos dispensados por faixa etária e por sexo conforme a classificação ATC (1º nível). Farmácia Municipal. Glorinha, Rio Grande do Sul, Brasil (2008 – 2015).**

ATC*	Faixas etárias (anos)**																								M % (n)	F % (n)	TOTAL % (n)
	0-9			10-19			20-29			30-39			40-49			50-59			60-69			70 ou mais					
	T % (n)	M %	F %	T % (n)	M %	F %	T % (n)	M %	F %	T % (n)	M %	F %	T % (n)	M %	F %	T % (n)	M %	F %	T % (n)	M %	F %	T % (n)	M %	F %			
<b>A</b>	<b>6,7</b> (1.038)	3,5	3,2	<b>6,3</b> (985)	2,2	4,1	<b>7,1</b> (1.113)	2,0	5,2	<b>8,8</b> (1.379)	2,3	6,5	<b>13,5</b> (2.099)	3,9	9,5	<b>20,4</b> (3.178)	6,2	14,2	<b>21,4</b> (3.332)	7,7	13,6	<b>15,9</b> (2.478)	5,6	10,3	33,3 (5.200)	66,7 (10.402)	100 (15.602)
<b>B</b>	<b>6,5</b> (351)	3,3	3,2	<b>5,4</b> (292)	0,5	4,9	<b>7,5</b> (404)	0,2	7,2	<b>6,6</b> (357)	0,8	5,8	<b>8,1</b> (436)	2,9	5,1	<b>19,0</b> (1.028)	7,1	11,9	<b>23,6</b> (1.280)	10,6	13,1	<b>23,4</b> (1.265)	9,5	13,9	35,0 (1.892)	65,0 (3.521)	100 (5.413)
<b>C</b>	<b>0,1</b> (15)	0,0	0,1	<b>0,2</b> (61)	0,1	0,1	<b>1,7</b> (415)	0,7	1,0	<b>5,0</b> (1.239)	1,4	3,6	<b>12,7</b> (3.134)	3,9	8,8	<b>27,4</b> (6.787)	10,1	17,3	<b>30,1</b> (7.443)	13,4	16,7	<b>22,9</b> (5.661)	9,1	13,7	38,8 (9.601)	61,2 (15.154)	100 (24.755)
<b>D</b>	<b>26,7</b> (747)	14,5	12,2	<b>11,5</b> (321)	4,6	6,9	<b>9,2</b> (257)	3,1	6,1	<b>8,6</b> (251)	3,1	5,5	<b>10,6</b> (296)	2,8	7,8	<b>13,0</b> (365)	4,8	8,2	<b>11,3</b> (316)	4,8	6,5	<b>9,2</b> (259)	4,3	5,0	41,8 (1.172)	58,2 (1.630)	100 (2.802)
<b>G</b>	<b>5,5</b> (240)	2,7	2,8	<b>15,8</b> (693)	1,8	14,1	<b>21,6</b> (944)	0,6	20,9	<b>19,5</b> (852)	0,7	18,7	<b>17,5</b> (767)	0,9	16,6	<b>9,6</b> (419)	1,2	8,4	<b>6,9</b> (301)	1,4	5,4	<b>3,7</b> (163)	0,8	2,9	10,1 (442)	89,9 (3.937)	100 (4.379)
<b>H</b>	<b>23,6</b> (1.060)	13,2	10,4	<b>6,4</b> (287)	3,4	3,0	<b>7,1</b> (320)	1,9	5,3	<b>8,9</b> (399)	1,8	7,1	<b>11,9</b> (532)	2,7	9,2	<b>16,2</b> (726)	2,5	13,7	<b>15,0</b> (672)	5,0	10,0	<b>10,9</b> (491)	4,2	6,7	34,7 (1.556)	65,3 (2.931)	100 (4.487)
<b>J</b>	<b>20,7</b> (2.635)	11,0	9,8	<b>15,4</b> (1.955)	6,4	9,0	<b>12,8</b> (1.632)	3,9	9,0	<b>11,8</b> (1.497)	3,2	8,6	<b>12,6</b> (1.598)	3,6	9,0	<b>11,5</b> (1.465)	3,9	7,6	<b>8,4</b> (1.073)	3,5	5,0	<b>6,7</b> (847)	2,9	3,8	38,3 (4.864)	61,7 (7.838)	100 (12.702)
<b>M</b>	<b>13,0</b> (1.891)	6,6	6,4	<b>12,7</b> (1.854)	5,8	7,0	<b>11,9</b> (1.734)	4,7	7,2	<b>11,5</b> (1.681)	3,9	7,7	<b>14,6</b> (2.125)	4,9	9,7	<b>15,7</b> (2.293)	5,4	10,4	<b>12,9</b> (1.880)	5,0	7,9	<b>7,7</b> (1.118)	2,9	4,8	39,1 (5.697)	60,9 (8.879)	100 (14.576)
<b>N</b>	<b>10,4</b> (2.925)	5,4	5,0	<b>8,5</b> (2.385)	3,9	4,6	<b>10,2</b> (2.851)	4,0	6,1	<b>13,4</b> (3.753)	4,0	9,4	<b>17,6</b> (4.946)	4,6	13,0	<b>18,2</b> (5.116)	5,1	13,1	<b>13,3</b> (3.728)	4,4	8,9	<b>8,4</b> (2.363)	3,1	5,3	34,5 (9.690)	65,5 (18.377)	100 (28.067)
<b>P</b>	<b>30,5</b> (1.149)	14,1	16,5	<b>13,9</b> (525)	4,7	9,3	<b>10,1</b> (379)	1,2	8,9	<b>11,1</b> (416)	1,3	9,7	<b>14,2</b> (535)	2,6	11,6	<b>9,6</b> (360)	1,8	7,8	<b>6,7</b> (252)	2,4	4,3	<b>3,9</b> (148)	1,5	2,4	29,5 (1.111)	70,5 (2.653)	100 (3.764)
<b>R</b>	<b>30,6</b> (3.194)	15,8	14,8	<b>12,6</b> (1.313)	5,5	7,0	<b>9,0</b> (940)	2,8	6,2	<b>8,8</b> (918)	2,4	6,4	<b>9,8</b> (1.029)	2,7	7,1	<b>12,0</b> (1.256)	3,3	8,7	<b>10,0</b> (1.042)	4,0	5,9	<b>7,2</b> (757)	3,3	3,9	39,9 (4.169)	60,1 (6.280)	100 (10.449)
<b>S</b>	<b>15,2</b> (39)	8,6	6,6	<b>19,9</b> (51)	6,3	13,7	<b>13,3</b> (34)	5,5	7,8	<b>12,5</b> (32)	2,7	9,8	<b>10,5</b> (27)	4,7	5,9	<b>10,9</b> (28)	3,9	7,0	<b>9,4</b> (24)	5,5	3,9	<b>8,2</b> (21)	3,9	4,3	41,0 (105)	59,0 (151)	100 (256)
<b>Total</b>	<b>12,0</b>	6,2	5,8	<b>8,4</b>	3,4	5,1	<b>8,7</b>	2,6	6,0	<b>10,0</b>	2,6	7,4	<b>13,8</b>	3,8	10,0	<b>18,1</b>	5,7	12,3	<b>16,8</b>	6,6	10,1	<b>12,2</b>	4,8	7,5	35,8 (45.499)	64,2 (81.753)	100 (127.252)

\*A: Trato alimentar e metabolismo; B: Sangue e órgãos formadores de sangue; C: Sistema cardiovascular; D: Dermatológicos; G: Sistema geniturinário e hormônios sexuais; H: Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulina; J: Anti-infecciosos de uso sistêmico; M: Sistema musculoesquelético; N: Sistema nervoso; P: Antiparasitários, inseticidas e repelentes; R: Sistema respiratório; S: Órgãos dos sentidos.

\*\*T= total da população; M= sexo masculino; F= sexo feminino

## DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se um maior consumo de medicamentos por mulheres em todos os grupos anatómicos. Os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, nervoso e trato alimentar e metabolismo foram os mais utilizados. Este consumo apresentou diferenças em relação ao sexo quando observadas as diversas faixas etárias da população.

Os resultados encontrados referiram-se a dados secundários da Farmácia Municipal. No Brasil, muitos dos estudos de utilização de medicamentos são inquéritos populacionais com fonte de dados primários, e dedicam-se a uma determinada faixa etária, como crianças, adolescentes, adultos, idosos ou a determinada patologia, como hipertensão, diabetes<sup>20,21,22,23,24,25</sup>. Desta forma, as particularidades dos métodos e da população de outros trabalhos publicados devem ser consideradas na comparação com os resultados do presente estudo.

A realização de poucos estudos no país sobre o tema é justificado pela inexistência de um banco de dados de nacional sobre dispensação de medicamentos pelas farmácias municipais que contemple o fornecimento de medicamentos de todos os municípios brasileiros<sup>10</sup>.

Um total de 9.967 pessoas retirou pelo menos um medicamento nos oito anos, número maior que a população do município que é de 6.891 habitantes<sup>14</sup>. Isto pode ser consequência da característica migratória do local que é procurado por muitas pessoas dos municípios vizinhos em busca de emprego, qualidade de vida e utilização dos serviços de saúde de Glorinha.

A maior proporção de mulheres em relação aos homens, tanto no consumo geral em todo o período como na média anual da população, confirmou o observado em outros estudos<sup>12,22,26,27,28</sup>. Esta realidade pode ser explicada pelo fato de que as mulheres apresentam maior preocupação com a saúde, maior autocuidado e, também, buscam mais os serviços de saúde, além da existência de programas de saúde pública direcionadas para população feminina<sup>21,29</sup>. O aumento na prevalência de mulheres quando se analisou o consumo de medicamentos da população por ano de estudo, pode ser um indicativo da sua maior procura pelos serviços de saúde do que os homens. Assim, estratégias de intervenção devem ser pensadas e implementadas pela equipe de saúde local para ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, seja por disponibilizar horários de atendimento alternativos que possam ser conciliados com o horário de trabalho, realizar parcerias com as empresas dos municípios para ofertar serviços de saúde nas empresas e no horário de trabalho e realizar ações de educação em

saúde para conscientizar essa população específica da importância do cuidado, prevenindo doenças e melhorando a qualidade de vida.

Referente ao consumo de medicamentos segundo as variáveis demográficas observou-se que os medicamentos mais utilizados pelos homens eram do sistema nervoso, cardiovascular e musculoesquelético. Entre as mulheres, os que atuam no sistema nervoso, cardiovascular e trato alimentar e metabolismo foram os prevalentes. O consumo dos medicamentos do sistema nervoso foi maior entre as mulheres (65,5%) quando comparado aos homens (34,5%), destacando-se os analgésicos, psicoanalépticos e psicolépticos. Semelhante resultado encontrado num estudo realizado em Minas Gerais, que descreveu que a carga das doenças psiquiátricas se concentrou, predominantemente, entre as mulheres (61%)<sup>24</sup>.

Nas crianças os medicamentos mais consumidos foram do sistema respiratório. Já, para a faixa etária de 10 a 19 anos, o consumo foi maior para medicamentos do sistema nervoso, possivelmente pelo uso de analgésicos e antitérmicos por esta faixa etária. O uso de medicamentos para tratamento de doenças agudas também é uma característica encontrada em outros estudos realizados com crianças e adolescentes<sup>25,30,31</sup>. Nesse sentido, ações de educação em saúde voltadas para este público devem ser planejadas.

Com o envelhecimento da população, aumenta os índices de doenças crônicas, representado neste estudo por uma maior prevalência de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular. Esta realidade foi descrita numa investigação realizada com idosos na Bahia, onde se observou uma maior utilização de medicamentos cardiovasculares e uma prevalência de doenças crônicas na população<sup>32</sup>.

A análise dos medicamentos dispensados na Farmácia Municipal, de acordo com a classificação ATC, proporcionou conhecer o padrão de uso da população em estudo, determinando assim o consumo de medicamentos. Foram utilizadas três formas de análise para caracterizar o consumo: 1ª) medicamentos dispensados por usuário por ano; 2ª) quantidade de unidades farmacêuticas dispensadas por ano; e 3ª) total de DDD/1.000 habitantes/dia. Nas três análises descritas, os resultados foram semelhantes para os três grupos anômicos mais prevalentes: sistema cardiovascular, sistema nervoso e trato alimentar e metabolismo. Estes resultados foram também os descritos na literatura, sendo que o sistema cardiovascular apresentou maior prevalência de consumo na maioria dos estudos<sup>12,23, 24,29,33,34</sup>.

As doenças do sistema nervoso apresentam grande prevalência no país, principalmente os transtornos neuropsiquiátricos, como depressão e psicose<sup>35</sup>. Neste sentido, o farmacêutico

ao incentivar a adoção de medidas não farmacológicas e ao uso racional de medicamentos utilizados no tratamento destas doenças, poderá contribuir para a mudança deste panorama.

Neste estudo, uma das possibilidades do sistema nervoso ter maior prevalência na análise de medicamento/usuário/ano do que o sistema cardiovascular, como descrito na literatura, pode ter sido reflexo da adesão de três farmácias comunitárias ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) no segundo semestre de 2013. Na época desta adesão, houve uma solicitação dos proprietários destes estabelecimentos à gestão municipal para retirar da REMUME os medicamentos que constavam em ambos os programas e fornecidos gratuitamente a população. Perante a crescente demanda por medicamentos, a necessidade de incorporação de novos medicamentos e o reajuste anual dos valores dos medicamentos. Diante deste contexto, a Secretaria Municipal de Saúde decidiu em 2013 não retirar os medicamentos para hipertensão, diabetes e asma da REMUME, mas sim restringir o fornecimento destes medicamentos, mantendo em estoque uma quantidade mínima para atender os usuários com dificuldades de acesso ao PFPB.

Segundo Garcia e colaboradores <sup>36</sup>, a discussão da disponibilidade gratuita dos mesmos medicamentos no componente Básico e no Programa Farmácia Popular é um aspecto relevante para a organização da assistência farmacêutica, definindo qual programa seria responsável pelo fornecimento destes medicamentos coincidentes. Relatou ainda que se somente o PFPB disponibilizasse estes medicamentos, o recurso do componente Básico poderia ser utilizado na aquisição de outros medicamentos demandados também pela Atenção Básica, visto as dificuldades de aquisição de medicamentos pelos estados e municípios e falta de correção dos valores pactuados para este componente.

Quando implantado o Programa Farmácia Popular, seu objetivo era de ampliar e garantir o acesso aos medicamentos prescritos no sistema de saúde público ou privado <sup>27</sup>. Na prática profissional, percebe-se uma alteração dos medicamentos prescritos pós-implantação do PFPB, possibilitando as solicitações de marcas ou dosagens diferentes e ampliando o acesso a outras alternativas farmacêuticas. Mas, se reduz o vínculo do usuário com os serviços públicos de saúde, em especial à farmácia e à atuação multidisciplinar e do adequado acompanhamento do paciente <sup>2</sup>.

Em 2014 e 2015, com a restrição de disponibilidade de alguns medicamentos, conforme já relatado, o grupo de anti-infecciosos de uso sistêmico, usualmente utilizados para doenças agudas, assumiu o terceiro lugar nos medicamentos mais prevalentes dispensados. No estudo de Paniz e colaboradores <sup>27</sup>, os medicamentos prescritos para problemas agudos de

saúde mais prevalentes foram do sistema nervoso, musculoesquelético e anti-infecciosos de uso sistêmico.

O aumento no consumo de antimicrobianos aliado ao seu uso muitas vezes de forma irracional tem grande impacto para a saúde pública. O uso indiscriminado dessa classe de medicamentos pode resultar em aumento de reações adversas, de efeitos colaterais, da resistência bacteriana e dos gastos em saúde. Neste sentido, os profissionais da saúde podem colaborar para mudança deste cenário por meio de ações de educação de saúde voltadas para a equipe. Entre elas, a conscientização dos prescritores da necessidade do uso racional de antimicrobianos, a elaboração de protocolos de prescrição e dispensação dos medicamentos desta classe e a divulgação da medicina baseada em evidências<sup>37</sup>. Para a comunidade, podem promover a divulgação dos riscos do consumo inapropriado destes medicamentos e orientar quanto ao uso correto do medicamento.

Os grupos terapêuticos principais mais dispensados por usuários por ano foram: anti-inflamatórios e antirreumáticos, analgésicos e antibacterianos de uso sistêmico. Os achados são semelhantes ao encontrado no estudo que analisou os medicamentos prescritos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família<sup>38</sup>. Num estudo sobre o uso de medicamentos para problemas agudos de saúde em adultos de 30 a 64 anos, os mais consumidos foram dos grupos de anti-inflamatórios e antirreumáticos, antibacterianos e psicolépticos<sup>27</sup>.

Um consumo elevado de analgésicos também foi observado em outros estudos, sendo o grupo de maior utilização em adultos<sup>39,40</sup> e adolescentes<sup>25</sup>. O aumento no consumo destes medicamentos também foi relatado em estudo que avaliou o uso de analgésicos prescritos e por automedicação<sup>41</sup>.

Quanto ao consumo por unidades farmacêuticas dispensadas, os grupos terapêuticos principais foram os do sistema renina-angiotensina, psicoanalépticos e diuréticos. E, por DDD/1.000 habitantes/dia, os mais consumidos foram: sistema renina-angiotensina, diuréticos e medicamentos para controle da acidez gástrica. Padrão semelhante de consumo foi descrito em estudo com população de idosos, nos quais os grupos mais consumidos foram os diuréticos, os do sistema renina-angiotensina e antitrombóticos<sup>23,42</sup>. Esta forma de análise, considerando a quantidade de medicamentos, retratou um padrão de consumo mais característico de medicamentos utilizados em doenças crônicas, como a hipertensão.

Os medicamentos mais prevalentes dispensados por usuário por ano foram: ibuprofeno e paracetamol; e os com maior consumo por unidades farmacêuticas, captopril e enalapril. Na determinação dos medicamentos por DDD/1.000 habitantes/dia, enalapril e omeprazol foram mais consumidos. Os medicamentos anti-hipertensivos e o omeprazol também foram

prevalentes em estudo que analisou o perfil de consumos de medicamentos em idosos <sup>43</sup>. Noutro trabalho realizado na Farmácia Popular, os medicamentos mais prevalentes foram sinvastatina, enalapril e omeprazol <sup>34</sup>.

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas as doenças cardiovasculares e diabetes, são as principais causas na carga de doenças, representando a causa de 72% dos óbitos ocorridos em 2007. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no país. Apesar das políticas públicas de saúde de prevenção destas doenças, ainda há aumento da prevalência de diabetes e hipertensão, associado ao sobrepeso, dieta inadequada e a pouca atividade física <sup>35</sup>. Diante desse contexto, a equipe de saúde pode intervir por meio de ações de promoção à saúde, realizando ações de incentivo a prática de atividade física, cuidados na alimentação e combate ao fumo <sup>44</sup>. O profissional farmacêutico pode atuar ativamente deste processo por meio da realização de atividades em grupo, como no de tabagismo, de caminhadas, de hipertensos e também de forma individual junto aos pacientes.

Diferentemente, quando analisada a dispensação dos medicamentos por ano, observou-se uma maior prevalência de medicamentos utilizados para tratamento de doenças agudas. Já, para as análises de quantidade de unidades farmacêuticas dispensadas por ano e por DDD/1.000 habitantes/dia, os medicamentos mais prevalentes foram os utilizados para tratamento de doenças crônicas.

Os resultados encontrados de DDD/1.000 habitantes/dia para os medicamentos foram superiores ao encontrado em estudo realizado em Fortaleza que analisou a distribuição de medicamentos na atenção básica <sup>42</sup>.

Quando avaliada à tendência de consumo, houve uma redução dos medicamentos disponibilizados na Farmácia Municipal, os quais constavam, concomitantemente, no elenco da Farmácia Popular. Este resultado também foi observado em estudo realizado em Minas Gerais, que mostrou uma redução nas solicitações municipais de cinco medicamentos da Farmácia Básica, sinalizando que esta redução poderia estar associada à implantação do Programa Farmácia Popular <sup>36</sup>. A redução na DDD/1.000 habitantes/dia destes medicamentos em Glorinha foi consequência da restrição na dispensação e não indicaram, portanto, uma possível redução no consumo. Estudos relatam um aumento na DDD/1.000 habitantes/dia dos medicamentos utilizados no tratamento da diabetes mellitus <sup>45,46</sup> e uma estimativa de aumento do número de pessoas com diabetes, de 366 milhões de pessoas em 2011 para 552 milhões em 2030 <sup>47</sup>.

Verificou-se também um decréscimo na DDD/1.000 habitantes/dia do ano de 2014 para o ano 2015 em vários grupos anatômicos. Essa redução pode ser resultado de faltas de medicamentos na Farmácia Municipal neste período e não necessariamente uma diminuição efetiva deste consumo. Também, no ano de 2015, houve um atraso sistemático nos repasses de recursos do componente Básico das esferas federal e estadual e de cortes nos gastos municipais, influenciando diretamente na oferta de medicamentos o que ocasionou períodos de desabastecimento.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A utilização de dados secundários obtidos do sistema informatizado de dispensação da Farmácia Municipal pode estar sujeitos a erros de preenchimento no registro das informações relativas ao cadastro e a quantidade de medicamentos. Períodos em que houve desabastecimento da Farmácia Municipal também podem influenciar no resultado do estudo, pois não há registro desta demanda não atendida. A falta de medicamentos em farmácias públicas também foi um problema já relatado em outras publicações que analisaram o acesso de medicamentos a população <sup>20,22,24,27</sup>, indicando a necessidade de promover ações que evitem o desabastecimento das farmácias públicas <sup>48</sup>.

Ao mesmo tempo, o estudo teve seus pontos fortes, entre os quais devem ser destacados. A realização de uma investigação da evolução temporal permitiu que fosse observada a tendência de consumo dos medicamentos. A utilização de um sistema de informações de medicamentos de uso local permitiu uma avaliação contextualizada da situação do município possibilitando o planejamento da gestão e gerenciamento das políticas municipais na área de saúde pública. Finalmente, a participação e envolvimento do pesquisador farmacêutico em todas as etapas da investigação, dentro do seu próprio espaço de trabalho, contribui, sobremaneira, na compreensão integral do processo de dispensação de medicamentos permitindo uma reflexão propositiva na sua prática laboral e assistencial futura.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados encontrados neste estudo indicam uma maior prevalência de consumo de medicamentos por mulheres e para o tratamento de doenças agudas e do sistema respiratório em crianças e adolescentes. Com o aumento da idade, as doenças crônicas passam a ser mais representativas nesta população, demonstrado pelo maior consumo dos medicamentos utilizados para o tratamento da hipertensão e do diabetes.



Este estudo retrata o padrão dos medicamentos dispensados na Farmácia Pública Municipal de um município do interior do Rio Grande do Sul, que atende as prescrições oriundas dos serviços de Atenção Básica municipais, de consultas especializadas realizadas em outros municípios vizinhos e ainda de outros serviços de saúde que não estão disponíveis em Glorinha, todos dentro do sistema público de saúde. Os medicamentos utilizados pela população adquiridos em farmácias privadas, no Programa Farmácia Popular, em outras Farmácias Públicas ou distribuído em outros componentes da Assistência Farmacêutica não são considerados neste estudo. Para conhecer o padrão real de consumo da população, que inclua todos os medicamentos utilizados num determinado período, outras metodologias poderão ser aplicadas, como a realização de inquéritos populacionais que permitirão avaliar outras formas de acesso. A realização de inquéritos de saúde locais, a partir de entrevistas, é uma alternativa para conhecer o padrão de uso dos medicamentos numa determinada população, garantindo assim intervenções mais direcionadas para a Política de Assistência Farmacêutica <sup>49</sup>.

A Farmacopidemiologia mostra-se uma ferramenta importante para a gestão dos serviços de saúde. A partir das informações resultantes deste processo de investigação, o gestor municipal de saúde poderá refletir sobre as práticas assistenciais vigentes no local e planejar ações de educação em saúde mais direcionadas as necessidades de saúde da população, considerando o perfil fármaco-epidemiológico da população.

Nesta perspectiva e contexto, o profissional farmacêutico poderá colaborar tanto nas ações da gestão em saúde, com a proposição de políticas públicas de saúde, quanto através de ações de cuidado e da educação em saúde, voltadas ao usuário, a família e a comunidade.

## **REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. The World Medicines Situation 2011.3 ed. Geneva: WHO; 2011.
2. Garcia MM, Guerra Júnior AA, Acúrcio FA. Economic evaluation of the Programs Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(1):221-33.
3. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2008; 25(1):5-26.
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.

5. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a ótica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2011; 32(3):313-21.
6. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):700-1.
7. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS – Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra: OMS; 2002.
8. Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev Bras Ciênc Farm* 2006; 42 (4):475-85.
9. Nascimento Júnior MJ, Paganelli MO, Tavares NUL, Soeiro OM, Costa KS. Dispensação: dispensar e entregar não são sinônimos. *In: OPAS. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica.* 1(16). Brasília: OPAS/OMS; 2016.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2011.
11. Bertoldi AD, Barros AJD, Wagner A, Rooss-degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:222.
12. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4):649-58.
13. Glorinha. Prefeitura Municipal de Glorinha. Disponível em: <<http://www.glorinha.rs.gov.br/>> Acesso em: 04 de janeiro de 2017.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 04 de janeiro de 2017.
15. Assunção IA, Santos K, Blatt CR. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2013; 34(3):431-9.
16. Ronning M, Blix HS, Harbo BT, Strom H. Different versions of the anatomical therapeutic chemical classification system and the defined daily dose – are drug utilisation data comparable? *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56(9):723-7.
17. World Health Organization. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2017. 20 ed. Geneva: WHO; 2016.
18. Pádua CAM. Aspectos conceituais e abordagens metodológicas em farmacoepidemiologia. *In: Acúrcio, FA. Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia.* Belo Horizonte: Ed. Coopmed, 2013.

19. World Health Organization. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical therapeutic chemical (ATC) index with defined daily doses (DDDs). Disponível em: <<http://www.whocc.no/atcddd>> Acesso em: 20 de outubro de 2016.
20. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJ, Xavier AJ, D'orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(10):1939-50.
21. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2):228-38.
22. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acúrcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(7):1337-46.
23. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(12):2657-67.
24. Pereira VOM, Acúrcio FA, Guerra Júnior AA, Silva G D, Cherchiglia ML. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(8):1546-58.
25. Silva CH, Giugliani ERJ. Consumption of medicines among adolescent students: a concern. *J Pediatr* 2004; 80(4):326-32.
26. Oliveira NSC, Xavier RMF, Araújo PS. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2012; 33(2):283-89.
27. Paniz VMV, Cechin ICCF, Fassa AG, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Fachini LA. Acesso a medicamentos para tratamento de condições agudas prescritos a adultos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016 32(4).
28. Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18(11): 3291-3300.
29. Pelicioni AF. Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo 2001-2002. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.
30. Carvalho DC, Trevisol FS, Menegali BT, Trevisol DJ. Uso de medicamentos em crianças de zero a seis anos matriculadas em creches de Tubarão, Santa Catarina. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26(3):238-44.
31. Cruz MJB, Dourado LFN, Bodevan EC, Andrade RA, Santos DF. Medication use among children 0-14 years old: population baseline study. *J Pediatr* 2014; 90(6):608-15.

32. Sales AS, Sales MGS, Casotti CA. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26(1):121-132.
33. Flores LM, Mengue SS. Drug use by the elderly in Southern Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 924-9.
34. Ruppenthal LR, Petrovick PR. Comparação do Perfil dos Usuários e dos Medicamentos Dispensados na Farmácia Popular do Brasil e em Drogaria Privada em Porto Alegre, Brasil. *Lat Am J Pharm* 2010; 29(1):22-9.
35. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet [Série Saúde no Brasil]* 2011.
36. Garcia MM, Neves CM, Silva, L, Silva GD, Guerra Júnior AA. Avaliação dos medicamentos básicos fornecidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil no Estado de Minas Gerais. *J Bras Econ Saúde* 2015; 7(Suppl.1):29.
37. Cecchini M, Lee S. Low-value health care with high stakes: Promoting the rational use of antimicrobials. p 115 -51 In: OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris, OECD Publishing; 2017.
38. Colombo D, Santa Helena ET, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. *Rev Bras Ciênc Farm* 2004; 40(4):549-58.
39. Arrais PSD. Epidemiologia do consumo de medicamentos e eventos adversos no Município de Fortaleza. [Tese de doutorado]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia; 2004.
40. Vosgerau MZS, Soares DA, Souza, RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(supl.1):1629-38.
41. Samuelsen PJ, Slørdal L, Mathisen UD, Eggen AE. Analgesic use in a Norwegian general population: change over time and high-risk use-The Tromsø Study. *BMC Pharmacol Toxicol* 2015; 16(1):16.
42. Pereira MB. Análise dos gastos públicos e a distribuição dos medicamentos na atenção básica de saúde do Município de Fortaleza – CE, no ano de 2006. [Dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.
43. Flores VB, Benvegnu LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6):1439-46.
44. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(4):533-8.

45. López-Sepúlveda R, Lirola MAG, García EE, Martínez MJM, Sances MS, Ordóñez SA, Barrera JC. Antidiabetic medications use trends in an Andalusian region from 2001 to 2014. *Prim Care Diabetes*. 2017.
46. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antidiabéticos en España durante el periodo 2000–2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
47. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2011 (94):311-321.
48. Oliveira MA, Luiza LV, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR *et al*. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saúde Pública* 2016; 50 (Supl. 2):6s.
49. Costa KS, Nascimento Júnior JM. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(Supl):91-9.

## 5. CONCLUSÕES

A presente pesquisa descreveu o padrão de dispensação de medicamentos na Farmácia Pública Municipal de Glorinha, identificando a prevalência e analisando a tendência de consumo dos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) dispensados no primeiro, segundo e quinto nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) no período de 1º de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2015, caracterizando este consumo em relação às variáveis demográficas sexo e estrutura etária da população. Diante destes objetivos, os resultados demonstram que:

– A população que mais utiliza os serviços da Farmácia Municipal, é jovem (0 a 29 anos – 46,6%), é do sexo feminino (52,8%).

– A população que utiliza os serviços da Farmácia Municipal, quando considerado cada ano de estudo, é caracterizada por uma prevalência maior de mulheres (58,5%) e na faixa etária de 50 a 59 anos (15,3%). Já os homens correspondem a 41,5% e a faixa etária mais representativa é a de 0 a 9 anos (18,5%).

– Em média, 4.129 pessoas retiram pelo menos um medicamento por ano na Farmácia Municipal, representando 54,4% da população do município conforme estimativa do IBGE (2017).

– Os medicamentos que atuam no sistema nervoso, sistema cardiovascular e trato alimentar e metabolismo representam os grupos anatômicos (primeiro nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* – ATC), mais dispensados na população. Os percentuais encontrados em cada análise foram: 1ª) medicamentos dispensados por usuário por ano: sistema nervoso (22,1%), sistema cardiovascular (19,5%) e trato alimentar e metabolismo (12,3%); 2ª) quantidade de unidades farmacêuticas dispensadas por ano: sistema cardiovascular (43,1%), sistema nervoso (26,7%) e trato alimentar e metabolismo (15,7%); 3ª) por total de Dose Diária Definida (DDD) por 1.000 habitantes por dia: sistema cardiovascular (47,6%), trato alimentar e metabolismo (10,6%) e sistema nervoso (15,3%).

– Os grupos terapêuticos principais (segundo nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* – ATC) mais dispensados no período em estudo foram: 1ª) medicamentos dispensados por usuário por ano: anti-inflamatórios e antirreumáticos (11,3%), analgésicos (10,5%) e antibacterianos de uso sistêmico (8,8%); 2ª) quantidade de unidades farmacêuticas dispensadas por ano: agentes com ação no sistema renina-angiotensina (18,0%), psicoanalépticos (10,8%) e diuréticos (7,3%); 3ª) por total de Dose Diária Definida

(DDD) por 1.000 habitantes por dia: agentes com ação no sistema renina-angiotensina (22,7%), os diuréticos (10,3%) e os medicamentos para controle da acidez gástrica (9,6%).

– As substâncias químicas (quinto nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* – ATC) de maior consumo no período em estudo foram: 1ª) medicamentos dispensados por usuário por ano: ibuprofeno (11,3%), paracetamol (9,9%) e omeprazol (4,9%); 2ª) quantidade de unidades farmacêuticas dispensadas por ano: captopril (8,9%), enalapril (7,9%) e omeprazol (6,8%); 3ª) por total de Dose Diária Definida (DDD) por 1.000 habitantes por dia: enalapril (14,7%), omeprazol (9,6%) e hidroclorotiazida (8,2%).

– Há um aumento estatisticamente significativo no consumo de número de Dose Diária Definida (DDD) por 1.000 habitantes por dia dos medicamentos dos grupos anatômicos: sistema geniturinário e hormônios sexuais ( $p=0,0032$ ); preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulina ( $p=0,0067$ ); sistema nervoso ( $p=0,0099$ ); sistema respiratório ( $p=0,0143$ ); e produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes ( $p=0,0489$ ).

– Os grupos terapêuticos principais de maior prevalência na análise de número de Dose Definida (DDD) por 1.000 habitantes por dia que apresentaram um aumento de consumo estatisticamente significativo foram: anti-histamínicos para uso sistêmico ( $p=0,0014$ ); medicamentos para controle da acidez gástrica ( $p=0,0021$ ); psicoanalépticos ( $p=0,0051$ ); antibacterianos de uso sistêmico ( $p=0,0231$ ); e bloqueadores de canais de cálcio ( $p=0,0305$ ).

– Ocorreu redução acentuada no consumo dos medicamentos que também são do elenco do Programa Farmácia Popular do Brasil, como resultado da restrição na dispensação destes medicamentos na Farmácia Municipal. Os percentuais de redução encontrados de 2012 para 2015 por grupo terapêutico principal foram: 93,0% agentes com ação no sistema renina-angiotensina (C09); 82,4% medicamentos usados no diabetes (A10), 79,0% diuréticos (C03) e 57,7% betabloqueadores (C07).

– A análise do consumo pela variável demográfica sexo é caracterizada por uma maior prevalência no consumo de medicamentos por mulheres (64,2%) do que por homens (35,8%) no consumo geral, que também foi observada em cada grupo anatômico.

– Entre as mulheres, o consumo é caracterizado para os medicamentos do sistema nervoso (22,5%), do sistema cardiovascular (18,5%) e do trato alimentar e metabolismo (12,7%). Já, para os homens os grupos de maior consumo foram os

medicamentos que atuam no sistema nervoso (21,3%), no sistema cardiovascular (21,1%) e sistema musculoesquelético (12,5%).

– A prevalência de consumo de medicamentos em cada faixa etária por grupo anatômico é caracterizada por: 0-9 anos: sistema respiratório (20,9%); 10-19: sistema nervoso (22,2%); 20-29: sistema nervoso (25,9%); 30-39: sistema nervoso (29,4%); 40-49: sistema nervoso (28,2%); 50-59: sistema cardiovascular (29,5%); 60-69: sistema cardiovascular (34,9%); e 70 anos ou mais: sistema cardiovascular (36,4%).

– A prevalência de consumo de medicamentos em cada grupo anatômico por faixa etária é caracterizada por: trato alimentar e metabolismo (A): 60 a 69 anos (21,4%); sangue e órgãos formadores de sangue (B): 60 a 69 anos (23,6%); sistema cardiovascular (C): 60-69 anos (30,1%); dermatológicos (D): 0 a 9 anos (26,7%); sistema geniturinário e hormônios sexuais (G): 20 a 29 anos (21,6%); preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulina (H): 0 a 9 anos (23,6%); anti-infecciosos de uso sistêmico (J): 0 a 9 anos (20,7%); sistema musculoesquelético (M): 50 a 59 anos (15,7%); sistema nervoso (N): 50 a 59 anos (18,2%); produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes (P) 0 a 9 anos (30,5%); sistema respiratório (R): 0-9 anos (30,6%); e órgãos dos sentidos (S): 10 a 19 anos (19,9%).

– Desenvolvimento de ações de educação em saúde para a equipe e para a comunidade com enfoque para as doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão) e do sistema nervoso central, além de possibilitar a ampliação de acesso da população masculina aos serviços.



## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **6.1 GERAIS**

Diante destes resultados, têm-se um retrato da população que utiliza a Farmácia Municipal, os medicamentos mais consumidos, a tendência de consumo ao longo dos oito anos e se estima as doenças prevalentes com base no perfil farmacológico descrito.

Os resultados encontrados nesta pesquisa serão apresentados na Conferência Municipal de Saúde, que será realizada em abril de 2017, para a equipe de saúde, Conselho Municipal de Saúde, gestores municipais e população. Estes resultados também contribuirão na elaboração do Plano Municipal de Saúde, no Plano Plurianual e outros instrumentos de gestão realizados no mês de maio pelo Comitê Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, no qual a pesquisadora é membro.

A finalização deste trabalho coincidiu com o período de troca da gestão municipal, o que normalmente ocorre a cada quatro anos e se caracteriza por um momento de muitas expectativas, inseguranças e possíveis mudanças para os trabalhadores da instituição e, também, para a população.

A atual gestão, na área da saúde, instituiu um Comitê Gestor que juntamente com o Secretário Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, são responsáveis pelo planejamento das ações de saúde. Entre os objetivos deste grupo, existe um enfoque para as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como a implantação da Estratégia de Saúde da Família, de políticas de saúde para grupos específicos, como idosos, mulheres e crianças e, também, elaboração de ações de educação em saúde. Os achados deste trabalho subsidiarão o grupo na elaboração das ações de intervenções em saúde.

### **6.2 PESSOAS**

Como autora deste trabalho e trabalhadora no local de realização da pesquisa, assumo a partir deste ponto, uma visão de uma farmacêutica que teve a oportunidade, por meio do Mestrado Profissional, de atuar como pesquisadora e refletir as suas práticas a partir de outra ótica. As reflexões apresentadas a seguir são resultantes do processo de escolha da temática da dissertação e da elaboração desta pesquisa e não precisamente dos resultados encontrados neste trabalho.

A escolha do local de realização da pesquisa ocorreu por ser o local de atuação da pesquisadora, que trabalha no Município desde agosto de 2010. Até esta data, o município não tinha em seu quadro este profissional e a gestão da farmácia era realizada por um auxiliar administrativo. Realidade semelhante foi descrita em estudo realizado no Rio Grande do Sul que analisou a Assistência Farmacêutica Básica nos 20 municípios da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, no qual, na época do estudo, somente 25% (cinco) dos municípios pesquisados tinham farmacêuticos como responsável pela assistência farmacêutica municipal, mesmo havendo a obrigatoriedade deste profissional como farmacêutico responsável técnico em todas as farmácias. No mesmo estudo, relataram que este profissional, quando presente nos municípios, assumia diversas responsabilidades além da assistência farmacêutica, entre elas a vigilância sanitária e o laboratório municipal de análises clínicas, ficando a dispensação de medicamentos desempenhada por outro tipo de funcionário, como enfermeiro, auxiliar de enfermagem, entre outros profissionais (BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006).

Quanto à escolha de analisar o padrão de dispensação de medicamentos na Farmácia Municipal, a mesma foi sugerida pelo orientador. Inicialmente, esta sugestão remeteu ao modelo até pouco tempo vigente de assistência farmacêutica, centrado no medicamento, com o farmacêutico voltado as ações de gestão do medicamento. Segundo Barreto e Guimarães (2010), a assistência farmacêutica no SUS ainda é vista por muitos como apenas um setor responsável pelo fornecimento de medicamentos, com prática centrada no medicamento, e enfoque na sua aquisição e distribuição.

Outro aspecto, era de que, por meio do sistema informatizado de gestão de estoque utilizado na farmácia, considerava já conhecer o consumo de medicamentos. O sistema informatizado da Farmácia é pago, adquirido por meio de licitação e utilizado em todos os setores da Prefeitura. Esse sistema, como não foi desenvolvido especificamente para a gestão da saúde, ele é mais direcionado para o controle de estoque.

Os caminhos percorridos desde minha nomeação no Município até o início do mestrado já tinham transformado minha compreensão do papel do farmacêutico. No início, acreditava que era necessário apenas garantir o acesso aos medicamentos, evitando faltas, mas também perdas, e organizar a assistência farmacêutica em torno do medicamento numa perspectiva essencialmente como gestora. Esta visão pode ser reflexo da minha formação acadêmica na graduação, já formada com o novo currículo generalista com base nas diretrizes curriculares, porém com pouco conhecimento do SUS e distantes da atividade prática.

No que tange à formação, as Diretrizes Curriculares dos cursos da área da saúde objetivam formar um profissional generalista, no qual o foco da formação se desloca da

doença para a saúde ganhando espaço a promoção da saúde, por meio da atuação numa equipe multiprofissional e da educação permanente em saúde (MOREIRA; DIAS, 2015). Desta forma, o ensino deve formar profissionais preparados para atuar de maneira interdisciplinar e junto à equipe multiprofissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo o indicado por Leite e Manzini (2015, p. 62),

As Diretrizes são um importante marco e sinalizam, para a sociedade, que o farmacêutico precisa de uma formação, que realmente atenda as necessidades sociais da saúde, que vise a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, e o trabalho em equipe, com ênfase no SUS. Ou seja, um profissional que decide, que faz diferença no sistema de saúde, com capacidade técnica, ética, e experiência prática. Para tanto, é preciso transformar concepções e práticas, bem como produzir novos conhecimentos e saberes, que busquem a formação e constituição de sujeitos, lideranças, técnicos, gerentes, enfim, pessoas dotadas de capacidade técnica e compromisso político com o processo de Reforma Sanitária e a defesa do SUS. [...] Hoje vivenciamos duas situações: os farmacêuticos formados em currículos anteriores às Diretrizes; e os farmacêuticos já formados na nova lógica, mas que, ainda assim, não estão suficientemente preparados e encorajados para o ambiente da gestão pública. Como esperar que o profissional, formado por meio de modelos tradicionais de ensino, aja de maneira diferenciada e crítico-reflexiva na sua atuação?

A alteração no perfil do egresso e do currículo, mesmo que, lentamente, já vem mostrando seus resultados na prática profissional, levando o farmacêutico a se reconhecer como profissional de saúde com foco também nos usuários e não mais somente na gestão.

Com as experiências desenvolvidas no trabalho e os cursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, como de “Gestão da Assistência Farmacêutica” e “Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde”, pude perceber que, na condição de farmacêutica, também era uma profissional da saúde, com iguais responsabilidades no cuidado do paciente e identificar as possibilidades de trabalho na equipe multiprofissional. Neste sentido, Manzini *et al.* (2015, p.7) relata que:

No âmbito do SUS, o farmacêutico está inserido no processo de cuidado ao paciente que envolve desde a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos, a seleção, a programação, a compra, a distribuição, a garantia de qualidade, até o acompanhamento e a avaliação dos resultados, tendo sempre como objetivo principal e melhoria da qualidade de vida da população. Experiências de gestores municipais têm comprovado que o farmacêutico, inserido nas equipes do SUS, tem contribuído de forma significativa para a melhora na saúde da população local, além de gerar economia aos cofres públicos, humanizar o atendimento e, interferir, de forma positiva, na gestão da logística dos medicamentos e dos serviços da saúde.

Neste contexto, a temática da dissertação poderia ser alguma intervenção voltada ao cuidado, centrada no usuário, como uma ação de educação em saúde voltada a uma população específica e que integrasse outros profissionais da equipe de saúde. Ou ainda na educação permanente em saúde, intervindo junto à equipe e à comunidade reconhecendo o território em que estão inseridos e quais intervenções possíveis de se propor para o grupo buscando a qualidade de vida da população e o uso racional de medicamentos. Segundo Vieira (2007), entre as atribuições do farmacêutico de promoção da saúde incluem-se a orientação, o acompanhamento farmacêutico e a educação em saúde.

O Conselho Federal de Farmácia, por meio da resolução que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, descreve o perfil esperado para este profissional. Ele “atua no cuidado direto ao paciente, promove o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, redefinindo sua prática a partir das necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013, p.1).

Mas como propor ações de educação em saúde para a população ou de educação permanente para a equipe de saúde sem conhecer o território e suas necessidades na área da saúde? A partir desta reflexão, a real compreensão da importância da temática sugerida passou a ter um significado, fazer algum sentido para esta gestora da assistência farmacêutica, profissional de saúde e, também, pesquisadora.

A Organização Mundial de Saúde (1993) relata que a realização de estudos farmacoepidemiológicos de utilização de medicamentos, como este proposto, qualifica a Assistência Farmacêutica, permitindo assim uma intervenção mais precisa do profissional farmacêutico e, também, de toda equipe multiprofissional (OMS, 1993). A partir destes estudos, o profissional pode direcionar estas intervenções na execução de ações educacionais, avaliar as intervenções já realizadas e elaborar políticas públicas (YANG; WEST-STRUM, 2011).

Neste sentido, Leite e Manzini (2015) falam do agir em assistência farmacêutica e do quanto é importante para o farmacêutico, na sua prática profissional, o conhecimento apurado da realidade sanitária e epidemiológica da população. A relevância dos sistemas de informação para a tomada de decisão pelo farmacêutico é descrita pelos autores:

O profissional deve utilizar as informações disponíveis nos sistemas de informação e buscar novas informações, quando preciso, para subsidiar a tomada de decisão na assistência farmacêutica, apoiar o planejamento das ações e realizar um acompanhamento sistemático dos resultados da área (LEITE; MANZINI, 2015, p. 59).

De certa forma, a reflexão sobre o consumo de medicamentos na farmácia, além de subsidiar a tomada de decisão futura, permitiu refletir sobre as atividades práticas desenvolvidas. Rever os relatórios de consumo de medicamentos a partir de uma ótica de pesquisadora e não mais para o planejamento de aquisição, fez repensar todo o período de atuação no município. Como era a farmácia antes e depois da inserção do profissional farmacêutico na equipe de saúde. Os medicamentos que eram fornecidos em todo o período, os que ao longo do tempo foram excluídos ou incluídos na relação municipal de medicamentos e o porquê desta decisão. A busca inicial pela organização da assistência farmacêutica garantindo a estrutura e o acesso aos medicamentos. E, mais recente, a inserção profissional nas ações de cuidado, por meio de ações de educação em saúde, como no grupo de tabagismo, e na gestão da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Comitê Gestor.

Quanto aos resultados esperados ao iniciar a pesquisa, acreditava-se que os medicamentos amitriptilina, fluoxetina e omeprazol seriam os mais dispensados pela farmácia. Destes, apenas o terceiro foi confirmado. A faixa etária de maior prevalência de consumo esperava que fosse a que representava o grupo de idosos, pois este grupo necessita de mais atenção durante atendimento, utiliza mais medicamentos de uso contínuo e retorna mensalmente a farmácia para buscar seus medicamentos. Neste sentido, se fosse realizada uma análise de consumo mensal, poderia se identificar uma outra faixa etária de maior utilização de medicamentos do que a encontrada neste estudo.

Outro aspecto importante foi a questão da farmácia popular e o conflito entre a farmacêutica “gestora” e a “profissional de saúde” na tomada de decisão, juntamente com a gestão municipal, de restringir o fornecimento dos medicamentos que estavam concomitante nas duas listas. Como gestora, a ciência da redução de custos e da possibilidade de inclusão de outros medicamentos que esta decisão poderia ocasionar. Como profissional de saúde, a percepção que esta decisão iria reduzir o vínculo dos usuários com a farmácia impedindo que eles escolhessem onde pudessem retirar seus medicamentos. Com a restrição no fornecimento destes medicamentos, houve muitos relatos dos usuários de que gostariam de continuar retirando seus medicamentos na Farmácia Municipal, seja pela forma de atendimento ou por buscar outros medicamentos na farmácia, tendo assim que ir a dois locais diferentes para ter acesso aos seus medicamentos.

No decorrer da pesquisa, durante o processamento de dados para análise estatística, o que seria uma situação simples, acabou gerando certo desconforto ao tornar os usuários como códigos após a eliminação dos seus nomes nos relatórios. Entre os aspectos positivos do trabalho num município de pequeno porte, está o de conhecer a população, suas histórias e

seus problemas de saúde. Cada nome descrito no relatório era uma pessoa com alguma situação que era lembrada. “Apagar” estes nomes e ficarem somente os “medicamentos” novamente deixava um sentimento de retorno ao modelo tradicional de assistência farmacêutica.

Com a finalização da etapa de análise da pesquisa, percebeu-se o consumo real de medicamentos pela população e, mesmo não sendo objeto deste estudo, quanto este uso poderia ser irracional. Diante desta realidade, Vieira (2007) relata que o uso irracional de medicamentos é um importante problema de saúde pública e que o farmacêutico pode contribuir na garantia de uma melhor utilização dos medicamentos e na redução dos custos relacionados à farmacoterapia.

A partir das informações encontradas neste estudo, como o farmacêutico poderá contribuir para melhorar sua prática assistencial e a qualidade do atendimento prestado à população?

Para isto, inicialmente, deve considerar o medicamento como seu instrumento de trabalho e que suas atribuições vão além de garantir o seu acesso pela população, devendo contribuir para que o usuário tenha o melhor resultado terapêutico na utilização. Para que isto ocorra, o farmacêutico deve atuar na orientação da utilização dos medicamentos e em ações de educação em saúde, sejam elas para a equipe de saúde ou para os usuários. Mas, em contraponto a alguns autores, o cuidado farmacêutico não deve ser somente realizado por aqueles do Núcleo de Apoio à Saúde de Família, mas por todos os farmacêuticos atuantes no SUS, sejam em farmácias públicas, ambulatórios ou hospitais. Neste sentido, a farmácia pública é um local privilegiado para atuação deste profissional na realização do cuidado, desde que a mesma possua uma infraestrutura apropriada para a prática, pois é o último que tem contato com o usuário antes da utilização do medicamento. As ações realizadas por farmacêuticos voltadas para o cuidado da população promovem a valorização deste profissional dentro do processo saúde-doença.

Integrar-se cada vez mais a equipe de saúde na realização de ações de educação em saúde buscando sempre novas formas de metodologia para essas ações são objetivos a serem alcançados. Carvalho e Ceccim (2006, p. 149) quando discorrem sobre a formação em saúde, relatam que “o ensino de graduação, na saúde, acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos”. De certa forma, reproduzimos estas premissas nas nossas ações de educação em saúde. Como mudar esta realidade é um desafio para todos os profissionais de saúde.

A contribuição deste estudo para minha formação e prática profissional foi a de proporcionar a reflexão de todo esse tempo de atuação como farmacêutica, grande parte dele no município de Glorinha, a partir de um olhar de pesquisadora. E compreender que, por mais que o farmacêutico tenha recentemente encontrado sua “identidade” como profissional de saúde e que busque ações de cuidado ao usuário, o medicamento ainda é a nossa ferramenta de trabalho, o que nos diferencia das outras profissões. O “olhar” para o processo de uso de medicamentos, por meio da ótica de pesquisador, de gestor ou de profissional de saúde, pode trazer muitas reflexões da prática do trabalho em saúde.

Como farmacêutica, pretendo continuar garantindo à população o acesso aos medicamentos, mas também dividir as responsabilidades pelas atividades administrativas com outros profissionais, permitindo assim uma atuação profissional mais voltada às ações assistenciais. O próximo passo é de que a Farmácia Pública possa ser vista também como um espaço de saúde, voltado para o cuidado do usuário, da família e da comunidade.

### 6.3 PARA O MUNICÍPIO

As contribuições deste estudo para o município são muitas, que vão além dos resultados da pesquisa. Os ensinamentos, os relatos de experiência e as oportunidades que o mestrado profissional proporciona já estão sendo empregados. Entre elas destaco a implantação do Comitê Gestor que foi tema abordado na disciplina de “Planejamento de Educação na Saúde”.

As informações obtidas na pesquisa servirão como ferramenta nas ações de planejamento e gestão da saúde. Ações de educação em saúde também serão planejadas para as faixas etárias que mais consomem medicamentos e no desenvolvimento da prescrição e o uso racional de medicamentos, principalmente, dos antibacterianos, analgésicos, psicofármacos e medicamentos para controle da acidez gástrica.

A implantação no município da política de práticas integrativas e complementares é outro objetivo, buscando a promoção do uso racional de medicamentos e a redução nos processos de medicalização, incluindo serviços de fitoterapia, homeopatia e outras práticas que contribuam para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2006c).

Outro ponto, como seria a realização deste trabalho se estivesse na situação de um pesquisador externo, que apenas tivesse acesso aos dados. A sensação de ser pesquisador e pesquisado é relevante para as pesquisas na área da saúde, considerando que cada “território” é um lugar singular, e que quem pertence a este local reconhece este território, mas por outro

lado, um olhar de fora às vezes consegue perceber realidades que podem ser desconsideradas no dia-a-dia do trabalho. Como conciliar os diferentes olhares para contribuir na qualidade e na integralidade das ações em saúde? Como o ensino, o trabalho e a gestão podem atuar no fortalecimento do SUS?

O Mestrado Profissional na área da saúde oportuniza que os trabalhadores possam ter esse outro olhar da sua prática profissional, dando ferramentas para refletir sobre a realidade encontrada, propor alternativas e intervir na tomada de decisão. O mestrado permitiu o desenvolvimento de algumas ações em saúde para as quais tinha conhecimento, mas não tinha coragem, me tirando assim da “zona de conforto”.

E a perspectiva futura dessa profissional, como aluna e farmacêutica? O olhar de pesquisadora persiste ao final desta trajetória do mestrado, com a ideia de divulgar as ações desempenhadas na Secretaria de Saúde, permitindo que as nossas práticas possam ser vistas e sirvam de modelo para outros municípios. E desta forma, fortalecer o SUS, mostrando as suas ações que dão certo e que são importantes para a população. Neste sentido, o farmacêutico no seu local de atuação, a farmácia, poderá desempenhar suas funções clínicas, de gestão e de pesquisador.



## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ LUNA, F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. **Pharmacy Practice**, Granada, v. 2, n. 3, p. 129-136, jul./sep. 2004.
- ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. de Cien. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 137-146, jan./mar. 2006.
- ARRAIS, P. S. D. *et al.* Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, nov./dez. 2005.
- ASSUNÇÃO, I. A.; SANTOS, K.; BLATT, C. R. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 34, n.3, p. 431-439, 2013.
- BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a ótica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, v. 32, n. 3, p. 313-321, 2011.
- BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010.
- BARROS, A. J. D. National health surveys are too important to depend on the mood of politics. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 1s, 2016.
- BERMUDEZ, J. A. Z.; BARROS, M. B. de A. Perfil do acesso e da utilização de medicamentos da população brasileira – contribuições e desafios da PNAUM – Inquérito Domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 2s, 2016.
- 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 Soc.**, São Paulo, v.15, n.1, p. 73-83, jan./abr. 2006.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 68806, de 25 de junho de 1971**. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Brasília, 1971.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Farmácia Básica**. Programa 1997/98. Brasília, 1997. 16 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 176, de 8 de março de 1999**. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 40p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Incentivo à Assistência farmacêutica Básica: o que é e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 40p. - (Série A. normas e Manuais Técnicos, nº 112)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer 1300, de 06 de novembro de 2001**. Brasília, 2001c.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n. 2, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Brasília, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004a.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 5090, de 20 de maio de 2004**. Regulamenta a Lei n. 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências. Brasília, 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 102 p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.084, de 26 de outubro de 2005**. Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 491, de 9 de março de 2006**. Dispõe sobre a expansão do Programa "Farmácia Popular do Brasil". Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 2.960, de 9 de dezembro de 2008.** Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado:** o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 262 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 886, de 20 de abril de 2010.** Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília: CONASS, 2011a. 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 184, de 3 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 971, de 15 de maio de 2012.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2012b.

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). Brasília, 2013.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 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 2014.** 9 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 230 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Qualifar-SUS: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 190 p.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. *In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec, 2006. 149-182 p.

CASTRO, C. G. S. O. (coord.) **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. 92 p.

CECCATO, M. G. B. *et al.* Farmacoepidemiologia: O estado da arte no Brasil. *In: ACÚRCIO, F. A. Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoconomia.* Belo Horizonte: Ed. Coopmed, 2013. 319 p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

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

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013.** Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, 2013.

CORRER, C. J. O medicamento enquanto insumo essencial das ações de saúde. p. 37 a 52. *In: 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.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.

COSTA, K. S. et al. Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. p. 25 a 36. *In: 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.* Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.

COSTA, K. S. *et al.* Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 649-658, abr. 2011.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR, J. M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 91-99, dec. 2012.

CROZARA, M. A. **Estudo do consumo de medicamentos em hospital particular**. São Paulo, 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Universidade de São Paulo. 133 p.

FIGUERAS, A.; VALLANO, A.; NARVÁEZ, E. **Estudios de Utilización de Medicamentos: Manual Práctico**. Nicarágua: Ministério da Saúde, 2003.

GADELHA, C. A. G. *et al.* PNAUM: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 3s, 2016.

GAMA, H. Drug Utilization Studies. **Arquivos de Medicina**, v. 22, n. 2, p. 69-74, 2008.

GARCIA, M. M.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Economic valuation of the Programs Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 221-233, 2017.

GLORINHA. **Prefeitura Municipal de Glorinha**. Disponível em: <http://www.glorinha.rs.gov.br/> Acesso em: 04 de janeiro de 2017.

GOOSSENS, H. *et al.* Comparison of Outpatient Systemic Antibacterial Use in 2004 in the United States and 27 European Countries. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 44, n. 8, p. 1091-1095, 2007.

GUERRA JÚNIOR, A. A.; ACÚRCIO, F. A. Política de Medicamentos e assistência farmacêutica. *In*: ACÚRCIO, F. A. **Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia**. Belo Horizonte: Ed. Coopmed, 2013. 319 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 04 de janeiro de 2017.

LEITE, S. N.; MANZINI, F. Estruturação da Assistência Farmacêutica. *In*: MANZINI, F. *et al.* (org.). **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.

LEITE, S. N.; VIERA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 793-802, apr. 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, jun. 2003.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F.. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2657-2667, dez. 2006.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M. Acesso aos medicamentos no SUS. MANZINI, F. *et al.* (org.). **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.

MANZINI, F. *et al.* (org.). **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. de Ciênc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 475-485, out./dez. 2006.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MONTEGUTI, B. R.; DIEHL, E. E. O ensino de farmácia no sul do Brasil: preparando farmacêuticos para o Sistema Único de Saúde?. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 77-95, mar. 2016.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sci.**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1565-1572, 2016.

NASCIMENTO JR, M. J. *et al.* Dispensação: dispensar e entregar não são sinônimos. *In:* Organização Pan-Americana de Saúde. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**. v. 1, n. 16. Brasília: OPAS/OMS, set. 2016. p. 1-5.

NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. C. P. A. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções e graduandos em Farmácia. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1127-1141, 2011.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2007. 112 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Uso racional de los medicamentos**. Informe de La Conferencia de Expertos Nairobi, 25. Ginebra, 1985. 304p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Programa de Ação sobre Medicamentos e Vacinas Essenciais. Como estimar as necessidades de Medicamentos**. Ginebra, 1989. 102 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **El Papel Del Farmaceutico em el Sistema de Atencion de Salud. Informe de La reunión de la OMS.** Tóquio, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS – Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales.** Genebra, 2002

PÁDUA, C. A. M. Aspectos conceituais e abordagens metodológicas em farmacoepidemiologia. *In:* ACÚRCIO, F. A. **Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia.** Belo Horizonte: Ed. Coopmed, 2013. 319 p.

PELICIONI, A. F. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo 2001-2002.** São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

POLIĆ-VIŽINTIN, M. *et al.* Comparison of Psychotropic Drug Prescribing Quality between Zagreb, Croatia and Sarajevo, B&H. **Psychiatria Danubina**, v. 26, supl. 3, p. 266-471, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Relação Estadual de Medicamentos da Atenção Básica.** Porto Alegre, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria n. 670, de 29 de dezembro de 2010.** Definir os medicamentos relacionados em anexo e suas indicações, como aqueles que serão dispensados em caráter especial pelo Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução n° 645 de dezembro de 2013.** Define elenco de referência de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Porto Alegre, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Assistência Farmacêutica.** Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/lista/115/Medicamentos>> Acesso em: 05 de janeiro de 2017.

ROZENFELD, Suely. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 388-402, dec. 1989.

ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 2, jun. 2004.

SANTOS-PINTO, C. D. B.; COSTA N. R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, jun. 2011.

SILVA, A. L. *et al.* Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2012.

SILVA, C.H.; GIUGLIANI, E.R.J. Consumption of medicines among adolescent students: a concern. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 4, p.326-332, 2004.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa "Farmácia Popular do Brasil": caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, oct. 2015.

SKETRIS, I. S. *et al.* The Use of the World Health Organisation Anatomical Therapeutic Chemical/Defined Daily Dose Methodology in Canada. **Ther. Innov. Regul. Sci.**, v. 38, p.115-127, 2004.

SOEIRO, M. O.; PAGANELLI, M. O.; CORRER, C. J. Atividades técnico-pedagógicas. p. 93-103. In: 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.

STIMAC, D; VUKUSIĆ, I.; CULIG, J. Outpatient use of systemic antibiotics in Croatia. **Pharm World Sci.**, v. 27, n. 3, p. 230-235, 2005.

STIMAC, D.; CULIG, J. Outpatient utilization of psychopharmaceuticals in the City of Zagreb 2001-2006. **Psychiatr Danub.**, v. 21, n. 1, p. 56-64, 2009.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam. Salud Públ.**, Washington, v. 24, n. 2, p. 91-110, 2008.

VINHOLES, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A Percepção da Comunidade Sobre a Atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em Ações de Educação em Saúde Relacionadas à Promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 293-303, 2009.

WANNMACHER, L. Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais. In: BRASIL. Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 15-20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2017**. 20 ed. Geneva: WHO, 2016.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1648-1662, aug. 2015.



YAMAUTI, S. M. *et al.* Essencialidade e racionalidade da relação nacional de medicamentos essenciais do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 975-986, mar. 2017.

YANG, Y.; WEST-STRUM, D. **Compreendendo a farmacoepidemiologia**. The McGraw-Hill Companies, 2011.

**APÊNDICE A – Termo de Compromisso de Utilização de Dados Secundários****Termo de Compromisso para Utilização de Dados**

**TÍTULO DO PROJETO:**PADRÃO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

**PESQUISADORES:** Mariana Portal da Costa

Clécio Homrich da Silva

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados da Farmácia Municipal de Glorinha, cumprindo as normas vigentes expressas na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Concordam, igualmente, que estes dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Mariana Portal da Costa

---

Clécio Homrich da Silva

## APÊNDICE B – Medicamentos segundo a Classificação ATC

Lista de medicamentos dispensados no Município segundo a classificação ATC e  
elenco da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) 2016

CLASSIFICAÇÃO ATC			MEDICAMENTO	REMUME 2016
NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 5		
A	A01	A01AB03	CLOREXIDINA 0,12% solução bucal	NÃO
A	A02	A02AB01	HIDROXIDO DE ALUMINIO 60MG/ML suspensão oral	SIM
A	A02	A02AB01	HIDROXIDO DE ALUMINIO 300MG comprimido	NÃO
A	A02	A02AD01	HIDROXIDO DE ALUMINIO 60MG/ML+ MAGNESIO 40MG/ML suspensão oral	NÃO
A	A02	A02BC01	OMEPRAZOL 20MG comprimido	SIM
A	A03	A03BB01	BUTILESCOPOLAMINA 10MG comprimido	SIM
A	A03	A03FA01	METOCLOPRAMIDA 10MG comprimido	SIM
A	A03	A03FA01	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML solução oral	SIM
A	A07	A07AA02	NISTATINA 100.000UI/ML suspensão oral	SIM
A	A07	A07CA	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL pó para solução oral	SIM
A	A10	A10BA02	METFORMINA 850MG comprimido	SIM*
A	A10	A10AB01	INSULINA REGULAR 100UI/ML suspensão injetável	SIM
A	A10	A10AC01	INSULINA NPH 100UI/ML suspensão injetável	SIM
A	A10	A10BB01	GLIBENCLAMIDA 5MG comprimido	SIM*
A	A11	A11CB	VITAMINA A 3000UI + VITAMINA D 800UI solução oral	SIM
A	A11	A11EA	COMPLEXO B comprimido	SIM
A	A12	A12AA04	CÁLCIO, CARBONATO 500MGcomprimido	SIM
A	A12	A12AX	CÁLCIO, CARBONATO 500MG + VIT D 200UIcomprimido	SIM
B	B01	B01AA03	VARFARINA 5MG comprimido	SIM
B	B01	B01AC06	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100MG comprimido	SIM
B	B03	B03AA07	SULFATO FERROSO 25MG/ML solução oral	SIM
B	B03	B03AA07	SULFATO FERROSO 40MG comprimido	SIM
B	B03	B03AA07	SULFATO FERROSO 5MG/ML xarope	NÃO
B	B03	B03BB01	ACIDO FOLICO 5MG comprimido	SIM
C	C01	C01AA05	DIGOXINA 0,25MG comprimido	SIM
C	C01	C01BD01	AMIODARONA 200MG comprimido	SIM
C	C01	C01DA14	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 40MGcomprimido	SIM
C	C01	C01DA08	ISOSSORBIDA, DINITRATO 5MG comprimido sublingual	SIM
C	C02	C02AB01	METILDOPA 250MG comprimido	SIM
C	C02	C02AC01	CLONIDINA 0,150MG comprimido	SIM
C	C03	C03AA03	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG comprimido	SIM*
C	C03	C03AA03	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG comprimido	NÃO
C	C03	C03CA01	FUROSEMIDA 40MG comprimido	SIM
C	C03	C03DA01	ESPIRONOLACTONA 25MG comprimido	SIM
C	C07	C07AA05	PROPRANOLOL 40MG comprimido	SIM*
C	C07	C07AB02	METOPROLOL, TARTARATO 100MGcomprimido	SIM
C	C07	C07AB03	ATENOLOL 50MG comprimido	SIM
C	C08	C08CA01	ANLODIPINO 10MG comprimido	NÃO

CLASSIFICAÇÃO ATC			MEDICAMENTO	REMUME 2016
NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 5		
C	C08	C08CA01	ANLÓDIPINO 5MG comprimido	SIM
C	C08	C08CA05	NIFEDIPINO 10MG comprimido	SIM
C	C08	C08CA05	NIFEDIPINO 20MG comprimido	NÃO
C	C08	C08DA01	VERAPAMIL 80MG comprimido	SIM
C	C09	C09AA01	CAPTÓPRIL 25MG comprimido	SIM*
C	C09	C09AA02	ENALAPRIL 10MG comprimido	SIM*
C	C09	C09AA02	ENALAPRIL 20MG comprimido	NÃO
C	C09	C09CA01	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG comprimido	SIM*
C	C10	C10AA01	SINVASTATINA 20MG comprimido	SIM
D	D01	D01AC02	MICONAZOL 20MG/G loção	NÃO
D	D01	D01AC02	MICONAZOL 20MG/G pó	NÃO
D	D01	D01AC08	CETOCONAZOL 20MG/G shampoo	NÃO
D	D02	D02AB	PASTA D'ÁGUA pasta	NÃO
D	D06	D06AX04	NEOMICINA 5MG + BACITRACINA 250UI creme	SIM
D	D07	D07AB19	DEXAMETAZONA 1MG/G creme	SIM
D	D08	D08AX06	PERMANGANATO DE POTÁSSIO 100MG comprimido	SIM
G	G01	G01AA01	NISTATINA 25.000UI/G creme vaginal	SIM
G	G01	G01AF01	METRONIDAZOL 500MG/G creme vaginal	SIM
G	G01	G01AF04	MICONAZOL 20MG/G creme vaginal	SIM
G	G03	G03AA01	ETINILESTRADIOL 0,03MG + LEVONORGESTREL 0,15MG drágea	SIM
G	G03	G03AA05	NORETISTERONA 50MG/ML + ESTRADIOL 5MG/ML solução injetável	SIM
G	G03	G03AC03	LEVONORGESTREL 0,75MG comprimido	SIM
G	G03	G03AC06	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO 150MG/ML suspensão injetável	SIM
G	G03	G03CA04	ESTRIOL 1MG/Gcremevaginal	NÃO
G	G03	G03CA57	ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,625MG comprimido	NÃO
G	G03	G03CA57	ESTROGÊNIOS CONJUGADOS 0,625MG/G creme vaginal	NÃO
G	G03	G03DC02	NORETISTERONA 0,35MG comprimido	SIM
H	H02	H02AB06	PREDNISOLONA 3MG/ML solução oral	SIM
H	H02	H02AB07	PREDNISONA 20MG comprimido	SIM
H	H02	H02AB07	PREDNISONA 5MG comprimido	SIM
H	H03	H03AA01	LEVOTIROXINA 100MCG comprimido	SIM
H	H03	H03AA01	LEVOTIROXINA 25MCG comprimido	SIM
H	H03	H03AA01	LEVOTIROXINA 50MCG comprimido	SIM
J	J01	J01AA02	DOXICICLINA 100MG comprimido	NÃO
J	J01	J01CA01	AMPICILINA 500MG comprimido	NÃO
J	J01	J01CA04	AMOXILINA 500MG cápsula	SIM
J	J01	J01CA04	AMOXILINA 50MG/ML pó para suspensão oral	SIM
J	J01	J01DB01	CEFALEXINA 500MG comprimido	SIM
J	J01	J01DB01	CEFALEXINA 50MG/ML suspensão oral	SIM
J	J01	J01EE01	SULFAMETOXAZOL400MG + TRIMETOPRIMA 80MG comprimido	SIM
J	J01	J01EE01	SULFAMETOXAZOL 40MG/ML +	SIM

CLASSIFICAÇÃO ATC			MEDICAMENTO	REMUME 2016
NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 5		
			TRIMETOPRIMA8MG/ML suspensão oral	
J	J01	J01FA01	ERITROMICINA 250MG comprimido	NÃO
J	J01	J01FA01	ERITROMICINA 50MG/ML suspensão oral	NÃO
J	J01	J01FA01	ERITROMICINA 500MG comprimido	NÃO
J	J01	J01MA02	CIPROFLOXACINO 500MG comprimido	SIM
J	J01	J01MA06	NORFLOXACINO 400MG comprimido	NÃO
J	J01	J01XE01	NITROFURANTOÍNA 100MG comprimido	NÃO
J	J02	J02AB02	CETOCONAZOL 200MG comprimido	NÃO
J	J02	J02AC01	FLUCONAZOL 100MG cápsula	NÃO
J	J02	J02AC01	FLUCONAZOL 150MG cápsula	SIM
J	J05	J05AH02	OSELTAMIVIR 30MG cápsula	**
J	J05	J05AH02	OSELTAMIVIR 45MG cápsula	**
J	J05	J05AH02	OSELTAMIVIR 75MG cápsula	**
M	M01	M01AE01	IBUPROFENO 300MG comprimido	NÃO
M	M01	M01AE01	IBUPROFENO 600MG comprimido	SIM
M	M01	M01AE01	IBUPROFENO 50MG/ML suspensão oral	SIM
M	M05	M05BA04	ALENDRONATO DE SODIO 70MG comprimido	SIM
N	N02	N02AJ06	CODEÍNA 30MG + PARACETAMOL 500MG comprimido	SIM
N	N02	N02BB02	DIPIRONA SODICA 500MG/ML solução ora	SIM***
N	N02	N02BE01	PARACETAMOL 200MG/ML solução oral	SIM
N	N02	N02BE01	PARACETAMOL 500MG comprimido	SIM
N	N02	N02BE01	PARACETAMOL 750MG comprimido	NÃO
N	N03	N03AA02	FENOBARBITAL 100MG comprimido	SIM
N	N03	N03AA02	FENOBARBITAL 40MG/ML solução oral	SIM
N	N03	N03AB02	FENITOÍNA 100MG comprimido	SIM
N	N03	N03AB02	FENITOÍNA 20MG/ML suspensão oral	NÃO
N	N03	N03AE01	CLONAZEPAM 0,5MG comprimido	NÃO
N	N03	N03AE01	CLONAZEPAM 2MG comprimido	NÃO
N	N03	N03AF01	CARBAMAZEPINA 200MG comprimido	SIM
N	N03	N03AF01	CARBAMAZEPINA 20MG/ML suspensão oral	SIM
N	N03	N03AG01	ÁCIDO VALPRÓICO 250MG cápsula	SIM
N	N03	N03AG01	ÁCIDO VALPRÓICO 500MG cápsula	SIM
N	N03	N03AG01	ÁCIDO VALPRÓICO 50MG/ML solução oral	SIM
N	N04	N04AA02	BIPERIDENO 2MG comprimido	SIM
N	N04	N04BA02	LEVODOPA 250MG + CARBIDOPA 25MG comprimido	NÃO
N	N04	N04BA02	LEVODOPA 200MG + CARBIDOPA 50MG comprimido	SIM
N	N04	N04BA03	LEVODOPA 100MG + BENSERAZIDA 25MG comprimido	NÃO
N	N04	N04BA03	LEVODOPA 200MG + BENSERAZIDA 50MG comprimido	SIM
N	N05	N05AA01	CLORPROMAZINA 100MG comprimido	SIM
N	N05	N05AA01	CLORPROMAZINA 25MG comprimido	SIM
N	N05	N05AA01	CLORPROMAZINA 40MG/ML solução oral	SIM
N	N05	N05AD01	HALOPERIDOL 2MG/ML solução oral	SIM
N	N05	N05AD01	HALOPERIDOL 1MG comprimido	SIM

CLASSIFICAÇÃO ATC			MEDICAMENTO	REMUME 2016
NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 5		
N	N05	N05AD01	HALOPERIDOL 5MG comprimido	SIM
N	N05	N05AD01	HALOPERIDOL, DECANOATO 50MG/ML solução injetável	SIM
N	N05	N05AN01	CARBONATO DE LÍTIO 300MG comprimido	SIM
N	N05	N05BA01	DIAZEPAM 10MG comprimido	SIM
N	N05	N05BA01	DIAZEPAM 5MG comprimido	SIM
N	N06	N06AA02	IMIPRAMINA 10MG comprimido	NÃO
N	N06	N06AA02	IMIPRAMINA 25MG comprimido	SIM
N	N06	N06AA02	IMIPRAMINA 75MG comprimido	NÃO
N	N06	N06AA09	AMITRIPTILINA 25MG comprimido	SIM
N	N06	N06AA10	NORTRIPTILINA 10MG cápsula	NÃO
N	N06	N06AA10	NORTRIPTILINA 25MG cápsula	SIM
N	N06	N06AA10	NORTRIPTILINA 50MG cápsula	NÃO
N	N06	N06AB03	FLUOXETINA 20MG cápsula	SIM
N	N06	N06AX12	BUPROPIONA 150MG comprimido	**
P	P01	P01AB01	METRONIDAZOL 250MG comprimido	SIM
P	P01	P01AB01	METRONIDAZOL 400MG comprimido	NÃO
P	P01	P01AB01	METRONIDAZOL 40MG/ML suspensão oral	SIM
P	P02	P02CA01	MEBENDAZOL 100MG comprimido	NÃO
P	P02	P02CA01	MEBENDAZOL 20MG/ML suspensão oral	NÃO
P	P02	P02CA03	ALBENDAZOL 40MG/ML suspensão oral	SIM
P	P02	P02CA03	ALBENDAZOL 400MG comprimido mastigável	SIM
P	P02	P02CF01	IVERMECTINA 6MG comprimido	SIM
P	P03	P03AC04	PERMETRINA 10MG/G loção	SIM
P	P03	P03AC04	PERMETRINA 5MG/G loção	NÃO
P	P03	P03AX01	BENZOATO DE BENZILA 250MG/ML loção	NÃO
R	R01	R01AX	CLORETO DE SODIO 0,9% solução nasal	SIM
R	R03	R03AC02	SALBUTAMOL 100MCGaerossol oral	SIM*
R	R03	R03AC02	SALBUTAMOL 2MG comprimido	NÃO
R	R03	R03AC04	FENOTEROL 5MG/ML solução para uso oral e inalação	SIM
R	R03	R03BA01	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 250MCG/DOSE aerossol	NÃO
R	R03	R03BA02	BUDESONIDA 50MCG aerossol nasal	NÃO
R	R03	R03BB01	IPRATRÓPIO 0,25MG/ML solução inalatória	SIM
R	R05	R05CB03	CARBOCISTEÍNA 20MG/ML xarope	NÃO
R	R05	R05CB03	CARBOCISTEÍNA 50MG/ML xarope	NÃO
R	R06	R06AD02	PROMETAZINA 25MG comprimido	SIM
R	R06	R06AX13	LORATADINA 10MG comprimido	SIM
R	R06	R06AX13	LORATADINA 1MG/ML xarope	SIM
R	R03	R03AC02	SALBUTAMOL 100MCG aerossol oral	SIM*
S	S01	S01BA01	DEXAMETASONA 1MG/ML suspensão oftálmica	SIM
S	S01	S01AA11	GENTAMICINA 5MG/ML solução oftálmica	SIM

\*Medicamentos disponibilizados também no Programa Farmácia Popular do Brasil gratuitamente.

\*\*Medicamentos do componente estratégico da Assistência Farmacêutica.

\*\*\*Medicamento da REMUME 2016 de uso restrito ambulatorial.

**ANEXO A – Termo de Autorização do Gestor Municipal**

Glorinha, 14 de dezembro de 2015

**Termo de Ciência e Autorização – SMS Glorinha**

Ao Comitê de ética em Pesquisa da UFRGS

Prezados Senhores,

Declaro estar ciente e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado "PADRÃO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL", proposto pelos pesquisadores Mariana Portal da Costa e Clécio Homrich da Silva.

O referido projeto será realizado na Farmácia Municipal de Glorinha/RS, e só poderá ocorrer após a apresentação do Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.



Paulo José Silveira Corrêa  
Secretário Municipal de Saúde

Paulo José Silveira Corrêa  
Secretário Municipal de Saúde  
Glorinha/RS

## ANEXO B – Sistema Saúde Pública utilizado na Farmácia Municipal

SP - Farmácia - Prefeitura Municipal de Glória

Tableas | Atendimento | Relatórios | Exportação XML para QUALIFAR-SUS

# PRONIM 516

TENHA A CIDADE EM SUAS MÃOS

GOVBR

### Entrega de Medicamento

UPS: 2231077 CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE Nº do Recibo:

Paciente	Receita	Especia	Medicamentos
Código:			
Nome:			
Nascimento:	Sexo:	RG:	
País:			
UF:			
Município:			
Bairro:			
Logradouro:			
CEP:	Nº:		
Complemento:			
Fone:			

UPS: 2231077-CENTRO MUNICIPAL D

MARIANA | Enter-Tab | SQL Server | 516.01.01.008 | 01.07.00 | 06/03/2016

10:53 20/02/2017

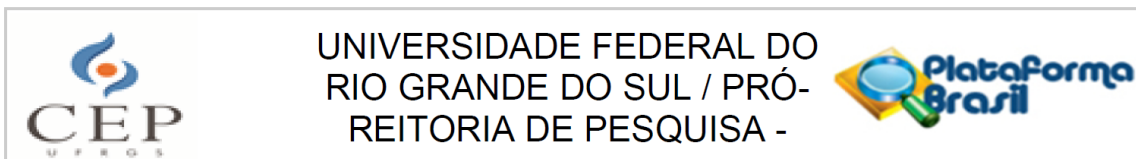


## ANEXO C – Modelo de Relatório do Sistema Saúde Pública

SP Visualização de Relatórios - R480.REL				
Prefeitura Municipal de Glorinha <span style="float: right;">Pag:00001</span> Relatório de Medicamentos entregues por Medicamento <span style="float: right;">Periodo de 01/01/2015 ate 31/12/2015</span> Valor Unitario: Custo Medio (Ordem alfabetica)				
Medicamento	Unid	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
UPS: 2231077 - CENTRO MUNICIPAL DE SAUDE				
Medicamento: 16 - AAS 100MG				
Paciente				
6269-i	CP	330	0,0129	4,26
10525-i	CP	30	0,0129	0,39
259-i	CP	360	0,0129	4,64
15751-i	CP	30	0,0129	0,39
3548-i	CP	60	0,0129	0,77
2315-i	CP	180	0,0129	2,32
1848-i	CP	210	0,0129	2,71
9510-i	CP	20	0,0129	0,26
14355-i	CP	30	0,0129	0,39
9184-i	CP	270	0,0129	3,48
7540-i	CP	60	0,0129	0,77
3083-i	CP	150	0,0129	1,94
5812-i	CP	30	0,0129	0,39
7114-i	CP	30	0,0129	0,39
6515-i	CP	120	0,0129	1,55
13542-i	CP	60	0,0129	0,77
2478-i	CP	150	0,0129	1,94
3772-i	CP	270	0,0129	3,48
13457-i	CP	30	0,0129	0,39
591-i	CP	300	0,0129	3,87
2614-i	CP	60	0,0129	0,77
9130-i	CP	60	0,0129	0,77
3459-i	CP	330	0,0129	4,26
262-i	CP	120	0,0129	1,55
3577-i	CP	150	0,0129	1,94
6051-i	CP	150	0,0129	1,94
594-i	CP	270	0,0129	3,48
3425-i	CP	30	0,0129	0,39
400-i	CP	120	0,0129	1,55
2482-i	CP	90	0,0129	1,16
3283-i	CP	360	0,0129	4,64
3221-i	CP	120	0,0129	1,55
10413-i	CP	240	0,0129	3,10
13298-i	CP	360	0,0129	4,64
8516-i	CP	600	0,0129	7,74
4082-i	CP	90	0,0129	1,16
2777-i	CP	30	0,0129	0,39
1128-i	CP	120	0,0129	1,55
4251-i	CP	120	0,0129	1,55
8083-i	CP	90	0,0129	1,16
6321-i	CP	330	0,0129	4,26

Nome do paciente

## ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Padrão de dispensação de medicamentos em uma farmácia pública municipal do estado do Rio Grande do Sul

**Pesquisador:** CLÉCIO HOMRICH DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55269516.5.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.662.675

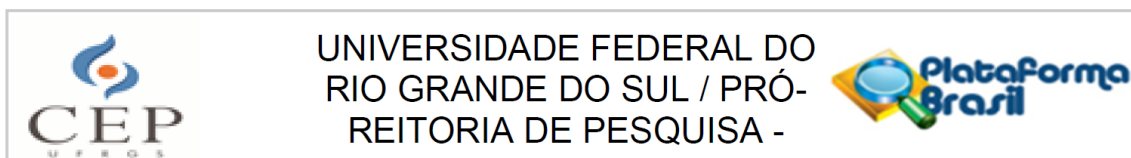
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa que tem como pesquisador responsável Clécio Homrich da Silva, intitulado "PADRÃO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UMA FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL " a ser executado de 01/2016 a 04/2017 e que pretende descrever o padrão de dispensação de medicamentos em uma Farmácia Pública Municipal.

Como justificativa, os pesquisadores informam que no município de Glorinha não há dados epidemiológicos sobre o consumo de medicamentos e doenças prevalentes, além da utilização de indicadores que possam avaliar as ações de saúde realizadas pela equipe. Parte da hipótese de que "no Brasil existe uma tendência de aumento do consumo de medicamentos per capita que é mais observado nas medicações utilizadas no tratamento das doenças crônicas, principalmente para doenças do sistema nervoso central. A inserção do programa Farmácia Popular pode ocasionar uma diminuição da dispensação dos medicamentos nas farmácias públicas municipais daqueles que também são ofertados nesse programa."

Foi apresentada uma fundamentação teórica bem estruturada, considerando aspectos relativos à Assistência Farmacêutica e Farmacoepidemiologia.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.662.675

Trata-se de um projeto de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que será avaliado pelo CEP/UFRGS (Instituição Proponente) sem instituição coparticipante cadastrada.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da pesquisa é descrever o padrão de dispensação de medicamentos em uma Farmácia Pública Municipal.

Como objetivos específicos:

- Identificar a prevalência dos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos dispensados na Farmácia Pública Municipal por grupos terapêuticos principais (classificação ATC);
- Analisar a tendência de consumo de medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos dispensados na Farmácia Pública Municipal por grupos terapêuticos principais (classificação ATC) ao longo do período em estudo;
- Descrever o padrão de dispensação relativo ao sexo e estrutura etária da população.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como riscos, os pesquisadores informam, na nova versão, como grau mínimo, devido a possibilidade de quebra de confidencialidade dos dados dos participantes. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

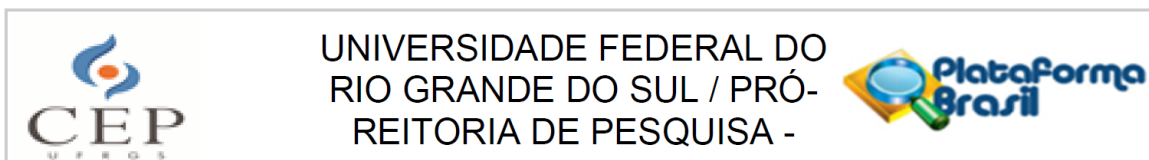
Como benefícios, os pesquisadores relatam que o estudo prevê a "otimização de recursos na área da dispensação farmacêutica do município colaborando para a elaboração de políticas públicas de assistência em saúde. Iguamente desenvolver a farmacoepidemiologia em nosso meio."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

será toda população, independente de sexo ou faixa etária, cadastradas no sistema informatizado da Farmácia e que retiraram medicamentos constantes na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) no período em estudo. A população estimada no estudo, segundo o histórico de dispensação é de 8290 pessoal. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Na REMUME do município em estudo estão elencados medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e alguns medicamentos que não fazem parte do elenco do sistema

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.662.675

público de saúde, mas que a equipe de profissionais de saúde do município selecionou para que fizessem parte da lista. Além disso, na REMUME constam medicamentos dispensados aos usuários na farmácia e medicamentos que são de uso restrito nas unidades básicas de saúde.

Trata-se de um estudo de utilização de medicamentos transversal, descritivo e com análise quantitativa. Serão analisados os relatórios de dispensação do período de 01 de janeiro de 2010 até 31 de dezembro de 2014. A coleta de dados será a partir de dados secundários, provenientes dos relatórios de dispensação dos medicamentos constantes na REMUME. Serão emitidos os relatórios de dispensação referente ao período do estudo e digitadas no software Excel para posterior análise dos dados. O banco de dados utilizado é o SP da empresa Duetto, do sistema informatizado utilizado na Farmácia Municipal.

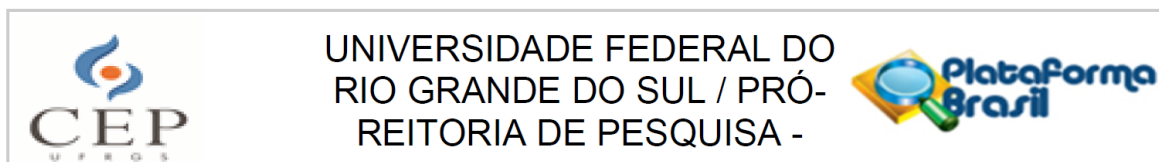
Foram incluídos no projeto de pesquisa os critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos. Serão incluídos no estudo os dados de dispensação dos medicamentos constantes na (REMUME) disponibilizados a população via sistema informatizado durante o período de estudo. Em relação à exclusão, não será utilizado no estudo os dados referentes aos medicamentos constantes na REMUME, mas que não são dispensados na Farmácia Municipal a população. Visto que os mesmos são utilizados nas Unidades Básicas de Saúde e a distribuição é registrada em outro sistema.

Para comparar o consumo de medicamento ao longo do período e, também, possibilitar a comparação com outros estudos será adotado neste estudo o sistema de classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (Anatomical Therapeutic Chemical - ATC) e a Dose Diária Definida (DDD) da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Foi apresentado um Instrumento de Coleta de Dados, anônimo, que contempla variáveis das classificações ATC e DDD.

O estudo será realizado no município de Glorinha/RS, localizado na região metropolitana de Porto Alegre. A farmácia municipal é responsável pela dispensação dos medicamentos do componente básico, especial, especializado e estratégico da AF e, também, distribuição dos medicamentos de uso ambulatorial do Centro Municipal de Saúde e das unidades de saúde. Os medicamentos do componente básico são dispensados somente mediante apresentação de prescrição oriunda do SUS e cartão SUS do município. A Secretaria Municipal de Saúde de Glorinha fornecerá o acesso ao

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.662.675

banco de dados. Foi incluído o Termo de Autorização para realização do projeto assinado pelo Secretário de Saúde do Município.

Foi apresentado um cronograma previsto para início em janeiro de 2016 (atividades prévias à execução do projeto). Na nova versão, prevê início da coleta de dados em setembro de 2016. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

Foi apresentado o orçamento (R\$1.500,00), entretanto com financiamento por parte do pesquisador responsável na Plataforma Brasil. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexados Folha de Rosto, o parecer na Comissão de Pesquisa e Projeto de Pesquisa Detalhado.

Foi solicitada dispensa do TCLE com as seguintes justificativas:

- a) por ser um estudo de utilização de medicamentos, descritivo, retrospectivo, que empregará apenas informações de sistema de informação institucional;
- b) porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa.
- c) pesquisador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Entretanto, no formulário da Plataforma Brasil, no item “Propõe dispensa do TCLE?”, informa “sim”. (PENDÊNCIA ATENDIDA)

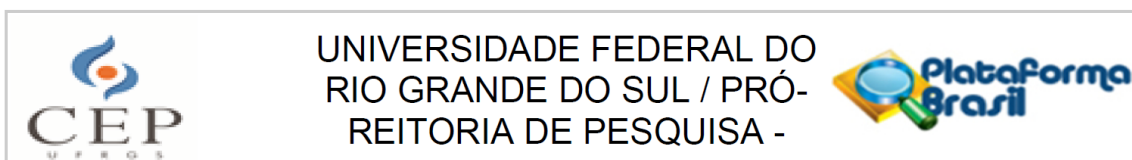
**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa encontra-se em condições de aprovação, de acordo com os aspectos éticos (CNS Resolução 466/12).

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.662.675

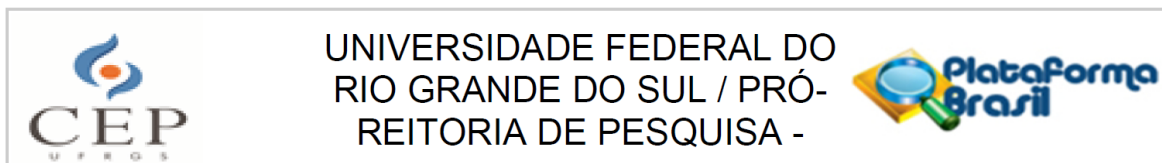
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_648795.pdf	02/08/2016 14:04:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_alteracoes.pdf	02/08/2016 14:03:31	Mariana Portal da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_alteracoes.docx	02/08/2016 14:02:34	Mariana Portal da Costa	Aceito
Outros	resposta_comite_de_etica.docx	02/08/2016 14:01:20	Mariana Portal da Costa	Aceito
Orçamento	orcamento_modificado.docx	02/08/2016 13:59:55	Mariana Portal da Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	30/03/2016 20:14:03	CLÉCIO HOMRICH DA SILVA	Aceito
Outros	Parecer_consultado_COMPESQ_Projeto_30575.pdf	07/03/2016 09:16:27	CLÉCIO HOMRICH DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacao_isencao_tcle.pdf	01/02/2016 08:44:47	Mariana Portal da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.jpg	01/02/2016 08:43:50	Mariana Portal da Costa	Aceito
Outros	termo_compromisso_uso_dados.jpg	28/01/2016 08:56:50	Mariana Portal da Costa	Aceito
Outros	termodeautorizacao.jpg	28/01/2016 08:47:46	Mariana Portal da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	28/01/2016 08:36:39	Mariana Portal da Costa	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_dados.docx	28/01/2016 08:34:10	Mariana Portal da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	28/01/2016 08:33:24	Mariana Portal da Costa	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	28/01/2016 08:32:17	Mariana Portal da Costa	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	28/01/2016 08:31:08	Mariana Portal da Costa	Aceito

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.662.675

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 04 de Agosto de 2016

---

**Assinado por:**

**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br