



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28

**Grupo Técnico de Cuidados Farmacêuticos ao Idoso do CRF-SP**

**Ata da 4ª Reunião Ordinária Anual**

**30/05/2018**

Às dezoito horas e dezoito minutos do dia trinta do mês de maio do ano de dois mil e dezoito, sob a coordenação do **Dr. Gustavo Alves Andrade dos Santos**, deu-se início à **4ª Reunião Ordinária Anual do Grupo Técnico de Cuidados Farmacêuticos ao Idoso** do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.

**PRESENCAS REGISTRADAS**

Dra. Amouni M. Mourad, Dr. Gustavo Alves Andrade dos Santos,  
Dr. José Tiago dos Santos, Dra. Stephanie de Souza Costa Viana e  
Dra. Lais Ruiz Gramorelli – Assistente Farmacêutica do CRF-SP.

**AUSÊNCIAS JUSTIFICADAS**

Dra. Alessandra Petrarolli, Dra. Lais Vieira Nowak,  
Dra. Mariana Góis Raponi Branco e Dra. Michele Melo Silva Antonialli.

**PRESENTE PELA PRIMERA VEZ**

Dra. Odete Martins Carvalho.

**1. APROVAÇÃO E ASSINATURA DE ATA**

**1.1. Ata da 3ª Reunião Ordinária, realizada em 19/04/2018.**

*Andamento:* Após lida e aprovada, os presentes assinam a ata.

**Deliberação final: à Secol para encaminhar a ata para homologação da Diretoria do CRF-SP.**

**2. INFORMES**



29 **2.1. Farmacêutico na Praça, realizado em 05/05/2018 no parque do Ibirapuera – São Paulo**  
30 Andamento: **Dr. José Tiago** relata que esteve presente no evento, que foi muito bom, mas não  
31 houve muita participação de idosos. **Dr. Gustavo** complementa que o parque Villa Lobos  
32 parece ter mais atividades voltadas aos idosos. **Dra. Amouni** coloca que a demanda foi  
33 pequena e foi um evento atípico, pois todas as outras edições do evento contavam com mais  
34 pessoas. Ressalta que o Ibirapuera é uma região elitizada, na qual as pessoas já têm o hábito  
35 de seu cuidar. **Dr. Gustavo** sugere, para o ano de 2019, pensar em realizar o referido evento  
36 no parque Vila Lobos, pois será a terceira edição que este grupo participará e, até agora, os  
37 membros sempre tiveram a presença de poucos idosos. **Dr. Gustavo** sugere a realização de  
38 uma ação em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Dra. Stephanie**  
39 ressalta que os idosos em ILPIs já possuem orientação dos profissionais de saúde. Os presentes  
40 discutem e sugerem realizar uma ação no SESC ou em Igrejas. **Dra. Lais** informa que existe  
41 uma ação no CRF-SP denominada “Farmacêutico na comunidade” e coloca que vai encaminhar  
42 a proposta de evento deste grupo para o Grupo Técnico de Ações na Comunidade (GTAC).  
43 Deliberação final: à Secol para pautar na próxima reunião ordinária a discussão de uma ação  
44 a ser realizada por este grupo para os idosos e para encaminhar a proposta ao GTAC.

45

### 46 **3. ASSUNTOS EM ANDAMENTO E PARA DISCUSSÃO**

#### 47 **3.1. Elaboração da Cartilha**

48 Andamento: Disponível nesta reunião material enviado pela Dra. Stephanie. Os presentes  
49 discutem e realizam alterações, finalizando a revisão do texto abaixo:

50

#### 51 **“Avaliação geriátrica ampla: uma visão abrangente do idoso**

52 A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um processo diagnóstico interdisciplinar e  
53 multidimensional, utilizado para caracterizar as capacidades físicas, psicossociais e funcionais  
54 de um idoso, a fim de desenvolver um plano de tratamento coordenado e integrado para  
55 seguimento a longo prazo. <sup>1,3,4,5</sup>

56



57 A aplicação da AGA envolve tipicamente membros de uma equipe multiprofissional como  
58 o médico geriatra, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, nutricionista, enfermeira e  
59 terapeuta ocupacional ou a combinação destes, trabalhando por um objetivo comum, usando  
60 ferramentas de avaliação validadas, padronizadas e confiáveis, permitindo ver o idoso como  
61 um todo. A estrutura da avaliação geriátrica ampla permite acessar domínios físicos, mentais,  
62 sociais, funcionais e ambientais, sendo o propósito e o cenário em que a avaliação ocorrem,  
63 fatores determinantes do seu foco e a extensão. <sup>2,3,4,5</sup>

64

65 Os objetivos da avaliação geriátrica ampla envolvem a melhor acurácia do diagnóstico,  
66 otimização do tratamento e dos desfechos, melhora do status funcional e redução do uso  
67 desnecessário de serviços e complicações iatrogênicas, como fragilidade e institucionalização,  
68 por exemplo, por meio da identificação de problemas além das doenças e a resolução destes,  
69 auxiliando na tomada de decisão pelo uso criterioso dessas escalas, associados ao julgamento  
70 clínico correto. <sup>1,3,5</sup>

71

72 Exemplos de ferramentas:

73 **Avaliação cognitiva** - O comprometimento cognitivo pode ser secundário a demência,  
74 depressão, afasia, entre outros. Há diversos instrumentos de rastreio disponíveis, entre eles o  
75 amplamente usado e validado Mini-Exame de Estado Mental (MEEM), Montreal Cognitive  
76 Assessment (MoCA) e o Mini-Cog<sup>3</sup>.

77

78 **Avaliação funcional** - Corresponde à avaliação do status funcional de domínios de atividade  
79 física necessários à independência na sociedade. Estes domínios incluem as Atividades Básicas  
80 de Vida Diária (ABVD) - avaliadas pelo índice de Katz (*The index of Independence in Activities*  
81 *of Daily Living* (IADL)) por exemplo, e Atividades Instrumentais de vida diária (AIVD) - estas  
82 mais complexas - avaliadas pelas escalas de Lawton e Brody (*The Physical Self-Maintenance*  
83 *Scale* (PSMS)) e *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*



84 (BOMFAQ), por exemplo .<sup>3,4,5</sup> A incapacidade funcional é definida como dificuldade ou  
85 necessidade de auxílio na realização destas tarefas.<sup>5</sup>

86

<b>Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)</b>	<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)</b>
Banhar-se, vestir-se, comer, realizar higiene pessoal e transferir-se de um lugar ao outro.	Lidar com finanças, utilizar o telefone, preparar refeições, arrumar a casa, mover-se fora de casa, utilizar meios de transporte, entre outros.

87

88 **Avaliação do estado e risco nutricional:** O estado nutricional do idoso, principalmente idosos  
89 frágeis, pode ser comprometido por diversos fatores, tais como: efeitos colaterais de  
90 medicamentos, problemas dentários, depressão, isolamento social, entre outros. A mini  
91 avaliação nutricional (MNA) é composto por quatro partes, cuja somatória final permite  
92 classificar o estado nutricional como adequado, risco de desnutrição e desnutrição. Outra  
93 medida envolve o Índice de Massa Corpórea (IMC), cujos cortes são diferentes da população  
94 adulta em gera<sup>5</sup>l :

95

<b>IMC</b>	<b>Classificação</b>
< 22,0 kg / m <sup>2</sup>	Desnutrição
≥ 22,0 < 27,0 kg / m <sup>2</sup>	Eutrofismo (Normal)
≥ 27,0 kg / m <sup>2</sup>	Obesidade

96 Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Nutrition in Old Age, 1994.

97

98 **Avaliação de depressão:** a fim de rastrear de modo rápido e facilitar a avaliação de sinais de  
99 depressão em idosos, a Escala de Depressão Geriátrica, contém 30 perguntas dicotômicas (sim  
100 e não), com relação ao humor e sintomas específicos. Há também outra versão disponível,  
101 composta por 15 itens, denominada Escala de Depressão Geriátrica abreviada. A pontuação



102 indica “não deprimidos”, “indícios de depressão leve a moderada”, “indícios de depressão  
103 grave ou intensa”.<sup>5</sup>

104

105 **Avaliação social:** Uma boa avaliação sobre o suporte social, permite ao profissional de saúde  
106 identificar o apoio disponível para a realização de intervenções em domicílio e promoção de  
107 melhoria da capacidade funcional. Dentre os instrumentos disponíveis, destaca-se o *Mapa*  
108 *Mínimo de Relações do Idoso* (MMRI), adaptado e validado para a população brasileira.<sup>5</sup>

109

110 A obtenção de resultados sugestivos de comprometimento cognitivo e ou dependência  
111 funcional, sugerem a necessidade de suporte para o cumprimento da farmacoterapia,  
112 garantindo a adesão ao tratamento. A avaliação geriátrica ampla, permite ao farmacêutico  
113 auxiliar a equipe de saúde na escolha da melhor estratégia farmacoterapêutica, favorecendo  
114 o alcance dos resultados desejados.

115

116 Diante das demandas de cuidado e a necessidade de abordagens e ações qualificadas para o  
117 atendimento ao idoso em diversas regiões do município, foi instituída a Avaliação  
118 Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB). A aplicação deste  
119 questionário deve ser feita por profissionais da Atenção Básica qualificados e permite  
120 identificar as necessidades do paciente e classificá-lo segundo o grau de fragilidade em  
121 “saudáveis”, “pré-frágeis” e “frágeis”, permitindo a organização na rede e elaboração de Plano  
122 de Cuidados<sup>6</sup>.

123

124

125 1. CONROY S and PATHAK O. **Comprehensive geriatric assessment. In: Acute Medicine: A**  
126 **Practical Guide to the Management of Medical Emergencies.** Fifth Edition, 2017.

127

128 2. KANE RL, OUSLANDER JG, ABRASS IB, RESNICK B. **Fundamentos de geriatria clínica.** Editora  
129 AMGH, 7ª edição. Porto Alegre, 2015.



130

131 3. MASON R and GAZEWOOD JD. **Comprehensive Geriatric Assessment. In: Reichel's Care of**  
132 **the elderly: clinical aspects of aging.** Cambridge University press, 7ª edição. Cambridge, 2016.

133

134 4. PAIXÃO Jr. CM, REICHENHEIM ME. **Instrumentos de avaliação do estado funcional do**  
135 **idoso.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev, 2005.

136

137 5. PERRACINI MR & GAZZOLA JM. **Avaliação Multidimensional do Idoso. In: Funcionalidade e**  
138 **Envelhecimento.** Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 26- 53, 2009.

139

140 6. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO; COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA;  
141 ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA. **Documento norteador unidade de referência à**  
142 **saúde do idoso URSI.** São Paulo, 2016.

143

#### 144 **Hospital-Dia Geriátrico**

145

146 **Definição:** Os primeiros Hospitais-Dia Geriátricos surgiram em meados de 1960 no Reino  
147 Unido, como parte de uma série de mudanças relacionadas ao cuidado do idoso frágil. Estes  
148 locais foram originalmente estruturados com o intuito de ofertar serviços relacionados a  
149 reabilitação, mas ao longo dos anos acabaram por assumir outros papéis, com foco na  
150 provisão de serviços geriátricos abrangentes por membros de equipes multidisciplinares no  
151 mesmo ou no dia seguinte, provendo resolução imediata de problemas de saúde e sociais,  
152 prevenindo incapacidades, de modo a facilitar uma vida independente aos idosos em  
153 comunidade.<sup>1,3,4</sup>

154 Atualmente, nestes locais o paciente pode receber intervenções de educação em saúde,  
155 avaliação de domínios de saúde integradas, além de rápido acesso a exames e  
156 procedimentos.<sup>2</sup>

157



158 **O papel do farmacêutico:** Conforme o modelo proposto por Aliberti e colaboradores (2016),  
159 frente ao atendimento de idosos com doenças crônicas descompensadas <sup>2</sup>, o farmacêutico  
160 pode desempenhar ações de educação quanto ao regime terapêutico, com foco na adesão ao  
161 tratamento e resolução do agravo.”

162

163 1. BLACK DA. **The geriatric day hospital.** Age and Ageing, 34: 427–429, 2005.

164

165 2. ALIBERTI MJ *et al.* **The Geriatric Day Hospital: Preliminary Data on an Innovative Model of**  
166 **Care in Brazil for Older Adults at Risk of Hospitalization.** J Am Geriatr Soc., 64(10): 2149-2153,  
167 2016.

168

169 3. BEYNON JH and PADIACHY D. **The past and future of geriatric day hospitals.** Reviews in  
170 Clinical Gerontology, 19: 45–51, 2009.

171

172 4. BORGES MCM. **Cuidados diurnos em gerontologia: Hospital- Dia e Centro- Dia. In:**  
173 **Funcionalidade e Envelhecimento.** Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 513-523, 2009.

174

175 Os presentes atualizam o sumário, conforme abaixo:

176

<b>CARTILHA – GRUPO TÉCNICO DE CUIDADOS FARMACÊUTICOS AO IDOSO</b>		
<b>SUMÁRIO</b>		
<b>TOPICO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	
<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> Epidemiologia/dados epidemiológicos/crescimento da população idosa	Michelle	OK
Profissional / Perfil / Atribuições – ( <a href="#">explorar a formação do perfil do farmacêutico para atender o idoso</a> )	Michelle	Pendente
<b><u>O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO</u></b> - Cuidado centrado no paciente e na família e cuidador	Alessandra	OK



- Multidisciplinaridade		
<b><u>SENESCÊNCIA E SENILIDADE</u></b> - O processo de envelhecimento - Doenças prevalentes / demências - Síndrome geriátrica	Gustavo	Pendente
<b><u>ACOMPANHAMENTO CLÍNICO</u></b> - Farmacoterapia no idoso	Lais	OK
<b><u>ACOMPANHAMENTO CLÍNICO</u></b> - Latrogenias - Medicamentos inapropriados para idosos – <a href="#">BEERS/stop/start</a> - Adesão ( <a href="#">Porque o idoso não tem adesão ao tratamento?</a> )	Renata e Stephanie e Mariana	
<b><u>INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA</u></b> - AGA - AMPI - MEEM	Stephanie	OK
<b><u>POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO IDOSO</u></b> - Legislação	Amouni	OK
<b><u>CENTRO DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS</u></b> - Primeiro contato: acolhimento cadastramento – Drogaria	Tiago e Gustavo	
<b><u>CENTRO DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS</u></b> - Centros de Referência do Idoso – Ambulatórios	Soraya	OK
<b><u>CENTRO DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS</u></b> - Assistência domiciliar (Home Care)	Lais	OK
<b><u>CENTRO DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS</u></b> - Hospital Dia	Stephanie	Pendente de revisão
<b><u>CENTRO DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS</u></b> - Centros dia (CDI)	Alessandra	Pendente
<b><u>CENTRO DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS</u></b> - Instituições de longa permanência	Alessandra	Pendente
<b><u>CENTRO DE ATENDIMENTO AOS IDOSOS</u></b> - Hospices – cuidados paliativos	Renata, Alessandra e Stephanie	Pendente de revisão
Oportunidades para o farmacêutico nos núcleos de atendimento ao idoso, acima citados		

177

178 Os presentes sugerem que a cartilha deste grupo seja lançada na semana internacional do  
179 idoso que terá início em 1º de outubro de 2018.





180 **Deliberação final:** **1) Reunião extraordinária agendada para o dia 13/06/18, às 18h00, para**  
181 **finalizar a cartilha. 2) À Secol para enviar aos membros via e-mail o sumário e solicitar que**  
182 **enviem os artigos faltantes.**

183

### 184 **3.2. Evento – Simpósio Tendências Farmacêuticas – 21 a 22/09/2018 – Temas e Ministrantes**

185 **Andamento:** **Dr. Gustavo** informa que a Dra. Mariana Gois Raponi Branco será ministrante do  
186 painel do dia 21/09. **Dra. Lais Gramorelli** informa que no dia 22/09 haverá um espaço das  
187 13h30 às 16h30 para realização de uma atividade diferenciada e mais prática, como um teatro,  
188 apresentação de casos clínicos, simulação realística, entre outras. Os presentes relembram  
189 que na última reunião ordinária foi definida a realização de uma apresentação teatral, para a  
190 qual o Dr. Gustavo convidará o grupo de teatro que sua filha participa. **Dra. Lais** solicita aos  
191 presentes que elaborem o roteiro para a peça de teatro. Os presentes colocam que o roteiro  
192 deve ter situações cotidianas com o atendimento aos idosos. Os voluntários a participar da  
193 peça são: Dr. Gustavo, Dra. Michele, Dr. José Tiago, Dra. Stephanie e Dra. Odete. **Dr. Gustavo**  
194 informa que possui um roteiro contendo informações de como você não deve abordar um  
195 paciente idoso, com dicas de como não agir, tais como não falar em diminutivo e infantilizando  
196 o diálogo, e trará para auxiliar na elaboração da peça. **Dra. Stephanie** informa que conhece  
197 um representante da empresa Bigfral – Fraldas Geriátricas, que sempre comparece em  
198 eventos voltados a idosos e faz demonstrações com aparelhos.

199 **Deliberação final:** **à Grupo para elaborar o roteiro para a peça na próxima reunião ordinária.**

200

### 201 **3.3. Indicação de Vice Coordenador**

202 **Andamento:** **Dr. Gustavo** indica como vice-coordenadora deste grupo a Dra. Stephanie de  
203 Souza Costa Viana, que aceita.

204 **Deliberação final:** **à Secol para encaminhar para homologação da Diretoria.**

205

### 206 **3.4. Proposta de normatização que ampare a atuação do farmacêutico em ILPI**



207 **Andamento:** **Dr. Gustavo** informa que considera importante o grupo elaborar uma proposta  
208 de resolução para regulamentar a atuação do farmacêutico nas ILPIs. Os presentes discutem  
209 com base na RDC nº 283/2005, que aprova o regulamento técnico que define normas de  
210 funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.  
211 **Dr. Gustavo** coloca que apenas as ILPIs de grande porte contratam farmacêuticos. **Dra.**  
212 **Amouni** ressalta que se a proposta for no sentido de obrigar a contratação deste profissional  
213 pelas Instituições, a farmácia poderá perder esta área de atuação. **Dr. Gustavo** coloca que a  
214 ideia não é obrigar, apenas orientar sobre a importância deste profissional nas Instituições.  
215 **Dra. Lais** coloca que a proposta de resolução para o CFF deve apenas regulamentar as  
216 atribuições dos farmacêuticos nas ILPIs. **Dr. Gustavo** sugere como primeiro passo que os  
217 membros façam um levantamento do número de ILPIs no Estado de São Paulo e da quantidade  
218 de farmacêuticos atuantes nessas Instituições. **Dra. Lais** apresenta parecer do Departamento  
219 Jurídico, conforme segue:

220

221 *“A Resolução nº 283/2005 da ANVISA dispõe que todas as Instituições de Longa Permanência*  
222 *para idosos devem possuir um responsável técnico destinado à guarda dos medicamentos,*  
223 *respeitados os regulamentos da vigilância sanitária, que contenha um plano de saúde,*  
224 *elaborado com o gestor local de saúde, dispondo sobre atenção integral à saúde do idoso,*  
225 *consoante abaixo:*

226

227 *4.5.3.1 - O Responsável Técnico deve possuir formação de nível superior.*

228 *(...)*

229 *4.6.1 - A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve apresentar recursos humanos,*  
230 *com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:*

231 *4.6.1.1 - Para a coordenação técnica: Responsável Técnico com carga horária mínima de 20*  
232 *horas por semana.*

233 *4.6.2 - A instituição que possuir profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, deve*  
234 *exigir registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe.*



235 (...)

236 5.2 - Saúde

237 5.2.1 - A instituição deve elaborar, a cada dois anos, um Plano de Atenção Integral à Saúde  
238 dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde.

239 5.2.2 - O Plano de Atenção à Saúde deve contar com as seguintes características:

240 5.2.2.1 - Ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade

241 5.2.2.2 - Indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de  
242 atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

243 5.2.2.3 - prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção,  
244 proteção e prevenção;

245 (...)

246 5.2.5 - Cabe ao Responsável Técnico - RT da instituição a responsabilidade pelos medicamentos  
247 em uso pelos idosos, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e  
248 administração, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

249

250

251 Estas exigências estão de acordo com o artigo 230 da Constituição Federal, que impõe ao  
252 Estado o dever de amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade e garantindo-lhes o  
253 direito à vida:

254 “Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas,  
255 assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e  
256 garantindo-lhes o direito à vida.

257 § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

258 § 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos  
259 urbanos.”

260 Mas por meio de quais instrumentos o Estado pode garantir ao idoso a dignidade? Pois bem,  
261 o artigo 6º, também da Constituição Federal disciplina sobre o piso vital mínimo que deve ser  
262 assegurado:



263

264 “Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o  
265 transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância,  
266 a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

267

268 Consoante escólio do Professor Vidal Serrano Nunes Júnior a “teoria do piso mínimo vital  
269 impõe a preservação material do ser humano, assegurando-lhe condições mínimas para a  
270 preservação da vida e para a integração na sociedade (...) veicula, a bem do rigor, uma espécie  
271 de comando implícito, determinando que outras ações só sejam realizadas uma vez satisfeitas  
272 as necessidades básicas de todas as pessoas que estejam integradas no elemento subjetivo  
273 daquele determinado Estado”<sup>[1]</sup>.

274

275 Por sua vez, o artigo 3º, conjugado com os artigos 6º e 8º, todos da Lei nº 13.021/2014,  
276 dispõem que a farmácia é uma unidade de prestação de serviços e assistência à saúde, onde é  
277 necessária a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento, aplicando-  
278 se essas disposições às farmácias privativa de unidade hospitalar **ou similar**, *ipsis litteris*:

279 Art. 3º Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência  
280 farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se  
281 processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais,  
282 farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos  
283 farmacêuticos e correlatos.

284 Art. 6º Para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigem-se a autorização e  
285 o licenciamento da autoridade competente, além das seguintes condições:

286 I - ter a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento;

287 II - ter localização conveniente, sob o aspecto sanitário;

288 III - dispor de equipamentos necessários à conservação adequada de imunobiológicos;

---

<sup>[1]</sup> A cidadania social na Constituição de 1988 – estratégias de positivação e exigibilidade judicial dos direitos sociais. São Paulo: Editora Verbatim. 2009. p. 70



289 *IV - contar com equipamentos e acessórios que satisfaçam aos requisitos técnicos*  
290 *estabelecidos pela vigilância sanitária.*

291 *Art. 8º A farmácia privativa de unidade hospitalar ou similar destina-se exclusivamente ao*  
292 *atendimento de seus usuários.*

293 *Parágrafo único. Aplicam-se às farmácias a que se refere o caput as mesmas exigências legais*  
294 *previstas para as farmácias não privativas no que concerne a instalações, equipamentos,*  
295 *direção e desempenho técnico de farmacêuticos, assim como ao registro em Conselho Regional*  
296 *de Farmácia.*

297

298 *Diante disso, compartilho do entendimento de que o arcabouço jurídico permite a*  
299 *interpretação de que o Responsável Técnico contido nos itens 4.5.3.1 e 5.2.5, da RDC*  
300 *283/2005, é o Farmacêutico, sendo passível de sanção contida na Lei nº 3.820/60, o*  
301 *estabelecimento que não o possuir, desde que a farmácia esteja constituída para atender a*  
302 *demanda dos internos, nos moldes fixados pelo Departamento de Fiscalização, abaixo*  
303 *descritos:*

304

305 *(i) Existência de nota fiscal de compra dos medicamentos emitida por distribuidora ou*  
306 *informado pelo declarante que os medicamentos são adquiridos em distribuidoras;*

307 *(ii) Existência de Licença de Funcionamento para farmácia/dispensário de medicamentos;*

308 *(iv) Ocorrência de unitarização/fracionamento de medicamentos (verificar se os*  
309 *medicamentos encontram-se individualizados por unidade posológica, se há confecção de*  
310 *“tiras” para entrega de medicamentos por período).*

311

312

313 *É o Parecer, salvo melhor juízo.”*

314

315 Os presentes questionam se outros Conselhos da área de saúde já possuem resoluções com  
316 as atribuições dos profissionais em ILPIs, como os Conselhos de Nutrição e Enfermagem.



317 **Deliberação final:** à Secol para verificar se outros Conselhos da área da saúde possuem  
318 resoluções com as atribuições dos profissionais em ILPIs.

319

#### 320 **4. ENCERRAMENTO**

321 Concluídos os assuntos em pauta às vinte horas. **Dr. Gustavo Alves Andrade dos Santos,**  
322 encerra a reunião da qual foi lavrada a presente ata que, após lida e aprovada, será assinada  
323 pelos senhores membros presentes na próxima reunião ordinária. Próxima reunião agendada  
324 para o dia 26/06/2018. Redigida por Flávia Lima.