UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Programa de Pós-Graduação em Fármaco e Medicamentos
Área de Produção e Controle Farmacêuticos

Serviços farmacêuticos em Unidades de Saúde no Município de São Paulo: diagnóstico situacional e proposta de sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico

Maria Gabriela Borracha Gonçalves

Dissertação para obtenção do Título de
MESTRE

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Storpirtis

São Paulo
2017

Maria Gabriela Borracha Gonçalves

Serviços farmacêuticos em Unidades de Saúde no Município de São Paulo: diagnóstico situacional e proposta de sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de MESTRE

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Storpirtis

Versão corrigida da Dissertação conforme resolução CoPGr 6018

São Paulo
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Elaborada pela Divisão de Biblioteca e
Documentação do Conjunto das Químicas da USP.

Gonçalves, Maria Gabriela Borracha

G635s Serviços farmacêuticos em unidades de saúde no município de São Paulo:
diagnóstico situacional e proposta de sistemática para o acompanhamento
farmacoterapêutico / Maria Gabriela Borracha Gonçalves. -- São Paulo, 2017.
131p.

Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da
Universidade de São Paulo. Departamento de Farmácia

Orientador : Storpiritis, Sílvia

1. Atenção farmacêutica I. T. II. Storpiritis, Sílvia, orientador.

615.18h CDD

Maria Gabriela Borracha Gonçalves

Serviços farmacêuticos em Unidades de Saúde no Município de São Paulo: diagnóstico
situacional e proposta de sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico

Comissão Julgadora da
Dissertação para obtenção do Título de Mestre

Prof^a. Dr^a. Sílvia Storpirtis
Orientadora/presidente

Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira
1º examinador

Profa. Dra. Sonia Lucena Ciprian
2º examinador

Profa. Dra. Daniela Oliveira de Melo
3º examinador

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À minha orientadora, Prof. Dra. Sílvia Storpirtis, pela oportunidade de realizar um sonho da minha carreira. A realização do mestrado foi extremamente gratificante e enriquecedora e todos os frutos que vieram deste trabalho também. Muito obrigada pelos ensinamentos, pelo apoio, pela dedicação e pelo exemplo de farmacêutica, de professora, de pesquisadora, de orientadora, de mulher (guerreira).

Às farmacêuticas e aos alunos da FARMUSP, especialmente a Samara que me ajudou muito na organização dos resultados e elaboração da discussão.

À FCF USP, aos seus professores e funcionários, pelos conhecimentos transmitidos e pelas experiências vividas tanto na graduação quanto na pós-graduação.

À Escola de Enfermagem da USP, onde cursei boa parte das minhas disciplinas e onde aprendi muito sobre o SUS e sobre o cuidado.

A todos os profissionais de saúde das AMA/UBS, com quem eu pude ter o prazer de trabalhar nesses últimos três anos e meio. O trabalho, a competência e a dedicação deles com os pacientes renovam a cada dia minha esperança de termos um sistema de saúde mais humanizado.

À minha família 'buscapé' mais maravilhosa do mundo, especialmente as mulheres guerreiras pertencentes a ela e ao "Seu Borracha".

À maior guerreira de todas, *Mamis* linda, que foi meu maior exemplo de mãe, de profissional e de pessoa, que sempre me apoiou e que me deu a melhor herança do mundo, a educação.

Ao Leandro, padrinho de faculdade, de mestrado, de vida, de ideais.

Aos amigos que me apoiaram e entenderam minhas ausências, especialmente a Paula, companheira de casa, de vida, de jornada, de paixão pela Farmácia.

You must be the change you wish to see in the world.

Mahatma Gandhi

RESUMO

GONÇALVES, M. G. B. **Serviços farmacêuticos em Unidades de Saúde no Município de São Paulo: diagnóstico situacional e proposta de sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico.** 2017. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Os serviços farmacêuticos envolvem ações integradas do farmacêutico com a equipe de saúde, focadas no usuário, por meio dos serviços de clínica farmacêutica, atividades de gestão e técnico-pedagógicas. A implantação destes serviços na Atenção Básica deve buscar a adaptação e a reorganização do processo de trabalho dos farmacêuticos. Um dos serviços farmacêuticos mais complexos e completos é o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes. O objetivo do trabalho foi desenvolver uma proposta de sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos nas Redes de Atenção Básica e de Especialidades no Município de São Paulo. Para isso foi realizado um estudo observacional descritivo por meio de um diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos realizados em unidades de saúde de SP e propondo-se critérios de seleção de pacientes e uma sistemática de acompanhamento farmacoterapêutico. O diagnóstico situacional foi realizado utilizando publicações da SMS-SP e as respostas auto-referidas de 45 farmacêuticos que atuam em unidades de saúde de SP a um questionário aplicado *on line*. A proposição dos critérios de seleção de pacientes baseou-se em dados disponíveis na literatura e na avaliação do diagnóstico situacional. A proposta da sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico foi elaborada tendo como base a revisão da literatura, o modelo adotado pelo MS e o modelo empregado na FARMUSP. No diagnóstico situacional observou-se que 64% dos farmacêuticos realizam atividades clínicas mas que somente 38% utilizavam algum tipo de formulário específico; 75% participam de grupos terapêuticos/ educacionais e 88% desenvolvem alguma atividade de educação em saúde. Os farmacêuticos que trabalham em unidades AMA/UBS e UBS tiveram cerca da metade do tempo de trabalho destinado a atividades técnico-pedagógicas, seguidas das atividades de gestão (40%) e clínicas (10%). O principal critério de seleção relatado foi o encaminhamento por outros profissionais de saúde, seguido pelos pacientes que participam de algum grupo terapêutico da unidade. Foi proposta uma sistemática de acompanhamento farmacoterapêutico em 4 etapas com o apoio de formulários para o registro e análise de dados. Concluiu-se que as atividades clínicas são realizadas, mas não são de forma sistemática e documentada e que o número inadequado de recursos humanos e a estrutura inadequadas unidades de saúde são barreiras para a implantação das atividades clínicas. A proposta elaborada é o início do processo de implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, sendo a capacitação dos farmacêuticos fundamental para o desenvolvimento das habilidades necessárias para a realização deste serviço.

Palavras-chaves: acompanhamento farmacoterapêutico; serviços farmacêuticos; atenção básica; cuidado farmacêutico.

ABSTRACT

Pharmaceutical services in Primary Health Care Units in the city of São Paulo: situational diagnosis and systematic method for pharmacotherapeutic follow-up

The pharmaceutical services involve integrated actions of the pharmacist with the health team, focused on the user, through the services of pharmaceutical clinic, management, and technical-pedagogical activities. The implementation of these services in Primary Care should seek the adaptation and reorganization of the work process of pharmacists. One of the most complex and complete services of the pharmaceutical care is the pharmacotherapeutic follow-up. The objective of the project was developing a systematic method for the pharmacotherapeutic follow-up to patients of the Primary Health Care of the city of São Paulo. For this, a situational diagnosis of the pharmaceutical services performed in health centers was developed and a selection criteria of patients and a systematic pharmacotherapeutic follow-up was proposed. The situational diagnosis was carried out using the SMS-SP publications and information obtained through the responses of 45 pharmacists who work in health care centers to the questionnaire applied on line. The selection criteria of patients was based on data available in the literature, on the situational diagnosis, in the criteria used in a project developed by MS and in the practice adopted in some health centers in the city of São Paulo. The systematic method proposed for the pharmacotherapeutic follow-up was elaborated based on the literature review and the models adopted by the MS and FARMUSP. The situational diagnosis observed that 64% of pharmacists performed clinical activities, but only 38% use standard form; 75% participate in educational groups and 88% participated in health educational activities. Pharmacists working in AMA / UBS and UBS units had about half the time spent working on technical-pedagogical activities, followed by management activities (40%) and clinical activities (10%). The main selection criterion reported was referral by other health professionals, followed by patients participating in some therapeutic groups. A systematic pharmacotherapeutic follow-up method was proposed in 4 stages with the support of forms for data recording and analysis. It was concluded that clinical activities are performed, but are not in a systematic and documented way. The inadequate number of human resources and inadequate structure of health units are barriers to the implementation of clinical activities. The proposal elaborated is the beginning of the process of implementation of the pharmacotherapeutic follow-up, and the qualification of pharmacists is fundamental for the development of the necessary skills to carry out this service.

Key-words: Pharmaceutical Services; Primary Health; Pharmaceutical Care.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	Linha do tempo.....	26
Figura 2	Serviços farmacêuticos realizados nas unidades de saúde. Adaptado de: BRASIL, 2015a.....	65
Gráfico 1	Distribuição das Atividades Farmacêuticas em Unidades de Saúde.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica e de Especialidades da SMS-SP entre as Coordenadorias Regionais de Saúde	49
Tabela 2	Recursos humanos das Farmácias das unidades e dimensionamento do número de auxiliares segundo padrões SBRAFH	63
Tabela 3	Atividades clínicas realizadas nas unidades de saúde.....	68
Tabela 4	Participação dos farmacêuticos em grupos educacionais e terapêuticos.....	72
Tabela 5	Distribuição do tempo dedicado às atividades do farmacêutico	75
Tabela 6	Etapas do acompanhamento farmacoterapêutico e os formulários utilizados em cada etapa.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AF	Assistência Farmacêutica
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
BMQ	<i>Brief Medication Questionnaire</i>
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCF-USP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP
FARMUSP	Farmácia Universitária da USP
HU-USP	Hospital Universitário da USP
MTM	<i>Medication Therapy Management</i>
SMS-SP	Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAVS	Programa Ambientes Verdes e Saudáveis
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PRM	Problemas Relacionados com os Medicamentos
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PRO	Projeto Região Oeste
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	17
2.1.1 <i>Assistência Farmacêutica no SUS</i>	21
2.2 ATUAÇÃO CLÍNICA E O CUIDADO FARMACÊUTICO	27
2.2.1 <i>Acompanhamento farmacoterapêutico</i>	31
2.3 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA INTERNACIONAL: AUSTRÁLIA, INGLATERRA, PORTUGAL, ESPANHA E CANADÁ	35
3. OBJETIVOS	41
3.1 OBJETIVO GERAL	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4. MATERIAL E MÉTODOS	42
4.1 TIPO DE ESTUDO, TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	42
4.2 MÉTODOS	42
4.2.1. <i>Diagnóstico Situacional</i>	42
4.2.1.1 Pesquisa e análise de publicações elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS-SP)	42
4.2.1.2 Elaboração e aplicação do questionário.....	43
4.2.2 <i>Critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico em unidades de saúde no Município de São Paulo</i>	45
4.2.3 <i>Etapas do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em unidades de saúde no Município de São Paulo</i>	45
4.2.4 <i>Análise Estatística</i>	45
4.2.5 <i>Aspectos Éticos</i>	46
4.2.5.1 Benefícios	46
4.2.5.2 Riscos	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	48
5.1.1 <i>Pesquisa e análise de relatório gerencial e manual elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo</i>	48
5.1.2 <i>Análise e discussão das respostas ao questionário</i>	57
5.1.2.1 Perfil do farmacêutico	57
5.1.2.2 Características/ Perfil da Unidade	59
5.1.2.3 Atividades do farmacêutico	64
5.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE PACIENTES PARA O ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	78

5.3 ETAPAS PARA O ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	83
6. CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
APÊNDICE I: QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FARMACÊUTICOS.....	100
ANEXO I: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	108
ANEXO II: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	113
ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	119
ANEXO IV: FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	122

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos quase 30 anos da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se observar a evolução e o esforço para atender aos novos princípios e à mudança de paradigma nas ações de saúde propostos por este sistema no Brasil. As ações de saúde, anteriormente centradas na assistência médico-hospitalar, foram direcionadas para a prevenção e a promoção da saúde, no contexto da Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica), como ocorreu em outros países. Estas ações resultaram de inúmeras estratégias desenvolvidas em unidades de saúde como o ESF (Estratégia Saúde da Família), o PACS (Programa Agentes Comunitários de Saúde) e o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) (MERCADANTE et al., 2002; PAIM et al., 2011).

Com essa mudança de paradigma, a adequação dos serviços foi necessária em todos os setores de saúde. Tal cenário favoreceu a inserção e ao desenvolvimento da Assistência Farmacêutica nas políticas públicas de saúde, o que foi fundamental para que o farmacêutico passasse a integrar a equipe multiprofissional de saúde.

Entretanto, ainda vivemos sob uma forte tradição de formação farmacêutica voltada para o medicamento, sem um modelo consolidado de prática voltado para as necessidades do usuário. Durante anos, o medicamento foi reconhecido como provedor de saúde, entretanto, a assistência farmacêutica vem ganhando um significado mais amplo, que vai além das atividades logísticas e outros serviços voltados à garantia do acesso a medicamentos de qualidade. Mudanças nas práticas em saúde estão redirecionando o foco dos serviços farmacêuticos, centralizando-os no usuário e passando a considerar o medicamento como insumo estratégico (SANTOS, SOARES, 2016).

Internacionalmente, os serviços relacionados ao cuidado farmacêutico ainda estão em desenvolvimento. Alguns países já realizaram e publicaram estudos sobre a aplicação e os benefícios destes serviços, entretanto, a oferta, de modo geral, ainda

está em fase de estruturação, principalmente devido a questões relacionadas à remuneração e à capacitação dos farmacêuticos.

Um dos serviços mais complexos e completos de cuidado integral do paciente no âmbito farmacêutico é o acompanhamento farmacoterapêutico. Para Chemello e colaboradores (2016), cabe aos farmacêuticos que trabalham em Farmácias-Escola a responsabilidade de partilhar conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento não só deste serviço como o de toda a área clínica. Além disso, para o desenvolvimento do acompanhamento farmacoterapêutico é necessário proporcionar formação adequada aos farmacêuticos que querem atuar na área clínica (CHEMELLO et al., 2014).

Nesse contexto, a Farmácia Universitária da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP (FARMUSP), com novo modelo de atuação a partir de 2008 oferece aos graduandos e pós-graduandos as condições adequadas ao desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, com ênfase nas atividades clínicas, segundo a filosofia do Cuidado Farmacêutico (STORPIRTIS, FERREIRA, NICOLETTI, 2016).

A FARMUSP estabeleceu parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e com o Hospital Universitário da USP (HU-USP) para o desenvolvimento de projeto de Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes, com financiamento referente ao Edital Fapesp PPSUS – Programa de Pesquisa para o SUS (Processo Fapesp 2012/51707-4). O presente projeto é parte integrante do projeto PPSUS, com a finalidade de colaborar com a implantação do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em Unidades de Saúde no Município de São Paulo.

Considerando a experiência já adquirida pela Equipe da FARMUSP no acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, a SMS-SP propôs como passo inicial para o estabelecimento da parceria a realização de um Curso de Aprimoramento sobre o tema “Acompanhamento Farmacoterapêutico em Pacientes Crônicos”. O curso foi realizado em duas edições e contou com a participação de 117 farmacêuticos que atuam em unidades da Rede de Atenção Básica e de Especialidades da SMS-SP.

As discussões ocorridas durante o referido curso reforçaram a necessidade de desenvolver um estudo sobre o tema. Assim, a Área Técnica da Assistência

Farmacêutica da SMS-SP criou um Grupo de Trabalho com dois farmacêuticos representantes de cada uma das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS - Norte, Centro, Leste, Sudeste, Sul e Oeste), que elaborou a Portaria nº 1.918/2016-SMS.G, publicada no dia 27 de outubro de 2016, instituindo o Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Básica e de Especialidades da SMS-SP.

Para avaliar as condições necessárias para a implantação desse serviço nessas unidades, propôs-se a realização de um diagnóstico situacional com o objetivo de conhecer a estrutura da Rede de Atenção Básica e de Especialidades da SMS-SP, além do estudo e elaboração dos critérios de seleção e das etapas envolvidas no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, de forma a constituir uma proposta de sistemática a ser empregada no Município de São Paulo.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde no Brasil

Ao longo do século XX, o Brasil passou por um intenso período de industrialização e desenvolvimento econômico, concomitante à instabilidade política, golpe militar e governos autoritários (PAIM et al., 2011).

Em 1988, mudanças políticas e estruturais resultam em uma nova Constituição, segundo a qual a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado, garantida 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).

Esse novo direito conduziu a uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. Primeiro, adotando a saúde como direito social; segundo, definindo um novo paradigma para a ação do Estado na área. Desde então, tem-se estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo para atender às necessidades da população de um País com dimensões continentais com grande variedade de ambientes e realidades socioeconômicas (MERCADANTE et al., 2002; PAIM et al., 2011).

As ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990. Este sistema teve como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, em um contexto de descentralização política-administrativa e participação social no controle da gestão (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Os princípios do SUS apontaram para a construção de um sistema de saúde que revertia a lógica das ações e serviços de saúde, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a prevenção e promoção da saúde. Assim, o

desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – foi prioritário na implantação do SUS (MERCADANTE et al., 2002).

Estimulada pelo processo de descentralização e por programas inovadores, a atenção básica teve o objetivo de promover o acesso universal de serviços, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implantar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para tanto foram utilizadas diversas estratégias organizacionais e de repasse de recursos como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM et al., 2011).

Criado em 1994, o PSF incorporou e reafirmou os princípios básicos do SUS na estruturação das Unidades de Saúde, vinculadas à rede de serviços de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, e assegurar a sua transferência para serviços de maior complexidade. A inovação do PSF ocorre pela reorganização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para que estas se concentrem nas famílias e nas comunidades, com o foco em ações preventivas e na promoção de saúde. Cada Unidade de Saúde trabalha em um território definido e, dependendo da concentração de famílias, atua com uma ou mais equipes de profissionais. A Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – podem ser incorporados ou constituir uma equipe complementar, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (PAIM et al., 2011, BRASIL, 2011).

Após a criação do SUS e a implantação inicial desses programas, houve muitos avanços e também desafios a superar. Muitas vezes a capacidade administrativa nos diferentes níveis governamentais foi deficiente, pela dificuldade de organização em um país tão grande e heterogêneo. A falta de capacitação dos profissionais, a infraestrutura e os sistemas de informação inadequados e a falta de articulação e organização deste nível de atenção também são identificadas como os problemas e obstáculos para o fortalecimento da AB, impedindo que a AB atinja plenamente seus objetivos (BRASIL, 2006a; ORLANDIN et al, 2017).

Assim, após 15 anos da existência do SUS, o Ministério da Saúde (MS) publica as diretrizes para a implantação do “Pacto pela Saúde” visando à superação da intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e à implantação e qualificação do processo de descentralização, organização e gestão do SUS. Tal pacto foi estruturado em três componentes: “Pacto pela Vida” (compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira); “Pacto em Defesa do SUS” (compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS) e o “Pacto de Gestão” (compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde) (BRASIL, 2006a).

Entre as prioridades do “Pacto pela Vida”, destaca-se o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação da Estratégica da Saúde da Família. A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b) e da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), pela Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006c), reafirmam o compromisso da ampliação e da qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Tais políticas têm em seu processo de construção e de implantação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007).

Outra ação importante para apoiar a consolidação da atenção básica foi a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008. Tais equipes multiprofissionais se associam ao PSF para expandir a cobertura e o escopo da atenção básica para apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contra referências regionais. A atuação integrada possibilita as discussões de casos clínicos, o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia

e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Estas ações de saúde têm com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2008).

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde devem estar organizados para oferecer atenção contínua e integral a diferentes grupos populacionais, considerando suas características e necessidades em saúde, que envolvem fatores sociais, econômicos e culturais. No entanto, a falta de respostas oportunas a estas necessidades desencadeou uma crise nos sistemas de saúde, reflexo tanto da situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas como da descontinuidade do cuidado em saúde (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde fundamentada nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, se mostrou insuficiente para dar conta dos desafios sanitários e insustentável para os enfrentamentos futuros dos serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 2010b).

Assim, pela publicação da Portaria nº 4279, foram estabelecidas as diretrizes para a implantação e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que corresponde a arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

A RAS é a forma de organização que inclui a atenção primária à saúde, pontos de atenção secundária e terciária, sistemas logísticos, sistema de governança e sistemas de apoio. A atenção primária à saúde é o centro de comunicação da RAS e os serviços são apoiados e complementados por pontos de diferentes densidades tecnológicas da atenção secundária e terciária. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos de diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010b).

A organização da RAS ocorre a partir de um “processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamental cooperativos,

voltado para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde” (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, houve a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2011, reforçando que a atenção básica é a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a RAS. Os princípios que norteiam a atenção básica passam a ser a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social e deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2011).

Outras ações também foram realizadas com os objetivos de expansão e consolidação da atenção básica: o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que destina recursos para construções, ampliações e reformas das UBS; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq); a implantação do novo Sistema de Informações para a Atenção Básica (Sisab/e-SUS AB); os programas de provimento e fixação de profissionais na AB (Mais Médicos e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica-Provab); os investimentos em educação permanente; a possibilidade de expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para todos os municípios com equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2015a).

2.1.1 Assistência Farmacêutica no SUS

Os modelos de saúde que precederam o SUS contribuíram para afastar o farmacêutico dos pacientes, pois não previam a sua participação na equipe de saúde e nem o medicamento era considerado insumo estratégico (BRASIL, 1998; MARIN et al., 2003; PEREIRA; FREITAS, 2008).

A implantação do SUS possibilitou a abertura de discussões sobre novos conceitos e diretrizes para redirecionar as ações em saúde no Brasil. Neste novo modelo, pela primeira vez, foi introduzido o conceito de Assistência Farmacêutica (AF) e uma Política de Medicamentos como parte integrante das políticas de saúde. Estas

mudanças possibilitaram ao farmacêutico participar de maneira mais efetiva na saúde pública e desenvolver formas específicas de tecnologia envolvendo os medicamentos e seus desdobramentos na prestação de serviços de saúde, procurando construir um espaço diferenciado para o medicamento no novo modelo assistencial (BRASIL, 1998; MARIN et al., 2003).

A partir desses reconhecimentos, tornou-se indispensável a organização da AF com ênfase na saúde coletiva, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Desde então, o Brasil vem passando por importantes transformações, destacando-se inicialmente a elaboração da Política Nacional de Medicamentos (PNM) publicada em 1998, considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto do SUS (PORTELA et al. 2010)

Segundo a PNM, a orientação do modelo de AF foi fundamentada na descentralização da gestão; na promoção do uso racional dos medicamentos; na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos medicamentos e insumos, viabilizando o acesso da população (BRASIL, 1998).

Para organizar um processo coletivo que permita a estruturação e a consolidação da AF, o estabelecimento de uma gerência efetiva na execução dessas atividades assume um papel prioritário (MARIN et al., 2003).

Assim, o Ministério da Saúde criou Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), de acordo com o Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. A criação do DAF foi o primeiro passo para a institucionalização da AF no MS (BRASIL, 2003; PORTELA et al., 2010).

Como primeira ação do DAF, foi publicada, em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde, com a seguinte definição para Assistência Farmacêutica:

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

O aperfeiçoamento dessa Política visava à superação do entendimento de que o foco da Assistência Farmacêutica estava no medicamento, destacando as ações necessárias ao cuidado com as pessoas.

Em 2006, o “Pacto da Saúde” publicado pelo MS destaca a AF como responsável pelo desenvolvimento de ações que visam qualificar a dispensação e o acesso da população aos medicamentos. Como consequência, em 2007, é publicada a Portaria MS/GM nº 204 com a finalidade de organizar e regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos fiscais para as ações e serviços de saúde do SUS. Em relação à AF houve a constituição de três componentes (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007):

- Componente Básico: financiamento de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Básica em Saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos;
- Componente Estratégico: financiamento dos programas de saúde estratégicos como para o controle de endemias (tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, Doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional), antirretrovirais do programa DST/aids; sangue e hemoderivados e imunobiológicos;
- Componente Especializado: financiamento de medicamentos em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e em Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2007).

Essas Políticas e as ações decorrentes deram grande destaque para as atividades de aquisição e de distribuição, aumentando notoriamente o acesso da

população aos medicamentos. Tal êxito fez com que estas atividades se consolidassem histórica e institucionalmente, como foco e limite das atividades da AF relacionadas aos medicamentos no País. Em decorrência desse quadro, muitos setores consideram a Assistência Farmacêutica como apenas um sistema logístico de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e de serviços do SUS (BRASIL, 2015a).

Contudo para produzir efetiva melhoria na saúde e na qualidade de vida da população, somente a garantia ao acesso ao medicamento não é suficiente. Como exemplo, há a não adesão ao tratamento farmacológico prescrito como causa importante para o insucesso do tratamento, e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde. A disponibilidade dos medicamentos deve atender às necessidades epidemiológicas, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas, mas também é igualmente necessária a orientação do uso correto dos medicamentos e o monitoramento da sua utilização, por meio de diferentes serviços (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015a).

Com a reorganização dos serviços e ações de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a AF passa a ser considerada um dos sistemas de apoio, que presta serviço a todos os pontos de atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária). Considerando que a AF desenvolve também serviços clínicos assistenciais, e considerando a fase de implantação RAS no País, tornou-se estratégico e oportuno promover a ampliação dos serviços da AF (BRASIL, 2010b; BRASIL 2015a).

A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade é um desafio para o sistema de saúde brasileiro, pois o processo de trabalho do farmacêutico ainda consiste, essencialmente, nas atividades de gerenciamento e de entrega dos medicamentos, com pouca inserção ou participação do farmacêutico no cuidado efetivo dos usuários (BRASIL, 2015a).

A participação do farmacêutico nas equipes multiprofissionais começa a ser vista como necessidade para atender as demandas do modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários. Em 2011, a atualização da PNAB, passa a incluir o profissional farmacêutico na composição da equipe do NASF (BRASIL, 2011; MENDES, 2011).

A inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional do NASF possibilita que o farmacêutico realize ações de gestão e de cuidado à saúde dos usuários. O cuidado farmacêutico, no contexto da atenção básica, diz respeito a ações que envolvem as duas dimensões do apoio: a clínico-assistencial, na qual o farmacêutico realiza ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada; e a técnico pedagógica, referente às ações que atendam às necessidades das equipes por meio de educação permanente e de outras ações compartilhadas. O objetivo é que o farmacêutico possa prestar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015a, BRASIL, 2010a).

Umas das estratégias para qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito da RAS foi a criação o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS) para contribuir com o processo de desenvolvimento, implantação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população (BRASIL, 2012b).

O QUALIFAR-SUS está organizado em 4 (quatro) eixos:

I. Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos.

II. Eixo Educação: promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde.

III. Eixo Informação: produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços.

IV. Eixo Cuidado: inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Nesse contexto, destacamos aqui duas ações fundamentais realizadas pelo DAF. A primeira ação foi o custeio e a estruturação de uma plataforma de educação à distância e posterior oferecimento de duas edições do Curso de Pós-Graduação *Lato*

Sensu na modalidade educação à distância (EaD): “Gestão da Assistência Farmacêutica” realizado por mais de 2000 farmacêuticos gestores do SUS, atuantes em todas as regiões do Brasil (LEITE et al., 2016).

A segunda ação foi a promoção da implantação de um projeto piloto sobre Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba, cujos resultados subsidiaram a publicação da série de quatro cadernos sobre “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” que, a partir da experimentação realizada, disponibilizou suporte teórico e metodológico para o desenvolvimento de projetos semelhantes em outros municípios do Brasil, como os municípios de Betim e Lagoa Santana no Estado de Minas Gerais e em Recife, capital de Pernambuco. O projeto piloto e os cadernos publicados são um dos principais referenciais utilizados no presente estudo (BRASIL, 2015a).

Tais ações tiveram como objetivos promover o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes para o profissional farmacêutico atuar de forma integrada com as diferentes equipes multiprofissionais da área da saúde, em diferentes níveis de gestão e cuidados, e assim contribuir para melhoria da qualidade da assistência farmacêutica e a resolutividade das ações de saúde.

Figura 1 - Linha do tempo: Evolução da Assistência Farmacêutica no SUS. Fonte: a autora.

2.2 Atuação clínica e o cuidado farmacêutico

A atuação clínica do farmacêutico como estratégia para a obtenção de melhores resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde, para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, já foi comprovada por meio de vários estudos disponíveis na literatura e é amplamente realizada em diversos países (MARTÍNEZ et al., 2014).

O movimento em prol da prática clínica farmacêutica teve início nos anos 1960 nos Estados Unidos, com uma atuação voltada para a área hospitalar, mais focada no atendimento das necessidades da equipe de saúde (informações sobre medicamentos, por exemplo), do que no usuário (CORRER et al., 2016). Entretanto, paulatinamente, constituiu-se como uma nova área, denominada Farmácia Clínica, conceituada pela *American Society of Hospital Pharmacists* como:

[...] a ciência da saúde cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionadas ao cuidado dos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado; necessita, portanto, de educação especializada e treinamento estruturado, além da coleta e interpretação de dados, da motivação pelo paciente e de interações multiprofissionais (PORTA; STORPIRTIS, 2008).

Em 1990, Charles Hepler e Linda Strand publicam um novo conceito dentro da prática clínica denominada “*pharmaceutical care*”, cuja definição inicial foi a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados definidos, que melhorem a qualidade de vida do usuário. Após alguns anos, Cipolle e colaboradores (2000) revisam esse conceito e o transformam em uma prática clínica (HEPLER; STRAND, 1990; CIPOLLE et al., 2000).

No Brasil, esse termo foi traduzido inicialmente como Atenção Farmacêutica, sendo definido na Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, como “um modelo de prática farmacêutica que compreende 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 bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (IVAMA et al., 2002).

Tal prática ainda se encontra em fase de implementação no Brasil e para que se efetive, especialmente no setor público, deve-se prover a conscientização dos gestores de que, como já demonstrado na literatura, a Atenção Farmacêutica proporciona impacto positivo no controle de doenças crônicas, associado à redução de custos para o sistema de saúde e à melhoria da qualidade de vida dos pacientes (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A estrutura e as rotinas estabelecidas nas unidades básicas de saúde ainda dificultam essa prática devido, em parte, às condições inerentes ao atendimento. Na maioria destas unidades, o fluxo de usuários é alto, os recursos humanos são escassos e o tempo e a qualidade de atendimento são sacrificados em benefício do processo de gestão. O serviço farmacêutico é o elo final da cadeia, de modo que o usuário, quase sempre cansado pela espera, na fila da farmácia ou outra, está mais preocupado com o rápido atendimento do que com a orientação propriamente dita. Neste caso, o tempo investido na orientação representa maior desconforto para o usuário, além de reclamações (ARAÚJO; FREITAS, 2006; PEREIRA; FREITAS, 2008).

Com a reestruturação na área de gestão do uso do medicamento, as ações voltadas à racionalidade no emprego dos medicamentos estão aumentando e se consolidando. Com a intensa mobilização de alguns segmentos da classe farmacêutica (Conselho Federal de Farmácia, Conselhos Regionais de Farmácia, Sindicatos, Associação Brasileira de Educação Farmacêutica, entre outros), além do oferecimento de residências farmacêuticas e multiprofissionais, o farmacêutico clínico vem ganhando destaque, e com as novas regulamentações publicadas na última década, há suporte ético e normativo para a execução de suas atividades na área clínica (ANVISA, 2009; CFF, 2013a; BRASIL, 2014b).

Nesse contexto, em 2013, o CFF publica duas resoluções importantes. A Resolução nº 585 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e a Resolução nº 586, que regula a prescrição farmacêutica de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica. (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

Destaca-se, ainda, a importância da definição e harmonização dos conceitos relacionados aos serviços farmacêuticos, fundamental para nortear o processo de mudança, de incorporação dos serviços farmacêuticos à rotina, possibilitando o monitoramento e a criação de indicadores. Esta harmonização é essencial para subsidiar as ações dos gestores do sistema de saúde, bem como dos responsáveis pelas políticas educacionais do País, quanto à necessidade de adequação na formação do farmacêutico e de valorização das potencialidades da sua prática profissional. Estes aspectos motivaram o CFF a elaborar um documento contextualizando e definindo os termos correlacionados à prática clínica (CFF, 2016a).

No referido documento a Farmácia Clínica foi definida como “a área da Farmácia voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças” (CFF, 2016a).

A Farmácia Clínica orienta a prática profissional por meio de modelos. Entre eles está o cuidado farmacêutico, modelo que “orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde” (CFF, 2016a).

Esses serviços podem ser realizados em diferentes estabelecimentos de saúde, incluindo farmácia comunitária, farmácia hospitalar, serviços de urgência e emergência, serviços de atenção primária à saúde, ambulatórios, atendimentos domiciliares, instituições de longa permanência, entre outros (CFF, 2016a).

O Cuidado Farmacêutico, denominação atual para Atenção Farmacêutica no Brasil, é composto por ações integradas do farmacêutico com a equipe de saúde,

focadas no usuário, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas (OPS, 2013, BRASIL, 2015a).

Por ser uma ação com base na relação direta com o usuário, o exercício do cuidado farmacêutico exige habilidade, competência, reflexão, atitude e autonomia do farmacêutico, atuando de forma integrada à equipe de saúde. Trata-se de um conjunto de atividades que passam pela construção de vínculo terapêutico entre o farmacêutico e o usuário, pela compreensão dos fatores que condicionam o comportamento do usuário no contexto singular e pela negociação com os saberes e práticas populares de saúde, de forma a garantir a continuidade e a autonomia dos usuários em relação ao seu cuidado (BRASIL, 2012a; BRASIL 2015a).

O cuidado farmacêutico visa atingir as seguintes metas:

- A orientação integral do usuário, direcionada ao acesso aos medicamentos de que necessita.
- A educação do usuário sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua autonomia sobre o tratamento e a promover o autocuidado com o apoio da equipe multiprofissional.
- A promoção da adesão do usuário aos medicamentos, por meio da orientação terapêutica, da redução da complexidade do tratamento e da provisão de recursos que apoiem a utilização de medicamentos.
- A otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação.
- A avaliação da efetividade dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessários, com o prescritor e a equipe de saúde.
- A identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos.
- A educação do usuário para a guarda e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados ao tratamento (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Esses objetivos são realizados por meio de serviços como a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a

avaliação e promoção da adesão terapêutica. Desta forma, o farmacêutico gerencia a farmacoterapia do paciente de forma integrada e contínua, aumentando a segurança e a efetividade do tratamento, gerando um controle melhor das doenças e contribuindo para a melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2012a; CORRER; OTUKI, 2013, BRASIL, 2015a).

A implantação dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica deve buscar a adaptação e reorganização do processo de trabalho dos farmacêuticos, de modo a aprimorar atividades gerenciais já existentes e a implantar novas atividades, ligadas à clínica farmacêutica, além de atividades técnico-pedagógicas. Estes serviços devem ser dirigidos tanto ao usuário como à equipe de saúde, organizados em uma carteira definida e ofertados de acordo com as necessidades relacionadas aos medicamentos dos usuários e da comunidade (BRASIL, 2015a).

2.2.1 Acompanhamento farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico realizado no âmbito do cuidado farmacêutico. Corresponde ao gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente. Seu objetivo principal é “prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde” (CFF, 2016a).

Por meio do acompanhamento farmacoterapêutico pode-se melhorar o controle da doença, devido ao maior conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos e à melhor comunicação entre os membros da equipe de saúde. Contribui-se também para a redução dos erros de medicação e de reações adversas pela detecção de problemas relacionados à farmacoterapia (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Considerando-se que no Brasil esse serviço ainda está em desenvolvimento, farmacêuticos ligados a Farmácias-escola (Farmácias Universitárias) têm a responsabilidade de partilhar os seus conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento desta área, cujos resultados devem melhorar a saúde do paciente e do próprio sistema de saúde pública, em relação à eficácia e à segurança dos tratamentos. Além disso, para o desenvolvimento da prática do acompanhamento farmacoterapêutico é necessário proporcionar formação e conhecimentos adequados aos farmacêuticos que querem atuar na área clínica (CHEMELLO et al., 2014).

Algumas experiências de implantação de acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes hipertensos e diabéticos em farmácias privadas brasileiras tiveram bons resultados, entretanto, a maioria desses serviços não se perpetua por mais do que alguns anos. Entre as dificuldades encontradas estão a falta de qualificação e experiência do farmacêutico, a falta de planejamento de longo prazo, a desarticulação do serviço farmacêutico com os serviços de saúde locais, a ausência de um plano de remuneração por serviços e ao fato do processo estar demasiadamente atrelado ao médico e dependente das condições estruturais do sistema público de saúde (CORRER; OTUKI, 2011).

Assim, um dos desafios encontrados para a implantação desse serviço é a adequação ao perfil dos usuários. O perfil epidemiológico da região e as necessidades dos pacientes devem ser os fatores norteadores para a construção do serviço clínico farmacêutico. Isso pode incluir o atendimento de transtornos menores, uso de medicamentos por gestantes, pacientes polimedicados com dificuldades de adesão ao tratamento prescrito, pacientes idosos fragilizados ou pacientes crônicos que necessitam de cuidado contínuo (CORRER; OTUKI, 2011).

O acompanhamento farmacoterapêutico, assim como outras práticas em saúde, necessita de procedimentos de trabalho normatizados e validados para ser realizado com máxima eficiência, possibilitando a avaliação do processo e, sobretudo, dos resultados. A definição clara do processo do atendimento ao paciente não tem o propósito de tirar a liberdade ou impor barreiras para a atuação do farmacêutico, mas visa alcançar uma série de resultados positivos. Um processo bem descrito possibilita

que outros farmacêuticos possam também aplicar o mesmo método, além de facilitar o aprendizado e o ganho de experiência, tornando a comunicação mais efetiva entre os profissionais (CIPOLLE et al., 1998).

Há vários métodos disponíveis na literatura relacionados ao acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. Os mais utilizados por pesquisadores e farmacêuticos no mundo são o Método Dáder, o *Pharmacotherapy Workup* (PW) e o método que reúne quatro elementos fundamentais, ou seja, Dados Subjetivos, Objetivos, Avaliação e Plano (SOAP). Esses métodos visam fornecer ao farmacêutico algumas ferramentas e sugestões de abordagens e procedimentos para a realização do atendimento clínico (PEREIRA; FREITAS, 2008; CASTRO et al., 2008; CORRER; OTUKI, 2011).

O Método Dáder foi desenvolvido pelo *Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica*, da Universidade de Granada, em 1999. Originalmente foi desenvolvido para ser aplicado em farmácias comunitárias, mas pode ser utilizado em qualquer âmbito assistencial (MACHUCA et al., 2003).

Esse método tem como primeira etapa a oferta do serviço ao usuário, seguida da primeira entrevista onde as informações acerca dos problemas de saúde/queixas e da farmacoterapia servirão como base para a construção da história farmacoterapêutica do paciente. Na etapa seguinte, o farmacêutico realiza uma análise situacional, o que facilita a visualização do paciente como um todo e possibilita decidir como melhor intervir e monitorar a evolução do acompanhamento (fase de estudo e avaliação global). Em um segundo encontro, o farmacêutico elabora um plano de ação juntamente com o usuário e realiza as intervenções necessárias. Posteriormente, verifica-se se os resultados pactuados foram atingidos (resultado das intervenções) e reavalia-se a necessidade de novas ações (entrevistas sucessivas) (MACHUCA et al., 2003).

As principais vantagens do Método Dáder são a sua abordagem inicial, que apesar de extensa é bastante completa, e a disponibilização de tempo para a análise das informações na fase de estudo, o que possibilita avaliação mais criteriosa da literatura disponível (CORRER et al., 2016).

O Método de Estudo da Terapia Farmacológica - *Pharmacotherapy Workup* (PW), inicialmente chamado de *Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT), foi desenvolvido na Universidade de Minnesota (EUA) por Strand e colaboradores. Seu objetivo é verificar se as necessidades do paciente em relação aos medicamentos estão sendo atendidas e a existência de problemas relacionados aos medicamentos (PRM), verificando-se também as experiências do paciente com o uso dos medicamentos (CIPOLLE, et al., 1998).

A realização desse método deve ser sistematizada, contínua, por meio de uma relação terapêutica estabelecida com o paciente. O processo envolve uma série de perguntas padronizadas, sendo que as respostas geram um conjunto de hipóteses continuamente testadas, facilitando a tomada de decisão quanto à melhor farmacoterapia para o paciente. Os três principais componentes do método são: acessar e avaliar os dados do paciente, seus problemas de saúde e a terapêutica adotada (identificação de PRM), com o desenvolvimento de um plano de atuação que possa ser monitorado para avaliação da evolução dos resultados (CIPOLLE et al., 1998).

Considera-se que o método PW é bem desenvolvido quanto ao planejamento dos cuidados a serem ofertados ao usuário, além de facilitar o processo como um todo, uma vez que não corresponde a um simples formulário a ser preenchido (CORRER et al., 2016).

O Método SOAP é o método mais amplamente empregado pelos profissionais de saúde no Brasil, tendo como principal ponto positivo sua objetividade e seu fácil entendimento por qualquer profissional (CORRER et al., 2016).

Os dados subjetivos (S) compreendem as queixas dos pacientes e outras informações fornecidas por eles, pelos parentes ou pelos acompanhantes. No caso da abordagem farmacêutica deve-se buscar informações sobre o uso de medicamentos e a relação destes com as referidas queixas e enfermidades. Os dados objetivos (O) incluem sinais vitais, resultados de exames e testes laboratoriais. A avaliação (A) refere-se às conclusões sobre a situação do paciente, particularmente os problemas da farmacoterapia identificados. O plano (P) inclui os exames a serem solicitados e as

intervenções realizadas como: informações prestadas aos pacientes e familiares visando à orientação e à educação, as sugestões feitas para mudanças na farmacoterapia e os encaminhamentos a outros profissionais (CORRER et al., 2016).

Esse método não utiliza formulário específico, sendo as informações registradas como texto livre, o que exige maior habilidade e experiência do profissional para a sua realização (CORRER et al., 2016).

A escolha do método a ser utilizado dependerá da formação e prática do profissional e do ambiente em que será aplicado. Métodos mais complexos, como o Dáder, podem ser utilizados em fases de capacitação, pois o detalhamento e o tempo dedicado à análise das informações obtidas possibilitam melhor condução do processo, facilitam a obtenção e a internalização de conhecimentos, o desenvolvimento das habilidades e do raciocínio clínico necessários para a realização adequada do processo. Após adquirir experiência na realização do processo, métodos mais práticos e objetivos podem ser utilizados ou adaptados, considerando as necessidades do serviço e da população (CORRER et al., 2016).

2.3 Panorama da assistência farmacêutica internacional: Austrália, Inglaterra, Portugal, Espanha e Canadá

Considerando-se que o SUS possui particularidades e semelhanças com outros sistemas de saúde no plano mundial, optou-se por comparar os serviços farmacêuticos realizados em alguns países considerados como referência para colaborar com a discussão sobre os serviços farmacêuticos prestados e em desenvolvimento no Brasil.

Os sistemas de saúde internacionais apresentam grande variação de coparticipação da oferta de serviços e formas de financiamento entre o setor público e o privado. O sistema de saúde brasileiro, SUS, é frequentemente comparado ao britânico, o *National Health Service* (NHS), pois ambos possuem os mesmos princípios norteadores: universalidade, integralidade e prestação dos serviços, em sua maioria, pelo setor público e focados na atenção básica (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Na Austrália, também predomina a oferta de serviços de saúde pelo sistema público, denominado *Medicare*. Os serviços de saúde do setor público são prestados por todos os níveis de governo (local, estadual ou territorial, nacional) e incluem hospitais públicos e consultas a médicos de clínica geral. Os prestadores de serviços de saúde do setor privado incluem hospitais privados, práticas médicas e farmácias comunitárias (MOLES; STEHLIK, 2015).

O Canadá criou uma legislação federal bastante específica, denominada *Canada Health Act* (CHA), que prevê que todos os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde gratuitamente. Os gastos são cobertos pelo financiamento público, mas os serviços são prestados por empresas privadas. O sistema de saúde se caracteriza por ser universal e público, ou seja, não há a possibilidade de aderir a um plano de saúde, existe apenas a extensão da cobertura normal, que lhe dá acesso a alguns benefícios, como ambulância e quarto privativo em um hospital. Um ponto a ser destacado é o empoderamento local, já que no Canadá cada província possui liberdade de escolha no investimento e nas decisões primordiais em relação à sua população, seguindo somente os padrões mínimos estabelecidos pelo CHA (MOURA, 2006).

A organização da rede de atenção à saúde pública é um dos aspectos que mais diferencia o Brasil dos outros países. No Brasil, os centros de saúde voltados para a atenção primária, chamados de Unidades Básicas de Saúde (UBS), prestam diversos serviços realizados por uma equipe multiprofissional a uma população local, dentre os quais estão os serviços farmacêuticos.

Assim, no Brasil, dentro das UBS estão as farmácias públicas que dispensam medicamentos padronizados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Em paralelo existem farmácias do setor privado, que vendem medicamentos e prestam serviços segundo a legislação vigente.

Nas farmácias privadas também pode existir a dispensação de medicamentos sem ônus para o usuário ou por coparticipação, que corresponde a uma estratégia para aumentar o acesso da população aos medicamentos por meio dos Programas “Farmácia Popular” (2004) e “Aqui tem Farmácia Popular” (2011) (MACHADO-DOS-SANTOS, NASCIMENTO, 2015).

Internacionalmente, as farmácias são majoritariamente privadas, sendo denominadas por farmácias comunitárias, podendo ou não dispensar medicamentos e prestar serviços financiados pelo governo. O acesso e o financiamento dos medicamentos pelo setor público é outro aspecto com diferentes tipos de regulação nos países. Na Austrália, a Política Nacional de Medicamentos tem como base uma lista de mais de 800 medicamentos padronizados que são fornecidos (subsidiados) para qualquer pessoa que seja vinculada ao *Medicare*. Em 2015, o valor de co-pagamento para prescrições de médicos autorizados pelo sistema era de \$37.70 AUD para um paciente comum e de \$6.10 AUD para um paciente com concessão (assalariados de baixa renda, pensionistas e veteranos de Guerra) (MOLES; STEHLIK, 2015).

Esse sistema de coparticipação para o acesso de medicamentos também ocorre na Inglaterra. Desde 2013, os pacientes pagam uma taxa de £7,85 por prescrição, independentemente da quantidade de itens e do preço dos medicamentos. Pacientes ambulatoriais, idosos, crianças e pessoas de baixa renda são isentos de taxa. O preço dos medicamentos é livre, mas na prática, é limitado pela avaliação de introdução de novos produtos. A maioria das prescrições é proveniente do NHS e os medicamentos são dispensados pelas farmácias privadas e pagos pelo NHS. (AMORIM; PERILLO, 2014).

As decisões sobre introdução de novos medicamentos e a incorporação de novas tecnologias em saúde são realizadas pelo Departamento de Saúde do NHS, assessorado pelo *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE). O NICE também seleciona, produz e dissemina protocolos clínicos, visando à atingir padrões de desempenho e de qualidade para os distintos provedores de serviços do NHS (AMORIM, PERILLO, 2014; TANAKA, OLIVEIRA, 2007).

Na Austrália, assim como no Brasil, não há restrição para ser proprietário de uma farmácia, mas para seu funcionamento é necessário o registro em um órgão específico e um farmacêutico responsável para supervisionar as operações de cada farmácia (JONES et al., 2005).

Na Europa, em países como Inglaterra, Portugal e Espanha existem critérios para a abertura de novas farmácias com base na distância entre as farmácias ou o

número de pessoas atendidas. Na Espanha e na França, somente os farmacêuticos podem ser proprietários de uma farmácia (MARTINS et al., 2015).

No Canadá, a regulamentação relativa à operação e à propriedade das farmácias comunitárias varia entre as províncias. No território do Yukon, por exemplo, uma farmácia comunitária deve obter uma licença comercial e ter um farmacêutico licenciado dispensando medicamentos, sem restrições adicionais relativas à propriedade ou localização da farmácia. Em contraste, as farmácias da província de Québec estão sob maior restrição, exigindo-se a propriedade do farmacêutico (JONES et al., 2005).

Para se tornar um farmacêutico na Austrália, os alunos devem concluir um programa de graduação credenciada pelo *Australian Pharmacy Council* (APC) de duração de quatro anos para Bacharel em Farmácia e de mais dois anos para “*Master*” em Farmácia, seguido por um ano de estágio supervisionado. Para se registrar na *Australian Health Practitioner Regulation Agency* (AHPRA) é necessário passar por exames escritos e orais e para manter o registro, o farmacêutico deve completar e registrar pelo menos 40 créditos de desenvolvimento profissional contínuo anualmente. O desenvolvimento profissional contínuo obrigatório foi introduzido em 2010 (JONES et al., 2005).

A graduação de Farmácia nos países da União Europeia tem a duração de cinco anos incluindo de 6 a 12 meses de prática. Para o início da atuação, em países como Portugal e Espanha, é necessário o registro em uma Sociedade Farmacêutica e, em Portugal também é necessário realizar desenvolvimento profissional contínuo definido por lei e pela Sociedade Farmacêutica (MARTINS et al., 2015).

Para apoiar o farmacêutico, os técnicos de farmácia e auxiliares podem realizar vários serviços em farmácias comunitárias. Na Austrália a equipe de apoio também pode dispensar medicamentos e realizar outras tarefas administrativas, como controle de estoques e reabastecimento. Os membros da equipe de farmácia não são obrigados pela legislação a possuir qualquer qualificação educacional formal ou requisitos de registro, entretanto, as diretrizes das sociedades farmacêuticas recomendam que todos os técnicos e auxiliares dispensadores realizem e completem cursos de treinamento

reconhecidos e relevantes para desempenhar esta função. As sociedades farmacêuticas australianas sugerem que, no mínimo, 1 a 2 técnicos devem ser empregados para apoio por farmacêutico (MOLES, STEHLIK, 2015).

Em uma revisão sistemática sobre os serviços farmacêuticos na Europa, a dispensação de medicamentos está presente em todos os países estudados. Além disso, os serviços mais amplamente disponíveis nas farmácias europeias são os programas de cessação do tabagismo (93,8%), seguidos de programas de gerenciamento de resíduos de drogas (81,3%,) e programas de cuidados farmacêuticos (77,8%). Os serviços menos implementados foram a administração de medicamentos (26,3%) e serviços de prescrição (26,3%). Somente em cerca de metade dos países, como na Inglaterra e em Portugal, existe a remuneração dos serviços farmacêuticos paga pelo governo ou pelo usuário, o que se constitui como uma barreira para a ampliação destes serviços, especialmente o cuidado farmacêutico (MARTINS et al., 2015).

Recentemente, o governo Australiano iniciou alguns modelos de remuneração para os serviços prestados na farmácia comunitária. As farmácias que realizam serviços de unitarização, de dispensação controlada e escalonada de medicamentos específicos (como benzodiazepínicos, analgésicos e antidepressivos), de troca de seringas, de trabalhos em associação com outros profissionais de saúde e intervenções clínicas, recebem incentivos financiados pelo governo. Serviços mais complexos e demorados como o acompanhamento farmacoterapêutico possuem maior remuneração. Por exemplo, para cada consulta de acompanhamento é pago \$ 105,29 AUD ao farmacêutico. O serviço é solicitado somente por um médico e apenas os farmacêuticos credenciados estão autorizados a prestar serviços de revisão da farmacoterapia. Os farmacêuticos realizam treinamento antes de serem credenciados, sendo que para manter sua acreditação devem realizar e registrar cursos de educação continuada (MOLES, STEHLIK, 2015).

No Canadá, os serviços cognitivos dos farmacêuticos se tornaram mais frequentemente fornecidos a medida que os farmacêuticos comunitários começam a seguir o modelo de prática de cuidados farmacêuticos. O pagamento para a prestação

desses serviços é diferente entre as províncias, mas pode ser feito por alguns planos de seguro privado, vários planos de seguro público e particulares. Em dezembro de 2003, os serviços farmacêuticos foram considerados despesas tributárias (anteriormente a única despesa legítima reconhecida era a taxa profissional), entretanto, a falta de financiamento foi citada como uma das principais barreiras para a realização dos serviços farmacêuticos. Outras barreiras citadas foram: a falta de tempo, insuficiência de recursos humanos, falta de informação e conhecimento terapêutico, dificuldade em se comunicar com os médicos, preocupações com a confidencialidade do paciente, além do uso de várias farmácias (JONES et al., 2005).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver proposta de sistemática para acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos nas unidades de saúde das Redes de Atenção Básica e de Especialidades no Município de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Realizar o diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos realizados nas unidades de saúde.

3.2.2 Elaborar proposta de critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico.

3.2.3 Elaborar proposta de etapas para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo, território e população de estudo

O estudo é observacional descritivo, cujo território corresponde à Rede de Atenção Básica e de Especialidades da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), gerida pelas seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS - Norte, Sul, Leste, Centro, Oeste e Sudeste) e distribuídas em 24 Supervisões Técnicas, que coordenam as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos.

O projeto tem como população de estudo 117 farmacêuticos que atuam em unidades de saúde no Município de São Paulo e que participaram do curso ministrado pela equipe de farmacêuticos da FARMUSP com o tema “Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes Crônicos”, nos períodos de 30 de março a 04 de maio de 2016 (1ª edição) e de 14 de setembro a 26 de outubro de 2016 (2ª edição). Os farmacêuticos participantes do curso foram selecionados pela SMS-SP, sendo que a amostra foi estabelecida por conveniência. Esta amostra representa cerca de um terço dos farmacêuticos que atuam na Rede de Atenção Básica e Especializada no Município de São Paulo (dados fornecidos pela SMS-SP, não publicados).

4.2 Métodos

4.2.1. Diagnóstico Situacional

4.2.1.1 Pesquisa e análise de publicações elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS-SP)

A pesquisa utilizou dados secundários sobre a estrutura e os serviços ofertados pela Rede de Atenção Básica e de Especialidades no Município de São Paulo e as atribuições do profissional farmacêutico nestes serviços.

Foram utilizadas publicações elaboradas pela SMS-SP, como relatórios gerenciais disponíveis na página *web* da Prefeitura de São Paulo, e na última edição do Manual de Assistência Farmacêutica da SMS-SP, publicado em 2016 (SÃO PAULO, 2016b).

4.2.1.2 Elaboração e aplicação do questionário

Foi elaborado questionário (APÊNDICE I) constituído por perguntas abertas e fechadas para obter informações auto-referidas dos farmacêuticos com relação ao seu perfil, as características e ao perfil da unidade de saúde onde o farmacêutico trabalha e as atividades exercidas por ele na unidade. Este questionário foi desenvolvido na plataforma *on-line Survey Monkey*[®].

O *link* da página do questionário *on-line* foi enviado por *e-mail* aos 117 farmacêuticos que participaram do curso referido anteriormente, organizado a partir do estabelecimento de uma parceria entre a FARMUSP/FCF-USP e a SMS-SP.

Os farmacêuticos tiveram 32 dias (de 3 de maio a 2 de junho de 2017) para responder ao questionário. Após este período, as respostas dos questionários preenchidos foram tabuladas por meio do programa *Microsoft Excel*[®] para posterior análise.

As questões 1 a 7, 10 e 11 eram referentes ao perfil do farmacêutico, obtendo-se informações quanto ao gênero, idade, ano de formação, grau de especialização, tempo em que trabalhava em unidades de saúde, sobre a jornada de trabalho (30 horas, 40 horas ou 12/36 horas) e em quantas unidades de saúde o farmacêutico atuava.

As questões 8,9 e 12 a 22 avaliavam o perfil e as características da unidade onde o profissional questionado trabalhava. Foram elaboradas perguntas sobre qual a Supervisão Técnica de Saúde a unidade pertencia, a Organização Social de Saúde administrava a unidade, o tipo de unidade (Unidade Básica de Saúde, Atendimento Médico Ambulatorial, etc.), a existência de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sobre o número de farmacêuticos e de auxiliares/técnicos que trabalham na farmácia da unidade e a quantidade de prescrições atendidas diariamente na farmácia.

Questionou-se também sobre a estrutura da unidade verificando-se se na farmácia o farmacêutico possuía espaço próprio dentro da farmácia com mesa, cadeira e computador para realizar suas atividades e se a unidade disponibilizava uma sala exclusiva ou compartilhada devidamente equipada (mesa, cadeiras, computador, aparelho para aferir a pressão arterial, aparelho de monitoramento glicêmico, balança) para a realização da consulta farmacêutica.

As questões 27 e 28 eram sobre quais eram os profissionais que encaminhavam os pacientes para consulta/visita e quais os critérios de seleção de pacientes eram utilizados. As respostas obtidas para estas questões foram analisadas, discutidas e consideradas na elaboração da proposta dos critérios de seleção de pacientes.

As questões 23 a 26 e 29 a 33 solicitavam informações sobre as atividades realizadas pelo farmacêutico na unidade. Assim questionou-se sobre a realização de visitas domiciliares e consultas farmacêuticas, o tempo e a frequência destas atividades e se, para sua realização eles utilizavam algum formulário específico. Também foi questionada a realização de atividades gerenciais, a participação em grupos terapêuticos/ educacionais e comissões, realização de educação continuada para a equipe de saúde e técnicos de Farmácia e de educação em saúde para a população, bem como orientações dos programas de dispensação de medicamentos. Foi solicitado que o farmacêutico selecionasse as atividades que exercia, informando quanto tempo, em média, era necessário para a realização de cada uma delas durante o mês

A estrutura e as perguntas tiveram como base questionário semelhante aplicado no Projeto Piloto de Curitiba, adaptando-se para as atividades realizadas localmente descritas no Manual de Assistência Farmacêutica da SMS-SP (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b; SÃO PAULO, 2013).

4.2.2 Critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico em unidades de saúde no Município de São Paulo

A proposição dos critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes baseou-se em dados disponíveis na literatura, nos critérios empregados no Projeto Piloto de Implantação dos Serviços de Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba (BRASIL, 2015a), na prática adotada em algumas UBS do Município de São Paulo (ANEXO I) e na avaliação das respostas referentes às questões 27 e 28 do questionário aplicado aos farmacêuticos.

4.2.3 Etapas do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em unidades de saúde no Município de São Paulo

A proposta da sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em unidades de saúde no Município de São Paulo foi elaborada tendo como base:

- A revisão da literatura sobre os modelos de acompanhamento farmacoterapêutico.
- O modelo adotado no Projeto Piloto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba (BRASIL, 2015a).
- O modelo empregado na FARMUSP para pacientes com câncer de próstata (Projeto Fapesp-PPSUS nº 2012/51707-4).

4.2.4 Análise Estatística

Os dados coletados foram tabelados empregando-se o programa *Microsoft Excel*® para a realização de análise estatística descritiva.

4.2.5 Aspectos Éticos

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (ANEXO II).

Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e condições da pesquisa, sendo esclarecidos de que os dados coletados serão mantidos em sigilo e que a participação na pesquisa era voluntária. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO III) foi enviado para leitura, juntamente com o questionário *on-line*.

4.2.5.1 Benefícios

Ao participarem da pesquisa, os farmacêuticos forneceram subsídios sobre a estrutura física das farmácias em que trabalham e as atividades que realizam nas unidades de saúde. A análise das respostas pode auxiliar na construção da sistemática de acompanhamento farmacoterapêutico, aplicável em sua rotina, colaborando com a inserção do farmacêutico na equipe de saúde e auxiliando o paciente a manejar sua farmacoterapia.

4.2.5.2 Riscos

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejassem e foram livres para se recusar a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, independentemente de já haver iniciado a sua colaboração.

O participante poderia sentir desconforto em compartilhar algumas informações pessoais. Porém, ele não precisou responder qualquer pergunta que julgasse muito pessoal ou que o incomodasse em responder.

A participação foi voluntária e os farmacêuticos que não participaram, não tiveram qualquer prejuízo ou influência em seus processos de trabalho.

A participação no estudo não implicou custos para os participantes e não foi disponibilizada qualquer compensação financeira.

Só foram incluídos na pesquisa os participantes que aceitaram as condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Diagnóstico Situacional

5.1.1 Pesquisa e análise de relatório gerencial e manual elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo

A Rede de Municipal de Saúde de São Paulo presta serviços em todos os níveis de complexidade e dispõe de mais de 900 unidades. É composta pela Rede de Atenção Básica e de Especialidades Ambulatorial, pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências, além de Hospitais Municipais, Centros de Saúde Mental, Unidades de Referência DST/AIDS, Centros de Saúde Bucal, Centros de Reabilitação, Unidades de Referência a Saúde do Idoso (URSI), Centros de Referência a Saúde do Trabalhador, Centros de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde, Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia e Supervisões de Vigilância em Saúde.

A Rede Especializada inclui os ambulatorios especializados do tipo policlínica, com ou sem hospital-dia, que realizam consultas médicas especializadas (cardiologia, endocrinologia, neurologia, ortopedia, urologia, cirurgia vascular, entre outros), exames de apoio diagnóstico especializado (p. ex. endoscopia, colonoscopia, mamografia, colposcopia, teste ergométrico, ultrassonografia, eletroencefalograma, entre outros) e/ou cirurgias eletivas de baixa e média complexidade em regime de hospital-dia. Cada estabelecimento oferta uma grade de especialidades específica, conforme as necessidades de saúde da região, e são nominados como: Hospital Dia da Rede Hora Certa (HD-RHC); Ambulatórios de Especialidades (AE) e AMA Especialidades (AMA-E).

A Rede de Atenção Básica é composta por cerca de 460 unidades, sendo a maioria delas unidades UBS que são estabelecimentos destinados ao atendimento da atenção básica e integral de uma população adstrita, de forma programada ou não, que podem oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. Podem ou não ter equipe de Saúde da Família (ESF) com suporte ou não de equipes

do NASF. Segundo as recomendações da PNAB, cada UBS sem ESF deve abranger, no máximo, 18 mil habitantes, enquanto que as unidades com equipe de ESF devem atender, no máximo, 12 mil habitantes, o que significa que cada equipe deve se responsabilizar por, no máximo, 4 mil pessoas, podendo chegar a 3 mil ou menos de acordo com o grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

As unidades denominadas AMA ofertam serviços de pronto atendimento de baixa a média complexidade. Desde 2014, estas unidades estavam acopladas estruturalmente com unidades de UBS e iniciaram um processo de integração com reforma na estrutura física e unificação do processo de trabalho, originando as unidades AMA/UBS Integradas. Estas unidades possuem acolhimento com classificação de risco único para as demandas espontâneas, recepção e agenda únicas, equipe médica, de enfermagem e demais profissionais da unidade integradas. O agendamento das consultas é diário, permanente, sem data de abertura e fechamento (SÃO PAULO, 2016a).

Nas UBS e AMA/UBS Integradas atuam cerca de 1.300 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 123 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Tabela 1 – Distribuição das Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica e de Especialidades da SMS SP entre as Coordenadorias Regionais de Saúde

Unidades de Saúde	Coordenadorias Regionais de Saúde						Total
	Centro	Leste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul	
UBS	7	86	70	23	70	107	363
AMA/UBS Integrada	1	25	19	5	22	16	88
AMA (12 horas)	1	1	1	1	3	4	11
AMA (24 horas)	2	4	2	1	6	3	18
Hora Certa - Hospital Dia	-	3	2	2	4	5	16
Hora Certa – Hospitalar	2	1	2	-	1	1	7
Ambulatório de Especialidades	-	3	4	-	3	3	13
AMA E	1	2	4	-	2	4	13

O modelo de Contrato de Gestão vem sendo utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para realizar a administração das unidades de saúde do município por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS), seguindo a Lei Municipal n.º 14.132, de 24 de janeiro de 2006, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 52.858, de 20 de dezembro de 2011.

As unidades de saúde dessa rede possuem um local específico para a farmácia, onde é realizada a dispensação de medicamentos. Os medicamentos disponíveis seguem a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de São Paulo (REMUME - SP) e são dispensados segundo as normas da Portaria SMS nº 082/2015 e outras publicadas e divulgadas pela Área de Assistência Farmacêutica da SMS-SP. A responsabilidade deste local e dos serviços prestados é do farmacêutico e da sua equipe, geralmente compostas por auxiliares ou técnicos de farmácia.

A movimentação do estoque, entrada e saída de materiais, é realizada por um sistema eletrônico municipal (Gestão de Sistemas de Saúde - GSS). Neste sistema, a dispensação é vinculada ao número do cadastro do paciente no SUS, possibilitando o acompanhamento do histórico de dispensação, além da elaboração de relatórios de consumo de materiais da unidade. Este sistema não é integrado com o sistema de agendamento de consultas e com dados do paciente utilizados por outros profissionais de saúde. Há unidades em que a farmácia também é responsável pela distribuição de materiais médico-hospitalares, como materiais para curativos e sondas de uso prolongado, fraldas e os insumos (tiras reagentes para a determinação de glicose no sangue, lancetas e seringas de insulina) do Programa de Auto Monitoramento Glicêmico (AMG) para os pacientes (SÃO PAULO, 2015).

As UBS e AMA/UBS Integradas do Município de São Paulo oferecem atualmente uma série de serviços para a população. Nestes o profissional farmacêutico pode estar inserido, na equipe multiprofissional, nos seguintes serviços (SÃO PAULO, 2016a):

- Consultas individuais e coletivas.
- Visita domiciliar.
- Planejamento familiar.

- Tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos, hipertensos e outras doenças crônicas.
- Desenvolvimento das ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde.
- Controle do Tabagismo.
- Prevenção, tratamento e acompanhamento das DSTs e HIV.
- Identificação, tratamento e acompanhamento da tuberculose e hanseníase.
- Ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade.

A atuação do farmacêutico nesses serviços pode ser bastante ampla, principalmente no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas e doenças estratégicas (tuberculose e hanseníase), além da promoção de educação em saúde para população sobre DST, Dengue, entre outros. Um dos serviços no qual o farmacêutico é mais atuante é o Programa de Controle do Tabagismo, pois envolve a dispensação direta de medicamentos exclusivos para usuários cadastrados neste serviço.

Essa atuação vai depender de uma série de fatores relacionados ao farmacêutico, como o seu envolvimento com a equipe multiprofissional; de fatores intrínsecos da Farmácia, como a disponibilidade do número adequado de funcionários na equipe de Farmácia; fatores extrínsecos, como o apoio da Organização Social que gere a unidade e da Supervisão Técnica de Saúde da Região; além do apoio da gerência da unidade, da abertura da equipe multiprofissional, da demanda de serviços pela comunidade, etc.

Seguindo as diretrizes nacionais da ampliação da atuação do farmacêutico na atenção básica, o cenário municipal começou a ser modificado em 2014 com a publicação do Plano Municipal de Saúde de São Paulo de 2014 a 2017. O plano incluiu, entre os objetivos da Assistência Farmacêutica, a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela farmácia por meio de reformas e adequações de infraestrutura e equipamentos, da realocação de recursos humanos e da implantação dos serviços de Atenção Farmacêutica nas unidades de atenção básica e de especialidades da SMS – SP (SÃO PAULO, 2014).

Como umas das estratégias para alcançar esses objetivos foram publicados, no final de 2016, a Portaria SMS.G nº 1.918, que instituiu os “Serviços de Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Básica e de Especialidades na SMS-SP”, e a atualização do Manual de Assistência Farmacêutica. Este documento lista as atribuições do profissional farmacêutico em seus diferentes níveis de gestão e locais de atuação da Rede Municipal, sendo a diretriz a ser seguida para normatizar as atividades essenciais dos serviços de farmácia (SÃO PAULO, 2016a; SÃO PAULO, 2016d).

Como resultado dessas mudanças, nas Diretrizes da RAS para o Município de São Paulo, o cuidado farmacêutico passou a ser considerado como uma das ações e serviços que devem ser desenvolvidos na Atenção Básica, assim como a consulta farmacêutica foi incluída como um dos tipos de acompanhamento realizado por profissionais de nível superior ofertados pela atenção básica (SÃO PAULO, 2017).

Na atualização do Manual da Assistência Farmacêutica referido anteriormente, as atividades do farmacêutico no âmbito local foram detalhadas e foram incluídas as atividades de gerenciamento de serviços farmacêuticos, além daquelas relacionadas à dispensação, ao cuidado farmacêutico e à integração com a equipe multiprofissional da unidade.

Essa atualização se fez necessária não só para alcançar os objetivos do “Plano Municipal de Saúde”, como também para organizar, descrever e possibilitar a mensuração e análise das atividades do farmacêutico na unidade, valorizando a atuação deste profissional no funcionamento da unidade e no rol de serviços ofertados aos pacientes.

Segundo esse Manual, as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico em relação à orientação, capacitação, planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades da AF são realizadas sob coordenação da Supervisão Técnica de Saúde e da Coordenadoria Regional de Saúde, de acordo com as diretrizes técnicas da Área Técnica da Assistência Farmacêutica. O trabalho é desenvolvido de acordo com o perfil do serviço e as especificidades do território (SÃO PAULO, 2016b).

Dentre as atribuições do farmacêutico no âmbito local destacam-se as seguintes:

Atribuições Gerais:

- Orientar e realizar a capacitação contínua da equipe de Farmácia sobre as diretrizes políticas, técnicas e normativas e administrativas da SMS-SP para o desenvolvimento da AF;
- Assessorar e interagir sistematicamente com a equipe multiprofissional da Unidade de Saúde articulando a integração das ações da AF;
- Divulgar e orientar a equipe de saúde, usuários e o conselho gestor quanto aos programas de acesso a medicamentos do SUS;
- Interagir com a equipe de Vigilância em Saúde local, supervisionando a utilização dos medicamentos estratégicos, visando à sua gestão, além da promoção do controle das doenças de Notificação Compulsória;
- Realizar e incentivar a notificação de eventos adversos e de queixas técnicas de medicamentos e encaminhá-las às instâncias competentes;
- Estabelecer metas, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas, projetos e serviços farmacêuticos desenvolvidos na unidade de saúde.

Atribuições relacionadas ao gerenciamento do serviço de Farmácia:

- Participar em todos os níveis do processo de organização, estruturação, reestruturação e funcionamento da Farmácia;
- Supervisionar todas as atividades desenvolvidas pela equipe de profissionais sob sua responsabilidade;
- Cumprir, orientar e supervisionar o cumprimento das exigências legais no que diz respeito aos medicamentos, bem como manter a equipe de Farmácia atualizada quanto às normas e legislações vigentes;
- Atender e supervisionar o cumprimento das Boas Práticas de Recebimento e Armazenamento de Medicamentos e das normas vigentes para o descarte de medicamentos;
- Realizar a gestão dos estoques de medicamentos;

- Realizar inventário periódico do estoque físico dos medicamentos com verificação do prazo de validade;
- Elaborar relatórios periódicos, aplicar e monitorar indicadores solicitados e definidos pela SMS-SP para avaliar as ações da AF no nível local;
- Contribuir para a elaboração, orientar e supervisionar o cumprimento dos Procedimentos Operacionais Padrão e/ou de Diretrizes Técnicas específicas de sua Unidade de Saúde;
- Monitorar as boas condições das caixas de emergência e identificar adequadamente os medicamentos potencialmente perigosos;
- Participar do Núcleo de Segurança do Paciente.

Atribuições relacionadas à Dispensação:

- Atender e supervisionar o cumprimento das Boas Práticas de Dispensação de Medicamentos, em conformidade com a legislação vigente;
- Conhecer, divulgar, atender e orientar a equipe quanto às portarias que normatizam a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao SUS sob gestão municipal;
- Avaliar a prescrição em seus aspectos legais e técnicos;
- Desenvolver a dispensação qualificada por meio da orientação ao usuário e/ou familiares com relação à importância do tratamento farmacológico, possíveis efeitos adversos, bem como em relação à utilização e a guarda correta dos medicamentos;

Atribuições relacionadas ao Cuidado Farmacêutico:

- Realizar a dispensação de medicamentos, que consiste em oferecer mais que simples informação e que deve, para ser efetiva, ser realizada por meio de estratégias de comunicação eficiente com o paciente, levando-se em conta suas peculiaridades;
- Realizar ações assistenciais voltadas para a clínica farmacêutica, com destaque para a orientação terapêutica ao usuário, a revisão da

farmacoterapia, o acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação de medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica. A consulta farmacêutica é o meio fundamental para o desenvolvimento das ações clínico- assistenciais;

- Realizar o registro adequado dos atendimentos efetuados no prontuário do paciente, respeitando a metodologia e critérios definidos pela Comissão de Prontuários local, bem como manter a documentação sobre os mesmos, conforme preconizado pela legislação específica;
- Registrar os atendimentos relacionados às atividades clínicas no sistema SIGA – Saúde, conforme relação de procedimentos padronizados para CBO (Classificação Brasileira de Ocupações);
- Realizar prioritariamente o acompanhamento farmacoterapêutico de indivíduos mais vulneráveis para a utilização inadequada de medicamentos (pacientes com limitação cognitiva, idosos, doentes crônicos e que recebem vários tipos de medicamentos);
- Planejar, em conjunto com a equipe multiprofissional, projetos terapêuticos singulares (individual e em grupo);
- Realizar visitas domiciliares em conjunto com os demais profissionais de saúde.

Atribuições relacionadas à integração com a equipe multiprofissional:

- Contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos por meio de ações educativas individuais ou coletivas para prescritores, gestores, equipe multiprofissional, usuários e conselho gestor;
- Participar de reuniões de equipe para discussão de casos clínicos visando à otimização da farmacoterapia;
- Realizar atividades educativas junto à comunidade em conjunto com os demais profissionais de saúde;
- Participar de ações de prevenção ao tabagismo, bem como de tratamento de tabagistas;

- Realizar orientação ao usuário na consulta domiciliar quanto ao uso correto, vencimento, descarte de medicamentos, bem como verificação e orientação sobre adesão ao tratamento medicamentoso e orientações complementares como, por exemplo, atividade física, alimentação e hábitos saudáveis de vida;
- Desenvolver ações de farmacoepidemiologia: estudos de utilização de medicamentos como p. ex. estudos de perfil de consumo, estudos de prescrição-indicação, estudos de adesão às diretrizes farmacoterapêuticas, etc.;
- Realizar ações de farmacovigilância, como a coleta, registro, divulgação e incentivo à notificação de ocorrências referentes a Problemas Relacionados a Medicamentos (p. ex. reações adversas, queixas técnicas, erros de medicação, etc.), e encaminhamento para as instâncias competentes;
- Prescrever medicamentos, dentro da prática clínica, desde que condicionado à existência de diagnóstico prévio e apenas quando estiver formalmente previsto em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas, que venham a ser aprovados para uso no âmbito da SMS-SP.

Percebe-se que as atribuições são apresentadas de forma objetiva e que muitas delas também são descritas, de forma mais conceitual, nas Diretrizes do NASF, especialmente as atribuições envolvendo a educação permanente em saúde, a dispensação de medicamentos, a realização de visitas domiciliares e as discussões e interações com a equipe multidisciplinar (BRASIL, 2010a).

As Diretrizes do NASF ressaltam que o processo de trabalho do farmacêutico precisa ser desenvolvido com enfoque no cuidado, não se limitando às atividades administrativas e nem se distanciando das assistenciais. Para isso deve se definir as ações que o profissional irá realizar, deliberando suas funções, responsabilidades, a ordem de execução das ações e construindo uma agenda para as atividades estabelecidas (BRASIL, 2010a).

5.1.2 Análise e discussão das respostas ao questionário

O *link* do questionário *on line* foi enviado por e-mail para 117 farmacêuticos que tiveram 32 dias de prazo, de 3 de maio a 2 de junho de 2017, para responder. No final do período, 45 (38%) respostas foram obtidas.

Dos farmacêuticos que não responderam ao questionário, dois retornaram o email justificando que não o fariam por não trabalharem mais na área; um porque trabalhava em uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), unidade onde o farmacêutico realiza consultas e apoia a equipe de saúde, mas não há dispensação de medicamentos para a população.

A URSI se insere no nível secundário da atenção à saúde, oferecendo atendimento especializado em saúde do idoso por uma Equipe Interprofissional Especializada. No Documento Norteador URSI, publicado em 2016, o farmacêutico compõe a equipe interdisciplinar, exercendo atividades como: a Avaliação Gerontológica Específica de Farmácia (AGE-FM), consulta farmacêutica, elaboração e acompanhamento do Plano de Cuidados e do Projeto Terapêutico Singular, em conjunto com a equipe multiprofissional; ações assistenciais voltadas para a clínica farmacêutica, com destaque para a orientação terapêutica ao usuário, a revisão da farmacoterapia, o acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação de medicamentos e a avaliação da adesão terapêutica (SÃO PAULO, 2016c).

5.1.2.1 Perfil do farmacêutico

Entre os 45 farmacêuticos que responderam ao questionário, 89% são mulheres. A idade média é de 37 anos, variando entre 58 e 27 anos. Em termos de graduação, 67% dos farmacêuticos haviam se formado há menos de 10 anos. O tempo de trabalho em unidades de saúde variou entre um a vinte sete anos, mas 67% trabalham há menos de 5 anos em unidades de saúde.

Dos 45 farmacêuticos, 77% tinham algum tipo de pós-graduação, sendo 34 com pós-graduação *Latu Sensu* e 2 com pós-graduação *Stricto Sensu*. Dos 35 farmacêuticos com pós-graduação, 7 (20%) tinham mais de uma pós-graduação. Foram identificadas 18 áreas de especialização, sendo que as mais citadas foram Farmácia Clínica, Saúde Pública/Coletiva, Farmácia Hospitalar e Farmacologia/Farmacoterapia. Assim, dos farmacêuticos com especialização, 74% eram especialistas em áreas compatíveis com as atividades realizadas nas unidades.

Esse tipo de perfil também foi avaliado no projeto piloto de Curitiba, no qual a maioria (76%) dos farmacêuticos também era do sexo feminino, com média de idade de 45,8 anos (27 a 63 anos). A maioria (66%) dos farmacêuticos trabalhava há pelo menos 10 anos na Prefeitura e a 64% estavam formados há mais de 20 anos. Cerca de 90% possuíam especialização *Lato Sensu*, entretanto, as áreas de especialização não foram especificadas (BRASIL, 2015b).

Comparando-se os dois grupos de farmacêuticos, em São Paulo, os farmacêuticos são mais jovens, com menos tempo de formação e menos tempo de experiência em unidades de saúde. Embora o número de farmacêuticos que possuem pós-graduação seja menor no grupo de São Paulo, ainda pode ser considerado alto comparando-se à qualificação dos farmacêuticos no Brasil, que corresponde a 55% que detém algum tipo de especialização, segundo dados publicados pelo CFF (SERAFIN, CORREIA, VARGAS, 2015).

Com relação à jornada de trabalho, a maioria dos farmacêuticos (91%) trabalha 40 horas semanais, enquanto que 9% trabalham 44 horas semanais. A maioria dos farmacêuticos (76%) trabalha somente em uma unidade.

O fato de ainda existirem farmacêuticos que trabalham em mais de uma unidade e unidades que não contam com a presença do farmacêutico em tempo integral está contra as disposições da Lei nº 13.021/2014, que exige que o estabelecimento mantenha um farmacêutico durante todo o horário de funcionamento da unidade. Entretanto, a ausência do farmacêutico nas unidades de saúde que dispensam medicamentos é uma realidade encontrada em grande parte dos municípios do Brasil. Um estudo realizado em Santa Catarina apontou que menos de 50% das

unidades de saúde contavam com a presença do farmacêutico. Carvalho (2016) apresentou dados mais preocupantes ainda, em que apenas aproximadamente 33% dos municípios do País contam com o farmacêutico nas unidades de dispensação de medicamentos da atenção primária do SUS. As regiões Nordeste e Norte são as que apresentam a situação mais grave, pois apenas 8,1% das unidades dispõem de farmacêutico. Já as regiões Centro-Oeste e Sudeste possuem pelo menos um farmacêutico em mais de 50% dos municípios (MENDES, LEITE, 2015; CARVALHO, 2016).

Tal fato compromete a capacidade técnica, política e social do desenvolvimento da assistência farmacêutica, podendo prejudicar a qualidade do serviço e a segurança do usuário. A disponibilização do medicamento não garante necessariamente a eficácia do tratamento farmacoterapêutico do usuário, pois além de não ter garantia da qualidade do medicamento, o usuário não recebe, ou recebe parcialmente, as informações necessárias para seu uso correto, como o cumprimento da dosagem, as interações medicamentosas e as condições de armazenamento (MANZINI, MENDES, 2015).

5.1.2.2 Características/ Perfil da Unidade

Como referido anteriormente, o Município de São Paulo é dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde. Farmacêuticos das seis coordenadorias foram convidados a participar da pesquisa, obtendo-se representantes que trabalhavam em unidades de todas as Coordenadorias. A Coordenadoria Leste teve maior número de representantes, com 29% dos farmacêuticos, seguida da Sul (22%), da Norte (20%), da Oeste (13%), da Sudeste (11%) e do Centro (4%).

Essa distribuição assemelha-se à distribuição física das unidades de saúde da Rede de Atenção Básica e Especialidades, que possui maior número de unidades na Região Sul (27%), seguida da Região Leste (24%), Região Sudeste (21%), Região Norte (19%), Região Oeste (6%) e Centro (3%). Somente a Coordenadoria da Região

Sudeste teve uma representatividade menor do que a proporção de unidades (SÃO PAULO, 2016 a).

Na amostra foi encontrado que somente 16% (7) das unidades eram administradas diretamente pela Prefeitura e 84% (38) das unidades eram administradas por OSS. As OSS encontradas foram: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) (10), Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina (9), Associação Saúde da Família (ASF) (7), Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS) (4), Associação Congregação de Santa Catarina (4), Fundação do ABC (2), Associação Comunitária Monte Azul (1) e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) (1).

O fato da maioria das unidades da amostra ser administrada por OSS é reflexo da tendência do crescimento deste tipo de gestão nas unidades e nos diferentes níveis de atendimento em São Paulo. Contreiras e Matta (2015) realizaram estudo no qual caracterizam e discutem este tipo de gestão na cidade de São Paulo, verificando que, em 2010, 61% de todos os tipos de serviços de saúde da Cidade de São Paulo eram geridos por OSS (CONTREIRAS, MATTA, 2015).

Entre as diferentes unidades de saúde encontradas em São Paulo, os farmacêuticos que responderam ao questionário trabalhavam em: AMA 24 horas (1), AMA/ AMA E/ Hora Certa (1), Hora Certa (1), AMA E (4), AMA E com UBS (1), AMA/ UBS Integral (8) e UBS (29).

Pode ser observado que em alguns casos há espaços físicos que reúnem mais de um tipo de unidade de saúde, p. ex. AMA, AMA-E e Hora certa. Este tipo de “aparelho” ocorre para o aproveitamento do espaço e também para adequar os serviços às necessidades da população local.

Inicialmente, a pesquisa iria ser realizada somente com farmacêuticos que trabalhavam em UBS e AMA/UBS Integradas, entretanto, quando se observou que em outras unidades de saúde o farmacêutico poderia prestar serviços de cuidados farmacêuticos, optou-se por ampliar e considerar as respostas dos farmacêuticos que trabalhavam em outras unidades de saúde.

Em 89% das unidades há presença de um farmacêutico. Das 5 unidades que dispunham de mais de um farmacêutico, três unidades (uma UBS, uma Hora Certa e uma AMA/AMA E/ Hora Certa) dispunham de dois farmacêuticos, enquanto que duas unidades (uma AMA E e uma AMA/UBS) contavam com 3 farmacêuticos.

Com relação ao número de auxiliares ou técnicos de Farmácia, a unidade AMA 24 horas é a que mais possuía auxiliares/técnicos, seguida pela Hora Certa, AMA/AMA-E/ Hora Certa, AMA-E/UBS, AMA-E, AMA/UBS, e as UBS (Tabela 2).

O número de prescrições atendidas diariamente pode ser utilizado como um indicador de processo relacionado à demanda do serviço de dispensação de medicamentos da unidade. Deve-se observar que nem todos os pacientes que comparecem à Farmácia da unidade de saúde têm suas prescrições atendidas. Caso a prescrição não esteja de acordo com as exigências da Portaria SMS nº 082/2015, e outras portarias regulatórias vigentes, a prescrição não é atendida. Outras duas ocasiões em que as prescrições não são atendidas são quando o medicamento prescrito está em falta na unidade ou quando não pertence à lista de medicamentos da REMUME-SP. Estas prescrições “não atendidas” também poderiam ser registradas e utilizadas como indicador de processo relacionado à demanda reprimida do serviço de atendimento da farmácia (SÃO PAULO, 2015).

A média de prescrições atendidas por dia variou com relação ao tipo de unidade. A farmácia que mais atende prescrições foi a da unidade AMA E/ UBS com 1200 prescrições/dia, seguida pela farmácia da unidade AMA 24 horas (900), AMA/UBS (610); AMA E (550), UBS (350) e AMA/AMA E/Hora Certa (220). A Farmácia da unidade Hora Certa não realiza atendimento de prescrições (Tabela 2).

Em estudo realizado por Melo e colaboradores (2016) observou-se que uma unidade de AMA/UBS do Município de São Paulo atendia em média 336 prescrições/dia. Já em estudo desenvolvido por Canabarro e Hahn (2009), em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, encontrou que as UBS atendiam uma média de 600 prescrições/mês. Esses dados demonstram que a quantidade de prescrições atendidas pode variar com relação ao tipo de atendimento da unidade (CANABARRO, HAHN, 2009; MELO et al., 2016).

Era pressuposto que unidades com maior número de equipes atendessem mais prescrições diariamente, entretanto, essa relação não existiu. Uma das justificativas pode estar relacionada ao fato de que o atendimento de prescrições na Farmácia não se limita somente ao atendimento das prescrições dos pacientes da unidade. A Farmácia atende prescrições provenientes de todas as unidades e dos diferentes níveis de complexidade da Rede Municipal e de unidades particulares, além de prescrições (provenientes do atendimento público local ou do setor privado) de outros municípios. Tal fato mostra a amplitude do alcance dos serviços da Farmácia para além da população do território da unidade. Assim, o número de prescrições atendidas pode variar de acordo com o tipo de unidade, mas também com a localização da Farmácia (locais de fácil acesso como aqueles próximos a estações de metrô, regiões de divisas municipais, entre outros) e o perfil de pessoas que circulam (não necessariamente que residem) na região em que a unidade se localiza.

Os fatos expostos descrevem algumas particularidades do itinerário terapêutico em São Paulo. O itinerário terapêutico pode ser entendido como a busca por cuidados terapêuticos, e procura descrever e analisar os caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde (GUERIN et al., 2012).

Os itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde. A compreensão destes itinerários pode ser utilizada como ferramenta para a qualificação da assistência, do planejamento e da gestão de medicamentos, uma vez que associa aspectos sobre o acesso, a utilização dos serviços e os fatores relacionados ao contexto do usuário. Supõe-se que a racionalização no uso destes recursos pode resultar na otimização de resultados terapêuticos, aumento da adesão ao tratamento e consequentemente em redução dos custos de atendimentos (GUERIN et al., 2012).

Nas publicações do MS não é estabelecido e nem recomendado um quadro de recursos humanos para as Farmácias das unidades de saúde. A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) atualizou recentemente os Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, sugerindo padrões mínimos de recursos humanos em Farmácias considerando as atividades desenvolvidas, a complexidade do

cuidado ofertado e o número de usuários atendidos pelo estabelecimento. Como padrão mínimo, é recomendado que o gerenciamento e controle do estoque de medicamentos em Farmácias ambulatoriais seja realizado por 1 farmacêutico por turno de atendimento e 1 auxiliar de Farmácia para cada 100 pacientes/dia, além de um auxiliar administrativo. Caso no local sejam realizados serviços de orientação farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico ou atendimento domiciliar, recomenda-se o mínimo de 1 farmacêutico para cada serviço (SBRAFH, 2017).

Essa publicação ressalta que o quadro de recursos humanos adequado deve ser atendido para proporcionar o desenvolvimento adequado dos processos, sem sobrecarga ocupacional visando à garantia da segurança do paciente, da qualidade da assistência, da efetividade da terapia medicamentosa e o uso racional de medicamentos (SBRAFH, 2017).

Levando-se em consideração os padrões da SBRAFH e o número de prescrições atendidas pelas unidades, dimensionou-se o número de auxiliares que seriam necessárias para atender a esses padrões mínimos sobre recursos humanos necessários ao Município de São Paulo (Tabela 2).

Tabela 2 – Recursos humanos das Farmácias das unidades e dimensionamento do número de auxiliares segundo padrões estabelecidos pela SBRAFH.

Tipo de unidade	Amostra na pesquisa	Número de farmacêuticos na unidade	Média de prescrições atendidas por dia	Número de auxiliares/ técnicos de Farmácia por unidade	Número de auxiliares segundo parâmetros da SBRAFH
AMA 24	1	1	900	8	9
Hora Certa	1	2	----	6	---
AMA/ AMA E/ Hora Certa	1	2	220	7	2
AMA E / UBS	1	1	1200	8	12
AMA E	4	1 (3); 3 (1)	550	4,5	5
AMA/UBS	8	1 (7); 3 (1)	610	4,5	6
UBS	29	1 (28); 2 (1)	350	2,5	3

Em todas as unidades o número de auxiliares deveria ser maior, exceto no AMA/ AMA-E/ Hora Certa. Entretanto, deve-se considerar que nesta unidade, além do

atendimento de prescrições, a Farmácia também realiza o atendimento das solicitações de medicamentos e materiais para a enfermagem para a realização de exames e cirurgias de baixa a média complexidade. Assim, o dimensionamento de recursos humanos neste caso também poderia considerar a recomendação para Farmácias de centro cirúrgico, com um farmacêutico por turno e um auxiliar de Farmácia para cada 4 salas de cirurgia em funcionamento, por turno.

Das 38 unidades da Rede de Atenção Básicas (AMA/UBS, AMA-E/UBS, UBS), 66% unidades possuem equipes de ESF, com média de cinco equipes por unidades, e das unidades com ESF, 96% possuem equipe do NASF.

Ao avaliar a cobertura da ESF nas unidades de saúde, Carvalho (2016) verificou que, em 2014, esta cobertura, na região Sudeste, era de 53,6%, enquanto que a cobertura total no Brasil era de 54,4% (CARVALHO, 2016). O aumento da cobertura da ESF vem sendo incentivado por meio de recursos financeiros e políticas públicas, conforme publicado na atualização da PNAB (BRASIL, 2012a).

5.1.2.3 Atividades do farmacêutico

Conforme proposta adotada no projeto Piloto de Curitiba (2014), as atividades realizadas pelos farmacêuticos nas unidades de saúde foram divididas em 3 grupos: clínicas, relacionadas diretamente ao paciente; gerenciais, relacionadas com a gestão do medicamento e com atividades administrativas; e técnico-pedagógicas, relacionadas com a equipe multiprofissional e a comunidade (Figura 1). No presente projeto, esta divisão foi adotada para dimensionar o tempo dedicado à realização das atividades. (BRASIL, 2015b).

Figura 2 – Serviços farmacêuticos realizados nas unidades de saúde. Adaptado de: BRASIL, 2015a.

Atividades Clínicas

As atividades clínicas consideradas neste trabalho foram as consultas farmacêuticas e as vistas domiciliares (VD). Na amostra foi encontrado que 64% dos farmacêuticos realizam atividades clínicas.

A visita domiciliar é uma importante atividade para a criação de vínculo e avaliação do conhecimento e do grau de adesão do paciente ao tratamento. Possibilita a visualização de condições sobre habitação, higiene e hábitos de vida, bem como a dinâmica e o contexto familiar, o que auxilia o planejamento das ações, além de proporcionar a aproximação entre o usuário, a família e o serviço de saúde. Nesse momento, o farmacêutico avalia se os medicamentos prescritos estão sendo disponibilizados e corretamente utilizados, além de averiguar as condições de armazenamento. Em casos de falha na adesão ou uso incorreto, o farmacêutico poderá intervir, orientando quanto ao uso correto e propondo estratégias para facilitar a adesão. O farmacêutico também pode identificar possíveis reações adversas, falhas

terapêuticas, interações medicamentosas e uso abusivo de medicamentos não prescritos (BRASIL, 2010 a).

Dos farmacêuticos que participaram da pesquisa, 45% (20) realizam visita domiciliar. Estes fazem, em média, 12 visitas por mês, utilizando 50 minutos por visita, em média. Quatro farmacêuticos se destacaram, todos contratados pela OSS Associação Congregação de Santa Catarina, pois realizavam, em média, 40 visitas por mês. Destes 20 farmacêuticos, 60% também realizam consulta farmacêutica e 30% utilizam formulários padronizados pela OSS (Tabela 3).

A consulta farmacêutica pode ser entendida como um momento de interação entre o farmacêutico e o paciente, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Durante a consulta, pode-se realizar a revisão da farmacoterapia, a conciliação medicamentosa, a avaliação e promoção da adesão à terapia e o acompanhamento farmacoterapêutico (CORRER, 2014; CFF, 2016b).

Dos farmacêuticos participantes, 46% (21) realizam consulta farmacêutica. Estes realizam, em média, 15 consultas por mês, utilizando 50 minutos em cada consulta, em média. Um farmacêutico que trabalha em AMA/UBS, gerida pela OSS SPDM, relatou que realiza cerca de 90 consultas por mês. Dos 21 farmacêuticos que realizam consulta farmacêutica, 60% também realizam VD e 38% utilizam formulários padronizados pela OSS (Tabela 3).

Para se realizar uma consulta farmacêutica é necessário um local adequado, que garanta a privacidade e a comunicação com o paciente. Na pesquisa observou-se que a maioria das unidades (82%) possui sala exclusiva ou compartilhada para a realização da consulta farmacêutica ou serviços relacionados ao cuidado farmacêutico. Nas unidades que possuem sala, estas estão equipadas com mesa e cadeira, 35% das unidades possuem computador com acesso à Internet, 5% com computador sem acesso à Internet, 16% com esfigmomanômetro, com estetoscópio ou aparelho de aferição de pressão automático, 5% com aparelho de monitoramento glicêmico por punção digital e 30% com balança.

Em estudo recente, Carvalho (2016) realizou uma análise sobre a participação do farmacêutico na composição da força de trabalho da Atenção Básica do SUS, caracterizando o profissional e o trabalho por ele realizado na Assistência Farmacêutica nas diferentes regiões do Brasil. Neste trabalho foi encontrado que somente 14,2% dos farmacêuticos que trabalham em unidades de dispensação de medicamentos do SUS na Região Sudeste realizavam VD, enquanto a média de farmacêuticos que realizavam VD no Brasil foi de 13,7%. Foi encontrado também que a consulta farmacêutica era realizada somente por 16% dos farmacêuticos da Região Sudeste e a média de farmacêuticos que realizava consulta farmacêutica no Brasil foi de 17,1% (CARVALHO, 2016).

A porcentagem de farmacêuticos que realizam esses tipos de atividades clínicas no Município de São Paulo pode ser justificada pela presença do farmacêutico na maior parte das unidades de saúde, o que aumenta o vínculo com a equipe multidisciplinar e com a própria comunidade, além de favorecer a organização dos serviços e a construção de uma agenda para a realização destes atendimentos. Deve-se considerar, também, o incentivo da SMS-SP a este tipo de atividade, por meio da promoção de cursos de capacitação, como o realizado pela FARMUSP, e da institucionalização destes serviços por meio da Portaria SMS nº 1918/2016.

Tabela 3 - Atividades clínicas realizadas nas unidades de saúde.

	Visita Domiciliar	Consulta Farmacêutica
Número de farmacêuticos	20	21
Tipos de Unidade	UBS (16) AMA/UBS (4)	UBS (15) AMA/UBS (4) AMA-E (1) Hora Certa (1)
Tempo médio da atividade (minutos)	50	50
Organização Social de Saúde	Santa Catarina (2) Santa Marcelina (8) ASF (3) Monte Azul (1) SPDM (2) IABAS (1) Administração Direta (1) Fundação ABC (1) SBIBAE (1)	Santa Catarina (4) Santa Marcelina (3) ASF (2) Monte Azul (1) SPDM (4) IABAS (2) Administração Direta (3) Fundação ABC (2)
Média realizada por mês	12	15
Realiza também Consulta/VD	12	12
Utilização de Formulário Padrão	6	8
OSS que possuem formulário padrão	Santa Catarina Santa Marcelina ASF Monte Azul SBIBAE	Santa Catarina Santa Marcelina ASF Monte Azul Fundação ABC

Legenda: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina, Associação Saúde da Família (ASF), Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), Associação Congregação de Santa Catarina, Fundação do ABC, Associação Comunitária Monte Azul e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE).

Atividades de Gestão

Para o dimensionamento do tempo dedicado às atividades de gestão foram consideradas a elaboração de relatórios, a realização de inventários e o controle de estoque. Não foram incorporadas no formulário todas as atividades listadas no Manual de Assistência Farmacêutica da SMS-SP, para não tornar o questionário excessivamente longo, o que poderia prolongar o tempo de resposta. Entretanto foram disponibilizados campos em branco para o farmacêutico adicionar outras atividades que realizava, bem como o tempo dedicado a cada uma delas.

Foi solicitado que o farmacêutico só assinalasse as atividades que fossem realizadas por ele, e não pelos auxiliares/técnicos. Tal observação foi importante, pois algumas atividades relacionadas à gestão, como controle de psicotrópicos e inventários, podem ser realizadas pela equipe de Farmácia após treinamento, desde que haja supervisão contínua.

A entrega de insumos do Programa AMG é realizada por 42% dos farmacêuticos e a entrega de fraldas por 35%. Ambas as atividades não estão descritas no Manual de Assistência Farmacêutica da SMS-SP, portanto, estas atividades poderiam ser delegadas a outros profissionais, vinculando sua realização, por exemplo, a uma oficina para pacientes diabéticos.

Nos espaços em branco existentes no formulário, 18% (8) farmacêuticos citaram a participação de auxiliares/técnicos de Farmácia na dispensação de medicamentos, dedicando, em média, cerca de 50 horas/mês a esta atividade. Considerando-se que a maioria dos farmacêuticos trabalha 40 horas semanais, esta atividade ocuparia 31% da carga horária do farmacêutico.

Esse resultado possibilita uma importante reflexão sobre a dispensação dos medicamentos no Brasil. Segundo Carvalho (2016), a força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos na Atenção Básica do SUS, é majoritariamente composta por técnicos ou auxiliares de enfermagem (43,0%) (CARVALHO, 2016).

Cabe ressaltar que a dispensação não deve ser entendida e limitada somente à entrega do medicamento. A dispensação é o ato do profissional farmacêutico de

fornecer o medicamento e as orientações sobre seu uso adequado, enfatizando o cumprimento da posologia, influências dos alimentos, interações medicamentosas, o reconhecimento de reações adversas potenciais e condições de armazenamento.

Além disso, a dispensação é considerada ato privativo do farmacêutico desde a publicação do Decreto nº 85.878/1981, que estabelece normas para execução da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico (BRASIL, 1981).

Assim, a dispensação, além de prover o insumo, promove também o empoderamento do usuário e deve ser considerada um importante serviço de saúde. Para tanto, necessita de sistematização e estruturação para garantir sua integralidade e alcançar seu objetivo, ou seja, assegurar que o medicamento certo seja entregue corretamente ao usuário, na dose prescrita, na quantidade adequada, com o fornecimento de informações suficientes para seu uso, de modo a colaborar com a adesão à terapia (OMS, 1993; SOARES, 2013).

O serviço de dispensação também colabora com a segurança do paciente, pois é o momento em que, ainda dentro do sistema de saúde, é possível identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica (BERNARDO, HOEPFNER, 2016).

Para que o farmacêutico realize todas essas atividades é primordial planejar e organizar a dispensação, assim como a estrutura física e organizacional da Farmácia. Para o estabelecimento do processo é necessário ter recursos humanos suficientes, considerando o número de atendimentos diários e a complexidade do serviço prestado, além da capacitação indispensável realizada por meio de educação permanente (BERNARDO, HOEPFNER, 2016).

Atividades Técnico-Pedagógicas

As atividades técnico-pedagógicas englobam as seguintes atividades: grupos terapêuticos e educacionais, comissões, educação em saúde e orientações farmacêuticas.

Grupos terapêuticos e educacionais

Os grupos terapêuticos e educacionais fazem parte do quadro de serviços ofertados pelas unidades de saúde de São Paulo. Segundo a PNAB, estes podem abordar diversas temáticas relacionadas ao processo saúde-doença, à cidadania e ao desenvolvimento pessoal e social. Os grupos favorecem a percepção do conhecimento prévio, as trocas de experiências, vivências e sentimentos, a construção de conhecimento e de projeto de vida. A dinâmica dos grupos deve incentivar a participação ativa do usuário, buscando elevar sua autonomia e autoestima por meio de processo educativo (BRASIL, 2012a).

Os farmacêuticos foram questionados quanto à participação de grupos oferecidos pela unidade e a maioria (75%) informou que participava de algum tipo de grupo na unidade. O grupo mais citado foi o Grupo de Tabagismo, seguido do Grupo de Diabetes, Grupo de Hipertensão, Planejamento Familiar, Gestante e Aleitamento Materno, Horta Comunitária e Saúde do Idoso. Outros grupos citados foram: hábitos saudáveis e uso racional de medicamentos; obesidade; remédio em casa; chá e prosa; asma; grupo de dor; hipertensão, diabetes e vida saudável, e adesão ao tratamento e descarte correto de medicamentos (Tabela 4).

O resultado encontrado revela que os farmacêuticos do Município de São Paulo estão inseridos nesta atividade (75%; 34). No estudo de Carvalho (2016), a média de participação de farmacêuticos em grupos desta natureza na Região Sudeste foi de 20,6%, percentual semelhante à média nacional de 20,8%. A participação em grupos, especialmente no Grupo de Tabagismo, institucionalizada como uma das atribuições relacionadas à integração do farmacêutico com a equipe multiprofissional descritas no Manual da Assistência Farmacêutica da SMS-SP, estimula a realização desta atividade. (CARVALHO, 2016; SÃO PAULO, 2016d).

A participação em programas de cessação do tabaco parece ser uma nova atribuição associada ao farmacêutico, não só no Brasil como em outros países do mundo. Conforme citado anteriormente, este tipo de programa é disponível em farmácias de 93% dos países europeus (MARTINS et al., 2015).

Tabela 4 – Participação dos farmacêuticos em grupos educacionais e terapêuticos

Participação em Grupos		
Não participava	25% (11)	Tipos de unidades
		UBS (7)
		AMA/UBS (1)
		AMA-E (1)
		AMA 24 horas (1)
Participava	75 % (34)	AMA/ AMA-E/ Hora Certa (1)
		Tipo de Grupo
		Tabagismo (25)
		Diabetes (24)
		Hipertensão (11)
		Planejamento Familiar (8)
		Gestante/ Aleitamento Materno (4)
		Horta Comunitária (3)
		Outros (9)

Comissões

A participação em comissões não é mencionada como atribuição do farmacêutico no Manual da Assistência Farmacêutica da SMS-SP, exceto no Núcleo de Segurança do Paciente. Entretanto, a maioria (55%) dos farmacêuticos da pesquisa participava de alguma comissão, sendo que as comissões mais citadas foram: Avaliação de Prontuário e Conselho Gestor, seguida da Gestão de Risco, Humanização, Comissão de Resíduos e A3P (Agenda Ambiental na Administração Pública). Outras comissões citadas foram: Núcleo de Violência, CCIH (Comissão de Controle de Infecções Hospitalares), CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e Time Local de Segurança (SÃO PAULO, 2016d).

Educação em saúde

A educação em saúde engloba atividades que visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (CFF, 2016b).

Considerou-se no presente trabalho três tipos de atividades de educação em saúde: educação continuada para equipe de saúde da unidade, educação continuada para os auxiliares/técnicos de Farmácia e educação em saúde para a população realizada por meio de campanhas, palestras, oficinas, etc. Como resultado verificou-se que 88% (40) dos farmacêuticos realizava algum tipo de educação em saúde, sendo que todos realizam educação continuada para os auxiliares/técnicos de Farmácia, 70% realizam atividades em educação em saúde para a comunidade e 57,5% para a equipe de saúde.

A capacitação e o treinamento dos auxiliares/técnicos de Farmácia são fundamentais para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos, pois em muitas ocasiões são estes profissionais que têm o contato direto com o usuário. Por esta razão devem possuir a capacidade técnica sobre medicamentos e outros recursos terapêuticos, além de habilidades e competências para estabelecer a relação com os usuários, assim como conhecer os princípios e os valores do sistema e do serviço. Neste aspecto, a educação em saúde, além da dimensão pedagógica, é também uma importante “estratégia de gestão” (BRASIL, 2012c; BERNARDO, HOEPFNER, 2016).

Orientações

As orientações citadas no questionário foram: aquelas relacionadas aos medicamentos disponíveis na REMUME-SP; a obtenção de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF); a obtenção de medicamentos que não estão padronizados na REMUME-SP para pacientes atendidos na unidade (Via Comissão de Farmacologia da SMS-SP); e sobre a obtenção de nutrição enteral ou medicamentos obtidos por meio da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. As orientações sobre o acesso aos medicamentos disponíveis no SUS são as mais enfatizadas no Manual de Assistência Farmacêutica da SMS-SP.

As orientações mais realizadas pelos farmacêuticos foram sobre a obtenção de medicamentos do CEAF, fornecidas para pacientes e para outros membros da equipe, uma vez que sua dispensação segue diretrizes específicas para cada tipo de doença. A dispensação é realizada em Farmácias centralizadas, mediante a entrega de uma série de formulários específicos preenchidos tanto pelos médicos quanto pelos pacientes, além de exames que justifiquem o uso e a segurança do medicamento. Este processo pode dificultar a prescrição e a adesão dos pacientes, razão pela qual o farmacêutico, ao fornecer as informações adequadas, auxilia a prescrição correta e a obtenção destes medicamentos, promovendo ainda seu uso racional.

As outras orientações descritas pelos farmacêuticos foram: orientações sobre a Portaria 344/98 (dispensação de medicamentos psicotrópicos) e a Portaria 082/2015 (dispensação de medicamentos na Rede Municipal de Saúde da SMS-SP), além de orientações gerais sobre medicamentos, de pós alta (Rede Hora Certa), sobre terapia anticoagulante e aquelas fornecidas no serviço de Acolhimento.

Outras atividades técnico-pedagógicas

Em todas as perguntas sobre as atividades farmacêuticas, existiam espaços em branco para que os farmacêuticos preenchessem sobre outras atividades que não estavam contempladas na lista. Como discutido anteriormente, a atividade não listada que mais foi mencionada foi a participação de auxiliares/técnicos na dispensação de medicamentos. Outras atividades citadas foram a aplicação do AMPI (Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa), realizada por um farmacêutico de uma UBS e outro de um AMA/UBS, além da avaliação de prescrição dos pacientes em uso de anticoagulantes, realizada na unidade Hora Certa. As horas dedicadas a estas atividades estão apresentadas na Tabela 5.

Distribuição do tempo dedicado as atividades do farmacêutico

A partir da estimativa de horas contempladas para a realização de cada atividade descrita pelos farmacêuticos foi possível calcular a porcentagem de tempo dedicado a cada grupo de atividades, conforme descrito na Tabela 5 e no Gráfico 1.

Tabela 5 – Distribuição do tempo dedicado às atividades do farmacêutico

Tipo de Unidade	Atividades Clínicas	Atividades de Gestão	Grupos	Comissões	Orientações	Educação em Saúde	Outras atividades Técnico-Pedagógicas	Total Atividades Técnico-Pedagógicas
AMA 24 horas	0%	51%	0%	0%	3%	0%	47%	49%
Hora Certa	4%	54%	4%	3%	30%	2%	4%	42%
UBS/AMA-E	0%	32%	23%	0%	45%	0%	0%	68%
AMA/AMA-E/ Hora certa	0%	78%	0%	0%	16%	6%	0%	22%
AMA-E	2%	35%	12%	4%	18%	18%	12%	63%
AMA/UBS	12%	41%	13%	4%	19%	10%	1%	47%
UBS	11%	40%	10%	2%	17%	7%	12%	49%

As unidades Hora Certa, AMA/AMA-E/Hora Certa e AMA 24 horas são aquelas onde o farmacêutico dedica a maior parte do seu tempo (78%, 61% e 54%, respectivamente) para atividades de gestão, sendo o restante do tempo dedicado às atividades técnico-pedagógicas. Somente na Hora Certa realizavam-se atividades clínicas (4%).

Os farmacêuticos que trabalham nas AMA-E/UBS e AMA-E dedicam uma maior porcentagem de tempo às atividades técnico-pedagógicas (68% e 63% respectivamente), seguidas das atividades gerenciais (32% e 35%, respectivamente), sendo que somente no AMA-E realizam atividades clínicas (2%).

Os farmacêuticos que trabalham em unidades AMA/UBS e UBS tiveram distribuição semelhante entre as atividades, sendo que cerca da metade do tempo do farmacêutico é dedicado às atividades técnico-pedagógicas, seguidas das atividades de gestão (40%) e clínicas (10%). A distribuição encontrada neste estudo difere da encontrada no projeto Piloto de Curitiba, mencionado anteriormente. Antes da implantação dos serviços clínicos, a distribuição de tempo dedicado às atividades era de 80% para gestão, 17% para as técnico-pedagógicas e 3% para as clínicas. Após implantação, as atividades de gestão diminuíram para 63% e as clínicas aumentaram para 21% (BRASIL, 2015b).

Gráfico 1 – Distribuição das Atividades Farmacêuticas em Unidades de Saúde.

A menor porcentagem de tempo dedicada às atividades de gestão nas unidades estudadas no Município de São Paulo pode ser justificada pela presença dos auxiliares/ técnicos de Farmácia, uma vez que estes podem realizar diversas destas atividades relacionadas ao medicamento após serem capacitados, com a supervisão do farmacêutico. A capacitação nestas e em outras atividades também justifica a

realização e o tempo dedicado à educação continuada da equipe de Farmácia. Além da educação continuada, a participação em grupos educacionais e terapêuticos e as orientações farmacêuticas contribuem para que a maior parte do tempo do farmacêutico seja dedicado às atividades técnico-pedagógicas.

Outro fato importante, é que mesmo sendo recém institucionalizada e sem definições específicas de agenda e metodologia padronizada a ser seguida, as atividades clínicas estão sendo realizadas e representam cerca de 10% do tempo das atividades do farmacêutico (Gráfico 1). Tal fato é significativo, entretanto, como descrito por Nakamura e Leite (2016) no processo de implantação dos serviços clínicos pelos farmacêuticos do NASF em Santa Catarina, a “autonomia”, ou a falta de diretrizes, para definir a agenda e a forma de trabalho, faz do processo de trabalho resultado mais do “acaso” do que de planejamento e organização (NAKAMURA, LEITE, 2016).

Como observado por Bernardo e Hoepner (2016), as atividades clínicas na área farmacêutica são muito recentes em termos de desenvolvimento profissional. O conhecimento científico e a atividade corporativa precisam estar articulados em favor do seu desenvolvimento, de modo que se torne uma necessidade aos usuários, ou seja, um meio valoroso e valorizado para se alcançar bons resultados em saúde. Para tanto, é necessário não só sua institucionalização, mas um planejamento para sua adequada implantação, levando em conta a sensibilização dos gestores e da equipe da unidade, a organização do processo de trabalho inserido no contexto do serviço, com a adequação e reorganização da agenda do farmacêutico para que este consiga contemplar todas as suas atividades, a capacitação dos farmacêuticos e a criação de instrumentos de apoio que padronizem os serviços (BERNARDO, HOEPFNER, 2016).

A implantação dos serviços clínicos dependerá da estruturação de toda a gestão da assistência farmacêutica no nível local e municipal, da disponibilidade de farmacêutico para atuar diretamente com o usuário, e da competência clínica e da formação deste profissional. Em muitos municípios brasileiros, os desafios de ordem estrutural e de competências ainda estão na base da organização da AF, entretanto, em municípios onde os serviços farmacêuticos e o acesso aos medicamentos estão

bem resolvidos, a implantação desses serviços deve ser uma prioridade na gestão (CORRER, NOBLAT, CASTRO, 2016).

Pinheiro (2010) sugere que, para o fortalecimento dos serviços farmacêuticos na AB, são necessários:

- Adequação e gestão de recursos humanos, com incentivos e reconhecimento dos profissionais envolvidos em todo o processo de cuidado;
- Procedimentos para a gestão de conflitos e processos participativos de construção de consensos e demandas ascendentes;
- Mecanismos de participação ativa para alcançar a responsabilização e representação dos interesses da comunidade em âmbitos local e nacional, seguindo modelo de governança com base no empoderamento, possibilitando o desenvolvimento de processos que atendam às necessidades da sociedade e o manejo responsável e eficiente dos recursos destinados à realização desses processos;
- Ações intersetoriais que requerem o estabelecimento de alianças com atores chave no processo, como o apoio político institucional do MS, das associações de ensino farmacêutico e do Conselho Federal de Farmácia;
- Mecanismos de monitoramento, avaliação e outros processos que garantam o cumprimento e que fortaleçam os serviços farmacêuticos e a melhoria da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades (PINHEIRO, 2011).

5.2 Critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico pode ser disponibilizado, em princípio, a qualquer tipo de paciente que faça uso de medicamentos. Entretanto a demanda deste atendimento seria imensa e seria inviável atender a toda esta população (APHA, 2008; BRASIL, 2015a).

Assim, para racionalizar o recurso farmacêutico em um centro assistencial, é necessário selecionar o paciente de acordo com as suas condições de saúde e o ambiente que o rodeia, considerando as condições de atenção e a disponibilidade de tempo do farmacêutico que realizará o serviço (CVITANIC, 1993).

Em 1993, Cvitanic já sugeria alguns critérios iniciais de seleção para pacientes em ambiente hospitalar, tais como: pacientes com mais de uma comorbidade; aqueles utilizando 5 ou mais medicamentos; que tenham 3 ou mais parâmetros laboratoriais alterados; portadores de alguma doença causada pelo uso de fármacos; pacientes crônicos não aderentes aos tratamentos ou aqueles que utilizam medicamento de alto custo ou alto risco (CVITANIC, 1993).

Para a *American Pharmacists Association* (APHA), a seleção deve ter como base os pacientes que mais necessitam e que mais se beneficiem com o atendimento, ou seja, aqueles que possuem maior risco de desenvolver danos relacionados à farmacoterapia. Neste contexto são considerados com maior risco de sofrerem problemas relacionados a medicamentos aqueles pacientes que apresentam um ou mais dos seguintes fatores (APHA, 2008; DOUCETTE et al., 2013):

- Utilização de cinco ou mais medicamentos de uso contínuo.
- Problemas de adesão aos medicamentos.
- Não aquisição de qualquer dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou dificuldade de acesso.
- Necessidade de ir a duas ou mais farmácias diferentes, todos os meses, a fim de adquirir o tratamento completo.
- Uma ou mais internações hospitalares nos últimos seis meses.
- Prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano.
- Tratamento de uma ou mais doenças crônicas ou problemas de saúde simultaneamente.
- Transição de cuidados (atendimento de referência e contra- referência da atenção secundária ou terciária para atenção básica).
- Alterações recentes na farmacoterapia.

- Valores laboratoriais fora do intervalo normal causados pela farmacoterapia ou que podem ser melhorados como uso de medicamentos.
- Baixo grau de entendimento sobre sua condição de saúde e sua farmacoterapia.
- Evento adverso ocorrido recentemente.
- Utilização de medicamentos com baixo índice terapêutico (como por exemplo: varfarina, fenitoína).

Esses pacientes possuem maior risco de ocorrência de falha terapêutica, de baixa adesão ao tratamento, de interações medicamentosas, de erros de medicação ou de desenvolvimento de reações adversas aos medicamentos, além de intoxicações. Também são mais vulneráveis a internações hospitalares, causadas por medicamentos ou pelo agravamento de condições crônicas, tornando-os os maiores utilizadores dos serviços de saúde, o que também representa maior dispêndio de recursos (BRASIL, 2015a).

A seleção desse público-alvo para o início do serviço representa uma estratégia, do ponto de vista da capacitação dos farmacêuticos e da continuidade do serviço, uma vez que os profissionais se tornam mais bem preparados para o atendimento da maioria dos problemas prevalentes relacionados à farmacoterapia (BRASIL, 2015a).

O encaminhamento desses pacientes selecionados pode ocorrer por solicitação de médicos, enfermeiros, agentes técnicos de saúde ou por intermédio de uma demanda espontânea do próprio paciente que procura a Farmácia para o esclarecimento de dúvidas sobre sua farmacoterapia (APHA, 2008; BRASIL, 2015a).

Considerando a realidade do atendimento e o perfil dos pacientes que recorrem às UBS no Município de São Paulo, algumas unidades da Região Oeste adotaram em sua rotina de trabalho, alguns critérios de seleção de pacientes, citados a seguir, que estão sistematizados em um Procedimento Operacional Padrão utilizado em caráter experimental (documento interno não publicado) (ANEXO II).

- Idoso.
- Paciente com internação nos últimos 4 meses.

- Paciente em uso de polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
- Paciente não aderente (não sabe tomar, esquece de tomar ou não quer ou não gosta de tomar o medicamento).
- Dificuldade de acesso ao medicamento.
- Paciente confuso (não sabe qual medicamento é o correto).
- Paciente desorientado (analfabeto, deficiente visual, auditivo, memória).
- Paciente que perdeu a receita.

A versão atual do Manual da Assistência Farmacêutica da SMS SP recomenda que o acompanhamento farmacoterapêutico deve ser realizado prioritariamente em indivíduos mais vulneráveis para a utilização inadequada de medicamentos, como pacientes com limitação cognitiva, idosos, doentes crônicos que utilizam vários tipos de medicamentos (SÃO PAULO, 2016b).

Ao serem questionados sobre os critérios de seleção que são utilizados nas unidades, os farmacêuticos que participaram da pesquisa responderam que o principal critério de seleção é o encaminhamento por outros profissionais de saúde, seguido pelos pacientes que participam de algum grupo terapêutico da unidade. Critérios como polifarmácia, baixa adesão ao tratamento, uso irracional, idosos, pacientes com problemas de saúde mental, pacientes que estão em tratamento para tuberculose, hipertensos, diabéticos e gestantes, além da demanda espontânea identificada no momento da dispensação pelos auxiliares/técnicos de farmácia também foram citados. Houve também farmacêuticos que responderam que não usam critérios de seleção padronizados.

O profissional de saúde que mais solicita as consultas ou visitas domiciliares é o médico, seguido pelo enfermeiro, agentes comunitários de saúde e equipe do NASF. Outros profissionais citados foram: psicólogo, assistente social, gerente e os auxiliares/técnicos de Farmácia.

No Projeto Piloto de Curitiba, já citado, o critério de seleção utilizado foi a prestação do serviço para pacientes em maior risco associado ao uso de medicamentos e que utilizavam 5 ou mais medicamentos, selecionados por busca ativa, além de pacientes encaminhados pela equipe da unidade que foram identificados como tendo

algum tipo de problema com a farmacoterapia. No início da implantação deste projeto também foi encontrado que a maior parte dos pacientes havia sido encaminhada pela equipe da unidade, seguido pela busca ativa realizada pelo farmacêutico (pela análise de prontuários de pacientes). No estudo não foram especificados quais profissionais encaminhavam os pacientes (BRASIL, 2015b).

Após verificar a existência dessa demanda por encaminhamento, uma sugestão de critérios de seleção seria a sistematização do encaminhamento de pacientes por meio de matriciamento, como é realizado com os outros profissionais da equipe do NASF.

O apoio matricial apresenta duas dimensões de suporte: a dimensão assistencial, que vai produzir a ação clínica direta com os usuários por meio da consulta e/ou da visita domiciliar e a dimensão técnico-pedagógica, que vai produzir a ação de apoio educativo com e para a equipe, envolvendo ações em educação em saúde. Assim, o matriciamento poderia ser utilizado tanto para o encaminhamento de pacientes que necessitem do acompanhamento farmacoterapêutico, quanto para a realização de outras atividades técnico-pedagógicas (BRASIL, 2010a; CAMPOS, DOMITTI, 2007).

O matriciamento é um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, que amplia a possibilidade de se realizar a clínica e a integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões da equipe de saúde, aumentando a eficácia e a eficiência do trabalho em saúde, ao mesmo tempo que investe na construção da autonomia do paciente. Esta metodologia de trabalho é muito utilizada para o encaminhamento de pacientes para as equipes do NASF (BERNARDO, HOEPFNER, 2016).

Além disso, o apoio matricial é fornecido por profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência, como por exemplo as equipes da ESF. Em geral, as equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, o serviço clínico do farmacêutico), asseguram, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes da ESF). Superam-se, deste modo, os encaminhamentos indiscriminados, substituindo-os por uma lógica de

corresponsabilização entre as equipes, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, visando à maior resolutividade na assistência em saúde (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Um dos aspectos-chave nesse processo de trabalho é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe de retaguarda e equipe de referência e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. Caberia, então, ao farmacêutico explicar os objetivos e benefícios dos seus serviços e, junto com a equipe, propor critérios de seleção de encaminhamento, com base não somente naqueles encontrados na literatura, como também na avaliação das necessidades da população local (BERNARDO, HOEPFNER, 2016).

5.3 Etapas para o acompanhamento farmacoterapêutico

A realização do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico deve ocorrer em etapas. Visando tornar o serviço mais prático e viável, somente alguns dos elementos dos principais métodos descritos na literatura foram adotados na presente proposta de sistemática (BRASIL, 2014a).

Assim, propõe-se que o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico seja dividido em 4 etapas, empregando-se, para tanto, formulários (ANEXO V) que foram elaborados tendo como base os formulários utilizados no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes na FARMUSP e os formulários empregados no Projeto Piloto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba (BRASIL, 2015a).

Tabela 6 – Etapas do acompanhamento farmacoterapêutico e os formulários utilizados em cada etapa.

Etapas	Formulários Utilizados
1. Coleta e organização de dados do paciente.	Ficha de identificação Avaliação de Problemas de Saúde/ Queixas Farmacoterapia Atual Avaliação do uso de medicamentos
2. Avaliação de problemas relacionados à farmacoterapia.	Lista de Problemas Relacionados à Farmacoterapia
3. Elaboração do plano de cuidado e listagem das intervenções realizadas.	Intervenções Farmacêuticas
4. Avaliação dos resultados e seguimento do paciente.	

Os formulários visam à auxiliar a obtenção e a documentação dos dados, a análise das informações e a avaliação de ações a serem tomadas durante o processo de acompanhamento farmacoterapêutico. Estes também possibilitam a criação de indicadores de qualidade e eficiência do serviço (BRASIL, 2014a).

Cabe ressaltar que a presente proposta deverá considerar, em um segundo momento, as necessidades de capacitação e educação permanente dos farmacêuticos das unidades envolvidas, o que colabora para transformar a prática profissional e a organização do próprio trabalho (IVAMA, MARÍN, 2008).

5.3.1 Coleta e organização de dados do paciente

Para a realização dessa etapa inicial é sugerido a utilização de quatro formulários:

- Ficha de identificação do paciente: perfil e hábitos de vida;
- Avaliação dos Problemas de Saúde/ Queixas;
- História Farmacoterapêutica;

- Avaliação do uso dos medicamentos.

O formulário da ficha de identificação contém as seguintes informações:

- Data, horário inicial e final e local da consulta.
- Perfil do paciente: nome, data de nascimento, idade, gênero, Cartão Nacional de Saúde (CNS); número do prontuário, escolaridade, ocupação, endereço completo, telefone de contato, peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), com quem mora, limitações, autonomia na gestão do medicamento e necessidade de cuidador.
- Hábitos de vida: consumo de bebidas alcoólicas, uso de tabaco, prática de exercícios físicos, hábitos alimentares e horários da rotina do paciente.

O segundo formulário é utilizado para a avaliação dos problemas de saúde do paciente e o estado clínico atual, com o objetivo de elencar todos os problemas de saúde do paciente. O seu preenchimento consiste em:

- Listar as doenças diagnosticadas, principalmente as doenças crônicas e as queixas do paciente, que não guardem relação clara com doenças já diagnosticadas.
- Registrar os parâmetros de controle, os resultados de exames, a sintomatologia e a avaliação do estado clínico atual para cada doença diagnosticada.
- Registrar o Estado Clínico Atual, para as queixas.

O sucesso terapêutico obtido em cada tratamento é analisado pelo estado clínico atual dos problemas de saúde, isto é, pela verificação daqueles parâmetros clínicos e laboratoriais que indicam se o objetivo terapêutico foi ou não alcançado.

Assim, o estado clínico de cada problema de saúde do paciente deve ser avaliado e codificado em:

- Curado (CUR): A doença está curada e o tratamento foi finalizado.
- Controlado (CON): A doença está sob controle, com as metas do tratamento atingidas neste momento.

- Melhora parcial (MPA): Houve uma melhora nos parâmetros desde a última avaliação, no entanto as metas terapêuticas ainda não foram alcançadas.
- Piora parcial (PPA): Houve uma piora no quadro clínico desde a última avaliação, no entanto o tratamento continua sendo efetivo, sem necessidade de ajustes.
- Não controlado (NCO): A doença não está sob controle, as metas terapêuticas não estão sendo atingidas com o tratamento neste momento.
- Sob avaliação diagnóstica (SAD): Há uma queixa nova trazida pelo paciente, mas não há ainda uma avaliação diagnóstica médica realizada. Necessita investigação.
- Desconhecido (DES): Não foi possível estabelecer o estado clínico atual do problema de saúde, por falta de informações sobre parâmetros clínicos ou ausência de exames laboratoriais.

Com o emprego do terceiro formulário avalia-se a história farmacoterapêutica do paciente, que é obtida em dois passos:

1. Listagem dos medicamentos que o paciente está utilizando (farmacoterapia atual).
2. Verificação de questões relativas à adesão ao tratamento, capacidade de gestão dos medicamentos pelo paciente, reações adversas, dificuldades no uso dos medicamentos, acesso aos medicamentos, às alergias e às terapias alternativas.

Durante a listagem dos medicamentos que fazem parte da farmacoterapia atual, o paciente é questionado sobre a utilidade, a forma de administração, o tempo de uso e sua percepção da eficácia do medicamento.

Com o quarto formulário objetiva-se em avaliar o uso de medicamentos pelo paciente, verificando a adesão, a existência de possíveis reações adversas e dificuldades no uso dos medicamentos, alergias e uso de terapias complementares.

A adesão ao tratamento é avaliada por meio dos instrumentos Sackett, Haynes e Gibson (1975) e Morisky, Green e Levine (1986). Eles instrumentos questionam a

dificuldade em seguir a farmacoterapia, perguntando-se diretamente ao paciente sobre suas dificuldades, sobre o esquecimento do uso e dos horários de administração dos medicamentos.

O rastreamento de reações adversas a medicamentos é realizado em duas partes: inicialmente questiona-se ao paciente de forma aberta sobre os incômodos ocasionados pelos medicamentos e registra-se exatamente como o paciente refere o problema, sem se preocupar se a suspeita do paciente de uma reação adversa, por exemplo, procede ou não; depois utiliza-se uma lista dos sintomas mais comuns que podem ser causados por medicamentos prescritos na Atenção Básica (WEINGART et al., 2005).

A investigação das possíveis dificuldades que os pacientes possam apresentar com os seus medicamentos é realizada por meio de uma parte do formulário BMQ (*Brief Medication Questionnaire*), no qual o farmacêutico irá citar possíveis dificuldades (abrir ou fechar a embalagem, ler o que está escrito na embalagem, lembrar de tomar todos os medicamentos, conseguir o medicamento e tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo), investigar o grau de dificuldade (muito difícil, pouco difícil, nada difícil) e relacionar com quais medicamentos as dificuldades estão ligadas (BEN et al., 2012).

Nessa etapa também se verifica se o paciente faz uso de terapias alternativas e complementares, coletando-se informações quanto ao tipo de terapia alternativa, a indicação, a frequência de utilização e o modo de preparo/utilização; e se o paciente apresenta algum tipo de alergia.

5.3.2 Avaliação de problemas relacionados à farmacoterapia

Nesta etapa utiliza-se um formulário para auxiliar na detecção dos problemas relacionados à farmacoterapia, que se encontram divididos nas seguintes categorias:

1. Problemas envolvendo seleção e prescrição.
2. Administração e adesão do paciente ao tratamento.
3. Falhas de dispensação ou manipulação.

4. Discrepâncias entre níveis de atenção à saúde.
5. Problemas na qualidade do medicamento.
6. Monitorização.
7. Tratamento não efetivo.
8. Reação adversa a medicamento.
9. Intoxicação por medicamentos.

5.3.3 Elaboração do plano de cuidado e listagem das intervenções realizadas

Nesta etapa do acompanhamento farmacoterapêutico elabora-se um plano de cuidado com o paciente, que consiste no conjunto de ações pactuadas com ele, bem como na definição das metas terapêuticas a serem atingidas. É na elaboração do plano de cuidado que o farmacêutico define a necessidade de realização de intervenções farmacêuticas para prevenir ou resolver problemas relacionados à farmacoterapia.

As metas terapêuticas consistem em dois componentes a serem definidos: os parâmetros clínicos mensuráveis a serem atingidos e o prazo para o alcance do resultado.

A intervenção farmacêutica pode ser direcionada diretamente ao paciente, ao médico (ou prescritor) responsável pela seleção do tratamento que está sendo utilizado e pode incluir também encaminhamentos a outros profissionais. A cada consulta é possível realizar as seguintes intervenções farmacêuticas:

- Informação e aconselhamento: aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico e sobre os tratamentos de forma geral; aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas; aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica e de forma geral, aconselhamento sobre auto monitoramento da doença.
- Alterações diretas na terapia (medicamento não prescrito ou com concordância do prescritor): início de novo medicamento, suspensão de medicamento, substituição de medicamento, alteração de forma

farmacêutica, alteração de via de administração, alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária, aumento da dose diária, redução de dose diária.

- Monitoramento: recomendação para realização de exame laboratorial, recomendação de monitoramento não laboratorial, recomendação de auto monitoramento.
- Encaminhamentos: ao médico, ao serviço de enfermagem, ao psicólogo, ao nutricionista, a serviço de suporte social, ao fisioterapeuta, a outro serviço farmacêutico, a programa de educação estruturada ou ao pronto atendimento.
- Provisão de materiais e elaboração de parecer: lista atualizada dos medicamentos em uso, calendário posológico de medicamentos, parecer farmacêutico ao médico e equipe de saúde, material educativo impresso/panfleto, diário para auto monitoramento, organizador de comprimidos ou dispositivos para auxiliar na adesão ao tratamento, dispositivo para auto monitoramento.

5.3.4 Avaliação dos resultados e acompanhamento do paciente

Nesta etapa é realizada a avaliação dos resultados terapêuticos, da evolução clínica do usuário e do alcance das metas terapêuticas estabelecidas. O resultado destas avaliações possibilita identificar novos problemas e a necessidade de novas intervenções.

6. CONCLUSÃO

A recente institucionalização dos serviços de cuidado farmacêutico na Rede de Atenção Básica e de Especialidades do Município de São Paulo criou um cenário favorável para a implantação do acompanhamento farmacoterapêutico.

O diagnóstico situacional apontou que 64% dos farmacêuticos realizam atividades clínicas (visitas domiciliares e/ou consultas farmacêuticas), mas que somente 38% utilizam algum tipo de formulário específico, mostrando que estas atividades ainda não são realizadas de forma sistemática e documentadas.

O número inadequado de auxiliares/técnicos de Farmácia, a existência de unidades que não dispõem de um farmacêutico exclusivo e a falta de local para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico podem ser consideradas barreiras para a implantação do serviço. Dificuldades encontradas na realização das atividades clínicas e a percepção da importância desta atividade para os farmacêuticos e para a equipe de saúde não foram abordadas, mas são relevantes e podem ser consideradas em outros estudos.

As atividades técnico-pedagógicas apareceram como as atividades nas quais os farmacêuticos que trabalham em AMA/UBS e UBS dedicam mais tempo. Tal fato demonstra o começo da adaptação e da reorganização dos processos de trabalho necessários para implantação do cuidado farmacêutico.

Alguns critérios de seleção encontrados na literatura foram citados pelos farmacêuticos na pesquisa, entretanto, o critério mais utilizado pelos farmacêuticos foi o encaminhamento por outros profissionais de saúde. Assim sugeriu-se a sistematização do encaminhamento de pacientes por meio de matriciamento.

A sistemática de acompanhamento farmacoterapêutico sugerida é realizada em 4 etapas e utiliza formulários como ferramentas de apoio para registro e análise de dados. A elaboração da sistemática é o início do processo de implantação deste serviço, sendo que a capacitação dos farmacêuticos é fundamental para o

desenvolvimento das habilidades necessárias para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico e para adaptações dos formulários para a realidade local.

Para implantar o acompanhamento farmacoterapêutico no âmbito das unidades de saúde no Município de São Paulo também são fundamentais investimentos para contratação e capacitação de recursos humanos e melhorias na estrutura física das unidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M.C.S.; PERILLO, E. O Sistema de Saúde da Inglaterra. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 53 - 54, 2014.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC n. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2009.

APHA. AMERICAN PHARMACIST ASSOCIATION. NATIONAL ASSOCIATION OF CHAIN DRUGSTORES FOUNDATION. **Medication Therapy Management in Pharmacy Practice: Core Elements of an MTM Service Model. Version 2.0.** Washington: APha, 2008.

ARAÚJO, A.L.A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.42, n.1, p.137-46, 2006.

BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, abr. 2012.

BERNARDO, N.L.M.C.; HOEPFNER, L. Serviço de dispensação: um serviço de saúde. In: SOARES, L. (Org.). **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

BRASIL. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

_____. **Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2014a (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 2).

_____. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. 1 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2015a.

_____. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jun. 2003, p. 12.

_____. Decreto nº 85.878, de 7 de abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei n. 3820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 9 abr. 1981, Página 6631.

_____. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Lei 13.021, de 11 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 ago. 2014.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012c.

_____. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 14 junho 2012b.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 43, p. 38-40, 4 mar. 2008. Republicada por ter saído com incorreção no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008, p. 47-49.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 2011.

_____. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev 2006a. Seção 1, p.43-51.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 31 dez. 2010b.

_____. Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, nº 61, 29 mar. 2006b, Seção 1, p. 71.

_____. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 mai. 2004.

_____. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos, 2015b. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 4)

_____. Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, nº 63, 31 mar. 2006c, Seção 1, p. 138.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.399-407.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 18, n. 4. Dez. 2009.

CARVALHO, M.N. **O farmacêutico na composição da força de trabalho em saúde na Atenção Primária do SUS**. Tese (Doutorado). Ciências Farmacêuticas. Brasília: Universidade de Brasília, 2016.

CASTRO, M.S.; FUCHS, F.D.; FERREIRA, M.B.C. Reflexão sobre a Prática e o Ensino do Seguimento Farmacoterapêutico de Pacientes. In: STORPIRTIS, S. [et al.]. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 36, p. 360-366, 2008.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Consulta Pública n.02/2014**, Serviços Farmacêuticos: Contextualização e Arcabouço Conceitual. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=2423>>. Acesso em: 26 fev. 2016a.

_____. Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013a.

_____. Resolução n. 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013b.

_____. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016b.

CHEMELLO, C., SOUZA, F., PATRÍCIO, E.S., FARIAS, M.R. Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients' pharmacotherapy at a pharmacy school: a practical proposal. **Braz. J. Pharm. Sci.**, v. 50, n. 1, p. 185-193, 2014.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.; MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2000.

_____. **Pharmaceutical Care Practice**. NovaYork: McGraw-Hill, 1998.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G.C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 31, n. 2, p. 285-297, fev, 2015.

CORRER, C.J. O serviço de clínica farmacêutica. In: BRASIL. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2014, p. 69-92. Caderno 1.

CORRER, C.J.; OTUKI, M.F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed; 2013.

_____. **Método Clínico de Atenção Farmacêutica**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/otuki-metodoclinic-oparaatencaofarmaceutica.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2016.

CORRER, C.J.; NOBLAT, L.A.C.B.; CASTRO, M.S. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: SOARES, L. (Org.). **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

CORRER, C.J.; OTUKI, M.F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Americana Saude** [online]. 2011, vol.2, n.3, pp.41-49.

COSTA, K.S.; NASCIMENTO JR., J.M.; SOEIRO, O.M.; PAGANELLI, M.O.; ARAÚJO, S.Q. Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. In: BRASIL. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2014, p. 25-36. Caderno 1.

CVITANIC, M.V. Metodologia de seguimento de pacientes. In: ARANCIBIA, A. [et al.]. **Fundamentos de Farmácia Clínica**. Santiago de Chile: Piade, 1993, p 13-18.

DOUCETTE, W. R. [et al.]. Development and initial assessment of the medication user self-evaluation (MUSE) tool. **Clinical Therapeutics**, v. 35, n. 3, p. 344–50, 2013.

GHAZINOORY, S.; ABDI, M.; AZADEGAN-MEHR, M. Swot Methodology: A State-of-the-Art Review for the Past, A Framework for the Future. **Journal of Business Economics and Management**, n. 1, p. 24-48, 2011.

GUERIN, G.D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012

HEPLER, C.D.; HEPLER, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533-43, 1990.

IVAMA, A.M. [et al.]. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

IVAMA, A.M.; MARÍN, N. A Educação Farmacêutica no Contexto da Mudança do Modelo de Atenção à Saúde e Reorientação da Prática Farmacêutica. In: STORPIRTIS, S. [et al.]. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 317-331.

JONES, E.J.M; MACKINNON, N.J.; TSUYUKI, R.T. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Canada. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 39, set. 2005, p. 1511-1545.

LEITE, S.N. (Orgs). **Gestão da Assistência Farmacêutica**: política, gestão e clínica. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016.

MACHADO-DOS-SANTOS, S.C.; NASCIMENTO, R.C.R.M. Acesso aos medicamentos no SUS. In: MANZINI, F. [et al.]. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS**: diretrizes para ação. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, p. 163-193.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. Método Dáder. **Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico**. Granada: UGR, 2003.

MANZINI, F.; MENDES, S.J. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal. In: LEITE, S.N. (Orgs). **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015, p. 95-146.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O.; SANTOS, S. M. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003.

MARTÍNEZ, F. M. [et al.]. **Consigue**: Informe 2011-2014, Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española. Madri: Consejo General De Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014.

MARTINS, S.F; MIL, J.W.F.V.; COSTA, F.A. The organizational framework of community pharmacies in Europe. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 37, n. 5, out. 2015, p. 896-905.

MELO, D.O.; SILVA, S.R.A.; CASTRO, L.L.C. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2016, v. 25, n. 2, p.259-270.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, S.J.; LEITE, S.N. Resultados gerais da avaliação da gestão da assistência farmacêutica em Santa Catarina. In: LEITE, S.N. (Orgs). **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015, p. 147-164.

MERCADANTE, O.A. (Coord.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MOLES, R.J.; STEHLIK, P. Pharmacy Practice in Australia. **The Canadian Journal of Hospital Pharmacy**, v. 68, n. 5, set./out. 2015, p. 418-426.

MOURA, Miguel. Mudanças na gestão dos sistemas de saúde: o modelo canadiano. **Jornal Português de Gastreenterologia**. vol. 13, nº 2, p. 105-110, 2006.

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** [online], vol.21, n.5, p.1565-1572,2016.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. El papel del farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud. **OPS/HSS/HSE**. Tokio, 1993. Disponível em: <[http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime 9848.pdf](http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime%209848.pdf)>. Acessado em: 26 fev. 2016.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud Documento de posición de la OPS/OMS** (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6). Washington, DC: OPS, 2013.

ORLANDIN, E.A.S., MOSCOVICI, L., FRANZON, A.C.A., PASSOS, A.D.C., DAL FABBRO, A.L., VIEIRA, E.M. [et al]. Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT. **Interface** (Botucatu), v. 21, n. 61, p. 349-361, 2017.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Vol. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 9 mai. 2011.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, dez. 2008.

PINHEIRO, R. M. Serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 4, n. 3, p. 15-22, 2010.

PORTA, V. STORPIRTIS, S. Farmácia Clínica. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008 (cap. 30, parte 2).

PORTELA, A.S.; LEAL, A.A.F.; WERNER, R.P.B.; SIMÕES, M.O.S.; MEDEIROS, A.C.D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, vol. 31, n. 1, p. 9-14, 2010.

SÃO PAULO. Portaria SMS nº 82, de 2015. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, nº 226, de 5 dez. 2015, p. 29.

_____. Portaria SMS.G nº 1.918 de 2016a. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo**, nº 202, de 27 out. 2016a.

_____. **Diretrizes Operacionais**. São Paulo, 2016b.

_____. **Documento norteador**: Unidade de Referência à Saúde do Idoso do Município de São Paulo, 2016. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. São Paulo: SMS, 2016c.

_____. **Manual de Assistência Farmacêutica:** Descrições de Atribuições e Atividades Descrição de Atribuições e Atividades de Farmacêuticos e Técnicos/Auxiliares de Farmácia. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, v.1, n. 1, 2013.

_____. **Manual de Assistência Farmacêutica:** Rede de Atenção Básica e de Especialidades. 3. ed., São Paulo, 2016d.

_____. **Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2014-2017.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, dez. 2014. Disponível em: <http://prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Plano_Municipal_de_Saude_Anexo.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2017.

SBRAFH. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. **Padrões Mínimos para Farmácia Hospital.** São Paulo, 2017

SERAFIN, C.; CORREIA JR., D.; VARGAS, M. **Perfil do farmacêutico no Brasil:** relatório. Brasília: conselho Federal de Farmácia, 2015.

STORPIRTIS, S., RIBEIRO, E., MARCOLONGO, R. Novas diretrizes para Assistência Farmacêutica Hospitalar: Atenção Farmacêutica/Farmácia Clínica. In: GOMES, M.J.V.M., REIS, A.M.M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000, p.521-533.

STORPIRTIS, S.; FERREIRA, E.I.; NICOLETTI, M.A. **Bases Conceituais do Novo Modelo de Atuação da Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo (FARMUSP).** Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, 19 mai. 2015. Disponível em: <<http://www.fcf.usp.br/departamentos/subpagina.php?menu=56&pagina=609&subpagina=205&departamento=3>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

STORPIRTIS, S.; MORI, A.L.P.M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TANAKA, O.Y.; OLIVEIRA, V.E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, abr. 2007.

WEINGART, S.N; PAGOVIK, O. SANDS, D.Z; LI, J.M.; ARONSON, M.D.; DAVIS, R.B.; BATES, D.W.; PHILLIPS, R.S. What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. **Journal of General Internal Medicine**, v. 20, n. 9, set. 2005, p. 830-836.

APÊNDICE I: Questionário Aplicado aos Farmacêuticos

QUESTIONÁRIO

1. Nome completo:
2. Idade:
3. Sexo: feminino () masculino ()
4. Ano de conclusão da graduação:
5. Você realizou algum curso de Especialização Latu Sensu? Se sim, em qual área?

6. Você realizou Mestrado/ Doutorado? Se sim, em qual área?

7. Há quantos anos trabalha em UBS/AMA/CAPS:

8. A qual Supervisão Técnica de Saúde a unidade em que você trabalha pertence?

9. Qual Organização Social de Saúde administra a unidade em que você trabalha? (caso a unidade seja administrada diretamente pela Prefeitura, responder “ administração direta”)?

10. Qual sua jornada de trabalho?
 - a. 20 horas/semanais
 - b. 30 horas/semanais
 - c. 40 horas/semanais
 - d. 44 horas/semanais
 - e. Escala 12/36 horas

11. Em quantas unidades você trabalha? (caso você trabalhe em mais de uma unidade, considere a unidade em que você passa mais tempo para responder as próximas questões).
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3

- d. 4
12. Qual o tipo de sua unidade? (caso sua unidade seja mista, é possível marcar mais de uma opção)
- a. AMA (Atendimento Médico Ambulatorial)
 - b. UBS (Unidade Básica de Saúde)
 - c. CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
 - d. AMA-E (Atendimento Médico Ambulatorial de Especialidades)
 - e. Hora Certa
 - f. Outros (especifique):
13. Quantos farmacêuticos trabalham na mesma unidade além de você?
- a. Sou o único farmacêutico que trabalha na unidade
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. Mais de 3
14. Quantos auxiliares/técnicos de farmácia trabalham na farmácia da unidade?
- a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
 - f. 6
 - g. 7
 - h. 8
 - i. Mais que 8
15. Quantas prescrições, em média por dia, são atendidas na farmácia da sua unidade?
16. Na unidade em que você trabalha, o farmacêutico tem espaço próprio dentro da farmácia com mesa e cadeira para realizar suas atividades?
- ☐ SIM ☐ NÃO
17. O farmacêutico tem computador próprio para realizar suas atividades?
- ☐ SIM ☐ NÃO
18. A UBS disponibiliza uma sala EXCLUSIVA para a consulta farmacêutica?
- ☐ SIM
- ☐ NÃO, mas existe uma sala que pode ser compartilhada com outros profissionais

☐) NÃO há nenhuma sala disponível na unidade

19. Caso possua uma sala para realizar consulta farmacêutica, exclusiva ou compartilhada, esta sala está equipada com (é possível marcar mais de uma opção):

☐) NÃO HÁ SALAS DISPONÍVEIS NA UBS

☐) Mesa e cadeiras

☐) Computador com rede de internet

☐) Computador sem rede de internet

☐) Esfigmomanômetro com estetoscópio ou aparelho de aferir a pressão arterial automático

☐) Aparelho para monitoramento glicêmico

☐) Balança

20. A unidade possui Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)? Quantas?

a. Não possui

b. 1

c. 2

d. 3

e. 4

f. 5

g. 6

h. 7

i. 8

j. 9 ou mais

21. A sua unidade possui Equipe Multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

☐) SIM ☐) NÃO

22. A unidade disponibiliza motorista/veículo para a realização de visitas domiciliares?

☐) SIM ☐) NÃO

23. Você realiza visitas domiciliares (VD)?

() SIM () NÃO

24. Se realiza VD:

- a. Quantas visitas você realiza por mês (em média)?
- b. Quanto tempo gasta, em média, em cada visita (em minutos)?
- c. Utiliza algum formulário padronizado da OSS para realizar a visita?

25. Você realiza consultas farmacêuticas?

() SIM () NÃO

26. Se realiza consulta:

- a. Quantas consultas você realiza por mês (média)?
- b. Quanto tempo gasta, em média, em cada consulta (em minutos)?
- c. Utiliza algum formulário padronizado da OSS para realizar a consulta?

27. Quem solicita essas visitas/consultas? (pode ser assinalada mais de uma opção):

- () Médico da ESF
- () Enfermeira da ESF
- () Agentes Comunitários de Saúde
- () Equipe NASF
- () Outros (especifique):

28. Quais critérios de seleção de pacientes você utiliza para realizar as Visitas Domiciliares/ Consultas?

- a. Não utilizo critérios de seleção
- b. Pacientes encaminhados por algum profissional de saúde
- c. Pacientes que participam de grupos da unidade, como por exemplo pacientes do Grupo de Diabetes
- d. Outros critérios (especificar):

29. Quantas HORAS, em média, você gasta POR MÊS com a realização de cada uma destas atividades logísticas citadas abaixo? Caso não realize, favor colocar "0" (listar as atividades realizadas somente pelo farmacêutico; não assinalar as atividades que são realizadas pelos auxiliares/ técnicos):

Atividade	Tempo gasto (média/mês)
Atividades Logísticas e Gerenciais	
Elaboração de relatório semanal de itens zerados	
Recebimento do abastecimento quinzenal: conferência e entrada das Notas Fiscais no sistema GSS	
Elaboração de relatório quinzenal de abastecimento	
Recebimento e solicitação de transferências de itens remanejados entre as unidades	
Controle de lote e validade de medicamentos/materiais no estoque	
Inventário de medicamentos e materiais	
Avaliação/acerto de estoque baseado no inventário	
Solicitação de retirada de medicamentos para descarte (LOGA)	
Verificação mensal do lote e validade dos medicamentos e materiais do carro de emergência	
Entrega de insumos para pacientes cadastrados no AMG (Programa de Automonitoramento Glicêmico)	
Entrega de Fraldas	
Outros (descrever a atividade e o tempo gasto, em horas):	
Outros (descrever a atividade e o tempo gasto, em horas):	
Outros (descrever a atividade e o tempo gasto, em horas):	
Outros (descrever a atividade e o tempo gasto, em horas):	
Outros (descrever a atividade e o tempo gasto, em horas):	

30. Quantas HORAS você gasta, em média POR MÊS, participando de cada um dos Grupos citados? Caso não realize, favor colocar “0”.

Atividade	Tempo gasto (média/mês)
Tabagismo	
Planejamento familiar	
Grupo de Hipertensos	
Grupo de Diabéticos	
Grupo de Horta	
Outro grupo	
Outro grupo	

31. Quantas HORAS você gasta, em média POR MÊS, participando de cada uma das Comissões abaixo? Caso não realize, favor colocar “0”.

Atividade	Tempo gasto (média/mês)
Avaliação de Prontuários	
Gestão de Risco	
Comissão de Humanização	
Conselho Gestor	

Outras comissões	
------------------	--

32. Quantas HORAS ao todo você gasta, em média POR MÊS, em cada um dos tipos de orientação dada aos pacientes citadas abaixo?

Atividade	Tempo gasto (média/mês)
Lista de medicamentos disponíveis na REMUME	
Orientações para obtenção de medicamentos do Componente Especializado (“alto custo”)	
Orientações para solicitação de medicamentos que não pertencem a REMUME, via “Extra REMUME” –SMS SP	
Orientações para obtenção de nutrição enteral ou medicamentos via Comissão de Farmacologia da SES-SP	
Outras (descrever o tipo de orientação e o tempo gasto por mês)	
Outras (descrever o tipo de orientação e o tempo gasto por mês)	

33. Quantas HORAS você gasta, em média POR MÊS, com as Atividades de Educação em Saúde citadas abaixo? (caso não realize, coloque 0)

Atividade	Tempo gasto (média/mês)
Educação continuada para Equipe de saúde	
Educação continuada para técnicos/auxiliares de farmácia	
Educação continuada para população (palestras, campanhas, etc.)	
Orientações para obtenção de nutrição enteral ou medicamentos via Comissão de Farmacologia da SES-SP	

Outras (descrever o tipo de atividade e o tempo gasto)	
--	--

ANEXO I: Procedimento Operacional Padrão - Atenção Farmacêutica

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)		Nº POP	NPG.0-0001V1
Unidade	UBS Vila Dalva e UBS/AMA Vila Sônia	Revisão atualizada	04.07.2013
Área	Farmácia	Próxima Revisão	04.07.2014
NOME	Atenção Farmacêutica		

I. OBJETIVO

Garantir o desenvolvimento da prática farmacêutica e o uso racional de medicamentos, garantindo uma terapia apropriada, uma farmacoterapia adequada e uma melhor compreensão/adesão do paciente ao seu plano de tratamento focando na segurança do paciente.

II. ABRANGÊNCIA

UBS Vila Dalva e AMA/UBS Vila Sônia.

III. EXIGÊNCIA(S) E JUSTIFICATIVA(S)

Atualmente as equipes das Unidades de Saúde enfrentam situações diversas relacionadas à adesão do paciente ao tratamento e problemas relacionados ao medicamento. Isto pode ser evitado com o trabalho conjunto do farmacêutico com a equipe de saúde. O farmacêutico deve acompanhar o paciente com a finalidade de promover uma melhor qualidade e racionalidade no uso de medicamentos, focando na segurança do paciente e fortalecendo a relação entre a equipe de saúde e a farmácia.

IV. RESPONSABILIDADES

Farmacêutico.

V. ABREVIACOES

1. AMA - Assistência Médica Ambulatorial
2. CSS - Gestão de Sistemas em Saúde
3. POP - Procedimento Operacional Padronizado
4. UBS - Unidade Básica de Saúde
5. ACS - Agente Comunitário de Saúde

VI. DEFINIÇÕES

- A) Atenção Farmacêutica - "Provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes"
- B) Seguimento farmacoterapêutico - "É um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário".

ELABORAÇÃO	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO	LIBERAÇÃO
NOME		FRANCIS TOMAZINI	DR. FELIPE NEVE
CARGO		GERENTE DA QUALIDADE	DIRETOR EXECUTIVO
NÚCLEO		NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E QUALIDADE	DIRETORIA EXECUTIVA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)		Nº POP	NRG.0-0001V1
Unidade	UBS Vila Dalva e UBS/AMA Vila Sônia	Revisão atualizada	04.07.2013
Área	Farmácia	Próxima Revisão	04.07.2014
Nome	Atenção Farmacêutica		

VII. MATERIAIS UTILIZADOS

QUANTIDADE	UNIDADE	MATERIAL
1	UNIDADE	COMPUTADOR
1	UNIDADE	CANETA
1	UNIDADE	CARIMBO DOS PROFISSIONAIS E DA UNIDADE
1	UNIDADE	IMPRESSORA
1	BLOCO	PAPEL SULFITE
1	ACESSO	BASE DE DADOS DE SAÚDE
2	UNIDADE	PRANCHETA
15	UNIDADES	FITAS ADESIVAS COLORIDAS (CORES DIFERENTES)
3	UNIDADES	FITA ADESIVA TRANSPARENTE TAMANHO GRANDE
1	PACOTE	CANETAS HIDROGRÁFICAS COLORIDAS
2	UNIDADES	TESOURA
2	UNIDADES	COLA BRANCA
1	UNIDADE	COLA QUENTE
50	UNIDADES	SACO ZIP-LOCK

VIII. PROCEDIMENTOS

QUANDO ESSE PROCEDIMENTO É REALIZADO?	CONFORME A DEMANDA DA UNIDADE
COMO É REALIZADO O PROCEDIMENTO?	

I. Encaminhamento ao farmacêutico

- O encaminhamento pode ser realizado por toda a equipe de saúde da Unidade, caso seja identificado necessidade. O próprio paciente pode solicitar atendimento.
- O profissional de saúde deve preencher o formulário de solicitação de atenção farmacêutica (anexo I), e encaminhá-lo ao farmacêutico. Caso o paciente solicite atendimento, o farmacêutico deve preencher um formulário referente a ele.
- O farmacêutico deve agendar o atendimento com o paciente ou agente de saúde e manter os formulários como indicativo.

II. Primeira consulta farmacêutica

- O farmacêutico deve realizar a primeira consulta segundo formulário próprio de atenção farmacêutica (anexo II).

ELABORAÇÃO	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO	LIBERAÇÃO
Nome		FRANCIS TONAZINI	DR. FELIPE NEVE
Cargo		GERENTE DA QUALIDADE	DIRETOR EXECUTIVO
Núcleo		NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E QUALIDADE	DIRETORIA EXECUTIVA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)		Nº POP	NPG.0-0001V1
Unidade	UBS Vila Dalva e UBS/AMA Vila Sônia	Revisão atualizada	04.07.2013
Área	Farmácia	Próxima Revisão	04.07.2014
NOME	Atenção Farmacêutica		

- ii. Caso haja necessidade, deve ser agendada uma consulta para finalizar o atendimento ao paciente.

III. Fase de estudos

- i. Com as informações sobre o paciente coletadas, o farmacêutico deve realizar a fase de estudos, avaliando:
- Fisiopatologia e tratamento das doenças apresentadas,
 - Possíveis interações medicamentosas,
 - Posologia e indicação de cada medicamento considerando a faixa etária,
 - Possíveis eventos adversos,
 - Problemas de adesão.
- ii. Deve-se elaborar um plano de ação e evoluir todo o caso em prontuário conforme roteiro em anexo III.
- iii. Caso necessário, apresentar à equipe de saúde responsável pelo paciente para discussão. Evoluir em prontuário novas condutas.

IV. Retorno ao paciente

- i. Nesta consulta, devem ser realizadas todas as orientações previstas no plano de ação.

IX. FORMULÁRIOS/DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Método Dáder.

Método PWD.

X. TEMPO PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO

Cada consulta deve durar em média uma hora, dependendo de cada situação.

XI. MENSURAR EFETIVIDADE DESTE PROCEDIMENTO/INDICADORES RELACIONADOS

Nº casos atendidos/Nº total de casos encaminhados x 100

Meta igual ou maior ao mês anterior

XII. PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Falta do paciente à consulta.

XIII. POPs RELACIONADOS

- Farmacovigilância

ELABORAÇÃO	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO	LIBERAÇÃO
NOME		FRANCIS TOMAZINI	DR. FELPE NEVE
CARGO		GERENTE DE QUALIDADE	DIRETOR EXECUTIVO
NÚCLEO		NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E QUALIDADE	DIRETORIA EXECUTIVA

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)		Nº POP	NPG.0-0001V1
Unidade	UBS Vila Dalva e UBS/AMA Vila Sônia	Revisão atualizada	04.07.2013
Área	Farmácia	Próxima Revisão	04.07.2014
NOME	Atenção Farmacêutica		

Anexo III - Roteiro para Evolução em Prontuário

Orientações para Evolução em Prontuário

1 - Data e espaço de linha
 2 - Escrever na primeira linha "atenção Farmacêutica"
 3 - Descrever o motivo do encaminhamento
 4 - Evolução da consulta
 5 - Medicamentos com observações, exemplo:

Nome do medicamento	Posologia Prescrita	Como Paciente Toma	Nome do local do Prescritor
Metoprolol 25mg	01 + 0 + 0	cometa	Dr. Xxxx
Atenolol 50mg	01 + 0 + 01	01 + 0 + 0	Dr. Xxxx
Aspir 300mg	0 + 01 + 0	não usa	HC

Obs.: alergia a Dipirona e Paracetamol

6 - Exames relevantes
 7 - hipótese diagnóstica "HD"
 8 - conduta diagnóstica "CD"
 9 - assinatura e CPF do farmacêutico

XV. REFERÊNCIAS

http://qss2.prefeitura.sp.gov.br/_Operacional/SigOpe.asp

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>

ELABORAÇÃO	VALIDAÇÃO	APROVAÇÃO	LIBERAÇÃO
NOME		FRANCIS TONAZINI	DR. FELPE NEVE
CARGO		GERENTE DA QUALIDADE	DIRETOR EXECUTIVO
NUCLEO		NUCLEO DE PLANEJAMENTO E QUALIDADE	DIRETORIA EXECUTIVA

ANEXO II: Aprovação do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implantação do Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes em Unidades Básicas de Saúde no Município de São Paulo

Pesquisador: Sílvia Storpirtis

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54068016.7.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.042.919

Apresentação do Projeto:

Território e população de estudo- O território em estudo corresponde às UBS do Município de São Paulo (451), geridas por seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS - Norte, Sul, Leste, Centro, Oeste e Sudeste) e distribuídas em Supervisões Técnicas (24), que coordenam as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos.

O projeto tem como população de estudo 120 farmacêuticos que atuam em UBS no Município de São Paulo que participaram do curso com o tema "Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes Crônicos" ministrado pela equipe de farmacêuticos da FARMUSP, no período de 30 de março de 2016 a 04 de maio de 2016 (1 edição) e de 14 de setembro de 2016 a 26 de outubro de 2016 (2 edição).

Os farmacêuticos participantes do curso foram selecionados pela SMS-SP e amostra foi estabelecida por conveniência. Esta amostra populacional representa cerca de um terço de todos os farmacêuticos que atuam em UBS no Município de São Paulo (dados fornecidos pela SMS-SP, não publicados).

Pesquisa e avaliação de relatórios gerenciais elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS-SP).

Foi realizada pesquisa sobre a estrutura e os processos de trabalho relacionados a serviços

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.042.919

farmacêuticos realizados em UBS empregando-se relatório gerencial elaborado pela SMS-SP em 2015, disponível na página web da Prefeitura de São Paulo (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016), e o Manual de Assistência Farmacêutica da SMS-SP publicado em 2013 (ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2013)

- Elaboração e aplicação de questionário- Foi elaborado questionário (ANEXO I) constituído por três partes com perguntas sobre o perfil do farmacêutico, suas atribuições e a estrutura da UBS em que trabalha. O questionário será aplicado aos 120 farmacêuticos que atuam em UBS das 6 Coordenadorias Regionais de Saúde e que participaram do curso com o tema "Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes Crônicos" ministrado pela equipe de farmacêuticos da FARMUSP, no período de 30 de março de 2016 a 04 de maio de 2016 (1 edição) e de 14 de setembro de 2016 a 26 de outubro de 2016 (2 edição), organizado a partir do estabelecimento de parceria entre a FARMUSP/FCF-USP e a SMS-SP. Esses farmacêuticos serão contactados individualmente via web, onde receberão o TCLE (ANEXO IV) e o link online do Formulários Google (<https://www.google.com/intl/ptBR/forms/about/>) com o questionário. O farmacêutico terá 30 dias para retorno do questionário respondido.

Critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico em UBS no Município de São Paulo. A proposição dos critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes baseou-se em dados disponíveis na literatura, nos critérios empregados no Projeto Piloto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba (BRASIL, 2015) e na prática adotada em algumas UBS do Município de São Paulo (ANEXO II).

-Sistemática para o acompanhamento de pacientes em UBS no Município de São Paulo. A proposta da sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em UBS no Município de São Paulo está sendo elaborada tendo como base:

- A revisão da literatura sobre os modelos de acompanhamento farmacoterapêutico aplicáveis a pacientes ambulatoriais e atendidos em farmácias comunitárias.
 - O diagnóstico situacional sobre a estrutura e as atividades farmacêuticas realizadas em UBS geridas pela SMS-SP.
 - O modelo adotado no Projeto Piloto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba (BRASIL, 2015).
 - O modelo empregado na FARMUSP para pacientes com câncer de próstata (Projeto Fapesp-PPSUS nº 2012/51707-4).
- 4.2.4 Análise Estatística Os dados coletados serão tabelados empregando-se o programa Microsoft Excel ® para a realização de análise estatística descritiva.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.042.919

Critério de Inclusão:

Farmacêuticos selecionados, amostra por conveniência, pela Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo para realizarem o curso com o tema "Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes Crônicos", no período de 30 de março de 2016 a 04 de maio de 2016 (1 edição) e de 14 de setembro de 2016 a 26 de outubro de 2016 (2 edição).

Critério de Exclusão:

Farmacêuticos que não participaram de nenhuma das duas edições do curso "Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes Crônicos".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver proposta de modelo de acompanhamento farmacoterapêutico aplicável a pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde no Município de São Paulo.

Objetivo Secundário:

- Elaborar o diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos realizados nas UBS visando à implantação do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.
- Estabelecer os critérios de seleção de pacientes para o acompanhamento farmacoterapêutico.
- Propor sistemática de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com base em número de consultas farmacêuticas, formulários a serem empregados, registro e análise de dados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta é uma pesquisa que envolve risco mínimo para os participantes. Os sujeitos que não participarem, não terão qualquer prejuízo ou influência em seus processos de trabalho e serão esclarecidos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Os sujeitos são livres para se recusar a participar, retirar o seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, independentemente de já haver iniciado a sua colaboração. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou prejuízo. A participação no estudo não acarretará custos para o participante e não será disponível nenhuma compensação financeira. Só serão aceitos os participantes que assinarem o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.042.919

Benefícios:

Ao participarem desta pesquisa, os farmacêuticos poderão fornecer subsídios sobre a discussão que está acontecendo na assistência farmacêutica relacionada ao tema de cuidados farmacêuticos e auxiliar na conciliação da interface dos serviços farmacêuticos de gestão e clínicos. Os farmacêuticos poderão ser contemplados com uma análise das atividades que eles realizam e tal análise auxiliará na construção de um modelo de acompanhamento farmacoterapêutico que seja aplicável em sua rotina, ampliando seu papel dentro da equipe de saúde e auxiliando o paciente a manejar sua farmacoterapia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto liberado para iniciar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.042.919

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_anuencia_inst_colaboradora.pdf	29/01/2017 23:23:53	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_3_submissao.doc	29/01/2017 23:17:09	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Gabriela_Borracha_corrigido_3_submissao.doc	29/01/2017 23:16:47	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3_submissao.docx	29/01/2017 23:16:16	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_670763.pdf	16/11/2016 02:03:36		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2submissao.docx	16/11/2016 02:01:51	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_GabrielaBorracha_corrigido_2submissao.docx	16/11/2016 02:01:33	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2submissao.docx	16/11/2016 02:01:11	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Outros	SMS.pdf	11/03/2016 15:54:14	JORGE ALVES DE LIMA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_670763.pdf	09/03/2016 15:38:06		Aceito
Outros	Participantes_Projeto.doc	09/03/2016 11:57:35	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	09/03/2016 11:56:23	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/03/2016 11:51:29	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Outros	Anuencia_FBF_Projeto_Gabriela.pdf	09/03/2016 08:37:04	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_participacao.JPG	07/03/2016 11:49:06	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GabrielaBorracha.doc	07/03/2016 11:01:55	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_GabrielaBorracha.doc	07/03/2016 11:00:48	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	Implantacao_AF_em_UBS_de_SP_folha_derosto.pdf	01/03/2016 17:59:01	maria gabriela borracha gonçalves	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.042.919

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Maio de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

1. Informações do Participante da Pesquisa

Nome:			
Sexo: () M () F			
Data de Nascimento: / /			
Endereço:			Nº.:
Complementos:		Bairro:	
Cidade:			Estado:
CEP:	Telefones:		

2. Título do Projeto de Pesquisa

Implantação do Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes em Unidades Básicas de Saúde no Município de São Paulo
--

3. Duração da Pesquisa

20 a 30 minutos

4. Nome do Pesquisador Responsável

Sílvia Storpirtis	
Cargo/ Função: Prof. Associada	Nº de registro do Conselho Regional: 9794-8

5. Instituição/Instituições

FARMUSP (Farmácia Universitária da USP) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP
--

Prezado farmacêutico, a Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP e a Farmácia Universitária da USP (FARMUSP) estão desenvolvendo um estudo junto com a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS-SP). Este estudo tem como objetivo avaliar e propor a implantação de um modelo de acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes das Unidades Básicas de Saúde no Município de São Paulo.

Caso aceite participar, você terá que responder a um questionário contendo perguntas sobre a estrutura da farmácia e da unidade onde você trabalha, bem como sobre as atividades exercidas pelo farmacêutico, o tempo gasto em cada uma delas e sua formação acadêmica. Será enviado via web o link online do Formulários Google com o questionário a ser respondido. Com estas informações iremos elaborar um diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos para avaliar a possibilidade e as necessidades de adequação para a implantação do modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.

Você não será identificado em nenhum aspecto da pesquisa, os participantes serão codificados e seus nomes ou qualquer dado que os identifique serão preservados. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, o participante será ressarcido.

Ao participar desta pesquisa, você poderá fornecer subsídios sobre a discussão que está acontecendo na assistência farmacêutica relacionada ao tema de cuidados farmacêuticos e auxiliar na conciliação da interface dos serviços farmacêuticos de gestão e clínicos. O farmacêutico poderá ser contemplado com uma análise das atividades que ele realiza e tal análise auxiliará na construção do modelo de acompanhamento farmacoterapêutico que seja aplicável em sua rotina, ampliando seu papel dentro da equipe de saúde e auxiliando o paciente a manejar sua farmacoterapia.

O farmacêutico que aceitar participar da pesquisa poderá em qualquer momento dela, interromper sua participação, se assim for de sua vontade, e não sofrerá qualquer tipo de problema e os dados fornecidos até esse momento serão totalmente confidenciais, não sendo divulgados.

Você poderá sentir desconforto em compartilhar um pouco das informações pessoais. Porém, não desejamos que isto aconteça. Por isso, caso se sinta incomodado, você não precisará que responder qualquer pergunta, se achar que a mesma é muito pessoal. Os farmacêuticos que não participarem, não terão qualquer prejuízo ou influência em seus processos de trabalho. Só serão aceitos os participantes que assinarem o Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados desse estudo poderão ser acompanhados posteriormente nas publicações realizadas pelos pesquisadores, mas você não será identificado em nenhuma delas. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Uma via deste consentimento informado será arquivada na Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você. Abaixo segue as informações sobre os pesquisadores em caso de necessidade de contato.

Pesquisador responsável: Sílvia Storpirtis. Telefone (11) 2648-0674, e-mail: sstor@usp.br.

Pesquisador principal: Maria Gabriela Borracha Gonçalves. Telefone (11) 97543-2122 e-mail: gabriela.borracha@gmail.com

Consentimento Pós-Esclarecido

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante de Pesquisa
ou do Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável

Para qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos relativos a este protocolo de pesquisa, favor entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo**: Av. Prof. Lineu Prestes, 580, Bloco 13 A, Butantã, São Paulo, CEP 05508-000, Telefones 3091-3622 e 3091-3677, e-mail: cepfcf@usp.br, ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS**, Rua General Jardim, 36 – 8º andar, telefone: 3397-2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Pesquisador responsável: Sílvia Storpirtis. Telefone: (11) 2648-0674, e-mail: sstor@usp.br.

Pesquisador principal: Maria Gabriela Borracha Gonçalves. Telefone: (11) 97543-2122, e-mail: gabriela.borracha@gmail.com

ANEXO IV: Formulário de Acompanhamento Farmacoterapêutico

Consulta			
Data:	Horário início:	Horário Fim:	Local: ☐ Consultório ☐ Domiciliar
Nome:			
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: ☐ Fem ☐ Masc	
CNS:		Prontuário:	
Escolaridade:		Ocupação:	
Endereço:			
Telefone:			
Peso:	Altura:	IMC:	
Com quem mora:			
Limitações: ☐ Nenhuma ☐ Locomoção ☐ Fala ☐ Visão ☐ Audição ☐ Outras:			
Autonomia na gestão dos medicamentos: ☐ Toma medicamentos sem assistência ☐ Necessita de lembretes ou de assistência ☐ Incapaz de tomar sozinho			
Tem cuidador? ☐ Não ☐ Sim		Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____	

Hábitos de Vida						
Bebidas alcoólicas: () Não () Sim Qual(is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____						
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): () Não () Fumava, mas parou há _____ Fumou durante quantos anos? _____ () Sim Qual(is)? _____ Quantidade/dia _____ Anos de uso _____ Anos/maço: _____						
Exercício físico: () Não () Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____						
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos): 						
Rotina (horários e observações importantes)						
Acorda	Café da Manhã	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dorme
Dorme durante o dia? () Não () Sim				Quantas vezes?		
Acorda durante a noite? () Não () Sim				Quantas vezes? Porquê?		

PROBLEMAS DE SAÚDE/QUEIXAS		
Problemas de saúde	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença - Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração: localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado ClínicoAtual *

* Curado (CUR)/Controlado (CON)/Melhora parcial (MPA)/Piora Parcial (PPA)/Não controlado (NCO)/ Sob avaliação diagnóstica (SAD)/Desconhecido (DES)

ADESÃO AO TRATAMENTO					
A maioria das pessoas tem dificuldade para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?					
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?					
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?					() Não () Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?					() Não () Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?					() Não () Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?					() Não () Sim
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? () Não () Sim Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES? () Não () Sim					
() Dor de cabeça		() Coceira/urticária		() Problemas de sono	
() Problema gastrointestinal		() Tontura/desequilíbrio		() Dor muscular	
() Fadiga/cansaço		() Problema sexual		() Mudança no humor	
() Incontinência/problema urinário					

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Nunca Comentário (Qual medicamento?)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	de	Modo de preparação/ utilização
Alergias				
Alergias conhecidas:				

Farmacoterapia Atual

Número de medicamentos em uso: / / Número da Consulta: Data da consulta / /

Legenda: P=prescrito; R=trouxe receita?; A=antes; D=depois; S=sim; N=não

Número de medicamentos em uso: _____
_____/_____/_____

Número da Consulta: _____ Data da consulta _____

Legenda: P=prescrito; R=trouxe receita?; A=antes; D=depois; S=sim; N=não

[illegible]

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		OBSERVAÇÕES ADICIONAIS
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO		
	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
	Prescrição em subdose	
	Prescrição em sobredose	
	Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada	
	Frequência ou horários de administração prescritos inadequados	
	Duração do tratamento prescrita inadequada	
	Interação medicamento-medicamento	
	Interação medicamento-alimento	
	Condição clínica sem tratamento	
	Necessidade de medicamento adicional	
	Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva	
	Outros problemas de seleção e prescrição	
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO		
	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	
	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
	Técnica de administração do paciente incorreta	
	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	

	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
	Redução abrupta de dose pelo paciente	
	Paciente não iniciou o tratamento	
	Uso abusivo do medicamento	
	Automedicação indevida	
	Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO		
	Dispensação de medicamento incorreto	
	Dispensação de dose incorreta	
	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
	Dispensação de quantidade incorreta	
	Medicamento em falta no estoque (não dispensado)	
	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE		
	Omissão de medicamento prescrito	
	Medicamentos discrepantes	
	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
	Doses discrepantes	
	Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes	
	Duração de tratamentos discrepantes	
	Outras discrepâncias não especificadas	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO		
	Desvio de qualidade aparente	
	Uso de medicamento vencido	

	Armazenamento incorreto	
	Outros problemas relacionados à qualidade	
MONITORAMENTO		
	Necessidade de monitoramento laboratorial	
	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
	Necessidade de auto monitoramento	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		
	Tratamento não efetivo com causa identificada	
	Tratamento não efetivo sem causa definida	
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO		
	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	
	Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)	
	Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		
	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	
	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
() Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento		

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS					
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		Contato: P: pessoal, T: telefônico, C: carta, E: e-mail.		Aceitação S: sim N: não	Justificativa não aceitação
		Paciente	Médico		
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico				
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral				
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas				
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica				
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral				
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento				
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos				
	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos				
	Outro aconselhamento não especificado				
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA					
	Início de novo medicamento				
	Suspensão de medicamento				
	Reintrodução de medicamento				
	Substituição de medicamento				
	Alteração de forma farmacêutica				
	Alteração de via de administração				
	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária				
	Aumento da dose diária				
	Redução de dose diária				
	Outras alterações na terapia não especificadas				

MONITORAMENTO				
Recomendação de monitoramento laboratorial				
Recomendação de monitoramento não laboratorial				
Recomendação de auto monitoramento				
Outras recomendações de monitoramento não especificadas				
ENCAMINHAMENTO				
Encaminhamento a outro serviço farmacêutico				
Encaminhamento ao médico				
Encaminhamento ao enfermeiro				
Encaminhamento ao psicólogo				
Encaminhamento ao nutricionista				
Encaminhamento ao fisioterapeuta				
Encaminhamento a serviço de suporte social				
Encaminhamento a programa de educação estruturada				
Encaminhamento ao pronto-atendimento				
Outros encaminhamentos não especificados				
PROVISÃO DE MATERIAIS				
Lista ou Calendário posológico de medicamentos				
Rótulos / Instruções pictóricas				
Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais				
Material educativo impresso / Panfleto				
Informação científica impressa				
Diário para auto monitoramento				
Dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento				
Dispositivo para auto monitoramento				
Provisão de materiais não especificados				
() Nenhuma intervenção realizada neste momento				

OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE
INFORMAÇÕES ADICIONAIS