

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

CADERNO 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde

Brasília - DF
2014



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

**CUIDADO
FARMACÊUTICO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

**CADERNO 1:
Serviços Farmacêuticos na
Atenção Básica à Saúde**

Brasília - DF
2014



2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e
Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos
Estratégicos
Coordenação-Geral de Assistência
Farmacêutica Básica
SCN quadra 2, Projeção C
1º andar, sala 108
CEP: 70.712-902 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3410-4171
Site: www.saude.gov.br/qualifarsus
E-mail: qualisus.cuidado@saude.gov.br

Organização:

Karen Sarmento Costa
José Miguel do Nascimento Júnior
Orlando Mário Soeiro
Maria Ondina Paganelli
Cassyano Januário Correr

Coordenação:

Karen Sarmento Costa
Maria Ondina Paganelli
Orlando Mário Soeiro

Elaboração:

Karen Sarmento Costa
José Miguel do Nascimento Júnior
Orlando Mário Soeiro
Maria Ondina Paganelli
Cassyano Januário Correr
Suetônio Queiroz de Araújo

Colaboração:

Joyce Maria de Araujo

Apoio financeiro:

Ministério da Saúde e Banco Mundial

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Amanda Soares Moreira
Revisão: Silene Lopes Gil e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação:
Renato Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

108 p. : il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1).

ISBN 978-85-334-2196-7

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Promoção à saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614.39:615.1

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0580

Títulos para indexação:

Em inglês: Pharmaceutical services in Primary Health Care

Em espanhol: Servicios farmacéuticos en la Atención Primaria a la Salud

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agentes comunitários de saúde

AF – Assistência Farmacêutica

Aine – Anti-inflamatórios não esteroidais

AACP – American College of Clinical Pharmacy

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CGAFB – Coordenadoria-Geral de Assistência Farmacêutica Básica

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Curame – Comitê de Uso Racional de Medicamentos

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

ESF – Estratégia Saúde da Família

MAI – Medication Appropriateness Index

MS – Ministério da Saúde

Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEHI – New England Healthcare Institute

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organización Panamericana de la Salud

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSCN – Pharmaceutical Services Negotiating Committee

Qualifar-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

QualiSUS-Redes – Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde

RAM – Reações Adversas a Medicamentos

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

Sumário

| | |
|---|-----|
| Apresentação | 7 |
| Prefácio..... | 11 |
| As Redes de Atenção à Saúde | 15 |
| Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS ---- | 25 |
| O medicamento enquanto insumo essencial das ações de saúde ----- | 37 |
| Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde..... | 53 |
| O serviço de clínica farmacêutica..... | 69 |
| Atividades técnico-pedagógicas | 93 |
| Equipe do Projeto | 105 |

Apresentação

A situação de saúde da população brasileira e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem, aos gestores, aos profissionais e aos trabalhadores da Saúde o desafio da garantia da integralidade do cuidado.

Uma estratégia adequada para o enfrentamento do quadro de saúde vigente no País consiste na organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde, coordenadas e orientadas pela Atenção Básica em Saúde.

Nesse sentido, é imprescindível a integração da Assistência Farmacêutica nas redes como ação e serviço de saúde. Para isso, a estruturação das redes é fundamental, razão pela qual tem sido considerada uma alternativa adequada para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos.

No entanto, as atividades de aquisição e de distribuição consolidaram-se histórica e institucionalmente, como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos no País. Em decorrência desse quadro, muitos setores consideram a Assistência Farmacêutica como apenas um sistema logístico ou um sistema de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e de serviços do SUS, enquanto outros segmentos da sociedade enfocam o medicamento como mercadoria.

Consideramos que a Assistência Farmacêutica visa a assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto destes, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Por essa razão, torna-se fundamental discutir sobre o papel da Assistência Farmacêutica no atual estágio de desenvolvimento do SUS, além de debater a respeito de como avançar conjuntamente na perspectiva das Redes, a fim de responder, de forma organizada e integrada, às demandas de saúde da população brasileira.

Sendo assim, considerando a concepção das Redes de Atenção à Saúde, buscamos desenvolver e implantar programas e projetos que estejam alicerçados nesses conceitos e diretrizes. Destaca-se a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, segura, responsável e humanizada à população brasileira, conforme será exposto.

Como estratégia para avançar na implementação desse Programa, em âmbito regional, estabeleceu-se uma parceria com a Gerência do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), a Unidade de Gestão do Projeto (UGP), o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), a Secretaria-Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS) com os objetivos de: aprimorar os mecanismos de gestão de tecnologia de uso em saúde nessas regiões do QualiSUS-Rede, por meio da informatização dos Sistemas de Apoio (almoxarifados e/ou centrais de abastecimento farmacêutico), nos Pontos de Atenção à Saúde e nos Pontos de Apoio Terapêutico; capacitar profissionais na gestão da Assistência Farmacêutica e no Sistema Hórus e desenvolver um projeto piloto para a Gestão do Cuidado,

considerando a implantação de serviços da clínica farmacêutica em um município das regiões apoiadas pelo Projeto.

Dessa maneira, registramos aqui os nossos agradecimentos a todos aqueles que acreditaram e contribuíram para a realização desse projeto. Primeiramente, agradecemos aos quadros técnicos e aos gestores do Ministério da Saúde, especialmente na Assistência Farmacêutica, uma vez que possibilitam empreender projetos a favor da melhoria das condições de saúde dos usuários da Atenção Básica do SUS, em todas as regiões do País. Agradecemos também ao Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), instituição financeira do Banco Mundial, pelo financiamento que possibilitou estabelecer a parceria com o Projeto QualiSUS-Rede do Ministério da Saúde; assim como à UGP, que coordena essa iniciativa no âmbito do Ministério da Saúde, pela viabilização técnica e administrativa da proposta; agradecemos pelo avanço na integração dos programas e projetos com o Departamento de Atenção Básica (DAB), a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS; agradecemos aos professores e aos apoiadores do cuidado farmacêutico selecionados que realizaram, com o Ministério da Saúde e a gestão local do município de Curitiba, a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos; agradecemos, principalmente, pelo aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em desenvolver o projeto piloto nas unidades básicas do município, e pelos farmacêuticos de Curitiba, em especial aqueles vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por acreditarem que seria possível transformar a qualidade dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde, visando ao cuidado integral e ao uso racional dos medicamentos.

Dessa forma, apresentamos com grande satisfação a série *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*, que tem como principal objetivo compartilhar o processo de desenvolvimento do projeto piloto em Curitiba, assim como os resultados

alcançados, sejam eles os instrumentos, o processo de capacitação, a implantação desse novo serviço, com a perspectiva de fomentar a discussão sobre o papel do cuidado farmacêutico e das práticas da clínica farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.

Desejamos a todos uma boa leitura e acreditamos que essa experiência municipal exitosa seja um passo para ampliar a discussão e a participação de outros atores e segmentos da sociedade brasileira, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os conselhos de classe, entre outros, com o objetivo de avançarmos conjuntamente na implementação dos serviços clínicos farmacêuticos, nos pontos de atenção das Redes em todo o País.

Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde

Prefácio

Nos últimos anos, têm sido intensificados os debates sobre o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde, como a estratégia de organização do sistema de saúde potencialmente capaz de incrementar o desempenho do SUS em termos de acesso, de qualidade e de eficiência econômica.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, destaca que a Rede de Atenção à Saúde se organiza 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 intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde”.

O desafio está colocado: como desenvolver o Sistema Único de Saúde, estabelecendo coerência e interdependência entre o modelo de atenção, a organização do sistema e a gestão, de forma a alcançar maior efetividade, eficiência sistêmica e qualidade na atenção prestada?

Responder a este desafio requer construção permanente, no campo prático, de dispositivos e de mecanismos de integração da produção de saúde, que ampliem o grau de interconexão entre os pontos de atenção, de modo a promover inovação

na organização do processo de trabalho com base em evidência e em uma ação coordenada e cooperativa, incorporando a prática da Gestão Clínica.

É nesta perspectiva que se desenvolve, sob coordenação técnica da equipe da CGAFB/DAF/SCTIE, o Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, para implementação de serviços de clínica farmacêutica nas Redes, no âmbito do Projeto QualiSUS-Rede. Uma experiência que vem a somar esforços com o Projeto QualiSUS-Rede no cumprimento do seu objetivo principal, que é o de contribuir com a qualificação e a implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) para melhor atender a população brasileira.

A série *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica* possibilita-nos visitar conceitos e, a partir da experimentação, disponibilizar suporte teórico e metodológico a gestores e profissionais de saúde, para continuar a avançar na organização dos processos de trabalho e no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde.

A Gerência do Projeto QualiSUS-Rede parabeniza a equipe técnica pela iniciativa de sistematizar esta rica e inovadora experiência, que certamente muito contribuirá com o avanço da implantação do cuidado farmacêutico em outras unidades de saúde e, com isso, deseja a todos boa leitura e aplicação dos conhecimentos aqui compartilhados.

Gerência do Projeto QualiSUS-Rede
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
Secretaria-Executiva
Ministério da Saúde

Caros trabalhadores da Atenção Básica

A organização da Atenção Básica (AB) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é considerada eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde e, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa priorização não está presente apenas no discurso: traduz-se, também, na elaboração de uma ampla política que busca enfrentar os principais desafios para a expansão e a consolidação da AB no País. Entre estes, destacamos como principais a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB.

Podemos citar como ações nesse sentido: 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 de um 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 (Nasfs) para todos os municípios com equipes de Saúde da Família e uma série de outras ações.

Neste contexto, o Nasf constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Enquanto equipe multiprofissional, o Nasf abre a possibilidade de inserção do farmacêutico na AB de forma que este realize

não apenas ações de gestão da assistência farmacêutica nesse âmbito da atenção, mas também, e principalmente, ações de cuidado à saúde dos usuários.

O cuidado farmacêutico na AB, especialmente no Nasf, diz respeito a ações que envolvem as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira refere-se ao cuidado farmacêutico e às ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada. Já a segunda se refere às ações que atendam, mais diretamente, às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e de outras ações compartilhadas. A aposta, então, é que o farmacêutico possa qualificar 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.

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Departamento de Atenção Básica
Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

As Redes de Atenção à Saúde

Karen Sarmiento Costa

Orlando Mário Soeiro

José Miguel do Nascimento Júnior

As transformações sociais, demográficas e econômicas ocorridas no País, desde a década de 1980, ocasionaram repercussões diretas nas condições de vida, de trabalho e de saúde da população brasileira (CNDSS, 2008). Do ponto de vista demográfico, o acelerado crescimento da população brasileira, aliado às mudanças expressivas na estrutura etária, materializou-se em impactos significativos, representando desafios para a definição de políticas públicas que respondam a essas transformações (CNDSS, 2008; MENDES, 2010).

Em relação ao perfil epidemiológico, o País vive uma transição singular, caracterizada por uma tripla carga de morbimortalidade que envolve: a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e a desnutrição, característica de países subdesenvolvidos, embora com tendências de decréscimo; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e outros agravos; e o crescimento das causas externas, em decorrência do aumento da violência, dos acidentes de trânsito e acidentes de trabalho, homicídios e suicídios (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

Nesse contexto, os sistemas de atenção à saúde devem estar organizados para oferecer uma atenção contínua e integral a diferentes grupos populacionais, considerando suas características singulares de saúde, que envolvem fatores sociais, econômicos e culturais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os sistemas de atenção à saúde são um conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, a fim de atingir os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada contra os riscos, para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos e sua prestação de modo eficiente. Assim, os sistemas de atenção à saúde podem ser entendidos como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares (MENDES, 2010).

No entanto, a falta de respostas oportunas a essas necessidades desencadeou uma crise nos sistemas de saúde, reflexo tanto da situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas como da não garantia de continuidade do cuidado (MENDES, 2011).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade, e está organizado sob as diretrizes organizativas da descentralização, da regionalização-hierarquização, da resolubilidade, da participação da comunidade e da complementaridade do setor privado.

Após 25 anos do seu advento, o Sistema Único de Saúde adquiriu dimensão universal e transformou-se no maior projeto público de inclusão social nesse

período, uma vez que é responsável exclusivo pela atenção a 140 milhões de brasileiros, e dos 48 milhões assistidos pelo sistema de saúde suplementar, muitos utilizam o SUS nas situações em que o sistema privado limita a cobertura (SANTOS, 2010; MENDES, 2013).

O SUS oferece mais de 40 mil unidades básica de saúde, quase 6 mil hospitais e 60 mil ambulatórios contratados, 2.500 centros de atenção psicossocial, mais de mil academias da saúde, entre outros equipamentos distribuídos em todo País. Disponibiliza anualmente mais de 2 bilhões de procedimentos ambulatoriais e mais de 11 milhões de internações hospitalares. Realiza 10 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia, mais de 200 mil cirurgias cardíacas e mais de 150 mil vacinas a cada ano. Desenvolve programas que são referência internacional: o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/aids e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, com a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de saúde do mundo (24 mil em 2012). O sistema oficial de saúde também provê para o conjunto da população brasileira serviços de vigilância sanitária, de alimentos e de vigilância epidemiológica, além de programas universais de acesso a medicamentos, entre tantos outros (MENDES, 2013; BRASIL, 2014).

Embora os avanços alcançados pelo SUS desde a sua criação sejam inegáveis e significativos, torna-se cada vez mais premente, no contexto do século XXI, a necessidade de superar a intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (BRASIL, 2010).

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a

partir da oferta, tem se mostrado insuficiente, para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, o grande desafio que se apresenta para o SUS, na sociedade contemporânea, é o de consolidar um sistema integrado, que responda de forma adequada a essas necessidades de saúde da população.

O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientadas pela Portaria nº 4.279/2010 e pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define-se como uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere à sua organização quanto na qualidade e no impacto da atenção prestada sobre a saúde da população (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011b).

Nessa portaria, a RAS é definida como:

[...] 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. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção a saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010).

Experiências têm demonstrado que esse tipo organização tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo mais eficazes, tanto em termos de organização

interna, alocação de recursos; coordenação clínica; quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

Contudo, para que a Atenção Básica à Saúde (ABS) possa resultar em todos esses benefícios, deve ser reformulada, a fim de cumprir três papéis essenciais nas Redes de Atenção à Saúde: a resolução, ou seja, a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, isto é, a capacidade de orientar os fluxos e os contrafluxos de pessoas, de informações e de produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, quer dizer, a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população (MENDES, 2010).

Nesse sentido, a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) reforça que a atenção básica deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde e atualiza conceitos na política ligados ao papel almejado da AB na ordenação da RAS. Os princípios que norteiam a AB são 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 esta deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2011a).

É oportuno destacar que, no SUS, o debate pela maior intensificação da integração foi enfatizado a partir do Pacto pela Saúde, em 2006. Por meio do Pacto foi firmado acordo entre os gestores do Sistema, visando priorizar o processo de regionalização da saúde e a organização do sistema de saúde sob a forma de redes, como estratégias para consolidar os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 2010).

A operacionalização das redes será desenvolvida por meio de seus elementos constitutivos, descritos a seguir: população e região de saúde, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

População e região de saúde

O primeiro elemento das RAS é uma população, que vive em territórios sanitários singulares (população adscrita), organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada em subpopulações por risco socio-sanitário. As RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade (MENDES, 2011).

As regiões de saúde são espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b). Essas regiões devem ser definidas com base em parâmetros espaciais e temporais precisos, visando assegurar a distribuição territorial adequada das estruturas, a fim de garantir tempo/resposta necessários ao atendimento, à melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2010).

Estrutura operacional

A estrutura operacional é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde; pelos sistemas de apoio a estes serviços e pelas ligações que os comunicam (BRASIL, 2010).

Os componentes da estrutura operacional são:

Centro de Comunicação

É exercido pela Atenção Primária/Básica em Saúde, que ordena fluxos e contrafluxos de pessoas, de produtos e de informações entre os diferentes componentes das redes, sendo coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010).

Pontos de Atenção

Pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços nos quais se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde, e diferenciam-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Pontos de apoio diagnóstico e terapêutico são constituídos como unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio, tais como: diagnóstico de imagem, patologia, análises clínicas e métodos gráficos (BRASIL, 2010).

Sistemas de Apoio

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde e, por isso, são transversais às Redes de Atenção à Saúde. São constituídos pelos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Sistemas de Informação e Sistema de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010).

Sistemas Logísticos

Consistem na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência que orientam decisões assistenciais, de prevenção da doença e de promoção da saúde. As diretrizes desdobram-se em *Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais*, que orientam as linhas de cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e os serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos. Outro exemplo consiste na organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, proposta a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia (BRASIL, 2010).

Consequentemente, desafios a serem superados estão propostos para a reestruturação do Sistema Único de Saúde, segundo a concepção das Redes de Atenção à Saúde, entre as quais destacamos a integração das ações e dos serviços no campo da Assistência Farmacêutica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, Poder Executivo, Brasília/DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. 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. 2010. Seção 1, p. 89. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2013.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 19 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica** [site]. Disponível em: <189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 4 out. 2014.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil:** relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2013.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, [S.l.], v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <www.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2014.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS




Karen Sarmento Costa
José Miguel do Nascimento Júnior
Orlando Mário Soeiro
Maria Ondina Paganelli
Suetônio Queiroz de Araújo

O avanço da ciência e a inovação tecnológica no desenvolvimento de medicamentos têm contribuído, de forma efetiva, para o controle das doenças, propiciando aumento na expectativa de vida de indivíduos e grupos populacionais, fato que por sua vez demanda novos medicamentos (BRASIL, 2012a).

A demanda crescente por medicamentos envolve elevado aporte de recursos financeiros, cujo gerenciamento efetivo pode propiciar o acesso regular aos medicamentos pela população. Portanto, a Assistência Farmacêutica exerce um importante papel no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento

tecnológico e, de outro lado, é essencial na produção de serviços, propiciando integralidade e resolutividade às ações de saúde (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a inclusão da Assistência Farmacêutica (AF) no campo das Políticas Públicas deu-se por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), tendo como finalidades principais:

-  A garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos.
-  A promoção do uso racional dos medicamentos.
-  O acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

O aprimoramento necessário dessa Política visava à superação do entendimento da Assistência Farmacêutica, com foco no medicamento, de forma a também enfatizar o cuidado com as pessoas, e está presente na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, formulada em 2004:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. 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. Compreendida também como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras (BRASIL, 2004a).

Os princípios e as diretrizes do SUS não poderão ser concretizados, na prática dos serviços, sem a compreensão da necessidade da efetivação da Assistência Farmacêutica como uma política pública de saúde. Para isso, a estruturação do Sistema Único de Saúde torna-se um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde, com destaque para o campo farmacêutico (BRASIL, 2012a).

Mesmo considerando a complexidade do processo de Assistência Farmacêutica, que envolve a articulação e o sincronismo entre os serviços e a ação cooperativa dos profissionais de saúde, observam-se, principalmente desde 2003, avanços na organização dessa política e no seu financiamento.

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), tem buscado desenvolver várias estratégias para implementar as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004a). Entre essas medidas, a ampliação do recurso federal para garantir o acesso a medicamentos à população brasileira mostrou-se expressivo no período entre 2003 a 2014, passando o orçamento de 1,9 bilhão para 12,4 bilhões, com investimento superior a 80 bilhões de reais.

Outras estratégias foram desenvolvidas, as quais se destacam: a organização do financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, por meio do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, constante na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), destinado à aquisição de medicamentos para oferecer à população, gratuitamente, especialmente em serviços ambulatoriais do sistema de saúde do País, tem sido estruturante para viabilizar esse direito à população.

Os gestores do SUS definiram regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. O Bloco de Assistência Farmacêutica, conforme Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, e para efeito de execução, os recursos deste bloco devem ser movimentados em contas específicas para cada componente que compõe o bloco, sendo eles:

- a) Componente Básico, para aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica em Saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).
- b) Componente Estratégico, para financiamento de ações de Assistência Farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/aids; sangue e hemoderivados e imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a).
- c) Componente Especializado, uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS; caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e em Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2013a).

Além dessa organização, foi criado em 2004 com a perspectiva de enfrentar agravos de alto impacto na saúde pública e reduzir os gastos com medicamentos no orçamento familiar o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (BRASIL, 2004b). Como estratégia complementar do acesso a medicamentos promovida pelo Ministério da Saúde, o Programa baseou-se inicialmente na abertura de farmácias estatais, gerenciadas na esfera federal pela Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com gestores estaduais de saúde e, principalmente, gestores municipais, conhecido como “Rede Própria do Programa Farmácia Popular”. Em 2006, mediante parceria com o comércio varejista farmacêutico em âmbito nacional, a expansão do Programa ocorreu pela modalidade conhecida como “Aqui tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2006), por intermédio de copagamento pelo Ministério da Saúde. O Programa Farmácia Popular do Brasil foi aprimorado em 2011, com a criação do Programa Saúde Não Tem Preço, no qual os medicamentos para hipertensão, diabetes e asma são ofertados nas farmácias sem custos para a população (COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2014).

No campo de instrumentos tecnológicos, o desenvolvimento e a disponibilidade para o SUS têm o propósito de produzir evidências sobre a situação da Política de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica e suas tendências. Um exemplo refere-se ao Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), o qual permite a construção de base de dados nacionais, com potencial de contribuir na elaboração de informação e de indicadores. Tais recursos representam ferramentas importantes para a gestão e a avaliação dos serviços e constituem, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população. A partir do emprego de indicadores de monitoramento e de avaliação, o Ministério da Saúde poderá propor metas de desenvolvimento e qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (COSTA; NASCIMENTO JR., 2012).

Como estratégia prioritária para a implementação das diretrizes das Políticas Nacionais citadas anteriormente, foi criado o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS). O Programa tem a finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012b). Está organizado em quatro eixos, a saber:

I – Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos.

II – Eixo Educação: promover a educação permanente e a capacitação dos profissionais de saúde, para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais, no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

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

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.

Os crescentes investimentos e as estratégias apontadas representam um considerável avanço no desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no SUS. No entanto, ressalta-se que as desigualdades sociais e econômicas existentes no País, somadas à gestão ineficiente dos recursos financeiros, à prescrição e à utilização irracional dos medicamentos, podem determinar restrições no acesso e o uso indevido de medicamentos, com comprometimento da saúde da população (BRASIL, 2012a).

Outro aspecto a considerar é que a indústria farmacêutica e setores envolvidos no processo de comercialização abordam os medicamentos como produto de alta demanda social, com produção monopolizada e de elevado retorno financeiro, agregando pesados investimentos em *marketing*, o que induz à automedicação e ao uso abusivo e irracional desses produtos da saúde, favorecendo o aumento das reações adversas, da automedicação, da resistência microbiana, das intoxicações e da morbimortalidade relacionada aos medicamentos (BRASIL, 2012a).


A literatura consultada e a observação de campo no trabalho profissional em programas de Assistência Farmacêutica indicam que, de modo geral, os gestores apresentam grande preocupação com o abastecimento de medicamentos na rede de saúde. Porém, para produzir efetiva melhoria na saúde e na qualidade de vida da população assistida, o acesso ao medicamento, por si só, não basta. A não adesão ao tratamento farmacológico prescrito, por exemplo, é identificada como causa importante para o insucesso do tratamento, e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde (BRASIL, 2012a).

É fundamental a percepção de que a disponibilidade dos medicamentos precisa estar de acordo com o quadro epidemiológico, com suficiência, regularidade e qualidade apropriada, e mais, os serviços precisam orientar o uso correto dos medicamentos e, quando necessário, monitorar a sua utilização.

A Assistência Farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, a serem ordenados conforme sua complexidade, tendo por objeto a relação com os usuários e as suas necessidades. A organização da AF caracteriza-se como uma estratégia que procura superar a fragmentação entre seus componentes e a fragmentação mais ampla, ainda presente no SUS (BRASIL, 2012a).

Na Portaria nº 4.279/2010, a Assistência Farmacêutica é descrita como um dos elementos constituintes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto sistema de apoio na estrutura operacional (BRASIL, 2010b). Considerando que a AF desenvolve também serviços clínicos assistenciais, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos propõe uma reflexão desta portaria, conforme demonstrado na Figura 1.

Considerando a fase de implantação RAS no País, torna-se estratégico e oportuno promover a adequação dos serviços de Assistência Farmacêutica, nessa nova concepção da AF, por intermédio de seus diferentes componentes, a saber:

 Os serviços de abastecimento (Sistema de Apoio), que articulam um conjunto de ações, com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento que ele precisa, com regularidade, suficiência e qualidade.


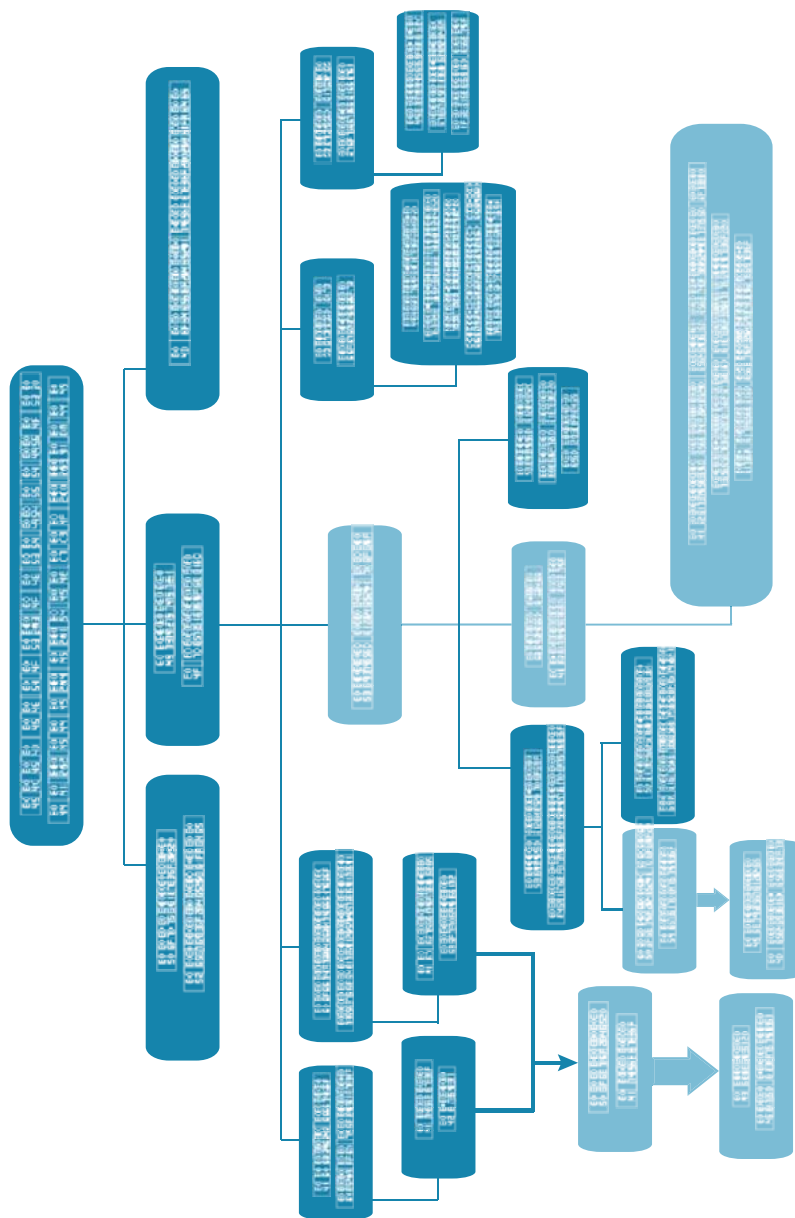
 Os serviços de Clínica Farmacêutica (Ponto de Atenção), ofertados nos pontos de atenção à saúde, com a finalidade de propiciar o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade.

Figura 1 – Representação dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde, considerando as adequações propostas para a Assistência Farmacêutica



Fonte: Autoria própria.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, 2012a. 25 p. Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 31 jan. 2007. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 10 março 2006. Seção 1, p. 59. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-491.htm>. Acesso em: 6 out 2014.

_____. Ministério da Saúde. 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**, Poder Executivo, Brasília/DF, 14 jun. 2012b. Seção 1, p. 19. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html>. Acesso em: 14 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 31 jul. 2013a. Disponível

em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>. Acesso em: 6 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Aprova as normas de financiamento e execução do componente básico da assistência farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 31 jul. 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 6 out 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 10 nov. 1998. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 21 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. 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**, Poder Executivo, Brasília/DF, 31 dez. 2010b. Seção 1, p. 89. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2013.

_____. Presidência da República. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004b, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 21 maio 2004b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>. Acesso em: 21 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Da excepcionalidade às linhas de cuidado**: o componente especializado da assistência farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 262 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 20 maio 2004a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 21 ago. 2014.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JR., J. M. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 46, supl. 1, p. 91-99, dez. 2012.

COSTA, K. S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Conhecimento e Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil: um estudo de base populacional no município de Campinas/SP. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 397-408, jul./set. 2014.

O medicamento enquanto insumo essencial das ações de saúde

Cassyano Januário Correr

Os medicamentos contribuem, em muitos casos, de forma decisiva para o controle das doenças e o aumento da expectativa e da qualidade de vida da população, sendo que sua ausência ou uso irracional coloca em risco os investimentos nas ações de saúde.

Para que haja uso racional de medicamentos, uma série de eventos bem-sucedidos deve ocorrer. Em primeiro lugar, é preciso definir claramente o objetivo terapêutico do uso do medicamento; a seguir, que se prescreva o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, de segurança e de adequação ao indivíduo. É necessário, ainda, que a prescrição seja adequada quanto à forma farmacêutica e ao regime terapêutico; que o medicamento esteja disponível de modo oportuno e acessível, e que responda a critérios de qualidade exigidos. Por fim, deve haver dispensação em condições adequadas, com orientação ao usuário, e este deve

cumprir o regime terapêutico da melhor maneira possível, a fim de que surjam resultados terapêuticos desejados (AQUINO, 2008).

O uso racional de medicamentos consiste, assim, em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos, em minimizar os riscos decorrentes de sua utilização (acontecimentos não desejados) e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade (MOTA et al. 2008).

O uso eficiente dos medicamentos exige o trabalho articulado de uma equipe de profissionais que assistem diretamente ao usuário. No interior dessa equipe, o médico tradicionalmente atua como profissional que seleciona e inicia o uso de medicamentos, enquanto profissionais como enfermeiros e farmacêuticos devem atuar como corresponsáveis pela implementação e ajuste do plano terapêutico, pelo suporte ao usuário e pelo monitoramento dos resultados terapêuticos, dando *feedback* à equipe e permitindo que todo o sistema se retroalimente e se mantenha organizado (HINDMARSH, 2001; HEPLER; SEGAL, 2003; HEPLER, 2004). Falhas nessas condições essenciais levam ao sofrimento humano, à incapacidade, à redução na qualidade de vida e à morte, além de ocasionarem maiores custos e desperdício de recursos para o sistema de saúde e para a sociedade.

Os gastos públicos com medicamentos são crescentes e constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar (MENDES, 2011). Apesar desse crescente fluxo de financiamento e da clara ampliação da distribuição de medicamentos, ainda se pode distinguir, no Brasil, uma dupla carga de problemas relacionados aos medicamentos, que caracteriza a atual Assistência Farmacêutica, própria tanto de países desenvolvidos como daqueles em desenvolvimento. Por um lado, deficiências políticas, gerenciais e estruturais comprometem o acesso oportuno

de parte da população aos medicamentos, em quantidade e qualidade suficientes. Por outro lado, o desenvolvimento socioeconômico, o acesso à informação e a medicamentos sem prescrição médica, a pluralidade de prescritores de diferentes especialidades, a alta prevalência das condições crônicas e a polimedicação criaram novas necessidades relacionadas aos medicamentos que os serviços de saúde atuais têm dificuldade em atender (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

A utilização inadequada dos medicamentos pelos usuários e pelos serviços de saúde costuma levar a resultados desastrosos. Em estudo populacional realizado no Estado de São Paulo com mais de 2 mil idosos, foi evidenciado que 1 em cada 3 indivíduos utiliza 4 medicamentos ou mais, e 15,6% faziam uso de pelo menos 1 medicamento considerado inadequado. A pesquisa revelou também que o número maior de consultas médicas, assim como o número de internações, levava, respectivamente, a uma razão de chances de 1,9 e 3,8 vezes maior de o idoso consumir quatro medicamentos ou mais (CARVALHO, 2007).

O uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos é também um fator de risco importante para interações medicamentosas graves. Um estudo de coorte prospectiva, realizado na Atenção Primária à Saúde em Ourinhos/SP, encontrou uma prevalência de 6% de reações adversas causadas por interações entre medicamentos. Os problemas de saúde mais comuns foram sangramento gastrointestinal, hipercalcemia e miopatia. Os medicamentos mais implicados foram varfarina, ácido acetilsalicílico, digoxina e espironolactona. Um total de 37% dos usuários necessitaram de internação hospitalar devido a esses problemas (OBRELI-NETO et al., 2012).

Problemas de saúde relacionados ao uso de medicamentos são causas importantes de busca de atendimentos de urgência e emergência no Brasil. Em estudos

conduzidos em pronto atendimento hospitalar, foi encontrada prevalência de 31,6% a 38,2% de consultas de urgência ligadas a medicamentos (ANDREAZZA-DALL'AGNOL, 2003; ANDREAZZA et al., 2011; MEDEIROS-NETTO et al., 2005). Por volta de 16% desses usuários tinham problemas de adesão ao tratamento, 14%, ausência de tratamentos necessários, 12%, não efetividade terapêutica, 5%, intoxicações, 4%, reações adversas e 2%, complicações pelo uso de medicamentos desnecessários (MEDEIROS-NETTO et al., 2005). Estudos prospectivos mostraram que 38,6% a 65,3% desses casos não são detectados pela equipe médica como sendo ocasionados por medicamentos, o que faz com que essa realidade permaneça oculta dos gestores e da equipe de saúde (HOHL et al., 2010; ROULET et al., 2013). Os autores de uma revisão sistemática, publicada em 2002, concluíram que pelo menos 28% de todas as visitas ao pronto atendimento eram relacionadas a problemas da farmacoterapia, sendo que 8,6% a 24,2% destas visitas levavam a admissões hospitalares e 70% dos eventos são considerados evitáveis (PATEL; ZED, 2002).

A prevalência global de internações hospitalares relacionadas a medicamentos no Brasil não é conhecida. Considerando apenas as reações adversas a medicamentos (RAM) no universo possível de problemas com medicamentos, resultados de estudos realizados na Bahia demonstraram que 2,1% das admissões hospitalares foram causadas por RAMs. Jovens e idosos representaram 28,8% e 31,1% dos usuários (NOBLAT et al., 2011). Segundo as conclusões de um estudo realizado no interior de São Paulo, 15,5% das admissões ocorridas em um hospital geral, no período de um mês, haviam sido causadas por RAMs (MASTROIANNI et al., 2009).

A não adesão dos usuários à farmacoterapia, principalmente entre aqueles portadores de doenças crônicas e com tratamentos mais complexos, continua sendo

um desafio para os serviços de saúde. Um estudo com mais de 150 mil usuários, na América do Norte, revelou que a taxa de persistência e de adesão ao tratamento para seis medicamentos de uso contínuo para glaucoma, dislipidemia, osteoporose, diabetes, hipertensão e bexiga hiperativa variava de 37% a 72% nos primeiros 12 meses de tratamento (YEAU et al., 2009). No estudo foi evidenciado também que, entre hipertensos tratados no decorrer do período de dez anos, apenas 39% dos usuários persistem no tratamento, 22% interrompem e reiniciam o tratamento durante o período e 39% o abandonam definitivamente.

No Brasil, há muitos trabalhos publicados nos quais é avaliada a prevalência de não adesão dos usuários aos medicamentos, para diversos tipos de tratamentos. Em um estudo realizado no sudoeste de Santa Catarina ficou demonstrado que, entre usuários de hipolipemiantes, a taxa de não aderentes (retirada de comprimidos <80% do esperado) subiu no período médio de 19 meses, após o início do tratamento, em aproximadamente 2,4 vezes (7,4% *versus* 17,5%; $p < 0.001$). A redução nos níveis de LDL-c foi nula nos usuários com <55% de adesão e foi de apenas 0% a 7% nos usuários com 55%-80% de adesão (CUNICO, 2011). Em usuários ambulatoriais em tratamento para doenças gastrintestinais crônicas, a não adesão chega a 58% (DEWULF et al., 2006). Entre usuários diabéticos, a baixa adesão ao tratamento foi estimada em 50%, influenciando negativamente o controle glicêmico (SOUZA et al., 2011). No caso da hipertensão, em estudo realizado na cidade de Araucária, Estado do Paraná, foi constatado que a não adesão pode chegar a 60% dos usuários, e entre os fatores que mais a influenciam estão a escolaridade, a compreensão da doença, o histórico familiar de doenças cardiovasculares e o tipo de combinação medicamentosa utilizada (MELCHORS, 2008). Entre os idosos são encontradas taxas de não adesão ao tratamento autorrelatada de 62,9%, e quanto maior o número de medicamentos em uso maiores são os problemas de adesão ao tratamento (ROCHA et al., 2008).

Apesar desse conjunto de evidências, a questão da adesão ao tratamento no Brasil continua sendo praticamente negligenciada. Há uma escassez de serviços dedicados à gestão da adesão dos usuários aos medicamentos, sendo uma exceção alguns serviços especializados no tratamento do HIV e aids (BRASIL, 2008). Também permanece a visão distorcida de que a não adesão é responsabilidade exclusiva dos usuários. Usuários com dificuldades de adesão e que não obedecem às “ordens” da equipe de saúde continuam sendo rotulados como usuários “difíceis” ou “resistentes”. O Ministério da Saúde reconhece o problema e já estabeleceu como estratégico, para o País, o desenvolvimento de mecanismos para o aumento da adesão ao tratamento das condições crônicas e para a promoção do uso racional de medicamentos específicos (BRASIL, 2011).

A automedicação inadequada também afeta de forma importante os usuários do SUS. Estudos mostram que 60,2% das pessoas não tomavam atitude terapêutica alguma quando vivenciam problemas de saúde, 31,6% automedicam-se e apenas 8,2% procuram por serviços de saúde (MENDOZA-SASSI et al., 2006). O projeto Bambuí revelou que apenas 54% das pessoas maiores de 18 anos faziam uso exclusivo de medicamentos prescritos, 28,8% usavam medicamentos sem prescrição e 17,2% faziam uso de ambos (LOYOLA FILHO et al., 2002). Em inquéritos sobre farmácia domiciliar, foram encontrados de 3,8 a 5,1 medicamentos por domicílio. Muitos deles desprovidos de prescrição e utilizados por crianças e adolescentes. Boa parte desses medicamentos, ainda, é armazenada de forma inadequada, apresenta perda de qualidade e é descartada de forma prejudicial ao meio ambiente (GASPARINI, J. C.; GASPARINI, A. R.; FRIGIERI, 2011; BUENO; WEBER; OLIVEIRA, 2009). Os medicamentos mais usados por automedicação no Brasil são os analgésicos e os anti-inflamatórios não esteroidais (Aine) (CARVALHO et al., 2005). Não por acaso, entre os usuários encaminhados para endoscopia digestiva em Hospital Universitário de Belo Horizonte, Estado

de Minas Gerais, 34% relataram utilização de Aine nos 30 dias que antecederam o exame e 61% dos usuários o fizeram por automedicação (RIBEIRO; SEVALHO; CÉSAR, 2007).

Em consequência desse conjunto de problemas, uma grande parcela dos tratamentos com medicamentos no Brasil falha em produzir resultados terapêuticos desejados. Como exemplo, em usuários com diabetes tipo 2, a taxa de controle glicêmico (HbA1c <7%) é de apenas 25%, sendo considerada uma das piores do mundo (DOMINGUEZ, 2007). Entre usuários hipertensos, o controle da pressão arterial é alcançado em 32,4% a 61,7% dos usuários, com pior controle entre os usuários de mais alto risco cardiovascular (NOBRE; RIBEIRO; MION, 2010). Outro estudo nacional multicêntrico encontrou que menos de 30% dos usuários diabéticos tratados alcançam as metas terapêuticas de controle pressórico, índice de massa corporal e LDL-c e apenas 46% alcançam as metas de HbA1c (GOMES et al., 2006).

Dados internacionais apresentam uma perspectiva mais global do problema. Em serviços ambulatoriais dos Estados Unidos da América (EUA), segundo dados de 2001, cada tratamento com insucesso gerava um custo adicional, em média, de US\$ 977.00. Para cada novo problema de saúde, esse custo médio era de US\$ 1,105.00 e para tratamentos combinados de US\$ 1,488.00 (ERNST; GRIZZLE, 2001). Nos EUA, o custo decorrente das falhas no processo de uso dos medicamentos chegou a 289 bilhões de dólares em 2008, sendo as hospitalizações o principal componente de custo (NEHI, 2009). Na Alemanha o custo chegou a 816 milhões de euros em 2007 (STARK; JOHN; LEIDL, 2011).

O impacto econômico exato de todos esses problemas da farmacoterapia é desconhecido no Brasil. Considerando os estudos internacionais (PATEL; ZED,

2002) e os dados disponíveis no DATASUS, observa-se que, apenas no ano de 2013, podem ter ocorrido entre 1,2 milhão e 3,2 milhões de internações de urgência ligadas a problemas relacionados aos medicamentos. Isto considerando um universo de aproximadamente 48 milhões de atendimentos de urgência e emergência e 11 milhões de internações de urgência naquele ano, a um custo médio de R\$ 1.135,26 por usuário, por internação. O custo total das hospitalizações pode ser estimado entre R\$ 1,3 bilhão e R\$ 3,6 bilhões, somente em 2013. Assim, numa avaliação conservadora, a economia de recursos poderia ser de até R\$ 2,5 bilhões ao ano, somente com hospitalizações, se 70% desses problemas, considerados evitáveis, fossem realmente evitados.

Diversos estudos controlados, testando o impacto do cuidado farmacêutico, já foram realizados no Brasil. A evidência mostra benefícios desses serviços para a adesão ao tratamento, para a satisfação dos usuários e para os resultados do uso dos medicamentos em diversos grupos de usuários, entre eles: idosos, diabéticos, hipertensos, pessoas com alto risco coronariano, síndrome metabólica, dislipidemia, asmáticos, com depressão e insuficiência cardíaca (AMARANTE et al., 2010; ANDRADE; PELÁ, 2005; BORGES et al. 2010; BORGES et al., 2011; CORRER et al., 2011a; CORRER et al. 2009a; CORRER et al., 2009b; CASTRO et al., 2006; MORI et al., 2010; NETO et al., 2011; PLASTER et al., 2012; SANTOS et al., 2010). A maioria desses estudos foi realizada em ambiente ambulatorial ou em farmácias comunitárias. Além disso, diversas iniciativas nacionais para implementação desses serviços no SUS já foram tomadas, e mostraram caminhos importantes a seguir (SOLER et al., 2010; GOMES et al., 2010; MINAS GERAIS, 2010; CONSELHO..., 2013; BRASIL, 2007). Permanece a lacuna, no entanto, particularmente no campo das políticas públicas, de uma proposta consistente de modelo para os serviços de clínica farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, considerando a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (Nasf), que possam ser incentivados e reproduzidos no plano nacional, e que contribuam efetivamente para o uso racional de medicamentos no País e a melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Referências

AMARANTE, L. C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 209-215, 2010.

ANDRADE, R. C. G.; PELÁ, I. R. Seguimento farmacêutico e o seu impacto sobre os resultados glicêmicos no tratamento de pacientes diabéticos tipo 2. **Pharmacy Practice**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 112-122, 2005.

ANDREAZZA, R. S. et al. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. **Gaceta Sanitaria**, [S.l.], v. 25, n. 6, p. 501-506, 2011.

ANDREAZZA-DALL'AGNOL, R. S. **Identificação e quantificação dos problemas relacionados com medicamentos em pacientes que buscam atendimento no serviço de emergência do HCPA**. 112 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 13, n. p. 733-736, 2008.

BORGES, A. P. S. et al. The pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. **Pharmacy World & Science**, [S.l.], v. 32, n. 6, p. 730-736, 2010.

BORGES, A. P. S. et al. Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [S.l.], v. 55, n. 9, p. 686-691, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 107 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p. Disponível em: <www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adexao_web.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2012**. Brasília, 2011. 148 p.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 203-210, 2009.

CARVALHO, M. F. C. **A polifarmácia em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. 2007. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CARVALHO, M. F. et al. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 21, S100-S108, 2005. Supl. 1.

CASTRO, M. S. et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. **American Journal of Hypertension**, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 528-533, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**. Brasília: CFF, 2013. 82 p.

CORRER, C. J. et al. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, [S.l.], v. 45, n. 4, p. 809-817, 2009a.

CORRER, C. J. et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [S.l.], v. 53, n. 7, p. 825-833, 2009b.

CORRER, C. J. et al. Effects of a pharmacotherapy follow-up in community pharmacies on type 2 diabetes patients in Brazil. **International Journal of Clinical Pharmacy**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 273-280, 2011a. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21394570>. Acesso em: 24 jan. 2012.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

CUNICO, C. **Dislipidemia e efetividade do uso de hipolipemiantes em população do extremo oeste do Estado de Santa Catarina**. 2011. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

DEWULF, N. L. S. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, [S.l.], v. 42, n. 4, p. 575-584, 2006.

DOMINGUEZ, B. C. Diabetes: controle ainda é baixo no Brasil. **Radis Comunicação em Saúde**, [S.l.], v. 59, p. 11 jul., 2007.

ERNST, F. R.; GRIZZLE, A. J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. **Journal of the American Pharmaceutical Association**, Washington DC, v. 41, n. 2, p. 192-199, mar. 2001.

GASPARINI, J. C.; GASPARINI, A. R.; FRIGIERI, M. C. Estudo do descarte de medicamentos e consciência ambiental no município de Catanduva/SP. **Ciência & Tecnologia: FATEC-JB**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 38-51, 2011.

GOMES, C. A. P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: FUNED, 2010. 144 p.

GOMES, M. B. et al. Prevalence of Type 2 diabetic patients within the targets of care guidelines in daily clinical practice: a multi-center study in Brazil. **The Review of Diabetic Studies**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 82-87, 2006.

HEPLER, C. D. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. **Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 24, n. 11, p. 1491-1498, 2004.

HEPLER, C. D.; SEGAL, R. **Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes: a management systems approach**. New York: CRC, 2003. 434 p.

HINDMARSH, K. W. Optimal drug therapy: the role of the pharmacist in bridging the gap between knowledge and action. **The Canadian Journal of Clinical Pharmacology**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 53A-54A, 2001. Suppl. A.

HOHL, C. M. et al. Do emergency physicians attribute drug-related emergency department visits to medication-related problems? **Annals of Emergency Medicine**, [S.l.], v. 55, n. 6, p. 493-502, 2010.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

MASTROIANNI, P. C. et al. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 163-170, 2009.

MEDEIROS-NETTO, A. S. et al. Frequência de problemas relacionados com medicamentos em pacientes que procuram o serviço de urgência de um hospital regional. **Seguimento Farmacoterapêutico**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 213-224, 2005.

MELCHIORS, A. C. **Hipertensão arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida**. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

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

MENDOZA-SASSI, R. et al. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro

urbano no Sul do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 22-28, 2006.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. **Guia do cuidado farmacêutico: Rede Farmácia de Minas: uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS**. Belo Horizonte: SES-MG, 2010. 112 p.

MORI, A. L. P. M. et al. Pharmaceutical guidance to hypertensive patients at USP University Hospital: effect on adherence to treatment. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, [S.l.], v. 46, n. 2, p. 353-362, 2010.

MOTA, D. M. et al. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 13, p. 589-601, 2008.

NETO, P. R. et al. Effect of a 36-month pharmaceutical care program on the coronary heart disease risk in elderly diabetic and hypertensive patients. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 249-263, 2011.

NEW ENGLAND HEALTHCARE INSTITUTE (NEHI). **Thinking outside the pillbox: a system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease**. Cambridge: NEHI, 2009. Disponível em: <www.nehi.net/writable/publication_files/file/pa_issue_brief_final.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

NOBLAT, A. C. B. et al. Prevalência de admissão hospitalar por reação adversa a medicamentos em Salvador/BA. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.l.], v. 57, n. 1, p. 42-45, 2011.

NOBRE, F.; RIBEIRO, A. B.; MION, D. Control of arterial pressure in patients undergoing anti-hypertensive treatment in Brazil: Controlar Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 94, n. 5, p. 663-670, 2010.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Adverse drug reactions caused by drug-drug interactions in elderly outpatients: a prospective cohort study. **European Journal of Clinical Pharmacology**, [S.l.], v. 68, n. 12, p. 1667-1676, 2012.

PATEL, P.; ZED, P. J. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? **Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 22, n. 7, p. 915-923, 2002.

PLASTER, C. P. et al. Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, [S.l.], v. 48, n. 3, p. 435-446, 2012.

RIBEIRO, A. Q.; SEVALHO, G.; CÉSAR, C. C. Utilização prévia de antiinflamatórios não-esteróides por pacientes encaminhados para endoscopia em um hospital universitário brasileiro. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 67-75, 2007.

ROCHA, C. H. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre/RS. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v.13, p.703-710. 2008. Suplemento.

ROULET, L. et al. Assessment of adverse drug event recognition by emergency physicians in a French teaching hospital. **Emergency medicine journal**, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 63-67, jan. 2013.

SANTOS, D. O. et al. Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos

medicamentos inalatórios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 14-22, 2010.

SOLER, O. et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Farmácia**, [S.l.], v. 91, n. 1, p. 37-45, 2010.

SOUZA, R. A. P. et al. Determinants of glyceimic control and quality of life in type 2 diabetic patients. **Latin American Journal of Pharmacy**, [S.l.], v. 30, n. 5, p. 860-867, 2011.

STARK, R. G.; JOHN, J.; LEIDL, R. Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: a modelling approach. **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 11 jan. 2011. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21232111>. Acesso em: 10 set. 2014.

YEAW, J. et al. Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. **Journal of managed care pharmacy**, [S.l.], v. 15, n. 9, p. 728-740, 2009.

Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde

Autores

Karen Sarmiento Costa

Maria Ondina Paganelli

Orlando Mário Soeiro

Suetônio Queiroz de Araújo

Colaborador

Cassyano Januário Correr

Os farmacêuticos deveriam sair detrás do balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas comprimidos. Não há futuro no simples ato de entregar medicamentos. Essa atividade pode e será feita pela internet, máquinas e/ou técnicos bem treinados. O fato de o farmacêutico ter um treinamento acadêmico e agir como um profissional da saúde coloca uma obrigação sobre ele para mais bem servir à comunidade, de uma forma melhor do que faz atualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2006).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011a). Considerada o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema de saúde, a Atenção Básica à Saúde é o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem um papel chave na sua estruturação, como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010).

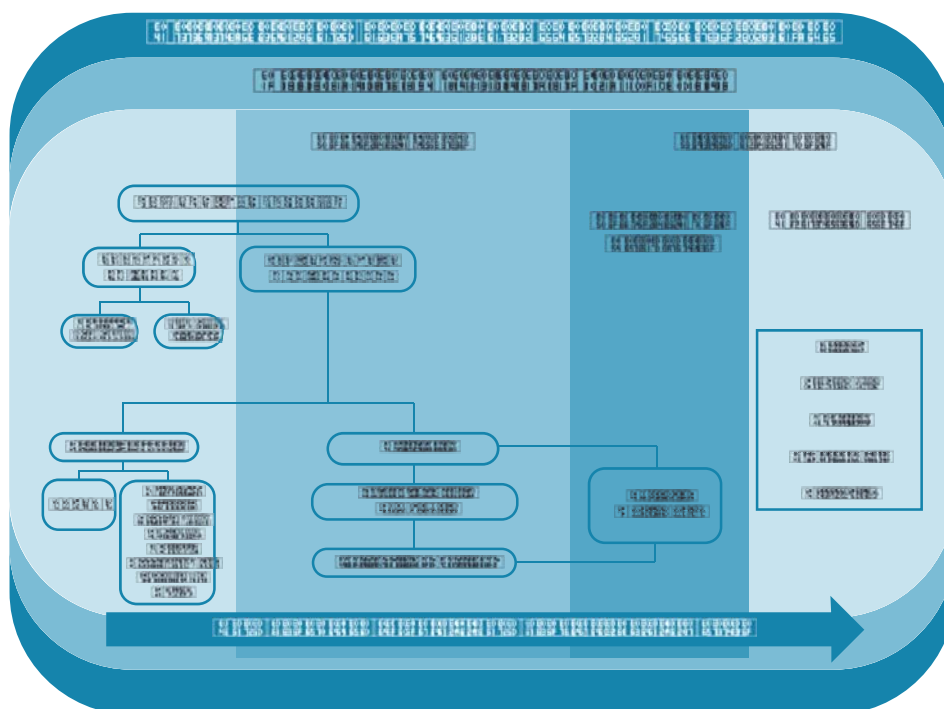
A Assistência Farmacêutica exerce um importante papel na Atenção Básica à Saúde, na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. A disponibilidade dos medicamentos na ABS deve atender às necessidades epidemiológicas, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com uma orientação para o uso racional de medicamentos, por meio de diferentes serviços ofertados no território.

A Assistência Farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, tendo por objeto a relação com o usuário, organizada de acordo com a complexidade, as necessidades da população e as finalidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

As diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CONSELHO..., 2004) são aplicadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos serviços farmacêuticos, como um conjunto de ações no sistema de saúde, que buscam garantir uma atenção integral, coordenada, contínua, segura e efetiva às necessidades e aos problemas de saúde dos usuários, das famílias e da comunidade. A AF tem o medicamento como um de seus elementos essenciais e contribui para seu acesso equitativo e seu uso racional (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

Os serviços farmacêuticos na ABS, enquanto componente das ações de saúde, devem cumprir com as diretrizes propostas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CONSELHO..., 2004) e representam um conjunto de procedimentos, que podem ser organizados conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde



Fonte: Autoria própria.

A Figura 2 aponta que os serviços de Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde organizam-se necessariamente pela definição dos serviços farmacêuticos, que devem ser realizados na atenção básica.

O cuidado farmacêutico integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe de saúde e atividades de promoção à saúde de caráter geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os

serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas, de forma complementar, visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos.

Assim, os serviços de clínica farmacêutica correspondem às funções do farmacêutico diretamente vinculadas ao usuário. As atividades técnico-pedagógicas correspondem a funções vinculadas à coletividade (família e comunidade), bem como à gestão do conhecimento (equipe de saúde). Por fim, as atividades de gerenciamento dos medicamentos correspondem àqueles serviços vinculados diretamente aos medicamentos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

O avanço dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde deve ter origem no redesenho do processo de trabalho dos farmacêuticos, de modo a aprimorar atividades já existentes e a implementar novas atividades, ligadas à clínica farmacêutica e às ações técnico-pedagógicas. O processo de trabalho do farmacêutico ainda consiste, essencialmente, nas atividades de gerenciamento e de entrega dos medicamentos nas unidades, com pouca inserção ou participação do farmacêutico no cuidado efetivo dos usuários. Como consequência, há uma escassez de ações dedicadas ao uso racional de medicamentos.

Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, bem como conhecer os principais problemas relacionados com os medicamentos vivenciados pelos usuários. Este novo processo de trabalho dos farmacêuticos cria novos indicadores

úteis aos gestores e aos profissionais da Saúde, não apenas direcionados ao acesso aos medicamentos, mas também aos resultados de saúde obtidos a partir deles.

A entrega de medicamentos praticada nos pontos de apoio terapêutico pode ser realizada ao usuário estável, bem controlado, com boa adesão terapêutica e que goza de autonomia em relação ao próprio tratamento.

As atividades realizadas para o abastecimento de medicamentos, enquanto sistema de apoio às ações de saúde, devem estar integradas e sincronizadas com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, na hora que ele precisa, com suficiência, regularidade e qualidade.

A farmacoepidemiologia, a farmacovigilância e a gestão, transversais aos serviços farmacêuticos, são responsáveis, de um lado, pelo estudo e pelo monitoramento da utilização de medicamentos, produzindo e divulgando informações e indicadores importantes para a qualificação das ações de saúde, e, de outro lado, desenvolvendo ações de planejamento, de organização, de direção e de controle para a ampliação da eficácia e eficiência destes serviços.

Assim, os serviços farmacêuticos na ABS irão incluir, sob o ponto de vista da logística, o planejamento e o abastecimento de medicamentos; e sob o ponto de vista do cuidado farmacêutico, irão incluir os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas.

Planejamento

Na definição do território singular e com a equipe multiprofissional, deve ser elaborado o planejamento das ações de Assistência Farmacêutica, estabelecendo prioridades, estratégias e uma carteira de serviços farmacêuticos necessários para o alcance dos resultados terapêuticos desejados (BRASIL, 2006a).

Abastecimento

A organização dos serviços farmacêuticos vinculados ao abastecimento aponta para a necessidade de sua estruturação por meio da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e das farmácias das Unidades Básicas de Saúde ou farmácias próprias (BRASIL, 2009).

Considerando que este caderno tem a finalidade de destacar o Cuidado Farmacêutico, apontamos, a seguir, os principais serviços que contribuem para o acesso aos medicamentos, referenciado para o seu detalhamento.

O conhecimento prévio das necessidades de saúde de uma população, baseado nas informações epidemiológicas, é fundamental para garantir a eficiência nos processos de seleção, de programação, de aquisição, de armazenamento e de distribuição dos medicamentos e dos insumos a serem ofertados, de forma que atendam à singularidade da população do território.

Seleção de medicamentos necessários às Redes de Atenção à Saúde

Na definição do território singular, considerando o planejamento das ações de saúde com a equipe multiprofissional, o perfil epidemiológico da população atendida e as evidências clínicas e farmacoeconômicos disponíveis, serão selecionados os medicamentos necessários para a atenção à saúde da população adscrita que constitui um processo de escolha de medicamentos seguros e efetivos,

imprescindíveis ao atendimento das necessidades de saúde de uma dada população (BRASIL, 2006b; OSORIO-DE-CASTRO, 2014).

Programação de medicamentos necessários às Redes de Atenção à Saúde

A programação dos medicamentos consiste em estimar quantidades a ser adquirida, feita por meio de um planejamento integrado para atender a demanda das Redes de Atenção à Saúde, de acordo com o nível de atenção e de serviços ofertados, por período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. A programação de medicamentos deve ser baseada na lista de medicamentos selecionados pelo município e que atendam às necessidades para atenção à saúde da população adscrita, considerando o processo assistencial, a organização dos serviços em “linhas de cuidado” e o fluxo dos usuários nos pontos de atenção (BRASIL, 2006b; MARIN et al., 2003; OSORIO-DE-CASTRO, 2014).

Aquisição de medicamentos necessários às Redes de Atenção à Saúde

Consistem em um conjunto de procedimentos necessários à execução de um processo de aquisição dos medicamentos selecionados e programados para o atendimento das necessidades sociais com qualidade, suficiência, regularidade e menor custo/benefício. É oportuno destacar a importância do farmacêutico na descrição das especificações técnicas necessárias à aquisição de medicamentos, as quais devem constar em edital e/ou contrato (BRASIL, 2006b; MARIN et al., 2003; OSORIO-DE-CASTRO, 2014).

Armazenamento de medicamentos necessários às Redes de Atenção à Saúde

Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que têm por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos para o abastecimento da Rede de Atenção à Saúde. Esse processo envolve os seguintes procedimentos técnicos e administrativos: recebimento dos medicamentos;

estocagem, respeitadas as especificações (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis) em localização definida, que permita o acesso de forma pronta, ágil e inequívoca; preservação da qualidade; e controle de estoque dos medicamentos (BRASIL, 2006b; MARIN, 2003; BRASIL, 2012; OSORIO-DE-CASTRO, 2014).

Distribuição de medicamentos necessários às Redes de Atenção à Saúde

O processo de distribuição dos medicamentos para toda a Rede de Atenção à Saúde é feito pela central de abastecimento da Assistência Farmacêutica, de acordo com a programação realizada e a organização do processo assistencial (BRASIL, 2006b; MARIN et al., 2003).

Cuidado Farmacêutico

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

Do ponto de vista histórico, a prática farmacêutica assistencial e centrada no paciente inicia-se em meados de 60, com o movimento da farmácia clínica nos serviços hospitalares. Algumas décadas depois, a farmácia clínica passou a abranger, enquanto área de atuação farmacêutica, todos os pontos e níveis de atenção à saúde, e incluir todas as atividades clínicas do farmacêutico, tanto de suporte à equipe de saúde, como voltadas ao cuidado direto do paciente. Assim, a farmácia clínica contemporânea incorpora a filosofia de prática que ficou conhecida no Brasil como atenção farmacêutica ou cuidado farmacêutico, do termo original em inglês “*pharmaceutical care*” (AMERICAN COLLEGE..., 2008).

O cuidado farmacêutico ao usuário visa promover a utilização adequada dos medicamentos, com foco no alcance de resultados terapêuticos concretos. Essas ações são desenvolvidas no interior dos pontos de atenção à saúde, primários, secundários e terciários, de forma colaborativa com a equipe de saúde, e situam-se no campo do uso racional dos medicamentos (ARAUJO; UETA; FREITAS, 2005; SOLER et al., 2010; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; GOMES et al., 2010). A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é vista como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários (MENDES, 2012). Como cita o próprio Ministério da Saúde: “é importante destacar que a melhoria do sistema de saúde, com ênfase na qualidade da atenção primária em saúde, com investimentos na educação continuada de recursos humanos, na atenção farmacêutica e em outras áreas estratégicas, resultará em melhora do manejo para o conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” (BRASIL, 2011b).

Como descrito por Mendes em 2011:

As questões logísticas, fundamentais para a garantia da acessibilidade aos medicamentos, não devem ser sobrevalorizadas como única e exclusiva atribuição dos profissionais farmacêuticos, em uma visão equivocada que institui como objeto da assistência farmacêutica, o medicamento. Uma proposta consequente de assistência farmacêutica desloca o seu objeto do medicamento, colocando, como seu sujeito, as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Clínica Farmacêutica

Na atenção básica, o cuidado farmacêutico aos usuários de medicamentos operacionaliza-se por meio da criação de serviços de clínica farmacêutica. O

exercício da clínica farmacêutica, enquanto ação de saúde construída na relação com o usuário, exige habilidade, competência, reflexão, atitude e autonomia do farmacêutico, que atua integrado à equipe de saúde, visando à promoção do uso racional dos medicamentos.

A clínica farmacêutica abriga serviços orientados ao uso racional de medicamentos, com a finalidade de obter resultados concretos de segurança e de efetividade do tratamento. Para isso, busca a otimização dos processos da farmacoterapia, entre os quais a seleção da terapêutica e a administração e adesão aos medicamentos pelo usuário. Trata-se de um conjunto de atividades que passam, necessariamente, 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, 2012).

Os serviços de clínica farmacêutica devem abranger um elenco de ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde, ofertadas por meio de atendimento individual ou compartilhado com a equipe de saúde. Essas ações assistenciais podem incluir 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 (BRASIL, 2012; CORRER; OTUKI, 2013). A oferta desses serviços permite ao farmacêutico o gerenciamento integrado de toda farmacoterapia, gerando um controle mais eficaz das doenças, maior segurança para o usuário e contribuindo para a melhoria na sua qualidade de vida. Cabe destacar que a dispensação de medicamentos, no marco dos serviços de clínica farmacêutica, deverá ter seus objetivos, método de trabalho e estruturas subjacentes totalmente transformados.

Além dessas atividades, é necessário organizar um sistema de referência e contrarreferência, entre os serviços de clínica farmacêutica da atenção básica e os serviços farmacêuticos clínicos ofertados nos níveis secundários e terciários.

Atividades técnico-pedagógicas

As atividades técnico-pedagógicas têm como finalidade desenvolver competências e habilidades para promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo de maneira relevante para o cuidado integral à saúde do usuário. Neste processo, o conhecimento específico do profissional farmacêutico sobre o uso racional de medicamentos deve ser compartilhado, com a equipe de saúde, para orientação do usuário.

Destaca-se o papel da criação local do Comitê de Uso Racional de Medicamentos (Curame), enquanto estratégia importante para conhecer e avaliar o perfil de utilização de medicamentos, com o propósito de orientar, desenvolver ações, estratégias e atividades de qualificação dos serviços e promover o uso racional de medicamentos no território.

Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância e Gestão

A epidemiologia do medicamento e dos tratamentos compreende o estudo sobre o uso e os efeitos dos medicamentos na saúde das populações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Portanto, a farmacoepidemiologia é formada pela farmacovigilância e pelos estudos de utilização de medicamentos.

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância refere-se à ciência e às atividades relativas à identificação, à avaliação, à compreensão e à prevenção de efeitos adversos, ou de qualquer problema relacionado aos medicamentos, entre os quais podem ser destacados: desvios da qualidade de produtos farmacêuticos, erros

de administração de medicamento, abuso e uso errôneo de produtos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O trabalho desenvolvido pelo gestor em saúde consiste em uma tarefa gerencial integrada, que compreende um processo de pensar, decidir, agir e obter resultados. O modelo de gestão por processos, nos serviços farmacêuticos, possibilita organizar o trabalho de gestão em macroprocessos gerenciais, operativos e de apoio (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013). Em cada macroprocesso estão inclusos serviços com objetivos definidos, facilitando o processo de gestão. Estas atividades são transversais aos serviços de abastecimento e de cuidado farmacêutico e contribuem com informações e indicadores para o monitoramento, a avaliação, a qualificação dos serviços e a obtenção de resultados.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. The definition of clinical pharmacy. **Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 28, n. 6, p. 816-817, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, 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 de dezembro de 2010, Seção I, página 89. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 21 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. 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, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso**: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília, 2006a. 74 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2012**. Brasília, 2011b. 148 p.

_____. Ministério da Saúde. **A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília/DF: 2012 25 p. [Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra].

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 20 maio 2004. Disponível em: <bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 21 ago. 2014.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 454 p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

GOMES, C. A. P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: FUNED, 2010. 144 p.

MARIN, N. et al. (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2003. 373 p.

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



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud**: documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC: OPS, 2013. 106 p.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. (Org.) **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

SOLER, O. et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Farmácia**, [S.l.], v. 91, n. 1, p. 37-45, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION (FIP). **Developing pharmacy practice: a focus on patient care**: Handbook, 2006 edition. The Netherlands: WHO / International Pharmaceutical Federation, 2006. 87 p. Disponível em: <apps.who.int/medicinedocs/documents/s14094e/s14094e.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Uppsala Monitoring Center. **The importance of pharmacovigilance**: safety monitoring of medicinal products. United Kingdom: WHO, 2002. 52 p. Disponível em: <apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4893e/>. Acesso em: 25 ago. 2014.

O serviço de clínica farmacêutica

Cassyano Januário Correr

O serviço de clínica farmacêutica corresponde a uma parte essencial do processo de trabalho dos farmacêuticos da Atenção Básica de Saúde (ABS) e caracteriza-se por ser uma intervenção em saúde complexa (*complex health intervention*) (WONG, 2004). Intervenções complexas são conhecidas pela coexistência de diversos componentes que interagem entre si e que são responsáveis, de forma isolada ou combinada, pela capacidade da intervenção em produzir resultados de saúde desejados. No caso específico do serviço de clínica farmacêutica, estes componentes podem atuar conjuntamente por diferentes vias, por exemplo, pela otimização do regime farmacoterapêutico, pela melhoria da comunicação sobre a farmacoterapia dentro da equipe multiprofissional e por mudanças positivas promovidas no comportamento do usuário (CLARK, 2013; CRAIG et al., 2008; WONG, 2004).

O serviço de clínica farmacêutica também pode ser observado pela ótica da teoria dos sistemas. Segundo definição do Instituto de Medicina dos Estados Unidos, um sistema é um “conjunto de elementos interdependentes que interagem entre si a


fim de atingir um objetivo em comum” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON MOLLA, 2000). Os elementos de um sistema incluem pessoas, equipamentos e técnicas. O processo de uso de medicamentos em uma instituição hospitalar, por exemplo, que integra diversas etapas desde a prescrição até a administração e o monitoramento de medicamentos, pode ser considerado um sistema. Como tal, é passível de falhas que podem tanto causar dano direto como privar o usuário do benefício terapêutico. Neste sentido, um “sistema de clínica farmacêutica” corresponde a um conjunto de pessoas e de procedimentos que interagem com uma estrutura definida, a fim de prover cuidado farmacêutico ao usuário de forma individual (um usuário a cada vez). Para que possa lograr êxito, este sistema exige também determinados princípios de prática, o relacionamento entre médicos, usuários, farmacêuticos e demais profissionais da equipe de saúde e um conjunto de operações bem estabelecidas. Assim, o serviço de clínica farmacêutica pode ser visto como um subsistema, dentro do sistema de gestão do uso dos medicamentos, que, por sua vez, corresponde a um subsistema no interior da Rede da Atenção à Saúde (HEPLER; SEGAL 2003; HEPLER 2001).

Considerando o marco teórico das Redes de Atenção à Saúde e da gestão da clínica (*managed care / clinical governance*), os serviços de clínica farmacêutica podem ser considerados como tecnologias de microgestão, como são as diretrizes clínicas (*guidelines*), a gestão da condição de saúde (*disease management*) e a gestão de caso (*case management*) (LU et al., 2008). Autores como Hepler e Segal (2003) defendem a necessidade de tecnologias em saúde que propiciem um gerenciamento mais eficiente dos resultados obtidos com o uso dos medicamentos (HEPLER, 2001; HEPLER; SEGAL, 2003). Essas tecnologias, voltadas para a “gestão da farmacoterapia”, têm por objetivo monitorar, por meio de indicadores, o processo de uso dos medicamentos pelos serviços de saúde, de modo que seja possível diagnosticar desvios de qualidade e, assim, implementar mudanças que

melhorem a *performance* de todo o sistema. Os serviços de clínica farmacêutica representam, assim, uma estratégia concreta para gestão da farmacoterapia. Estes serviços são dirigidos tanto ao usuário como à equipe de saúde, organizados em uma carteira definida e providos no lugar e no momento certo, de acordo com as necessidades relacionadas aos medicamentos dos usuários e da comunidade. Em países de língua inglesa, este conjunto de serviços tem sido chamado de *Medication Therapy Management Services (USA)* (BLUML, 2005) ou *Medicines Management Services (UK)* (PHARMACEUTICAL SERVICES..., 2005).

Propósito do Serviço de Clínica Farmacêutica

O serviço de clínica farmacêutica atende às necessidades dos usuários relacionadas aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva, visando à obtenção de resultados terapêuticos concretos. Nessas condições, os serviços de assistência farmacêutica, e a própria ABS, organizados em sua forma atual, possuem dificuldade em atender de forma integral. Neste serviço, o farmacêutico gerencia o uso de medicamentos a nível individual, a fim de torná-lo mais eficiente, produzindo melhores resultados, sem aumento de custos. O serviço visa atingir as seguintes metas:

-  orientação integral do usuário, direcionada ao acesso aos medicamentos de que necessita, tanto no âmbito da ABS como nos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica e da farmácia popular.

EEQ
QWA 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 apoiado.

EEQ
QWA 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.

EEQ
QWA A otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento.

EEQ
QWA A avaliação da efetividade dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessários, com o prescritor e a equipe de saúde.

EEQ
QWA A identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos.

EEQ
QWA 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).

Diversas estratégias de intervenção farmacêutica, voltadas aos objetivos citados, já foram testadas em estudos controlados randomizados, e muitas mostraram produzir bons resultados de saúde para os usuários e para o sistema de saúde, particularmente na ABS. São elas:

- a) Ações de revisão da farmacoterapia: consistem na avaliação, por parte do farmacêutico, de todos os medicamentos utilizados pelos usuários, prescritos e não prescritos, a fim de identificar problemas como interações medicamentosas ou baixa adesão ao tratamento, que possam estar comprometendo os resultados terapêuticos, e propor soluções ao usuário e à equipe (BELL et al., 2005; CASTELINO; BAJOREK; CHEN, 2009; CHISHOLM-BURNS et al., 2010a; CHISHOLM-BURNS et al., 2010b; ELLITT et al., 2009; GEORGE et al., 2010; GEURTS et al., 2012; HOLLAND et al., 2007; KAUR et al., 2009; KUCUKARSLAN et al., 2011; NKANSAH et al., 2010; ROLLASON; VOGT, 2003; ROUGHEAD; SEMPLE; VITRY, 2005).
- b) Ações de conciliação dos medicamentos: consistem na recolha completa da história de medicação dos usuários, nos momentos de transição entre níveis assistenciais. Na ABS são conduzidas avaliações pelo farmacêutico após alta hospitalar, a fim de conciliar a medicação prescrita no hospital com aquelas prescritas pelo médico da ABS, ou em uso pelo usuário antes da admissão hospitalar (CHHABRA et al., 2011; GEURTS et al., 2012; BAYOUMI et al., 2009; SNOW et al., 2009; HALL et al., 2010; MCKIBBON et al., 2012; ELLITT et al., 2009).
- c) Ações para avaliação e promoção da adesão terapêutica: as evidências mostram que, para usuários de vários medicamentos de uso contínuo, a promoção da adesão terapêutica deve ser feita por meio de múltiplas estratégias, como orientação ao usuário, redução da complexidade do tratamento, material educativo e monitoramento contínuo (VAN WIJK et al., 2005; CUTRONA et al., 2010; RUBIO-VALERA et al., 2011; BANNING 2009; MORGADO et al., 2011).

- d) Ações de aconselhamento ao usuário: a orientação terapêutica é importante para aumento da compreensão, do letramento em saúde, da autoeficácia e da capacidade de tomada de decisão dos usuários com relação aos seus medicamentos. Também mostram resultado para aumentar a adesão ao tratamento, principalmente nos tratamentos para condições agudas e para promover o autocuidado em saúde (CUTRONA et al., 2010; NKANSAH et al., 2010; ADEPU; RASHEED; NAGAVI, 2007; SCHNIPPER et al., 2006; WILLIFORD; JOHNSON, 1995; FAULKNER et al., 2000; SUPPAPITIPORN; CHINDAVIJAK; ONSANIT, 2005; KRAEMER et al., 2012; BASHETI et al., 2005).
- e) Ações de acompanhamento dos resultados da farmacoterapia: usuários com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso dos medicamentos podem requerer um acompanhamento mais longo e frequente por parte do farmacêutico e da equipe de saúde, a fim de que as metas terapêuticas sejam atingidas. O seguimento farmacoterapêutico dos usuários aproxima-se, neste ponto, à tecnologia de gestão de caso e aplica-se a esses usuários específicos (KAUR et al., 2009; ROLLASON; VOGT, 2003; SNOW et al., 2009; BELL et al., 2005; KOSHMAN et al. 2008; AMARILES et al., 2012; SILVA et al. 2012; RUBIO-VALERA et al., 2013; DE CASTRO et al., 2006).

O processo de cuidado farmacêutico ao usuário

Para a realização dessas ações e alcance dos propósitos expostos anteriormente, são conduzidas consultas farmacêuticas com o usuário, em ambiente privado e de forma individual (consultório ou domicílio). Consultas compartilhadas com outros membros da equipe de saúde, como médicos e nutricionistas, por exemplo, também são possíveis. O processo de cuidado ao usuário, desenvolvido pelo farmacêutico

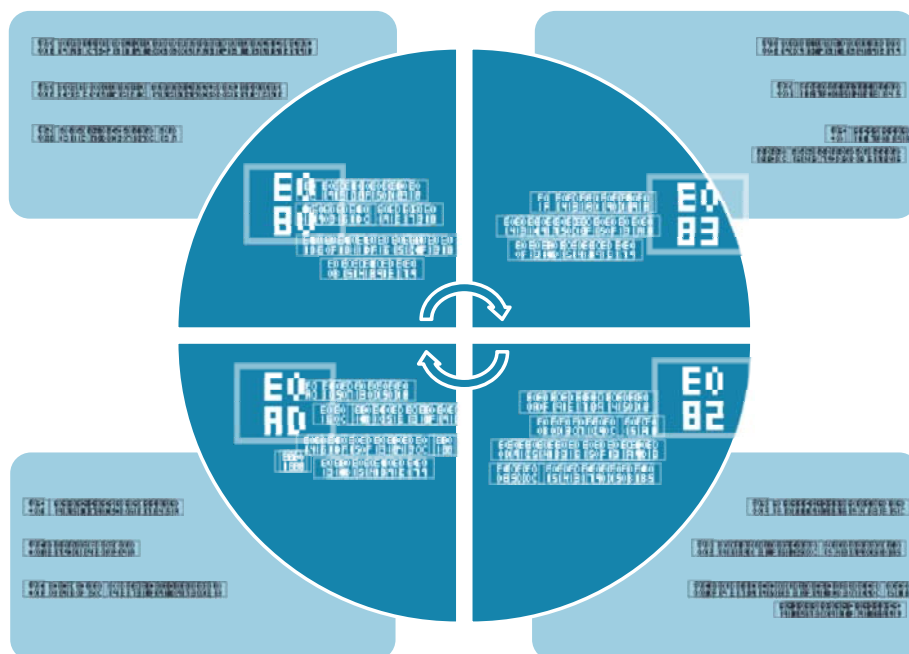
a cada consulta, compõe-se de quatro etapas: a coleta e organização dos dados do usuário; a avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; a pactuação de um plano de cuidado com o usuário; e o seguimento individual do usuário, quando necessário (CORRER; OTUKI, 2013).

O chamado “método clínico” consiste nas etapas deste processo de cuidado em saúde, aplicadas pelo profissional no atendimento de seus pacientes. A palavra método advém da fusão das palavras gregas *meta* e *hódus*, que significa “caminho”. Assim, no campo do cuidado farmacêutico, o método clínico refere-se às etapas, ao caminho percorrido pelo farmacêutico, a fim de auxiliar o usuário no alcance das metas de seu tratamento.

O processo de cuidado do paciente, conduzido em cada consulta farmacêutica, segue, assim, determinadas etapas que devem ser consistentes a cada consulta, de modo que tanto o usuário quanto a equipe de saúde possam perceber e compreender o processo de trabalho específico conduzido pelo farmacêutico.

A Figura 3 mostra as etapas do método clínico, aplicadas ao cuidado farmacêutico dos usuários.

Figura 3 – O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente



Fonte: Reproduzido de CORRER e OTUKI (2013).

Acolhimento do usuário, coleta e organização de dados

O cuidado farmacêutico tem início com a coleta de dados do paciente. Esta é feita por meio de uma anamnese farmacológica. Além do relato que o próprio usuário faz sobre sua saúde, sobre seus problemas médicos e tratamentos em curso, outras informações podem ser obtidas de familiares e de cuidadores ou de outros profissionais da Saúde. São indispensáveis também os dados de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros documentos pertencentes ao prontuário clínico do usuário.

Em geral, pede-se ao usuário que leve seus medicamentos, suas receitas médicas e seus exames para a consulta com o farmacêutico. A entrevista clínica é focada

no perfil do usuário, na história clínica e de medicação, bem como na adesão do paciente ao tratamento. O perfil farmacoterapêutico construído deve incluir os medicamentos em uso, as plantas medicinais, o uso pregresso de medicamentos, o histórico de alergias, as reações adversas a medicamentos e a experiência de medicação do usuário (CORRER; OTUKI 2013; CORRER; NOBLAT; DE CASTRO, 2011).

Quanto mais acesso o farmacêutico tiver às informações sobre o usuário, mais completa e resolutiva poderá ser sua intervenção. No entanto, a necessidade de aprofundamento da coleta de dados depende do perfil de usuário atendido e do objetivo primário estabelecido para a consulta. Por exemplo, em um paciente que inicia tratamento para hiperlipidemia, sem comorbidades, o atendimento farmacêutico poderá estar focado em fornecer a quantidade necessária de medicamento e a orientação terapêutica adequada para uma boa adesão ao tratamento, bem como na marcação de retorno para avaliação dos efeitos percebidos do medicamento hipolipemiante, por exemplo, após 30 dias. Em contraste, em um paciente idoso, usuário contínuo de oito medicamentos, o atendimento deverá focar na revisão completa da farmacoterapia, com um plano de acompanhamento mais detalhado e de longo prazo, sem necessariamente estar vinculado à entrega de qualquer um dos medicamentos. Nesses dois casos, as necessidades de coleta de dados são completamente diferentes. Assim, a definição do público-alvo para o serviço de clínica farmacêutica terá influência direta no atendimento que será realizado. Além disso, conforme citado, a entrega de medicamentos ao usuário, ainda que possa ocorrer, não necessariamente precisa acontecer durante a consulta do serviço de clínica farmacêutica.

Os usuários que mais se beneficiam do cuidado farmacêutico são aqueles com maior risco de sofrerem dano ligado ao uso de medicamentos. São eles (DOUCETTE et al., 2013):

- a) Usuários que utilizam vários medicamentos simultaneamente (principalmente cinco ou mais medicamentos diferentes por dia).
- b) Usuários com problemas de adesão aos medicamentos, por qualquer motivo, ou maior risco de baixa adesão, como aqueles que iniciam novos tratamentos, especialmente os mais complexos.
- c) Usuários que deixaram de adquirir qualquer dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou dificuldade de acesso, no último ano.
- d) Usuários que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes, todos os meses, a fim de adquirir seu tratamento completo.
- e) Usuários que foram internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos seis meses (quanto maior o número de admissões, maior o risco).
- f) Usuários que possuem prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano (quanto maior o número de médicos diferentes, maior o risco).
- g) Usuários que tratam várias doenças ou problemas de saúde simultaneamente com medicamentos (quanto maior o número de diagnósticos, maior o risco).

Pessoas com uma ou mais dessas características possuem maior risco de falha terapêutica, de interações medicamentosas, de erros de medicação ou de ocorrência de reações adversas aos medicamentos. Também são mais vulneráveis a sofrerem hospitalizações, causadas por medicamentos ou pelo agravamento de condições crônicas, e costumam ser utilizadores mais frequentes dos serviços de saúde, o que representa maior uso de recursos.

Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia

De posse das informações necessárias sobre o usuário, o farmacêutico deve aplicar um raciocínio clínico sistemático, a fim de avaliar e de identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia. Problemas da farmacoterapia podem ocorrer na seleção ou prescrição de medicamentos, na administração e na utilização dos medicamentos pelo usuário, por erros de dispensação ou de dificuldades de acesso, por má qualidade dos produtos farmacêuticos, por falhas de comunicação na transição entre níveis assistenciais, pela ausência de monitoramento adequado, ou, ainda, por características singulares do usuário que aumentam o risco de eventos adversos ou falha terapêutica.

O propósito de identificar e resolver problemas relacionados à farmacoterapia é ajudar os usuários a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o máximo benefício dos medicamentos. Trabalhar com problemas da farmacoterapia impõe ao farmacêutico uma visão ampla do uso do medicamento e dos processos da farmacoterapia. Exige, ainda, uma abordagem integral do usuário, da sua família e de suas relações sociais, e uma postura voltada para o cuidado e não para o produto (CORRER; OTUKI, 2013; CORRER; NOBLAT; DE CASTRO, 2011).

Do ponto de vista técnico, a avaliação da farmacoterapia pode ser feita baseada em critérios explícitos e implícitos. Entre os primeiros, destacam-se ferramentas como as listas de medicamentos inadequados em idosos (GILLESPIE et al., 2013; GALLAGHER et al., 2008; THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012) e os indicadores de morbidade evitável relacionada com medicamentos (GUERREIRO; CANTRILL; MARTINS, 2007). Entre os critérios implícitos, destaca-se o instrumento MAI (*Medication Appropriateness Index*), desenvolvido por HANLON et al. (1992), que mostrou possuir valor preditivo positivo para hospitalizações relacionadas a medicamentos.

Delineamento de um plano de cuidado com o usuário

Nesta fase do processo de cuidado farmacêutico, o usuário já foi avaliado e todas as informações relevantes foram coletadas. O farmacêutico revisou toda a farmacoterapia e identificou problemas presentes e potenciais. Há uma lista de problemas a serem resolvidos. O próximo passo será construir um plano de cuidado. O objetivo do plano de cuidado, ou plano de intervenções, é determinar com o usuário como manejar adequadamente seus problemas de saúde, utilizando a farmacoterapia e tudo que deve ser feito para que o plano seja cumprido (CORRER; NOBLAT; DE CASTRO, 2011). Esse plano pode incluir intervenções farmacêuticas, como a reorganização do regime terapêutico, da provisão de materiais, da educação e do aconselhamento ao usuário e do encaminhamento a outros profissionais. Os problemas encontrados, bem como as condutas, são transmitidos ao médico ou à equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) responsável pelo usuário. Caso sejam necessários ajustes na farmacoterapia, o médico prescritor e a equipe poderão também receber um parecer escrito do farmacêutico com recomendações. Aos usuários polimedicados, poderá ser fornecida, ao final da consulta, a lista completa dos medicamentos em uso e as orientações e ações pactuadas, por escrito, finalizando o atendimento. O registro da consulta farmacêutica é feito no prontuário do usuário na unidade de saúde, utilizando sistema de registro de dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano (Soap), e fica disponível a toda a equipe para consulta. O sucesso do plano de cuidado depende, em grande medida, da qualidade da comunicação do farmacêutico com o paciente e com a equipe de saúde, e deve ser medido por sua resolatividade, isto é, pelo alcance dos objetivos e das metas terapêuticas.

Seguimento individual do usuário

Nas consultas de retorno, o farmacêutico tem a possibilidade de verificar as mudanças de comportamento do usuário, mudanças na prescrição médica, nos

exames laboratoriais e no relato do usuário sobre seus sintomas e seu estado funcional. Medidas não farmacológicas e regimes farmacológicos específicos são implementados. O plano de cuidado inclui, assim, um prazo determinado para consultas de retorno e a observação clínica de mudanças em sinais, sintomas, exames laboratoriais e na percepção do usuário sobre sua saúde (CORRER; OTUKI, 2013; CORRER; NOBLAT; DE CASTRO, 2011).

Algumas premissas devem ser consideradas, a fim de guiar a marcação de retornos dos usuários, o tempo entre as consultas e o momento do usuário receber alta do serviço de clínica farmacêutica, como seguem:

- a) Durante o período de tempo de uma consulta farmacêutica, o profissional deve ser capaz de concluir a avaliação do usuário, identificar os problemas e pactuar com o usuário ações que venham a resolver os problemas com a farmacoterapia identificados, ou efetivar o encaminhamento deste usuário a outro profissional, de forma orientada, documentada e acompanhada de parecer farmacêutico escrito.
- b) Um episódio de cuidado farmacêutico é concluído quando todos os problemas da farmacoterapia identificados foram abordados e intervenções apropriadas recebidas, de forma a serem minimizados ou resolvidos. Assim, uma ou mais consultas de retorno poderão ser necessárias a fim de concluir o episódio de cuidado. É preciso fechar a conduta para todos os problemas identificados.
- c) Problemas simples devem ser resolvidos imediatamente. Para usuários cujos problemas são de baixa gravidade, apenas uma consulta farmacêutica pode ser suficiente para alcance desses objetivos. No entanto, nos casos em que informações importantes que impedem o fechamento da consulta estejam ausentes durante o primeiro

atendimento, é necessária a realização de consulta farmacêutica adicional, para completar as informações e fechar o plano de cuidado.

- d)** Problemas complexos requerem tempo para serem compreendidos e equacionados. Usuários que apresentem vários problemas em sua farmacoterapia, principalmente ligados à efetividade do tratamento e à baixa adesão aos medicamentos, podem requerer várias consultas para realmente serem beneficiados pelo serviço.
- e)** A frequência e o número de consultas podem partir de uma padronização e, então, serem personalizados para cada usuário. O farmacêutico pode, por exemplo, buscar a conclusão do episódio de cuidado em até duas consultas com o usuário. Nos casos mais complexos, o farmacêutico agenda novas consultas, até que o episódio de cuidado tenha sido concluído.

As consultas de retorno devem ocorrer no tempo suficiente para que o farmacêutico verifique as mudanças no estado de saúde do usuário. Durante o seguimento, o farmacêutico compara a evolução dos parâmetros definidos para cada meta terapêutica (indicadores de resultado) em relação aos valores basais encontrados na avaliação inicial do usuário. O período ocorrido entre a primeira consulta e as consultas de retorno deve ser suficiente para a ocorrência de mudanças nesses indicadores, mostrando a evolução da farmacoterapia em termos de efetividade e de segurança (CORRER; OTUKI, 2013). Cabe frisar que todo este processo não deve ser realizado pelo farmacêutico de forma isolada, mas no contexto do cuidado de uma equipe multiprofissional de saúde.

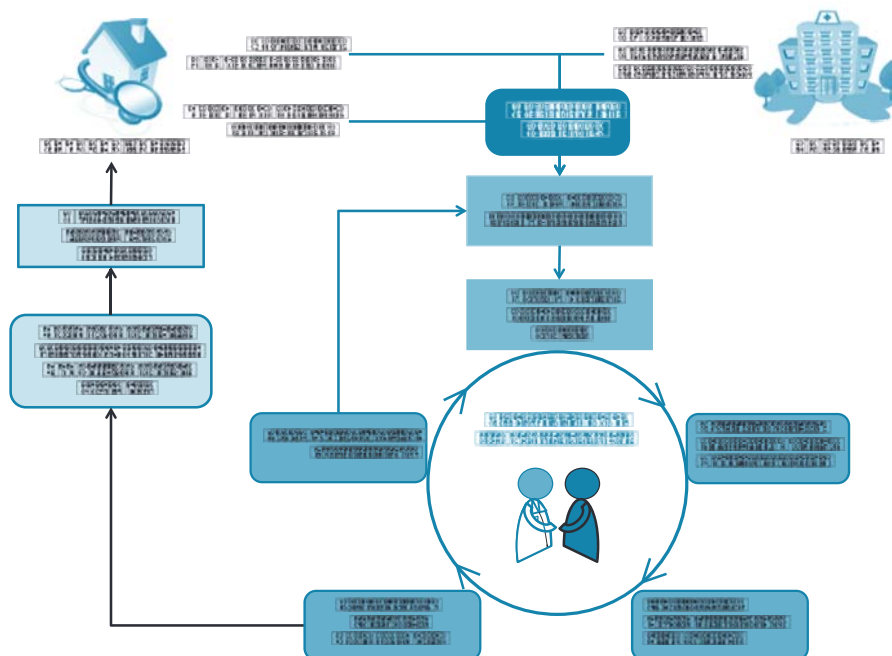
Organização do serviço de clínica farmacêutica

A origem dos usuários para o serviço de clínica farmacêutica pode ocorrer pelos seguintes meios:

- a)** Busca ativa: usuários identificados por meio da entrega de medicamentos ou de prontuários, com agendamento das consultas feito diretamente pelos farmacêuticos.
- b)** Usuários que tiveram alta hospitalar recente. Para tanto, pode haver identificação e comunicação direta, por parte do farmacêutico hospitalar ao farmacêutico da ABS, de modo que os usuários possam ser identificados e agendados.
- c)** Encaminhamento via equipe de saúde, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares das farmácias. O farmacêutico propõe os critérios, discute e capacita as equipes para encaminhamento, e os usuários poderão ser agendados diretamente para consulta farmacêutica.
- d)** Demanda espontânea: usuários com queixas, que buscam atendimento do farmacêutico, podem ser agendados conforme disponibilidade.

O fluxograma com um exemplo de funcionamento do serviço de clínica farmacêutica pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 4 - Fluxograma de um serviço de clínica farmacêutica na Atenção Básica à Saúde



Fonte: Autoria própria.

Observamos que o detalhamento do processo de cuidado farmacêutico, bem como os instrumentos que podem ser úteis aos farmacêuticos para o desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica, serão discutidos em outro caderno, especialmente produzido com esta finalidade.

Referências

ADEPU, R.; RASHEED, A.; NAGAVI, B. G. Effect of patient counseling on quality of life in type-2 diabetes mellitus patients in two selected South Indian

community pharmacies: a study. **Indian Journal of Pharmaceutical Sciences**, [S.l.], v. 69, n. 4, p. 519-524, 2007.

AMARILES, P. et al. Effectiveness of Dader Method for pharmaceutical care on control of blood pressure and total cholesterol in outpatients with cardiovascular disease or cardiovascular risk: EMDADER-CV randomized controlled trial. **Journal of Managed Care Pharmacy**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 311-323, 2012.

BANNING, M. A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. **International Journal of Nursing Studies**, [S.l.], v. 46, n. 11, p. 1505-1515, 2009.

BASHETI, I. A. et al. Counseling about turbuhaler technique: needs assessment and effective strategies for community pharmacists. **Respiratory Care**, [S.l.], v. 50, n. 5, p. 617-623, 2005.

BAYOUMI, I. et al. Interventions to improve medication reconciliation in primary care. **Annals of Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 43, n. 10, p. 1667-1675, 2009.

BELL, S. et al. Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: a systematic review. **Australia and New Zealand Health Policy**, [S.l.], v. 2, n. 29, 2005.

BLUML, B. M. Definition of medication therapy management: development of profession wide consensus. **Journal of the American Pharmacists Association**, [S.l.], v. 45, n. 5, p. 566-572, 2005. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295641>. Acesso em: 17 mar. 2013.

CASTELINO, R. L.; BAJOREK, B. V.; CHEN, T. F. Targeting suboptimal prescribing in the elderly: a review of the impact of pharmacy services. **The Annals of Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 43, n. 6, p. 1096-1106, 2009.

CHHABRA, P. T. et al. Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: A systematic review. **Research in Social & Administrative Pharmacy**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 60-75, 2011.

CHISHOLM-BURNS, M. A. et al. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: a systematic review. **American Journal of Health-System Pharmacy**, [S.l.], v. 67, n. 19, p. 1624-1634, 2010a.

CHISHOLM-BURNS, M. A. et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical Care**, [S.l.], v. 48, n. 10, p. 923-933, 2010b.

CLARK, A. M. What are the components of complex interventions in healthcare?: theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention. **Social science & medicine**, [S.l.], v. 93, p. 185-193, Sep. 2013.

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. A. C. B.; DE CASTRO, M. S. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (Brasil); UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (Brasil). **UNASUS: gestão da assistência farmacêutica: especialização à distância**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011. p. 119-160. Disponível em: <ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/615>. Acesso em: 10 set. 2014.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 454 p.

CRAIG, P. et al. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 29, n. 337, Sep. 2008. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18824488>. Acesso em: 10 set. 2014.

CUTRONA, S. L. et al. Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence. **The American Journal of Managed Care**, [S.l.], v. 16, n. 12, p. 929-942, 2010.

DE CASTRO, M. S. et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. **American Journal of Hypertension**, [S.l.], v. 19, n. 5, p. 528-533, 2006.

DOUCETTE, W. R. et al. Development and initial assessment of the Medication User Self-Evaluation (MUSE) Tool. **Clinical Therapeutics**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 344-350, 2013.

ELLITT, G. R. et al. Quality patient care and pharmacists role in its continuity: a systematic review. **Annals of Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 43, n. 4, p. 677-691, 2009.

FAULKNER, M. A. et al. Impact of pharmacy counseling on compliance and effectiveness of combination lipid-lowering therapy in patients undergoing coronary artery revascularization: a randomized, controlled trial. **Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 410-416, 2000.

GALLAGHER, P. et al. (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus

validation. **International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**, [S.l.], v. 46, n. 2, p. 72-83, 2008.

GEORGE, P. P. et al. The evolving role of the community pharmacist in chronic disease management: a literature review. **Annals of the Academy of Medicine**, Singapore, v. 39, n. 11, p. 861-867, 2010.

GEURTS, M. M. E. et al. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, [S.l.], v. 74, n. 1, p. 16-33, 2012.

GILLESPIE, U. et al. Effects of Pharmacists' Interventions on Appropriateness of Prescribing and Evaluation of the Instruments' (MAI, STOPP and STARTs) Ability to Predict Hospitalization-Analyses from a Randomized Controlled Trial. **PloS ONE**, [S.l.], v. 8, n. 5, p. e62401, 2013.

GUERREIRO, M. P.; CANTRILL, J. A.; MARTINS, A. P. Morbilidade evitável relacionada com medicamentos – Validação de Indicadores para Cuidados Primários em Portugal. **Acta Medica Portuguesa**, [S.l.], v. 20, p. 107-130, 2007.

HALL, J. et al. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. **Quality & Safety in Health Care**, [S.l.], v. 19, n. 5, p. e10, 2010.

HANLON, J. T. et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. **Journal of Clinical Epidemiology**, [S.l.], v. 45, n. 10, p. 1045-1051, 1992.

HEPLER, C. D. Making the case for medicines management systems. **Pharmaceutical Care España**, [S.l.], v. 3, p. 283-306, 2001.

HEPLER, C. D.; SEGAL, R. **Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes: a management systems approach.** New York: CRC Press, 2003. 434 p.

HOLLAND, R. et al. Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: HeartMed randomised controlled trial. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 334, n. 7603, 2007.

KAUR, S. et al. Interventions that can reduce inappropriate prescribing in the elderly: a systematic review. **Drugs Aging**, [S.l.], v. 26, n. 12, p. 1013-1028, 2009

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.; DONALDSON MOLLA, S. **To err is human: building a safer health system.** Washington, DC: National Academy Press, 2000.

KOSHMAN, S. L. et al. Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. **Archives of Internal Medicine**, [S.l.], v. 168, n. 7, p. 687-694, 2008.

KRAEMER, D. F. et al. A randomized study to assess the impact of pharmacist counseling of employer-based health plan beneficiaries with diabetes: the EMPOWER study. **Journal of Pharmacy Practice**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 169-179, 2012.

KUCUKARSLAN, S. N. et al. Integrating medication therapy management in the primary care medical home: A review of randomized controlled trials. **American Journal of Health-System Pharmacy**, [S.l.], v. 68, n. 4, p. 335-345, 2011.

LU, C. Y. et al. Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: a critical review of the literature: 2001-2007. **BMC Health Services Research**. [S.l.], v. 8, n. 75, abr. 2008.

MCKIBBON, K. A. et al. The effectiveness of integrated health information technologies across the phases of medication management: a systematic review of randomized controlled trials. **Journal of the American Medical Informatics Association**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 22-30, 2012.

MORGADO, M. P. et al. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to antihypertensive therapy: Review and meta-analysis. **American Journal of Health-System Pharmacy**, [S.l.], v. 68, n. 3, p. 241-253, 2011.

NKANSAH, N. et al. Effect of outpatient pharmacists non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [site], n. 7, p. CD000336, 2010.

PHARMACEUTICAL SERVICES NEGOTIATING COMMITTEE et al. Community Pharmacy Medicines Management. **A resource pack for community pharmacists**. London: Department of Health, 2005.

ROLLASON, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs Aging**, [S.l.], v. 20, n. 11, p. 817-832, 2003.

ROUGHEAD, E. E.; SEMPLE, S. J.; VITRY, A. I. Pharmaceutical care services: a systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes. **International Journal of Pharmacy Practice**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 53-70, 2005.

RUBIO-VALERA, M. et al. I. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. **The Annals of Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 39-48, 2011.

RUBIO-VALERA, M. et al. Evaluation of a pharmacist intervention on patients initiating pharmacological treatment for depression: A randomized controlled superiority trial. **European Neuropsychopharmacology**, [S.l.], v. 23, n. 9, p. 1057-1066, sep. 2013.

SCHNIPPER, J. L. et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. **Archives of Internal Medicine**, [S.l.], v. 166, n. 5, p. 565-571, 2006.

SILVA, G. M. S. et al. Impact of pharmaceutical care on the quality of life of patients with Chagas disease and heart failure: randomized clinical trial. **Trials**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 244-253, 2012.

SNOW, V. et al. Transitions of care consensus policy statement: American College of Physicians, Society of General Internal Medicine, Society of Hospital Medicine, American Geriatrics Society, American College Of Emergency Physicians, and Society for Academic Emergency M. **Journal of Hospital Medicine**, [S.l.], v. 4, n. 6, p. 364-370, 2009.

SUPPAPITIPORN, S.; CHINDAVIJAK, B.; ONSANIT, S. Effect of diabetes drug counseling by pharmacist, diabetic disease booklet and special medication containers on glycemic control of type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. **Journal of the Medical Association of Thailand**, [S.l.], v. 88, p.S134-141, 2005. Suppl. 4.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2012 BEERS CRITERIA UPDATE EXPERT PANEL. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, [S.l.], v. 60, n. 4, p. 616-631, 2012.

VAN WIJK, B. L. et al. Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication: a systematic review. **The Annals of Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 319-328, fev. 2005.

WILLIFORD, S. L.; JOHNSON, D. F. Impact of pharmacist counseling on medication knowledge and compliance. **Military Medicine**, [S.l.], v. 160, n. 11, p. 561-564, 1995.

WONG, I. C. K. Randomised controlled trials (RCTs) to evaluate complex healthcare interventions: a case study. **Pharmacy World & Science**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 247-252, 2004.

Atividades técnico-pedagógicas

Orlando Mário Soeiro
Maria Ondina Paganelli
Cassyano Januário Correr

A promoção do uso racional de medicamentos necessita da participação da sociedade, com a finalidade de construir uma nova cultura, atribuindo aos medicamentos o seu significado concreto de instrumento tecnológico para a prevenção de doenças e para a recuperação da saúde, ao mesmo tempo em que os medicamentos, quando utilizados de forma inadequada, podem se constituir como fator de risco, comprometendo também elevados aportes de recursos financeiros da saúde. O farmacêutico exerce o importante papel de fomentar este debate com a equipe de saúde e a comunidade, produzindo e disponibilizando informações técnicas e de gestão relativas aos serviços desenvolvidos.

As atividades técnico-pedagógicas devem ser vistas como ações de caráter clínico e educacional, e se direcionam a dois públicos-alvo: a) a equipe de saúde, formada tanto pelos profissionais de saúde da família, como pelos demais profissionais do Nasf; e b) a comunidade, formada pelos usuários e seus familiares.

Ações direcionadas à equipe de saúde

As ações direcionadas à equipe têm como finalidade desenvolver conhecimentos e habilidades para a promoção do uso racional de medicamentos, bem como a melhoria contínua do monitoramento dos resultados de saúde obtidos com a farmacoterapia nos serviços. Prover e compartilhar informações baseadas em evidências que possam contribuir para a melhoria do uso dos medicamentos nos serviços constitui atividades clássicas do campo da farmácia clínica. Tendo em conta o fluxo de usuários no serviço de clínica farmacêutica, é esperado que o farmacêutico forneça pareceres, efetue registros nos prontuários das unidades de saúde e compartilhe com a equipe informações sobre usuários específicos. Por outro lado, do ponto de vista técnico-pedagógico, são inseridas, ao processo de trabalho do farmacêutico, atividades sistematizadas para difundir informações sobre o uso racional de medicamentos conforme as necessidades da população (ações de caráter coletivo). Para este fim, podem ser seguidas duas estratégias principais: a formação de círculos de qualidade (*quality circles*), na forma de Comitês de Uso Racional de Medicamentos (Curames), e a realização de atividades de divulgação científica direta aos médicos e demais prescritores (*academic detailing*).

Comitês do uso racional de medicamentos

O Ministério da Saúde publicou, em 14 de maio de 2013, a Portaria n° 834, instituindo o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (BRASIL, 2013). Entre os objetivos deste comitê consultivo estão o desenvolvimento e monitoração de indicadores de qualidade do uso de medicamentos, e a orientação e proposta de ações, de estratégias e de atividades para a promoção do uso racional de medicamentos. Compete, ainda, ao comitê:

XI – propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Os Curames são grupos de trabalho técnico-científicos, multiprofissionais, de caráter consultivo, articulador e educativo, voltados à identificação de situações de uso inadequado de medicamentos e às ações para promoção do acesso e uso racional de medicamentos no município, de forma integrada, contínua, segura e efetiva. Os Curames são orientados pelos paradigmas da saúde baseada em evidências, da prevenção das doenças, da promoção da saúde, da segurança do paciente, da prevenção quaternária, da bioética e dos princípios de qualidade em saúde (GLASZIOU; OGRINC; GOODMAN, 2011), que devem guiar a utilização de medicamentos pelos serviços, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

Estes comitês têm por finalidade promover e executar ações para a promoção do acesso e o uso racional de medicamentos, de forma fundamentada em análises de indicadores de saúde e utilização de medicamentos do município, de maneira articulada e integrada à agenda de saúde do município e a outros comitês, comissões e grupos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde. Para tanto, estimulam e promovem ações sobre o uso racional de medicamentos no âmbito da secretaria municipal de saúde, das macrorregiões de saúde, dos distritos sanitários, das unidades municipais de saúde e das equipes de saúde locais.

Entre as atribuições dos Curames, destacam-se:

- a) Conhecer e monitorar o perfil de utilização de medicamentos no município.

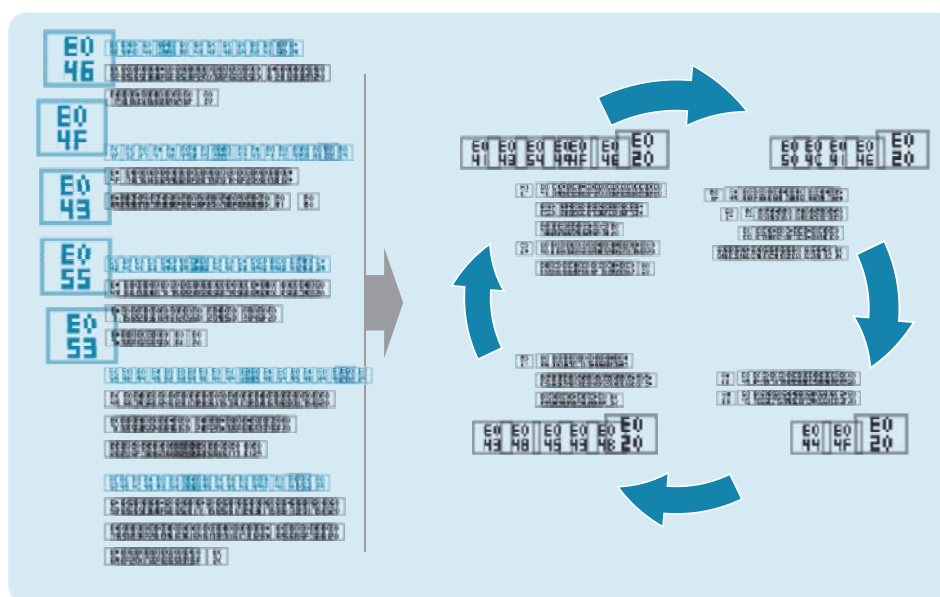
- b)** Conhecer e monitorar o nível de adesão dos usuários ao tratamento e os demais problemas relacionados aos medicamentos presentes no município.
- c)** Analisar situações de uso inadequado de medicamentos do município, bem como propor e desenvolver ações que possam colaborar para sua resolução.
- d)** Atuar, em caráter consultivo, de forma integrada a outros comitês, comissões e grupos de trabalho existentes no município ou na região de saúde.
- e)** Propor e realizar ações de capacitação de profissionais de saúde e eventos de caráter técnico-científico, voltados para o uso racional de medicamentos.
- f)** Estimular e facilitar a articulação e o trabalho colaborativo das equipes de saúde para garantia do acesso e uso racional de medicamentos.
- g)** Contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso no município, a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes.
- h)** Propor o aprimoramento de marco regulatório e de vigilância de medicamentos e de serviços farmacêuticos no âmbito do município.
- i)** Propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos.
- j)** Promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, no município, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos.
- k)** Elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público interno e externo à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Os comitês são grupos cuja dimensão não deve exceder 12 a 15 pessoas e sua composição deve ser multiprofissional, contando com farmacêuticos, médicos, enfermeiros, odontólogos e outros profissionais da Saúde interessados no tema do uso racional de medicamentos, além de representante dos usuários de medicamentos. O farmacêutico, neste contexto, desenvolve papel de facilitador e coloca seus conhecimentos e habilidades à disposição da equipe, a fim de que os temas relacionados ao uso racional de medicamentos possam ser desenvolvidos.

O funcionamento dos Curames segue o modelo dos círculos de qualidade (CHEVALIER, 1995; ROHRBASSER; MICKAN; HARRIS, 2013). Círculos de qualidade são formados por pessoas com bagagem profissional semelhante, que se reúnem para discutir formas de melhorar sua prática. O objetivo é identificar processos ligados ao uso racional dos medicamentos que possam ser melhorados na região, em uma perspectiva de melhoria da qualidade e da educação permanente da equipe.

Entre os métodos de trabalho possíveis, os comitês podem adotar a abordagem FOCUS-PDCA, cuja origem advém dos programas de gestão da qualidade (SCHNEIDER, 1997; HEPLER; SEGAL, 2003). O objetivo é sistematizar o trabalho, em uma orientação voltada fortemente à prática, à gestão de processos e à utilização de indicadores para monitorar a *performance* do sistema. A Figura 5 ilustra as etapas do método FOCUS-PDCA.

Figura 5 – Estratégia FOCUS-PDCA para análise de processos relativos ao uso de medicamentos na Atenção Primária à Saúde, no âmbito dos comitês de uso racional de medicamentos



Fonte: Adaptado de Schneider, 1997; Hepler; Segal, 2003.

Do ponto de vista operacional, o Curame pode fazer encontros mensais ou bimensais, nos quais temas que emergem das reuniões das equipes de saúde, dos usuários ou de quaisquer outras esferas do município são analisados e trabalhados. Das discussões acerca dos problemas e suas causas, emergem um plano de ação concreto, com indicadores que permitam avaliar sua evolução. Uma vez executado o plano de ação, cabe ao Curame avaliar os resultados obtidos, divulgando essas informações em todo âmbito do município ou região de saúde. Ações que demonstrem sucesso podem ser implementadas e padronizadas.

Divulgação científica sobre medicamentos









A divulgação científica realizada por farmacêuticos a outros profissionais da Saúde, principalmente médicos, por meio de visita no consultório do profissional, é geralmente referida na literatura internacional como *Academic Detailing*. Há evidências de que esta prática produz melhoria nos padrões de prescrição e da utilização de medicamentos na Atenção Primária à Saúde (SCHLIENGER et al., 1999; WATSON et al., 2001; O'BRIEN et al., 2007). Esta pode ser entendida como um tipo de visita médica, pretendendo difundir informações baseadas em evidências, com o objetivo claro de influenciar a prática do prescritor. As informações são providas pelo farmacêutico em visitas ao consultório do médico, com a provisão de materiais educativos impressos. Estes trazem indicadores da utilização de determinados medicamentos do próprio serviço, do distrito sanitário ou do município, com análises resumidas de estudos científicos de alto nível (principalmente ensaios clínicos randomizados e meta-análises), que trazem diretrizes de prática a serem seguidas no momento da prescrição do medicamento e da orientação aos usuários. Por vezes são também fornecidos artigos publicados, na íntegra, que contenham as informações a serem difundidas. Há autores que referem essas ações como de “contrapropaganda”.

No contexto das atividades técnico-pedagógicas, ações de divulgação científica podem ocorrer de forma articulada às atividades do Curame, como estratégia de educação permanente. Ao mesmo tempo, tais ações podem contribuir para maior aproximação do farmacêutico com o prescritor e, assim, potencializar as ações clínicas multiprofissionais desenvolvidas na ABS.

Demais atividades direcionadas à equipe

Reuniões de equipe

Diversos temas podem compor as reuniões da equipe e serem levados pelo farmacêutico. Entre eles:

-  Discutir/propor temas de interesse da equipe sobre medicamentos ou proposto pelos Curames.
-  Discutir questões de harmonização de prática farmacoterapêutica – diretrizes – alinhamento entre medidas farmacológicas com as não farmacológicas.
-  Apoiar a equipe no desenvolvimento das atividades de farmacovigilância.
-  Apresentar e discutir com a equipe instrumentos técnicos de apoio e necessários à qualificação dos serviços farmacêuticos.
-  Apresentar e discutir problemas relacionados a intoxicações por medicamentos e domissanitários.
-  Apresentar e discutir os medicamentos contraindicados na gravidez e na lactação e os inapropriados para idosos.
-  Apresentar e discutir as reações adversas aos medicamentos como fator de não adesão ao tratamento medicamentoso.
-  Cuidados na utilização de medicamentos que podem levar a eventos causadores de queda (fraqueza muscular, hipotensão ortostática e depressão).

Treinamento de técnicos e auxiliares

 Auxiliares de enfermagem e técnicos que atuam nas farmácias:

- Capacitação para cuidados de armazenamento e gerenciamento dos medicamentos.
- Capacitação para entrega e orientações aos usuários sobre preparo de medicamentos específicos (solução/suspensão extemporânea), uso correto e descarte dos medicamentos.
- Capacitação para classificação de riscos relacionados aos medicamentos e ao devido encaminhamento.

 Agentes comunitários de saúde:

- Capacitação para identificação de usuários não aderentes ao tratamento medicamentoso e ao devido encaminhamento.
- Capacitação sobre formas de promover a adesão aos medicamentos.
- Capacitação sobre cuidados no armazenamento dos medicamentos no domicílio e descarte correto de medicamentos vencidos.

Ações direcionadas à comunidade

Estas ações podem incluir a criação de espaços de trocas de experiências, para problematização das dificuldades de familiares e de cuidadores na orientação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes.

Além disso, a apresentação de temas relevantes para a comunidade visando ao autocuidado apoiado e à autonomia no tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos adultos. Exemplos de temas podem incluir:

- Métodos anticoncepcionais e sua utilização.
- Preparo e uso de medicamentos específicos (insulina, inalatórios, soluções extemporânea, pomada oftálmica, entre outros).
- Cuidados com a guarda de medicamentos na residência.
- Descarte de medicamentos, agulhas e seringas.
- Acompanhamento de grupos portadores de doenças crônicas.
- Prevenção para eventos incapacitantes (quedas e lesões no diabético).
- A importância do tratamento não medicamentoso para o controle das doenças, entre outros.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 834, de 14 de maio de 2013. Redefine o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília/DF, 30 de mai. 2013. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0834_14_05_2013.html>. Acesso em: 10 set. 2014.

CHEVALIER, F. Os círculos de qualidade são ainda um tema atual? **Revista de Administração de Empresas**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 8-14, 1995.

GLASZIOU, P.; OGRINC, G.; GOODMAN, S. Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? **British Medical Journal Quality & Safety**, [S.l.], v. 20, p. i13-17, 2011. Suppl. 1.

HEPLER, C. D.; SEGAL, R. **Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes: a management systems approach**. New York: CRC Press, 2003. 434 p.

O'BRIEN, M. A. et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews** (Online), n. 4, p. CD000409, oct. 2007. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943742>. Acesso em: 10 set. 2014.

ROHRBASSER, A.; MICKAN, S.; HARRIS, J. Exploring why quality circles work in primary health care: a realist review protocol. **Systematic Reviews**, [S.l.], v. 2, n. 110, dez. 2013. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029275/>. Acesso em: 10 set. 2014.

SCHLIENGER, R. G. et al. Academic detailing improves identification and reporting of adverse drug events. **Pharmacy World & Science**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 110-115, 1999.

SCHNEIDER, P. D. FOCUS-PDCA ensures continuous quality improvement in the outpatient setting. **Oncology Nursing Forum**, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 966, 1997.

WATSON, M. et al. Guidelines and educational outreach visits from community pharmacists to improve prescribing in general practice: a randomised controlled trial. **Journal of health services research & policy**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 207-213, 2001.

Equipe do Projeto

EQUIPE MINISTÉRIO DA SAÚDE

Supervisão Geral

Carlos Augusto Grabois Gadelha – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS

José Miguel do Nascimento Júnior – Diretoria do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF/MS

Karen Sarmento Costa – Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB/DAF/SCTIE

Suetônio Queiroz de Araújo – Supervisão Técnica de AF do Projeto QualiSUS-Rede

Coordenação Executiva do Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

Maria Ondina Paganelli – Consultoria Técnica – CGAFB/DAF/SCTIE

Orlando Mário Soeiro – Consultoria Técnica – CGAFB/DAF/SCTIE

Consultoria do Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

Supervisão Técnica em Cuidado Farmacêutico

Cassyano Januário Correr

Michel Fleith Otuki

Apoio Regional em Cuidado Farmacêutico

Flávia Ludimila Kavalec Baitello

Rangel Ray Godoy

Thais Teles de Souza

EQUIPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

Adriano Massuda – Secretaria de Saúde da SMS Curitiba

Beatriz R. Ditzel Patriota – Coordenação da Atenção Farmacêutica / Dep.
Redes de Atenção à Saúde (SMS)

Luiz Armando Erthal – Diretoria do Centro de Saúde Ambiental da SMS
de Curitiba

Equipe de Condução – Farmacêuticos Nasf

Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota – Distrito Sanitário Cajuru

Cristiane Maria Chemin – Distrito Sanitário Portão

Daniele Chaves Cordeiro dos Santos – Distrito Sanitário Pinheirinho

Edson Natal Parise – Distrito Sanitário Bairro Novo

Elayne Cristina Busmayer – Distrito Sanitário Santa Felicidade

Linda Tieko Kakitani Morishita – Distrito Sanitário Boa Vista

Marília Chinasso – Distrito Sanitário Boa Vista

Marina Miyamoto – Distrito Sanitário Cajuru

Patricia Bach – Distrito Sanitário Boa Vista

Rafael Bobato – Distrito Sanitário Matriz

Rosângela de Oliveira Amorim – Distrito Sanitário Boqueirão

Rosimeire Ferreira da Costa – Distrito Sanitário CIC

Silmara Simioni – Distrito Sanitário Boa Vista

Farmacêuticos da Rede de Atenção Básica do Município de Curitiba

ISBN 978-85-334-2196-7



9 788533 421967

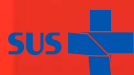


DISQUE SAÚDE

1

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

