

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

Na década de 1970 todas as ações em relação aos medicamentos foram centralizadas através da Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, durante o governo militar, com a justificativa de promover a segurança pública. À CEME cabia a responsabilidade da aquisição e distribuição dos medicamentos, bem como a elaboração da Relação de Medicamentos Básicos (RMB). Com isso, a assistência farmacêutica no setor público, neste momento, foi executada de forma centralizada (PAULA, 2009).

No ano de 1973 a lei nº 5991 em seu artigo 4º define medicamento como: “produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico” (BRASIL, 1973). Destaca-se portanto, como instrumento terapêutico utilizado para aliviar o sofrimento causado por uma doença ou mesmo para curá-la. Todavia, sua utilização indiscriminada, bem como sua falta, pode provocar danos muitas vezes irreparáveis à saúde individual e coletiva (PAULA, 2009).

A Constituição Federal de 1988 dispõe no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Na década de 90 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei nº 8080/90, que conforme seu artigo 7º obedece aos seguintes princípios: “I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo

usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (BRASIL, 1990).

Mudanças de princípios foram introduzidas com a promulgação da Constituição Federal, em 1988 e com a institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS por meio da Lei n.º 8080/90, se fazia necessário formular uma política de medicamentos, consoante à nova estrutura do sistema de saúde do País. Em virtude da descentralização da gestão preconizada pelo SUS e assumindo os municípios a responsabilidade direta pela atenção à saúde, modificações importantes e novas questões passaram a orientar a assistência farmacêutica. A aquisição e distribuição centralizadas de medicamentos efetuadas pela CEME nos últimos vinte anos demonstraram ser claramente um processo ineficiente. Tornaram-se constantes as queixas pela escassez de produtos, aumentaram-se as perdas em estocagens sucessivas no nível central, estadual e regional até atingir o nível local (GOMES, 2004).

A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais tão somente o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura por família. O Programa de Saúde da Família foi então concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do ministro da Saúde Dr. Henrique Santillo. Essa reunião foi a resposta do ministério a uma demanda de secretários municipais de Saúde, que queriam apoio financeiro para

efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (VIANA; POZ, 2005).

A CEME foi responsável pela Assistência Farmacêutica (AF) no Brasil até o ano de 1997, quando foi desativada, sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde. Nesse ano foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Farmácia Básica (PFB), que propunha fornecer os medicamentos para a atenção básica (CONASS, 2011).

A equidade no acesso aos medicamentos no SUS tem sido discutida a partir da premissa de que o direito à assistência integral farmacêutica implica a partilha entre os entes federativos das responsabilidades legais do Estado, de propiciar o acesso igualitário e universal aos medicamentos e procedimentos terapêuticos para a assistência integral à saúde dos cidadãos. A necessidade de apontar aos gestores um rumo para a área resultou na formação de um grupo de profissionais que atuavam na mesma, o qual discutiu os principais aspectos relacionados aos medicamentos no país. Foi estabelecida, como resultado dessas discussões, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS n. 3916, em 1998 (BRASIL, 1998). Essa Política estabelece diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS (CONASS, 2011).

A partir da descentralização do sistema de saúde, os municípios passaram a assumir uma série de responsabilidades que exigem conhecimento, habilidades técnicas e gerenciais, bem como a formulação de políticas municipais de assistência farmacêutica. A política de assistência farmacêutica municipal deve estar em consonância com a Política Nacional de Medicamentos (PETRY, 2008).

Para nortear a assistência farmacêutica no país em conformidade com os princípios do SUS foi criada no ano de 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004).

1.2 Política Nacional de Medicamentos (PNM)

A Lei n.º 8.080/90, em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)" (BRASIL, 1990).

A PNM, aprovada pela Portaria 3.916/98, tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população a aqueles considerados essenciais. Envolve diferentes aspectos, entre os quais figuram, por exemplo, aqueles inerentes ao perfil epidemiológico do País, que apresenta doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico-degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS (INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL, 2000).

As principais diretrizes da PNM são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária (BRASIL, 1998).

A Política Nacional de Medicamentos tornou-se o instrumento norteador de todas as ações no campo da política de medicamentos no país. Vários fatores motivaram a formulação da PNM, entre os principais, destacam-se: Problemas na garantia de acesso da população dos medicamentos; Problemas na qualidade dos medicamentos; Uso irracional dos medicamentos; Desarticulação da Assistência Farmacêutica; Desorganização dos serviços farmacêuticos (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 1998).

A PNM traz como diretrizes a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); a regulação sanitária de medicamentos; a reorientação da assistência farmacêutica com descentralização da gestão; a promoção do uso racional de medicamentos; o desenvolvimento científico e

tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos envolvidos com a AF (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

O consumo de medicamentos é influenciado também pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer. O processo de envelhecimento populacional interfere, sobretudo na demanda por medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de produtos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda por medicamentos de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares e reumáticas e no controle do diabetes (INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL, 2000).

1.3 Assistência Farmacêutica no SUS

No Brasil, o Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos (1988) considerou a assistência farmacêutica como um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento, englobando as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, esta última entendida como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos e sendo privativa do profissional farmacêutico (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde é uma das atividades da assistência farmacêutica. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional (BRASIL, 1998).

Nos últimos anos, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no País. Nesse sentido, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituem instrumentos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência sanitária à população. Dentre as diretrizes da PNAF, destacam-se: a garantia de acesso e de equidade às ações de saúde incluindo, necessariamente, a assistência farmacêutica; o desenvolvimento, a valorização, a formação, a fixação e a capacitação de recursos humanos; a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo; a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção (CFF, 2009).

Em relação à atividade do farmacêutico neste teatro de operações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que esse é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, principalmente através da Atenção Básica à Saúde (ABS), exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo minimizar custos. Além disso, foi necessária a construção de um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da AF e assim garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal porta de entrada do sistema de assistência à saúde estatal em nosso país. Nelas, de maneira geral, as farmácias ocupam espaços relativamente pequenos, cerca de 20 metros

quadrados, os quais são estruturados como um local de armazenamento dos medicamentos até que sejam dispensados (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Neste contexto, um ambiente considerado propício para o desenvolvimento de modelos tecnológicos de uso do medicamento e avaliação de seu impacto na qualidade de vida dos usuários é o Programa de Saúde da Família (PSF). Este Programa do Ministério da Saúde tem como estratégia ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos sadios ou doentes em seu ambiente familiar através de um atendimento contínuo e integral, contrapondo-se ao modelo tradicional, voltado à doença, ao hospital e às ações curativas. O PSF prioriza a família como a fonte e desenvolvimento da saúde, caracterizada pelos hábitos e condições individuais e familiares. A equipe básica ou mínima é composta por médico generalista, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e agente comunitário podendo ser incluídos outros profissionais de saúde (BRASIL, 1997).

De acordo com o Segundo Consenso de Granada (2002 citado por Aizenstein e Tomassi 2011), “PRMs são problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, interferem no resultado terapêutico ou levam a efeitos indesejados”.

A presença do farmacêutico na equipe da UBS, responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação dos pacientes quanto ao uso de medicamentos, pode reduzir PRM (Problemas Relacionados a Medicamentos) e contribuir para a utilização racional dos medicamentos. Essa concepção facilita o trabalho integrado de assistência à saúde e o estabelecimento de elos de confiança entre usuários e o fornecedor do serviço. Compreender melhor como os profissionais de saúde e como os pacientes enxergam o medicamento e o papel de cada um no processo de sua utilização pode otimizar a adesão, a terapia e o uso de medicamentos pelos pacientes (ARAÚJO; UETA; FREITAS, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

Diante da falta de estudos mais amplos sobre a qualidade da assistência farmacêutica no município de Ceres-GO, verificou-se a necessidade de conhecer melhor o perfil dos pacientes usuários das unidades básicas e a situação da dispensação de medicamentos nestas, com o intuito de esclarecer se o paciente é informado e bem assistido em relação ao uso de medicamentos, como dose, tempo de tratamento, possíveis efeitos colaterais, e a opinião se a presença de farmacêutico traria melhoras para o uso de medicamentos.

A inclusão da assistência farmacêutica no SUS, junto ao usuário, pode contribuir para o cumprimento do regime medicamentoso prescrito pelo médico, impedindo o possível não cumprimento deste, que pode ocasionar a perda da efetividade do tratamento medicamentoso, sendo, mais grave em caso de pacientes que usam medicamentos de uso crônico, como antihipertensivos e hipoglicemiantes, pois, pode afetar a qualidade de vida do usuário e aumento de custos para o sistema de saúde em decorrência de complicações da doença crônica e suas comorbidades.

Considerando a importância do tema e a escassez de informações sobre o uso de medicamentos no país, este estudo faz considerações sobre as possibilidades de contribuição do farmacêutico para a melhoria da utilização de medicamentos pela sociedade (VIEIRA, 2007).

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Descrever o perfil e a percepção dos usuários de medicamentos em unidades básicas de saúde em Ceres-Goiás.

3.2 ESPECÍFICOS

- Verificar a faixa etária, gênero e renda dos usuários de medicamentos na UBS em Ceres.
- Apresentar a média de medicamentos dispensados.
- Verificar quais profissionais estão dispensando medicamentos.
- Avaliar se os usuários estão sendo orientados corretamente quanto ao tempo de uso, posologia e interações medicamentosas.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal e caráter exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, que foi realizado na cidade de Ceres-GO.

4.2 Instrumento da pesquisa

A pesquisa foi elaborada e teve como fundamento metodológico um referencial bibliográfico pré-estabelecido. Foram realizadas leituras diversificadas, para realização de fichamentos, sínteses e paráfrases. O material bibliográfico foi acessado por meio de pesquisa não sistemática nas bases de dados Medline, Bireme, Lilacs, Scielo e livros que tratassem do tema; revistas indexadas, outros periódicos, documentos institucionais nacionais e internacionais; dissertações e teses relacionadas à temática afim. Foi utilizado como critério de exclusão os textos no que se refere à literatura para o público em geral. Para a pesquisa foram utilizadas as palavras-chave: Perfil de usuários, unidades básicas de saúde e assistência farmacêutica no SUS.

Somado a isso, buscou-se informações específicas com coleta de dados através de questionário pré-estabelecido.

4.3 Local de realização da pesquisa

O estudo foi realizado nas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Ceres-Go que tem como população total de 20.722 habitantes, localizado a 187 km da capital, situado no Vale do São Patrício (IBGE, 2010).

4.4 Amostra

A amostra compreendeu o universo de todos os pacientes que procuraram de

forma espontânea medicamentos nas UBS do município de Ceres-GO, que são seis no total, com isso foi obtida uma amostra de 321 pacientes.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado conforme a formula abaixo:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Fonte: (SANTOS, 2011).

Sendo:

Z (corresponde ao grau de confiança)

P (proporção da característica de interesse na população total)

Q (probabilidade de não conseguir a tolerância admitida)

N (tamanho total da população)

E (tolerância: erro máximo admitido pela pesquisadora)

Considerando como população o somatório das pessoas da cidade que participaram da pesquisa. Foi estabelecido como intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro amostral de 5%.

4.5 Coleta de dados

Durante os dias 02 a 04 de julho de 2012 foi realizada a aplicação do questionário sendo estabelecido o número de 55 entrevistas em cada unidade básica de saúde (UBS), totalizando seis unidades.

Foi feita uma abordagem dos pacientes que buscaram as UBS na procura de medicamentos, através de um questionário aplicado com entrevistador apto, no qual tinha como variáveis: idade, gênero, renda, escolaridade, quantidade e princípio ativo dos medicamentos dispensados, quem dispensou os medicamentos, se foi recebida orientação quanto ao período de tratamento, quanto a possíveis interações de medicamento e alimento, posologia e horários de administração e sobre possíveis efeitos colaterais e se acredita que a presença de farmacêutico traria melhorias quanto ao uso de medicamento. Foi assinado termo de consentimento pelos responsáveis pelas UBS para a realização das entrevistas. Foi preservada a

identidade dos entrevistados, sendo o questionário anônimo. Todas as entrevistas foram realizadas com autorização prévia do paciente.

4.6 Critérios de Inclusão e Exclusão

4.6.1 Inclusão

- Todos os pacientes que buscaram medicamentos nas unidades básicas de saúde de Ceres - GO.

4.6.2 Exclusão

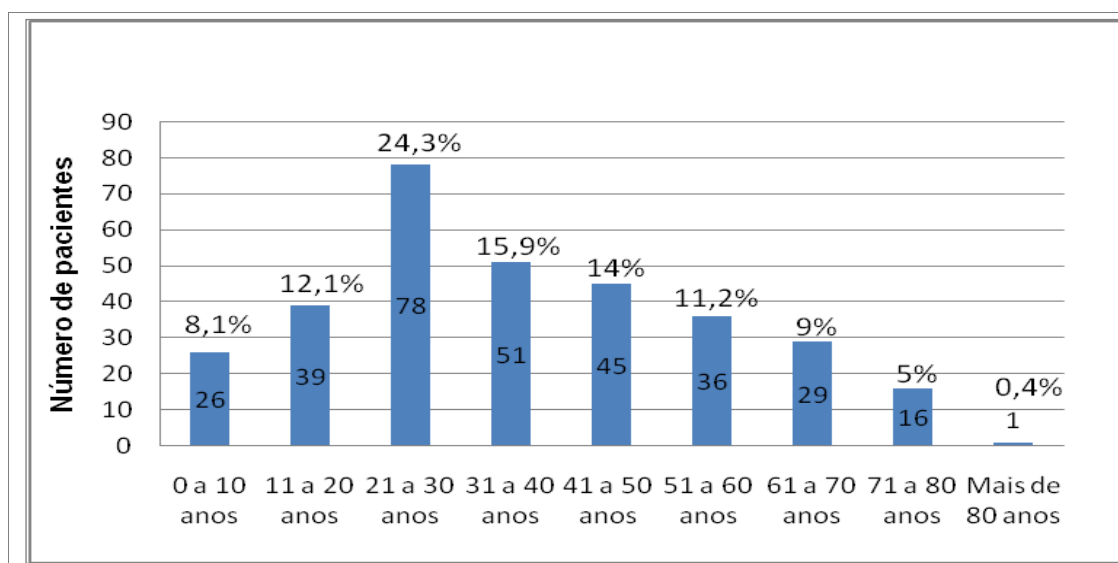
- Medicamentos que não eram dispensados pelas UBS.
- Pessoas que não se dispuseram a responder o questionário.
- Questionários incompletos e ou ilegíveis.

4.7 Análise dos Dados

Todos os dados obtidos a partir da aplicação do questionário; foram tabulados e analisados, utilizando-se para tanto, o software EPI-INFO versão 3.5.2 e as figuras foram criadas pelo programa Microsoft Office Excel® 2007.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

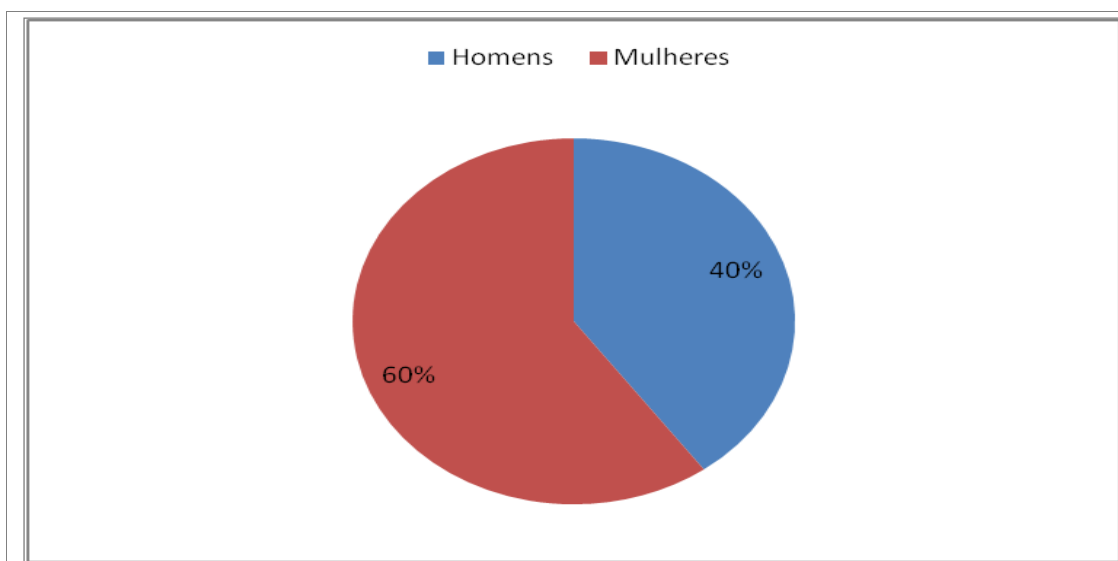
Figura 1 – Percentual dos entrevistados em relação à faixa etária:



De acordo com a figura 1, a faixa etária variou de 0 a 81 anos, sendo os entrevistados como informa a figura 1, 8,1% de 0 a 10 anos, 12,1% de 11 a 20 anos, 24,3% de 21 a 30 anos, 15,9% de 31 a 40 anos, 14,0% de 41 a 50 anos, 11,2% de 51 a 60 anos, 9,0% de 61 a 70 anos, 5,0% de 71 a 80 anos e 0,4% com mais de 80 anos. Em trabalho realizado na cidade de Natal por Oliveira e Borges (2008), observou-se a presença das seguintes faixas etárias predominantes: 17,2% pessoas entre 15 e 19 anos de idade; 34,4% pessoas entre 20 e 24 anos; 24,5% pessoas entre 25 e 29 anos; e 12,9% pessoas entre 30 e 34 anos. Já em estudo realizado em Recife por Mendes *et al.* (2009), observou-se também a prevalência de 46,7% de indivíduos de 20 a 39 anos, ou seja, a grande maioria de pacientes que procuram a UBS é de indivíduos adultos.

Esta realidade foi vista no município de Ceres-GO pela nossa pesquisa que também obteve percentuais próximos aos destas grandes cidades.

Figura 2 – Percentual dos entrevistados em relação ao gênero:



De acordo com a figura 2, notou-se que 40% dos entrevistados pertencem ao gênero masculino, e 60% dos entrevistados são do gênero feminino.

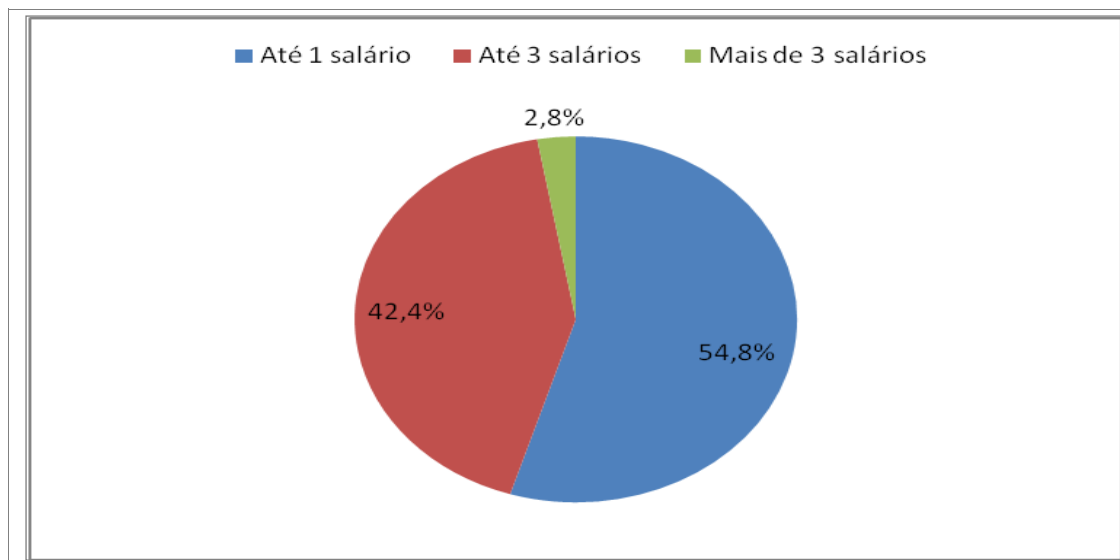
Em trabalho realizado por Fleith *et al.* (2008) na cidade de Lorena-SP, a utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde foi de 34% do sexo masculino e 66% do feminino.

Estes índices estão em consonância com nossa pesquisa, mostrando que as mulheres são as maiores usuárias dos serviços de saúde.

Nos Estados Unidos, em relação à utilização de serviços de saúde, verificou-se que, as mulheres procuram serviços preventivos mais freqüentemente e usam mais medicamentos do que os homens; não foram observadas diferenças importantes de gênero no uso de serviços curativos (VERBRUGGE, 1989 *apud* TRAVASSOS *et al.*, 2002).

No contexto geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Este diferencial explica-se em parte pelas variações no perfil de necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se as demandas associadas à gravidez e ao parto. Outro fator apontado é o maior interesse das mulheres com relação à sua saúde (VERBRUGGE, 1989 *apud* PINHEIRO *et al.*, 2002).

Figura 3 – Percentual dos entrevistados em relação à renda familiar:



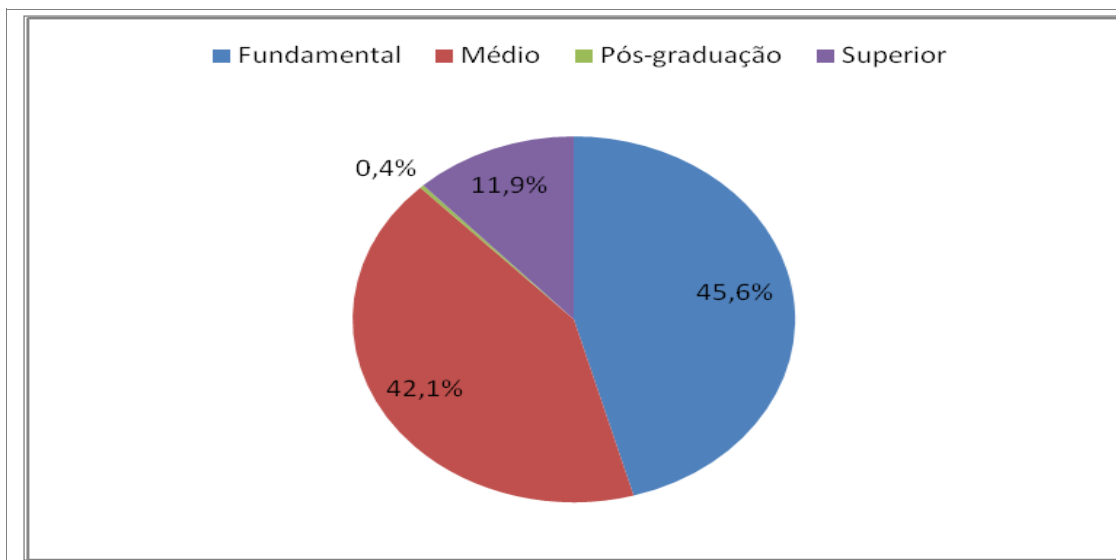
De acordo com a figura 3, observou-se que 54,8% dos entrevistados têm renda familiar de até 1 salário mínimo, 42,4% dos entrevistados têm renda familiar até 3 salários mínimos e 2,8% dos entrevistados têm renda familiar superior a 3 salários mínimos.

De acordo com pesquisa realizada por Oliveira e Borges (2008), no que se refere à renda da família, 53,4% recebem entre um e três salários mínimos por mês; 42,3% recebem menos de um salário mínimo mensal; 3,7% não têm renda familiar e temos apenas 0,6% dos respondentes na faixa de três a cinco salários mínimos/mês. Com estes dados o autor considera que a renda familiar é extremamente baixa, já que a quase totalidade dos respondentes não ultrapassa a faixa de três salários mínimos.

Em outro estudo, Arrais, Barreto e Coelho (2007), salientaram que uma parte considerável dos indivíduos (51,2%) tinha renda familiar mensal de três ou mais salários mínimos; 48,1%, até três salários mínimos; e 0,7% não tinha renda ou não a declarou.

Como observado em outros estudos, nossa pesquisa obteve índices semelhantes, identificando que a maioria dos pacientes que buscam as unidades básicas de saúde, tem como renda até um salário mínimo.

Figura 4 – Percentual dos entrevistados de acordo com o nível de escolaridade:



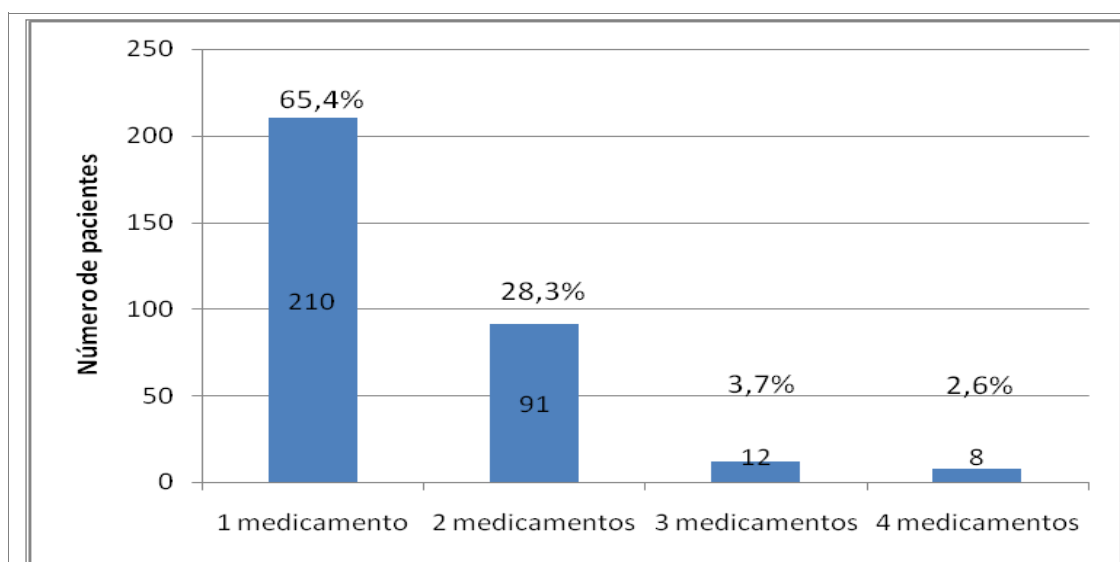
De acordo com a figura 4, foi notado que 45,6% dos entrevistados possuem apenas o ensino fundamental, 42,1% dos entrevistados possuem ensino médio, 11,9% possuem curso superior e 0,4% dos entrevistados são pós-graduados.

Segundo Oliveira e Borges (2008), o nível de escolaridade é considerado baixo, já que 70,6% do contingente pesquisado na cidade de Natal, ou não completaram os estudos até o 1º grau ou só estudaram até o 1º grau. Constatou-se nesta mesma pesquisa que 18,4% não concluíram o 2º grau; 9,2% têm o 2º grau completo; e 1,8% não tem escolaridade.

Outra pesquisa realizada no município de Campo Bom-RS por Goulart e Algayer (2009), quanto à escolaridade, 59% dos sujeitos da pesquisa referiram escolaridade de ensino fundamental incompleto.

Percebe-se neste estudo que o índice de pacientes que têm o ensino fundamental incompleto é inferior em comparação com esses dois estudos referidos anteriormente, sendo aproximado com os dados da cidade de Campo Bom-RS. Uma possível justificativa para este fato é que de acordo com Datasus (2012), no ano de 2006, o nordeste tem uma taxa de 39,14% da população com 8 ou mais anos de estudo, enquanto o centro-oeste e sul têm taxas de 52,39% e 53,59%, pressupondo que nestas regiões há maior número de pessoas com maior escolaridade.

Figura 5 – Percentual dos medicamentos dispensados por paciente entrevistado:



De acordo com a figura 5, 65,4% dos entrevistados receberam apenas 1 medicamento, 28,3% dos entrevistados receberam 2 medicamentos, 3,7% dos respondentes receberam 3 medicamentos e 2,6% dos entrevistados receberam 4 medicamentos. Obtendo-se uma média de 1,43 medicamentos por paciente.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP por Santos e Nitrini (2004), para avaliar o grau de polimedicação, o número médio de medicamentos por receita foi de 2,2.

No município de Contagem-MG, Bontempo *et al.* (2003) foi informada uma média geral de 1,95 medicamentos por prescrição e relatou-se que o número de medicamento por prescrição, das ESF estudadas são de 45,7% das prescrições com apenas um medicamento, 31,2% com dois medicamentos, 15,4% com três medicamentos e 5,4% com quatro ou mais medicamentos e se encontram próximos dos valores encontrados por Nascimento Júnior (2000 citado por Bontempo *et al.* 2003), 47,7% das prescrições com apenas um medicamento, 34,6% com dois medicamentos, 12% com três medicamentos e 5,7% com quatro ou mais medicamentos, o que pode ser explicado pelo fato de que em ambos os casos os dados foram coletados na atenção básica.

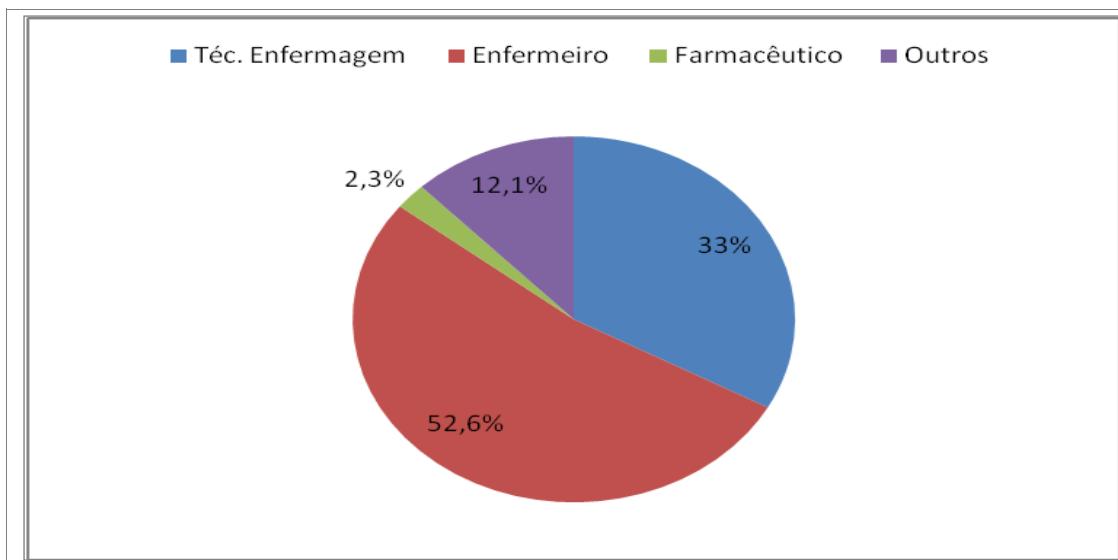
Já Guyon *et al.* (1994 citado por Bontempo *et al.*, 2003) trabalhando com dados da zona rural de Bangladesh, encontrou valores bem diferentes, com média de medicamentos por prescrição de 1,44 e valores de 59,0% para prescrições com um medicamento, 36,0% com dois medicamentos prescritos e 5,0% com três ou mais medicamentos prescritos.

Em Campo Grande-MS Cunha, Zorzatto e Castro (2002) indicaram em seu trabalho como média de medicamentos por prescrição 2,3. As médias encontradas a cada visita variaram entre 1,1 e 3,1. Notou-se ainda, que a média encontrada no Outono (2,6) excede em 23,8% àquela encontrada no Inverno (2,1).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza de 1,3 a 2,2 medicamentos por prescrição WHO (1994 citado por CUNHA; ZORZATTO; CASTRO, 2002).

Nosso estudo identificou média de 1,43, portanto, está dentro do preconizado pela OMS. Em relação ao percentual superior (65,4%) de pacientes que receberam apenas um medicamento, pode ser explicada pela ausência de alguns medicamentos prescritos pelos médicos.

Figura 6 – Percentual dos responsáveis pela dispensação dos medicamentos nas UBS:



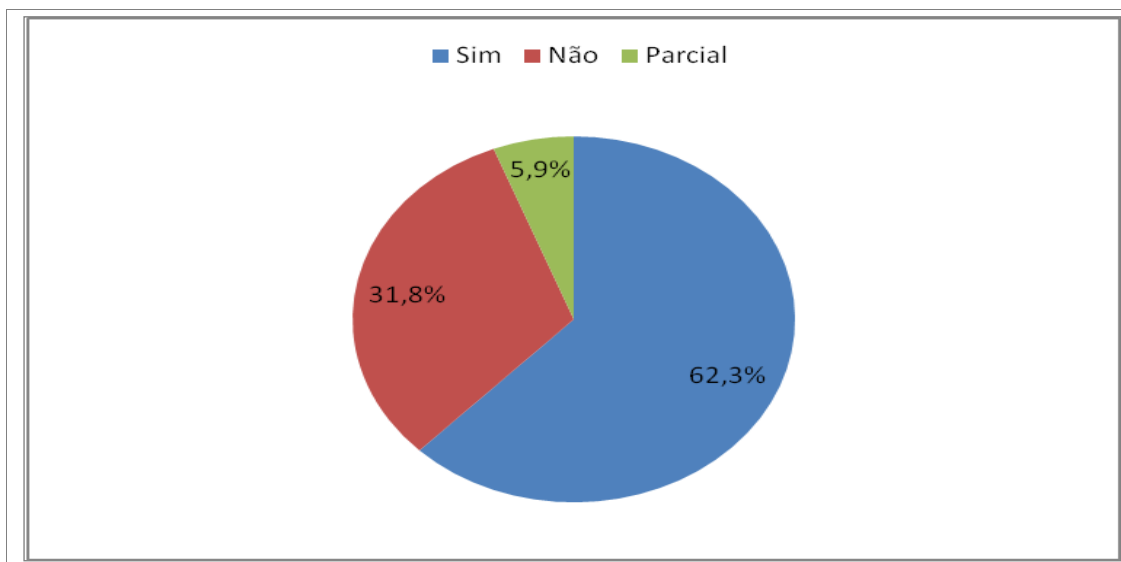
De acordo com a figura 6, observou-se que 52,6% dos medicamentos dispensados foram feitos por enfermeiros, 33% por técnicos em enfermagem, 12,1% por outros e 2,3% por farmacêuticos.

Em serviços de saúde da unidade básica central de Grão Pará localizado na região sul do estado de Santa Catarina, Oenning, Oliveira e Blatt (2011) informaram que 88% das dispensações foram realizadas por farmacêutico, e 12%, por enfermeiro.

No município de Fortaleza-CE, segundo Arrais, Barreto e Coelho (2007) a dispensação ocorreu, principalmente, no setor privado (86,6%), sendo o balconista o maior responsável pela mesma (57,1%), seguido do farmacêutico (23,6%) e outros (19,2%).

No sul de Santa Catarina a dispensação por farmacêutico tem percentual bem elevado em comparação ao estudo de Fortaleza e ao nosso estudo realizado em Ceres, indicando que este é um modelo a ser seguido por outros municípios que têm como intuito a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Figura 7 – Percentual dos entrevistados em relação à orientação quanto ao período de tratamento:

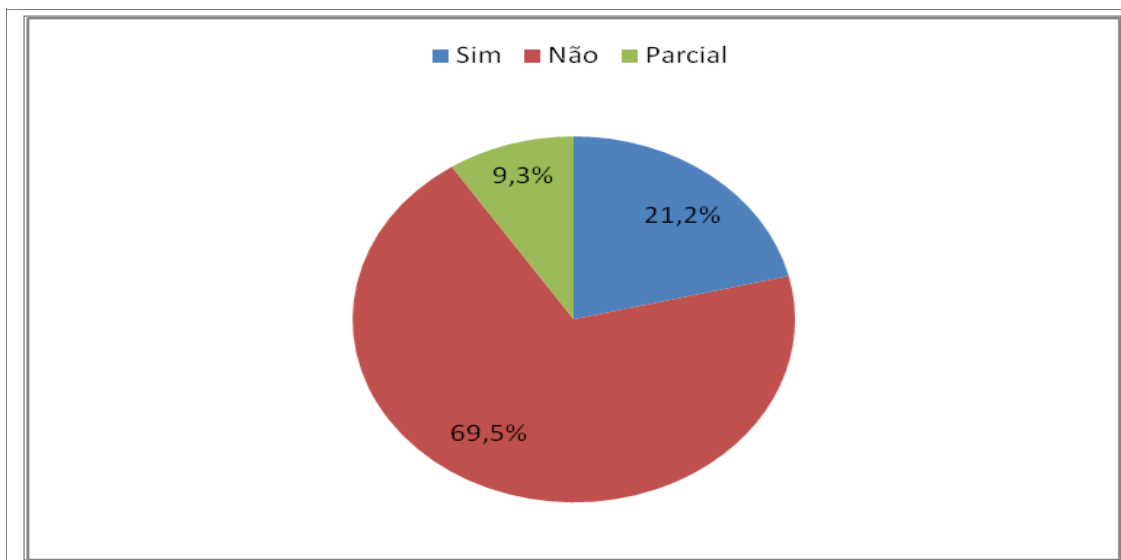


De acordo com a figura 7, observou-se que 62,3% dos entrevistados receberam informação quanto ao período de tratamento, 31,8% dos entrevistados não receberam nenhuma informação quanto ao período de tratamento e 5,9% receberam informações parciais quanto ao período de tratamento.

Na pesquisa feita por Oenning, Oliveira e Blatt (2011) após a consulta, menos de 40% conheciam o nome do medicamento prescrito e a duração do tratamento. Conforme os mesmos autores, a falta da definição do tempo de tratamento pode ocasionar problemas ao paciente, devido tanto ao uso prolongado quanto por período insuficiente para o sucesso do tratamento.

Este estudo apresentou melhores resultados quanto à orientação sobre o tempo de tratamento, mas mesmo com esta percentagem, é importante ressaltar que é necessário melhorar tais orientações, pois como informado no estudo descrito anteriormente erros no tempo de tratamento pode ocasionar prejuízos ao paciente.

Figura 8 – Percentual dos entrevistados em relação à orientação quanto às possíveis interações medicamentosas:

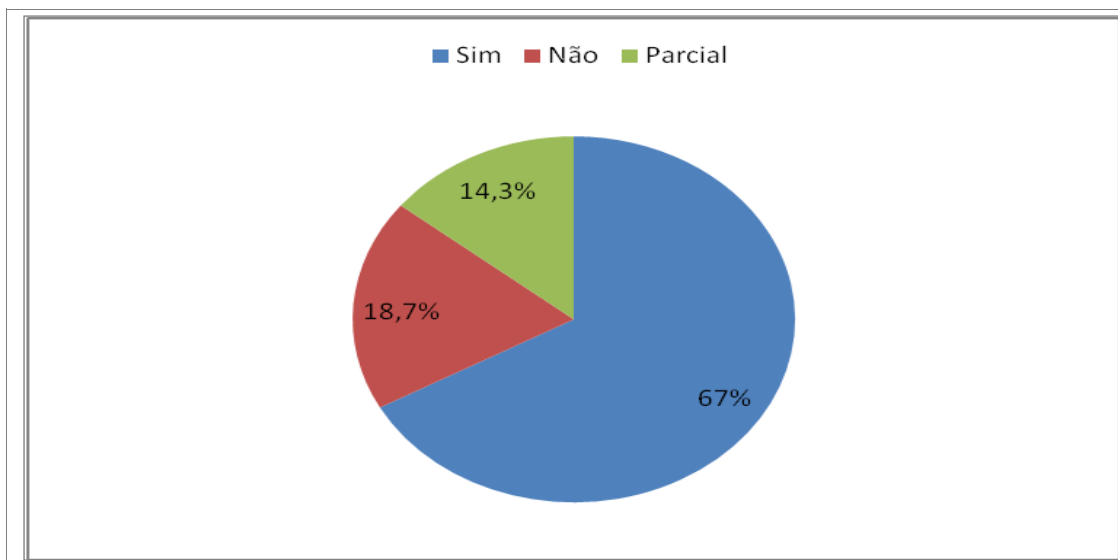


De acordo com a figura 8, observou-se que 69,5% dos entrevistados não receberam nenhuma informação quanto às possíveis interações medicamentosas, 21,2% dos entrevistados receberam informação quanto às possíveis interações medicamentosas e 9,3% receberam informações parciais quanto às possíveis interações medicamentosas.

Quanto ao processo de orientação e informação sobre os medicamentos, observou-se em estudo realizado por Arrais, Barreto e Coelho (2007), na cidade de Fortaleza-CE, que os médicos orientaram em 41,8% sobre a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas.

Os índices de paciente que não são orientados sobre as interações medicamentosas, na cidade de Fortaleza-CE e em Ceres-GO são semelhantes e identificam que há um problema grave, pois dependendo da interação medicamentosa, em alguns casos, afeta a farmacocinética e/ou farmacodinâmica gerando um tratamento subclínico, que pode gerar consequências graves.

Figura 9 – Percentual dos entrevistados em relação à orientação quanto à dose (posologia) e ou horários de uso:

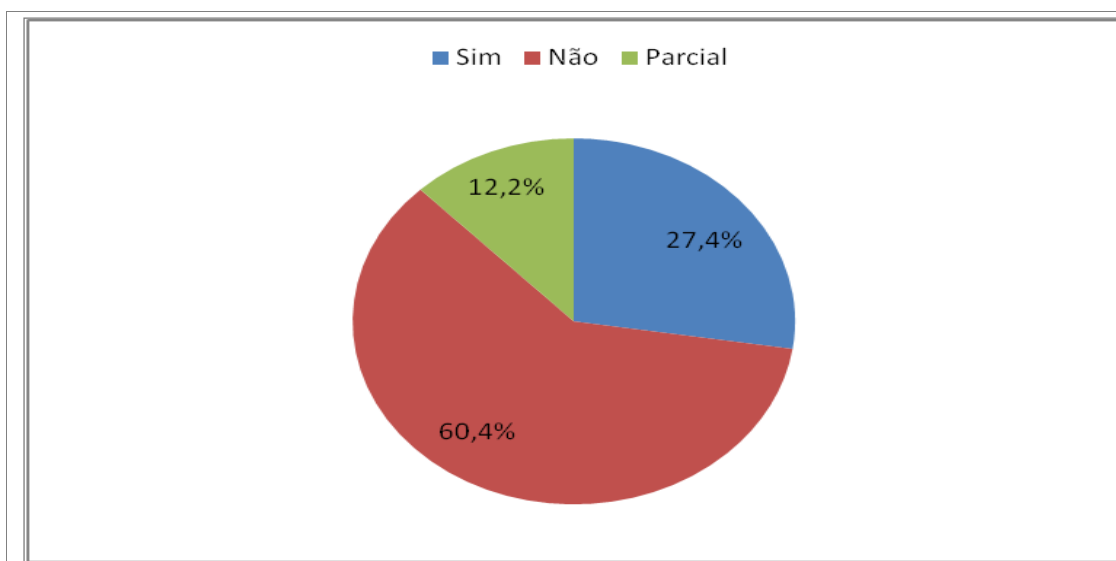


De acordo com a figura 9, observou-se que 67% dos entrevistados receberam informação quanto à dose e ou horários de uso, 18,7% dos entrevistados não receberam nenhuma informação quanto à dose e ou horários de uso e 14,3% receberam informações parciais sobre tais procedimentos.

Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP por Santos e Nitrini (2004), o indicador de percentagem de pacientes que conhecem a dose correta obteve um valor de 70,0%, com resultados entre as unidades estudadas, variando de 43,3% a 93,5%. Para melhor avaliação dos resultados foi estabelecida a seguinte classificação: a) Excelente: 76% a 100%; b) Bom: 51% a 75%; c) Regular: 26% a 50%; d) Ruim: 0,1% a 25,0%. Em duas unidades (10,0%) o conhecimento da dose correta foi considerado regular, sendo classificado como bom em 13 (65%).

Dessa forma verifica-se que os resultados do trabalho supracitado são próximos dos encontrados em nosso estudo, podendo ressaltar que o ideal seria obter uma margem maior, pois a dose e o horário são de suma importância para o tratamento, assim como a presença do farmacêutico para esclarecer essas informações, já que por muitas vezes o paciente sai do consultório com muitas dúvidas.

Figura 10 – Percentual dos entrevistados em relação à orientação quanto a possíveis efeitos colaterais:

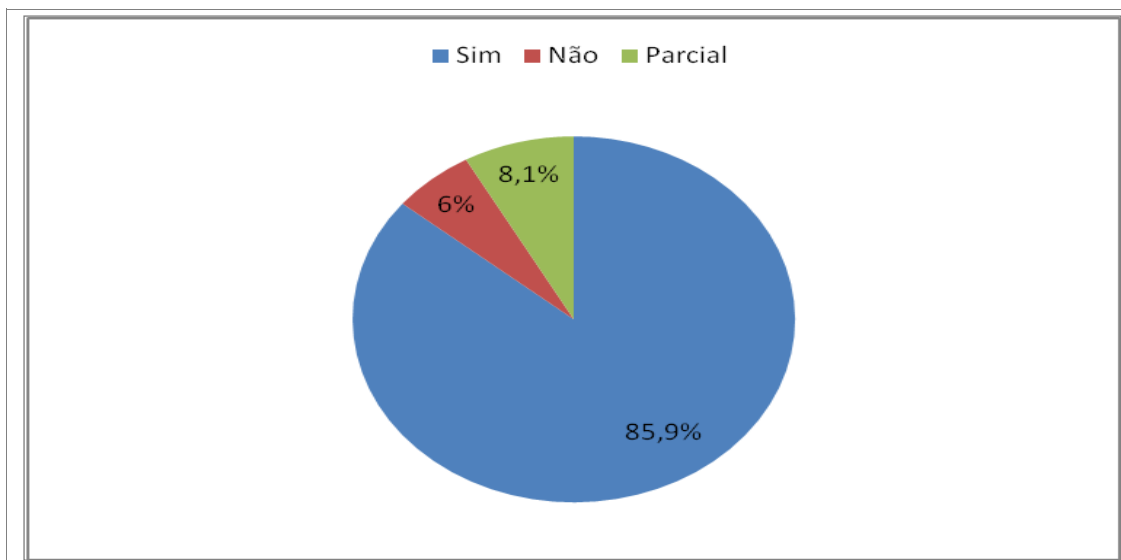


De acordo com a figura 10, observou-se que 60,4% dos entrevistados não receberam nenhuma informação quanto a possíveis efeitos colaterais, 27,4% dos entrevistados receberam informação quanto a este fato e 12,2% receberam informações parciais no que diz respeito a efeitos colaterais.

Estudo realizado em Porto Alegre-RS por Silva, Schenkel e Mengue (2000), identificou que entre os pesquisados apenas 36% responderam conhecer os cuidados que deveriam ter na administração do medicamento e somente 20% conheciam os possíveis efeitos adversos. Estes autores também relatam que a insuficiência de informações com respeito aos efeitos adversos observada pode estar relacionada à valoração secundária dada a esse item da informação, tanto por quem fornece a prescrição e o medicamento, quanto por quem o utiliza. A possibilidade de o medicamento causar efeitos adversos acaba sendo, muitas vezes, omitida pelo prescritor, com receio de que informações negativas relativas ao medicamento prejudiquem a adesão do paciente ao tratamento ou mesmo que, por auto-sugestão, o paciente venha a sentir o efeito adverso comentado.

No Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina, Alano, Corrêa e Galato (2012) relataram que houve a aceitação de 79% das intervenções realizadas pelo farmacêutico destinadas ao paciente, cuidador ou profissional de saúde, sendo que em 71,7% destes casos, a aceitação foi total e nas demais a aceitação foi parcial.

Figura 11 – Percentual dos entrevistados sobre a importância da presença do profissional farmacêutico no que se refere ao uso de medicamentos:



De acordo com a figura 11, observou-se que 85,9% dos entrevistados acreditam que a presença do farmacêutico traria melhorias em relação ao uso de medicamentos, 6% dos entrevistados acreditam que não traria, e 8,1% não souberam ou foram parciais ao opinar.

No estudo de Marques *et al.* (2011) realizado em São João da Mata-MG, quando pacientes da unidade básica de saúde foram questionados sobre a implantação da AF, 100% das mulheres entrevistadas foram receptivas a sua implantação, enquanto 28,57% dos homens entrevistados não gostariam de ser acompanhados por um farmacêutico em seu tratamento.

Foi visto em nosso estudo que a maioria dos entrevistados é a favor da presença do farmacêutico prestando assistência nas unidades básicas de saúde. Dados semelhantes foram encontrados no estudo da cidade de São João da Mata identificando que realmente a população é a favor da implantação da Assistência Farmacêutica, corroborando para a melhoria da dispensação de medicamentos, tanto para informação do tratamento correto, como prevenção de possíveis erros no tratamento do paciente.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se nesta pesquisa o perfil dos usuários das UBS do município de Ceres-GO, onde constatamos que 24,3% dos entrevistados possuem idade de 21 a 30 anos, sendo 60% do total dos entrevistados, do sexo feminino. Em relação à renda foi observado que 54,8% apresentam renda de até um salário mínimo e 45,6% apresentaram como grau de escolaridade o ensino fundamental. Observou-se que 65,4% receberam um medicamento por pessoa. Em relação ao dispensador 52,6% afirmaram que o enfermeiro é o principal responsável por este feito, 62,3% receberam informações quanto ao período de tratamento, porém 69,5% não receberam nenhuma informação quanto à interação medicamentosa, quanto à posologia 67% receberam informações adequadas ao uso dos medicamentos dispensados e 60,4% dos entrevistados não receberam orientações quanto a efeitos colaterais. E finalmente, 85,9% dos entrevistados acreditam que o farmacêutico deve estar presente nas UBS.

Observando que a população masculina acessa menos os serviços de saúde da atenção primária, propomos que o município por meio da secretaria de saúde institua a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que conforme prevê em seu artigo 1º parágrafo único da portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009:

(...) visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Propõe-se para a secretaria de saúde do município de Ceres-GO, que implante nas UBS a Política Nacional de Assistência Farmacêutica bem como a Política Nacional de Medicamentos, com intuito de prevenção de maiores riscos à população, podendo assim orientar melhor os pacientes em relação aos medicamentos usados por eles e colocar a disposição os medicamentos essenciais constantes no RENAME, já que existe a falta de alguns medicamentos. Além disso, podem ser implantados nas unidades de saúde, programas sócio-educativos e incentivo à realização de palestras, quanto à prevenção e uso racional de medicamentos.

O farmacêutico é o profissional que tem como prioridade orientar o paciente da forma mais adequada para que ele se sinta melhor com o tratamento. Este profissional é o único capacitado para orientar o usuário sobre os riscos, os benefícios e a respeito do medicamento dispensado. Portanto torna-se necessário em todos os serviços de saúde, que em um futuro próximo, com a aprovação do Projeto de Lei 2459/11 que torna obrigatória a presença do farmacêutico em todos os serviços de saúde do SUS onde ocorra dispensação de medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIZENSTEIN, M. L.; TOMASSI, M. H. Problemas relacionados a medicamentos: reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 169-73, 2011.

ALANO, G. M.; CORRÊA, T. S.; GALATO, D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 757-64, 2012.

ARAÚJO, A. L. A. *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 7, p. 611-17, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.

ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-37, 2007.

BONTEMPO, V. L. *et al.* Análise das prescrições geradas pelas equipes do PSF e das unidades de atendimento imediato, em dois distritos sanitários do município de Contagem/MG. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2003.

BRASIL. Lei Federal 5.991, de 17 de setembro de 1973. **Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5991.htm >. Acesso em: 5 jul. 2012.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> >. Acesso em: 5 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 1886/G.M. de 18 de dezembro de 1997. **Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br> >. Acesso em: 7 jul. 2012.

_____. Portaria 3.916, de 10 de novembro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm> >. Acesso em: 5 jul. 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Constituição Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

_____. Resolução 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Disponível em: < http://www.saude.gov.br/doc/resolucao_cns338/cns.htm >. Acesso em: 5 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf> >. Acesso em: 8 jul. 2012.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. **A Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. Brasília: CFF, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011.

CUNHA, M. C. N.; ZORZATTO, J. R.; CASTRO, L. L. C. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 38, n. 2, 2002.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/Com_B02.pdf >. Acesso em: 8 jul. 2012.

FLEITH, V. D. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 755-62, 2008.

GOMES, C. A. P. **A Assistência Farmacêutica no Brasil: a formação em farmácia, perspectivas e necessidades da área de medicamentos**, 2004. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/arquivos/rhfp1afcarlos_gomes.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2012.

GOULART, B. N. G.; ALGAYER, A. R. Características de um grupo de usuários do Programa Saúde da Família na cidade de Campo Bom (RS), Brasil em 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 (Supl. 1), p. 1379-84, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE- 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=520540>>. Acesso em: 07 jul 2012.

INFORME TÉCNICO INSTITUCIONAL. Política Nacional de Medicamentos/ Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102000000200018>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

MARQUES, L. A. M. *et al.* Atenção Farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-74, 2011.

MENDES, A. C. G. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-65, 2009.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-83, 2011.

OLIVEIRA, A. K. P.; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 369-89, 2008.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (Supl. 3), p. 3561-67, 2010.

PAULA, P. A. B. *et al.* Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111-25, 2009.

PETRY, R. D. Considerações sobre os medicamentos dispensados pelo SUS no município de Garruchos - RS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 3, 2008.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 687-707, 2002.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores selecionados do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38 (Supl 6), p. 819-26, 2004.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-55, 2000.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.11, n. 5/6, p.365-73, 2002.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. [Physis](#), **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225- 64, 2005.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-20, 2007.

Revisada de acordo às Normas da ABNT vigente de 2011.

Célia Romano do Amaral Mariano
Biblioteconomista CRB1/1528

ANEXOS

Questionário Aplicado

Idade:

Sexo:

M () F ()

Renda:

1 salário () até 3 salários () mais de 3 salários ()

Escolaridade:

Fundamental () Médio () Superior () Pós Graduação ()

Quantos medicamentos foram dispensados?

Medicamentos dispensados?

Quem dispensou:

Técnico em enfermagem () Enfermeiro () Farmacêutico () Outro ()

Recebeu orientação quanto ao período de tratamento?

Sim () Não () Orientação parcial ()

Recebeu alguma orientação quanto a possíveis interações entre os medicamentos e ou alimentos?

Sim () Não () Orientação parcial ()

Recebeu alguma informação quanto a dose (posologia) e ou horários de uso?

Sim () Não () Orientação parcial ()

Recebeu alguma orientação quanto a possíveis efeitos colaterais (efeitos adversos)?

Sim () Não () Orientação parcial ()

Acredita que a presença do profissional farmacêutico traria melhorias em relação ao uso de medicamentos? Justifique.

DECLARAÇÃO

Eu, Rosana Alves Simão dos Santos, brasileira, portadora da Carteira de Identidade número 2135002 SSP/GO e CPF número 576.710.601-00, residente e domiciliado à Avenida Presidente Vargas, número 81, Ceres-GO, graduada em LETRAS MODERNAS, pela Faculdade de Filosofia do Vale de São Patrício, DECLARO, para os fins de direito que se fizerem necessários, que realizei a correção ortográfica e gramatical do trabalho monográfico intitulado "PERFIL E PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM CERES – GOIÁS", dos graduandos no Curso de Farmácia, Danilo Silva Andrade, Lucas Rodrigues de Melo, Luiz Ernandes Lobo Júnior e Pedro Gonçalves da Silva Neto, pela Faculdade de Ceres - FACERES.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Ceres, 20 julho de 2012.

ROSANA ALVES SIMÃO DOS SANTOS

Ceres, 10 de Julho de 2012-07-12

Ofício nº 16/2012

Assunto: Solicitação de acesso a dados para trabalho de conclusão de curso.

Prezado Senhor,

A **FACULDADE DE CERES**, doravante denominada **FACERES**, instituição de Ensino Superior, com endereço na Av. Brasil, Qd. 13, Setor Morada Verde, Ceres – GO e sua mantenedora, **Centro de Ensino Superior de Rubiataba – CESUR**, na pessoa de seu representante o coordenador do curso de Farmácia, Prof. Msc. Menandes Alves de Souza Neto, ao cumprimentá-lo vêm, à presença de Vossa Senhoria, solicitar a permissão para realização de entrevistas aos usuários das unidades de saúde para que os alunos Danilo Silva Andrade, Lucas Rodrigues de Melo, Luiz Ernandes Lobo Junior e Pedro Gonçalves da Silva Neto matriculados no curso de Farmácia. Convém ressaltar que o trabalho atende o princípio do anonimato e outros conforme a Resolução nº 196/96 para pesquisa.

Caso seja necessário, o contato pode ser feito por email (menanadesfarm@hotmail.com) ou telefone (62-82664292).

Reconhecendo os avanços obtidos na execução de Vossos projetos, aproveitamos a oportunidade para renovar protesto de profundo respeito.

Atenciosamente,

Prof. MSc. Menandes Alves de Souza Neto
Coordenador do Curso de Farmácia
Faceres